

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

FRANCIELE KOEHLER ALVES

IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À
SAÚDE DO HOMEM (PNAISH) NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA –
PARANÁ

PONTA GROSSA
2016

FRANCIELE KOEHLER ALVES

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À
SAÚDE DO HOMEM (PNAISH) NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA –
PARANÁ**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa, área de concentração Cidadania e Políticas Públicas.

Orientadora: Professora Doutora Edina Schimanski

PONTA GROSSA

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

A474 Alves, Franciele Koehler
 Implementação da Política Nacional de
Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)
no Município de Ponta Grossa - PARANÁ/
Franciele Koehler Alves. Ponta Grossa,
2016.
 189f.

 Dissertação (Mestrado em Ciências
Sociais Aplicadas - Área de Concentração:
Cidadania e Políticas Públicas),
Universidade Estadual de Ponta Grossa.
 Orientadora: Prof^a Dr^a Edina
Schimanski.

 1.Saúde do homem. 2.Gênero.
3.Masculinidades. I.Schimanski, Edina.
II. Universidade Estadual de Ponta Grossa.
Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas.
III. T.

CDD: 362.1

TERMO DE APROVAÇÃO

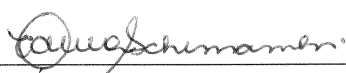
Franciele Koehler Alves

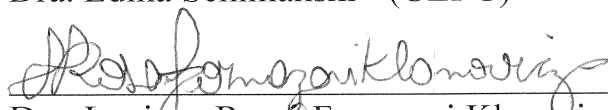
IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH) EM PONTA GROSSA - PR.

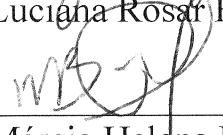
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 01 de junho de 2016.

Assinatura pelos Membros da Banca:


Dra. Edina Schimanski - (UEPG) – Presidente


Dra. Luciana Rosar Fornazari Klanovicz – (UNICENTRO)


Dra. Márcia Helena Baldani Pinto – (UEPG)

Dra. Lenir Aparecida Mainardes da Silva – (UEPG) - Suplente

Dedico este trabalho ao meu pai e ao meu irmão, que além de exercerem duas possibilidades distintas no que se refere a “ser homem”, me instigaram a pesquisar sobre o tema graças aos seus (des)cuidados com a saúde – e aqui representam também todos os outros homens de 20 a 59 anos implicados com o desenvolvimento da pesquisa.

E à minha mãe, enfermeira da rede pública municipal de saúde, que compartilha das mesmas dificuldades e anseios (sobre a especificidade do cuidado/atenção à população masculina) que os profissionais e gestores entrevistados...

AGRADECIMENTOS

À **DEUS**, por ser meu refúgio, me fortalecendo em todas as ocasiões, aliviando-me as angústias e fazendo renascer a paz e o equilíbrio sempre que necessário.

À minha mãe, **VALÉRIA**, que sempre foi (e será) uma *supermãe*; e ao meu irmão, **LEONARDO**, por ter se revelado um ótimo amigo e por me aguentar pedindo auxílio (mais de uma vez) no Excel. Ambos foram fundamentais para finalização deste trabalho, seja por continuamente me apoiarem, por ouvirem todas as elucubrações sobre a pesquisa ou ainda por me aturarem quando estava com um humor instável devido à dissertação (e/ou as intempéries do trabalho na PMPG).

@s **AMIG@S** que me cativaram ao longo do MESTRADO, sobretudo a ANA CAROLINA, sempre animada e divertida, com quem compartilhei parte das minhas angústias no dia da entrevista de seleção ou em relação aos prazos e a alegria da aprovação do projeto de pesquisa no COEP. E à RAFAELLA – companheira para aulas, congressos e viagens, docinhos de uva e até concurso de Miss – cuja amizade sem dúvidas foi uma das maiores surpresas. Sem vocês duas nada teria sido igual! Saibam que levarei comigo ótimas lembranças de cada uma (bem como da LUANA, LUCIANA, CRISTIANE e SIRLEI) e espero que nossa parceria se estenda muito além dos limites do PPGCSA.

Também agradeço @s **AMIG@S** de outros contextos que estiveram por perto... como por exemplo os ‘*survivors*’ dos tempos de colégio VANESSA, GUILHERME, RAFAELA (e ANE) – que por já terem vivenciado o mesmo processo me mostraram que era possível continuar todas as vezes que pensei em desistir.

Às amigas da época das graduações pelo apoio e incentivo, mas em especial CHRISTIANE e GEORGIA por compartilharem de sonhos parecidos com os meus e por todas as “trocas de figurinhas” já que vivenciam seus próprios mestrados em outras instituições de ensino.

Devo agradecimento especial às PATRÍCIAS, a JENYFER e o IGOR, que me auxiliaram em partes mais práticas e à MARISTELA, que muito contribuiu para o referencial teórico do trabalho quando deixou sob minha custódia todos os seus livros (sobre homens e masculinidades) enquanto fazia parte de seu doutorado no exterior.

Agradeço @s demais amig@s que não citei nominalmente, mas que me apoiaram e incansavelmente lembraram que “*quando vier o amanhã, talvez seja*

muito tarde para fazer o que se sonha” e/ou motivaram, como a BRENDA e a MONICA tanto fizeram.

E não poderia deixar de citar o quanto sou grata @s **AMIG@S GEOGRAFICAMENTE DISTANTES** e ainda assim tão próximos, os quais foram indispensáveis por me incentivarem e acima de tudo divertirem. Como diria Fernando Anitelli em uma de suas composições: *“enquanto houver você[s] do outro lado, aqui do outro eu consigo me orientar. A cena repete, a cena se inverte, enchendo a minh'alma d'aquilo que outrora eu deixei de acreditar”*.

Agradeço @s amig@s e coleg@s de trabalho no CRAS JD CARVALHO, por toda paciência e incentivo. E à TAISA, aqui representando toda GPSB, pelo apoio e compreensão, em especial nos últimos momentos da dissertação.

Bem como à **Secretaria Municipal de Saúde (SMS)**, pois tod@s @s profissionais estiverem sempre disponíveis no que tange ao desenvolvimento da pesquisa – e principalmente @os amig@s que tenho e fiz por lá. Certamente foram fundamentais para realização deste trabalho, por proporcionarem acesso aos dados e compartilharem vivências.

Sou grata também à minha orientadora **EDINA**, por sua sensibilidade, disposição e paciência. Mais do que uma professora, se revelou uma verdadeira mestra (por seu excepcional saber e competência) e cujo apoio tem me sido fundamental desde os tempos de supervisão de estágio na graduação. Agradeço pelas belas palavras ditas minutos antes da apresentação do primeiro TCC, que não deve mais lembrar, mas que fazem diferença até hoje na minha vida profissional e revelaram que percebi mais cedo do que eu a paixão pelo Serviço Social. E que agora no mestrado me possibilitou (e incentivou a) viver tudo que podia: estágio na Revista Publicatio, coorientação de PIBIC, estágio de docência, apresentação de trabalhos em congressos internacionais, publicação de artigo e por aí vai... Mas que, acima de tudo, acreditou em mim e não desistiu (nem me deixou desistir) quando as coisas não saíram exatamente conforme o planejado.

Assim como à professora **GISELE** (e a turma do 1º ano de Serviço Social 2015) por proporcionarem a vivência de um estágio de docência muito além de todas as expectativas; e me fazerem ter certeza de que a docência é um bom caminho a seguir.

Sou grata também @os demais **PROFESSOR@S DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**, pois foram fundamentais nesta

caminhada e contribuíram imensamente para minha formação (crítica). Da mesma forma, agradeço às professoras **LUCIANA** e **MARCIA**, que fazem parte da banca de avaliação do meu trabalho e já na qualificação foram atenciosas em suas ricas contribuições.

Por fim, agradeço a CAPES pelos subsídios que possibilitaram a realização da pesquisa, haja visto que durante o primeiro ano recebi bolsa.

*“A aranha realiza operações que lembram o tecelão, e as caixas suspensas que as abelhas constroem envergonham o trabalho de muitos arquitetos. Mas até mesmo o pior dos arquitetos difere, de início, da mais hábil das abelhas pelo fato de que, antes de fazer uma caixa de madeira, ele já a construiu mentalmente. **No final do processo de trabalho, ele obtém um resultado que já existia em sua mente antes dele começar a construção.** O arquiteto não só modifica a forma que lhe foi dada pela natureza, dentro das restrições impostas por esta, como também realiza um plano que lhe é próprio, definindo os meios e o caráter da atividade aos quais ele deve subordinar sua vontade”.*

(Karl Marx, grifo nosso)

RESUMO

Refletir sobre Saúde do Homem é pensar sobre saúde coletiva, bem como sobre a forma que as pessoas vivenciam o processo saúde-doença-cuidado e se organizam tanto para enfrentamento, quanto prevenção de agravos e demais vulnerabilidades que interferem na qualidade de vida. A maneira com que homens e mulheres cuidam de sua saúde difere inclusive pela forma que são socializados de acordo com gênero a que pertencem. Estudos sobre a realidade brasileira revelaram que os homens costumam buscar os serviços de saúde quando já sofrem com alguma doença ou acidente. Objetivando estimular a ampliação e qualificação da atenção a saúde masculina no âmbito do Sistema Único de Saúde, especialmente na atenção primária, o Ministério da Saúde instituiu por meio da Portaria n. 1944/2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). E passados sete anos de sua proposição, como está a implementação desta política em Ponta Grossa? Será que estão sendo desenvolvidas ações para fortalecimento da PNAISH no âmbito da atenção básica? Para além, qual a percepção dos enfermeiros e gestores envolvidos sobre a atenção integral à saúde do homem no município? Quais as perspectivas e os desafios enfrentados para atenção à saúde deste público e para implementação da referida política? Desta forma, o presente estudo teve como objetivo principal analisar a implementação da PNAISH em Ponta Grossa – Paraná. Considerando a complexidade do objeto, que perpassa a interdisciplinaridade, foi realizado um estudo de caso com abordagem quanti-qualitativa, por meio da associação de métodos (triangulação): revisão bibliográfica, estudo documental, observação, entrevista com profissionais de saúde (questionário) e gestores. Os dados foram tratados e analisados de forma continuada, à luz da análise de conteúdo, emergindo como categorias de análise os cinco eixos da PNAISH: acesso e acolhimento; saúde sexual e reprodutiva; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina; prevenção de violências e acidentes. Como resultado são apresentados também alguns desafios e perspectivas sobre tal implementação, especialmente no tocante ao gênero e masculinidades. Ficou evidente a partir realização da presente investigação que apesar de terem sido desenvolvidas algumas ações que atingem a especificidade da população masculina entre 20 e 59 anos, ainda assim, a política de saúde do homem não parece compor a agenda da saúde em Ponta Grossa. Desta maneira, faz-se necessário investir na instrumentalização das equipes, divulgação da PNAISH e mobilização das equipes e dos homens; além do favorecimento ao acesso e acolhimento destes aos serviços, especialmente no âmbito da atenção básica – haja vista que no município ainda existem as barreiras socioculturais, institucionais e relacionais citadas na literatura sobre o tema.

Palavras-chave: saúde do homem; gênero; masculinidades

ABSTRACT

To reflect on men's health is to think about public health, and on the way that people experience the health-disease-care process and organize both coping and disease prevention and other vulnerabilities that affect life quality. The way men and women care their health differs, which includes the way they socialize, according to the gender they belong to. Studies based on Brazilian reality revealed that men often seek health services when they are already suffering from some disease or accident. Aiming to stimulate the expansion and qualification of attention to male health under the National Health System, especially in primary attention, the Ministry of Health established by Decree n. 1944/2009, the National Policy to Integral Attention to Men's Health (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH). And after seven years his proposition, as is the implementation of this policy in Ponta Grossa? They are being developed actions to strengthen the PNAISH scope of primary care? In addition, the perception of nurses and managers involved on the comprehensive health care of man in the city? Which are the perspectives and challenges to health care and this public implementation of the policy? Thus, the present study mainly objective was to analyze the implementation of PNAISH in Ponta Grossa - Paraná. Considering the complexity of the object, which runs through interdisciplinarity, we conducted a study case with quantitative and qualitative approach through triangulation: literature review, document study, observation, interviews with health professionals (questionnaires) and managers. The data was processed and analyzed continuously under the light of analysis content, emerging as categories of analysis the five axes of PNAISH: access and host; sexual and reproductive health; paternity and care; diseases prevalent in the male population; prevention of violence and accidents. As results also presented some challenges and perspectives on such implementation, especially with regard to gender and masculinities. It stayed evident from completion of this investigation that although they were developed some actions that affect the specificity of the male population between 20 and 59 years, yet the health policy of the man does not seem to make up the health agenda in Ponta Grossa. Thus, yet still need to invest in the capacitation of the work teams and dissemination of PNAISH mobilization of men; besides, favoring both access to and reception of these services, especially in the context of primary care - given the fact that the municipality there are still socio-cultural, institutional and relational barriers cited in the literature on the subject. It was the exploitation.

Keywords: men's health; gender; masculinities

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 -	Distribuição (%) dos óbitos segundo sexo e idade. Brasil, 2010.....	58
GRÁFICO 2 -	Principais causas de mortalidade entre homens entre 20 e 59 anos no Brasil.....	61
GRÁFICO 3 -	Localização das Unidades de Saúde de Ponta Grossa - PR, conforme os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família entrevistados.....	94
GRÁFICO 4 -	Quantidade de profissionais que compõe as Equipes de Saúde da Família de Ponta Grossa - PR, conforme enfermeiros entrevistados.....	95
GRÁFICO 5 -	Composição das Equipes da Estratégia de Saúde da Família de Ponta Grossa - PR, conforme enfermeiros entrevistados.....	95
GRÁFICO 6 -	Quantidade de agentes comunitários de saúde (ACS) por equipe da Estratégia de Saúde da Família de Ponta Grossa - PR, conforme enfermeiros entrevistados.....	96
GRÁFICO 7 -	Capacidade de identificação do público alvo da PNAISH por parte das Equipes de Saúde da Família de Ponta Grossa - PR.	98
GRÁFICO 8 -	Percentual de encaminhamento do público alvo da PNAISH por parte das Equipes de Saúde da Família de Ponta Grossa - PR para serviços especializados nos últimos três meses.....	99
GRÁFICO 9 -	Percentual de Equipes de Saúde da Família de Ponta Grossa - PR que realizam avaliação dos resultados dos atendimentos masculinos.....	100
GRÁFICO 10 -	Percentual de Equipes de Saúde da Família de Ponta Grossa - PR que em visita domiciliar convidam os homens de 30 a 59 anos para realizar pelo menos 1 consulta/ano.....	101
GRÁFICO 11 -	Percentual de participação masculina no pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança, conforme percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município de Ponta Grossa – PR.....	102
GRÁFICO 12 -	Motivação da procura masculina pelos atendimentos da Estratégia de Saúde da Família do município de Ponta Grossa - PR.....	103
GRÁFICO 13 -	Motivação da ausência/não procura masculina pelos atendimentos da Estratégia de Saúde da Família do município de Ponta Grossa - PR.....	104
GRÁFICO 14 -	Principais queixas masculinas apresentadas à Estratégia de Saúde da Família do município de Ponta Grossa - PR.....	105
GRÁFICO 15 -	Conhecimento dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município de Ponta Grossa - PR sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH).....	106

LISTA DE TABELAS E QUADROS

QUADRO 1 - Eixos do Plano de Ação da Nacional 2009-2011 para implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.....	71
TABELA 1 - População censitária segundo o tipo de domicílio e sexo - 2010.....	79
TABELA 2 - População residente em Ponta Grossa-PR em 2010, distribuída por faixa etária e sexo.....	80
TABELA 3 - População em idade ativa (PIA), economicamente ativa (PEA) e ocupada, por tipo de domicílio e sexo - 2010.....	80
TABELA 4 - Óbitos da população masculina entre 20 e 59 anos, residente em Ponta Grossa-PR, distribuídos por ano do óbito e capítulo do CID-10.....	84
TABELA 5 - Internações pelo SUS de homens com idade entre 20 e 59 anos, residentes em Ponta Grossa - PR, por ano de internamento e capítulo do CID-10.....	86
QUADRO 2 - Resumo sobre metas de Saúde do Homem nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa - PR, período 2011-2013.....	88
QUADRO 3 - Resumo sobre ações que contemplaram a atenção à Saúde do Homem nas Diretrizes 3 e 6 dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa - PR, período 2014-2015.....	89
TABELA 6 - Motivos pelos quais os homens procuram os serviços de atenção básica no município de Ponta Grossa - PR, 2016.....	7
TABELA 7 - Motivos pelos quais os homens deixam de procurar os serviços de atenção básica no município de Ponta Grossa - PR, 2016.....	8
QUADRO 4 - Síntese sobre desafios à implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) identificadas na pesquisa sobre a realidade de Ponta Grossa – PR.....	13
	2

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária em Saúde
APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde no SUS no Paraná
ASCOM	Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde
ATSH	Área Técnica de Saúde do Homem (do Ministério da Saúde)
BR	Brasil
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial (Saúde Mental)
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS-i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CF	Constituição Federal
CME	Centro Municipal de Especialidades
CMM	Centro Municipal de Saúde da Mulher
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSH	Coordenação Nacional de Saúde do Homem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CT	Conselho Tutelar
DAB	Departamento de Atenção Básica (do Ministério da Saúde)
DAET	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
DAPES	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
DNCT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DST	Doença Sexualmente Transmissível
e-SUS AB	e-SUS Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GTs	Grupos de Trabalho
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFF	Instituto Fernandes Figueira (da Fiocruz)
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA	Plano de Ação
PAB	Piso da Atenção Básica
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAS	Programação Anual em Saúde
PEA	População Economicamente Ativa
PG	Ponta Grossa
PIA	População em Idade Ativa
	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção
PMAQ-ab	Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por mostra de Domicilio
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PR	Paraná
PSA	Antígeno Prostático Específico (Exame diagnóstico para Câncer de Próstata)
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RS	Regional de Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESA	Secretaria de Estado de Saúde
SESC	Serviço Social do Comércio
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SH	Saúde do Homem
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicilio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I - GÊNERO E SAÚDE DO HOMEM: A EXPRESSÃO DAS MASCULINIDADES.....	25
1 GÊNERO, UMA PRIMEIRA APROXIMAÇÃO.....	25
1.2 ASPECTOS HISTÓRICOS E IDENTITÁRIOS DA CONSTRUÇÃO DAS MASCULINIDADES.....	30
1.3 MASCULINIDADES PLURAIS: UMA APROXIMAÇÃO NECESSÁRIA....	37
1.4 SAÚDE DO HOMEM E GÊNERO.....	45
CAPÍTULO II - A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH).....	54
2 O PRIMEIRO PLANO DE AÇÃO NACIONAL DA PNAISH: 2009-2011....	69
CAPÍTULO III - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH) NO CONTEXTO PARANAENSE: O CASO DE PONTA GROSSA.....	76
3 A IMPLEMENTAÇÃO DA PNAISH EM PONTA GROSSA – PR.....	78
3.1 SAÚDE DO HOMEM EM PONTA GROSSA – PR: UMA QUESTÃO DE GÊNERO.....	83
3.2 FORTALECIMENTO DA PNAISH NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA: COMPROMISSO <i>versus</i> AÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	92
3.3 A VISÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS SOBRE A PNAISH EM PONTA GROSSA.....	106
3.4 DISCUSSÃO.....	114
3.4.1 Acesso e acolhimento.....	115
3.4.2 Saúde sexual e reprodutiva.....	120
3.4.3 Paternidade e cuidado.....	124
3.4.4 Doenças prevalentes na população masculina.....	127
3.4.5 Prevenção de violências e acidentes.....	130
3.5 DESAFIOS E PERSPECTIVAS EM RELAÇÃO A PNAISH QUANTO AO GÊNERO E MASCULINIDADES.....	131
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
REFERÊNCIAS.....	142
APÊNDICES.....	154
APÊNDICE A - TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	155
APÊNDICE B - TCLE – Termo de Cessão Gratuita de Direitos de Depoimento Oral e Compromisso Ético de não identificação do depoente.....	157
APÊNDICE C - Roteiro para entrevista com gestores.....	159
APÊNDICE D - Quadro sobre os RAGs da Secretaria Estadual de Saúde.....	161
APÊNDICE E - Quadro sobre os PASs da Secretaria Estadual de Saúde.....	163
ANEXOS.....	165
ANEXO A - Matriz de Planejamento do Plano de Ação Nacional (2009-2011).....	166
ANEXO B - Plano de Ação Nacional (2009-2011) - Quadro Sinótico.....	178
ANEXO C - Questionário para enfermeiros.....	181
ANEXO D - Folder municipal sobre Saúde do Homem.....	187

INTRODUÇÃO

Pensar saúde coletiva é pensar sobre como as pessoas vivenciam o processo saúde-doença-cuidado e se organizam tanto para enfrentamento, quanto prevenção de agravos e demais vulnerabilidades que interferem na qualidade de vida. A Atenção Primária é entendida como a “porta de entrada” para o Sistema Único de Saúde brasileiro, ou seja, palco principal das ações voltadas para a prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde. Mas, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), grande parte dos “[...] homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada” (BRASIL, 2008, p.5) – o que indica a importância de se pensar a respeito da Saúde do Homem de maneira mais abrangente, incluindo também este âmbito primeiro de cuidado.

Com base neste retrato da realidade brasileira, em novembro de 2008, o MS propôs os princípios e diretrizes de uma política pública voltada especificamente para o atendimento das necessidades e especificidades de saúde da população masculina, chamada “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” (PNAISH). Esta proposta foi então regulamentada pela Portaria nº. 1.994/GM do MS em 27 de agosto de 2009, tendo como objetivo principal promover a melhoria das condições de saúde desta parcela da população brasileira, com vistas à redução das taxas de morbimortalidade “[...] através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, as ações e aos serviços de assistência integral a saúde” (BRASIL, 2009).

A PNAISH deveria contribuir para que os serviços do âmbito da atenção primária passassem a ter maior cuidado com as especificidades da população masculina, que por muito tempo esteve a margem destes locais. No entanto, passados sete anos do lançamento da política, estudos publicados pelo grupo de pesquisa liderado por Romeu Gomes (Pesquisador ligado à Fundação Oswaldo Cruz) demonstram que ainda há restrita presença dos homens na Atenção Básica, a qual pode estar relacionada tanto com barreiras de ordem sociocultural, quanto institucionais e/ou relacionais (que serão abordadas ao longo deste trabalho).

O interesse pelo tema da promoção à saúde surgiu durante a primeira graduação (Serviço Social), quando nos aproximamos da política pública referente à atenção integral à saúde dos brasileiros – entendidos como sujeitos de direitos; e, posteriormente, tornou-se inerente à prática profissional como Assistente Social em

programas destinados a esta finalidade, desenvolvidos junto ao setor de saúde suplementar.

Por sua vez, o interesse específico pela atenção integral à saúde do homem (o que implica também pensar sua inserção na Atenção Primária a Saúde – âmbito da prevenção e promoção) surgiu durante último ano da graduação em Psicologia, por meio da realização simultânea de estágio profissionalizante obrigatório em uma Unidade de Saúde da Família e estágio não obrigatório em um projeto de extensão da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) voltado para o estudo da violência doméstica e familiar contra mulher. Este projeto, dentre outras questões, se propunha a atribuir um novo olhar sobre a questão da violência de gênero ao realizar um grupo reflexivo com os homens autores de violência.

Nestes locais fomos convocados a olhar a realidade sobre o prisma da perspectiva de gênero e da possibilidade de construção e reconstrução sócio-histórica e cultural das práticas sociais e relacionais de homens e/ou mulheres. Nos questionamos sobre a possibilidade de repensar, portanto, o “lugar do homem” na família, na sociedade e nas políticas sociais (especialmente a de saúde, já que esta articula a questão do cuidado, o qual historicamente tem sido relacionado ao feminino).

Além disto, através das sucessivas aproximações teóricas e observação da realidade por meio dos estágios, entendemos que há necessidade de se ampliar as reflexões sobre a especificidade da saúde da população masculina pois este público, devido às já mencionadas representações histórico-culturais e aspectos específicos de sua constituição biopsicossocial, se torna mais vulnerável à violência e/ou a expressão de enfermidades passíveis de prevenção (GOMES, 2008; 2010).

A opção por esta temática se deveu também aos relatos dos profissionais envolvidos com a atenção básica no bairro onde realizávamos estágio, visto que diziam enfrentar dificuldades para implementação de ações destinadas ao público masculino e principalmente para adesão deste. Esta pouca participação dos homens na APS, em associação com a presença majoritária das mulheres, crianças e idosos nestes serviços está relacionada, segundo estudos anteriores, ao foco na construção das políticas historicamente voltado para os grupos já mencionados; bem como ao exercício das masculinidades – especialmente a considerada “hegemônica”, que está associada a características como virilidade e força. (GOMES, 2010; SEPARAVICH; CANESQUI, 2013; FIGUEIREDO, 2008; SCHRAIBER, 2010; COUTO et al., 2010).

O exercício desse tipo de masculinidade (ou a aspiração para alcançá-la) pode representar risco a saúde dos homens, visto que culturalmente são vistos como “[...] portadores de menos necessidades em saúde do que as mulheres, expressas exemplarmente na figura do chefe de família provedor, dedicado ao trabalho e que raramente adoece, o que os pode levar a negligenciar a saúde” (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013, p.419).

Com o intuito de incorporar a perspectiva relacional de gênero às ações destinadas à atenção à saúde, o Ministério da Saúde, através da PNAISH, afirma que as intervenções devem “[...] considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem” (BRASIL, 2008, p.5), compreendendo que

grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados a séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. [...] A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade (BRASIL, 2008, p.6).

Além disto, também tem peso o papel socioculturalmente difundido de que estes são “provedores” da família e o fato de que, de maneira em geral, os serviços de Atenção Básica são estruturados em horário de funcionamento que coincide com a carga horário de trabalho – fator que contribui para menor procura dos homens por serviços de Atenção Básica. Complementarmente, o desemprego também pode ser fator que cria obstáculos para o acesso dos homens, especialmente de camadas mais pobres, aos serviços (GOMES, 2008, 2010; FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2008).

Estas são algumas das questões que estão correlacionadas as relações estabelecidas entre homens, saúde e cuidado – podendo outros recortes como, por exemplo, raça, classe social condição de pobreza, serem enfatizados como relevantes para manutenção da saúde, estes se configurando (ou não) como fatores de vulnerabilidade que levam à ausência e invisibilidade dos homens na APS (GOMES, 2010; SEPARAVICH; CANESQUI, 2013; FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2008; COUTO et al., 2010).

Diante do exposto, nos questionamos sobre como está a situação da implementação da PNAISH em Ponta Grossa – PR. Será que estão sendo

desenvolvidas ações para fortalecimento da PNAISH no âmbito da atenção primária? E em caso afirmativo, quais? Ou os serviços de atenção básica continuam sendo vistos/feitos como desfavoráveis a presença de homens e aos cuidados com a saúde desta população? Para além, qual a percepção dos gestores envolvidos sobre a atenção integral à saúde do homem em Ponta Grossa? Quais os maiores desafios enfrentados para atenção à saúde deste público e para implementação da PNAISH? E as perspectivas?

Desta forma, o objetivo principal desta dissertação de mestrado é analisar o processo de implementação da PNAISH no Município de Ponta Grossa – PR, apontando desafios e perspectivas. E os objetivos específicos são:

- Conceituar saúde do homem, passando pela relação entre o exercício das masculinidades e o cuidado com a saúde;
- Apresentar a PNAISH, as particularidades de sua construção e seus objetivos/plano de ação;
- Desvelar a realidade pontagrossense em relação a atenção a saúde do homem e a implementação da PNAISH.

Em relação aos aspectos metodológicos da pesquisa, faz-se necessário inicialmente uma elucidação a respeito do nosso entendimento sobre o processo de pesquisa e metodologia, que consideramos

o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas. Dizia Lênin (1965) que ‘o método é a alma da teoria’ (p.148), distinguindo a forma exterior com que muitas vezes é abordado tal tema (como técnicas e instrumentos) do sentindo generoso de pensar a metodologia como a articulação entre conteúdos, pensamentos e existência. [...] a metodologia inclui as concepções teóricas da abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador (MINAYO, 1999, p. 16).

É com base nesta perspectiva que ocorreu o conjunto de decisões essenciais ao planejamento da presente pesquisa, uma vez que este compreende um processo de escolhas que o pesquisador deve tomar para que possa dar continuidade à sua efetiva atividade de investigação e sucessiva aproximação da realidade social.

Nos propusemos, então, a realizar um estudo de caso sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem no município de Ponta Grossa - PR; utilizando, para dar conta da complexidade do nosso objeto que

perpassa a interdisciplinaridade, de uma associação de métodos (triangulação) das pesquisas quantitativa e qualitativa. Pois, enquanto a pesquisa quantitativa vai trabalhar exclusivamente com números e suas relações estatísticas; “[...] a pesquisa social trabalha com *gente*, com atores sociais em relação, com grupos específicos [...] na pesquisa qualitativa a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial [...]” (MINAYO, 1998, p 105, grifo da autora).

“Por exemplo, a pesquisa qualitativa pode classificar o fenômeno ou responder à pergunta ‘o que é X’, [fato] que necessariamente precede o processo [quantitativo] de enumeração de X” (POPE & MAYS, 2006, p. 15). Assim sendo, no caso particular deste trabalho, ao trabalhar com uma associação entre essas duas formas de se pesquisar, pretendeu-se desvelar a realidade local através de dados quantitativos em articulação com as informações qualitativas – visto que, como indica Minayo em seu livro “O desafio do conhecimento”,

o objeto das Ciências Sociais é essencialmente *qualitativo*. [...] isso implica considerar sujeito de estudo: *gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados*. Implica também considerar que o **objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação** (MINAYO, 1998, p. 21-22, grifo nosso).

Além disso, a opção pela perspectiva qualitativa indica o reconhecimento de uma relação dinâmica entre mundo real, sujeito e objeto de pesquisa. Sobre isto, Chizzotti (1991) aponta para existência de uma interdependência entre sujeito e objeto,

[...] um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa: o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes *significado*. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que *sujeitos concretos* criam em suas ações (CHIZZOTTI, 1991, p. 79, grifo do autor).

Para Minayo (1998), pensar saúde e doença enquanto questão humana e existencial compartilhada por diversos segmentos sociais envolve o reconhecimento de que se trata de “[...] uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de

significados” (MINAYO, 1998, p. 15). Bem como, sugere a consideração de que estas interações acontecem de forma específica em determinado período de tempo (historicidade) e contexto sociocultural.

Neste sentido, a opção pelo estudo de caso se relaciona com o fato de que se trata de uma pesquisa exploratória sobre a Saúde do Homem em Ponta Grossa-PR, que para tanto “vai além de um tipo de pesquisa qualitativa, usando uma mistura de evidência quantitativa e qualitativa” (YIN, 2010, p.41). Este autor indica ainda que o estudo de caso é utilizado como método para o desvelamento de fenômenos contemporâneos e complexos inseridos na vida real, em situações específicas; devendo ocorrer de forma planejada com base em uma variedade de evidências e múltiplas fontes de dados (YIN, 2010).

De acordo com Andre (2005) esta metodologia de investigação contempla uma fase exploratória onde devem ser definidas as categorias/unidades de análise, bem como organizada a entrada no campo de pesquisa e a seleção dos instrumentos para coleta de dados. Logo, pressupõe a triangulação de métodos para a coleta de dados para que se possa olhar a realidade a partir de diversos ângulos uma vez que sua compreensão se dá através de sucessivas aproximações. Por sua vez, a análise dos dados deve estar presente em todas as etapas da pesquisa (ANDRE, 2005; QUIMELLI, 2006; YIN, 2001; MINAYO, 1998).

Deste modo fez-se necessária, para uma primeira aproximação, a revisão bibliográfica a respeito do tema, propiciando a construção de um referencial teórico pautado em algumas categorias inerentes ao nosso trabalho, a saber: gênero e masculinidades, saúde do homem, e a construção da PNAISH. Destacamos que estas categorias não foram estáticas e se alteraram conforme a pesquisa ia se desenvolvendo.

Complementada por estudo documental que nos possibilitou coletar dados relacionados ao objeto de estudo, como por exemplo no “Plano de Ação Nacional”, publicado pelo MS com direções para a PNAISH nos três âmbitos (União, Estados e Municípios) no triênio 2009 a 2011; os Relatórios Anuais de Gestão das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde; e demais documentos que se relacionavam com o objeto estudo no universo considerado (Ponta Grossa) e por dados sobre o perfil da população masculina, também obtidos através dos sistemas oficiais de registro das ocorrências em saúde, disponibilizados pelo Ministério da Saúde e/ou por publicações anteriores (que incluem dados quantitativos, apresentados na forma de tabelas e

gráficos, permitindo uma análise descritiva).

Tais informações foram complementadas por meio da observação e entrevistas/informações verbais fornecidas por profissionais e gestores que tinham alguma representatividade em relação à atenção e cuidado com a saúde de homens no município.

Para avançar em relação ao desvelamento da implementação da PNAISH em Ponta Grossa, realizamos também entrevistas com os enfermeiras¹/coordenadoras de aproximadamente 68% das Equipes de Saúde da Família do município. Para tanto, utilizamos o formulário disponibilizado no estudo “Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH): compromisso *versus* ação na atenção básica” (ANEXO C) para diagnóstico da situação atual de PG em relação a esta política pública. Cabe mencionar que opção por utilizar o referido instrumento de coleta de dados se relaciona com o fato de que este foi construído coletivamente e passou pelos testes necessários para sua validação; bem como pela possibilidade de espelhamento dos resultados.

O instrumento elaborado pelo grupo de pesquisa da Fiocruz e MS para avaliar se o compromisso assumido pelos municípios em relação a implementação e fortalecimento da PNAISH por meio da Atenção Primária a Saúde (especialmente pelas Estratégia de Saúde da Família²) se transformou em ações, pretende identificar a existência de

- a) Cadastro atualizado da população masculina do território.
- b) busca ativa de homens pela equipe de saúde para realização de ao menos uma consulta/ano;
- c) oferta de atendimento em horários alternativos adequados para população masculina;
- d) ações de orientação e sensibilização da população masculina quanto as medidas possíveis para detecção precoce do câncer de próstata em pacientes sintomáticas e disfunção erétil, entre outros agravos do aparelho geniturinário;
- e) incorporação de homens nas ações de e atividades educativas voltadas para o planejamento familiar;
- f) ampliação da participação paterna no pré-natal, parto, puerpério e no crescimento e desenvolvimento da criança;

¹ Devido ao fato do maior numero de profissionais de enfermagem entrevistados serem mulheres, optamos por nos referir aos mesmos como “enfermeiras” ao longo do trabalho.

² A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, sendo uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos desta, de ampliar a resolatividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012c).

- g) oferta de exames previstos para homens que participam do pré-natal masculino;
- h) ações de identificação, acolhimento e encaminhamento de situações de violência envolvendo homens; e
- i) ações educativas para a prevenção de violências e acidentes, e uso de álcool e outras drogas voltadas para a população masculina (BRASIL, 2013, p. 12-3).

Assim sendo, foi preciso identificar o número de equipes de Saúde da Família³ existentes em Ponta Grossa – que, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), aumentou de 44 em 2014 para 84 equipes em fevereiro de 2016. No momento da realização desta etapa da pesquisa de campo, entre janeiro a primeira quinzena de fevereiro de 2016, existam 82 equipes cadastradas, mas por se tratar de um período do ano em que muitas coordenadoras/enfermeiras das equipes de ESF estavam de férias e/ou recesso, foi possível entrevistar somente 56 enfermeiras (que representam cerca de 68,29% do total).

O instrumento utilizado para coleta de dados contempla informações gerais sobre a estrutura da Unidade de Saúde da Família (USF), responsável pela ESF, área de coberto e rotina de trabalho, bem como questões que contemplam a especificidade da Saúde do Homem; e foi aplicado na forma de questionário, pois os enfermeiros foram responsáveis pelo preenchimento dos mesmos – com acompanhamento ou não da pesquisadora.

A reflexão a cerca do tema foi complementada por meio da realização de entrevista semiestruturada com 2 gestores municipais, sobre a situação de Ponta Grossa – PR em relação a PNAISH, questionando quais os desafios e perspectivas para sua implementação. Pois, de acordo com Minayo (1998) a entrevista difere do sentido tradicional do questionário uma vez que visa

[...] apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa, o roteiro [em geral] contém poucas questões. Instrumento para orientar uma 'conversa com finalidade' que é a entrevista, [seu roteiro] deve ser facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da

³ De acordo com o MS, através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Estratégia Saúde da Família pressupõe a existência de uma equipe multiprofissional, composta por, no mínimo, 1 médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, 1 enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, 1 auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS). Estes profissionais são responsáveis por uma área de abrangência/território com no máximo até 4000 pessoas e podem ter a equipe complementada por profissionais de saúde bucal: sendo 1 cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, 1 auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012c).

comunicação. [...] [deve contribuir para] emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores (MINAYO, 1998, p. 99).

Kahn e Cannel (1962), por sua vez definem entrevista em pesquisa como

Conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistados) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo (Kahn; Cannel, 1962, p. 52 *apud* MINAYO, 1998, p.108).

Desta maneira, para realização das entrevistas seguimos roteiro elaborado à luz da teoria/revisão bibliográfica e atualizado conforme a coleta dos dados empíricos (especialmente por meio do questionário com Coordenadoras de ESF). Cabendo destacar que, antes da realização das entrevistas, o projeto de pesquisa foi aprovado em avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa (submetido através da Plataforma Brasil).

Em relação ao tratamento e análise dos dados, utilizamos como procedimento metodológico a análise de conteúdo. Sustentando-nos nas reflexões de MINAYO (1998) a respeito do tema, visto que

[...] todo esforço teórico para desenvolvimento de técnicas visa – ainda que de formas diversas e contraditórias – a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação (MINAYO: 1998, 203).

Sobre o assunto, Bardin (1979) argumenta que a análise de conteúdo corresponde a

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 1979, p. 42 *apud* MINAYO, 1998, p. 199).

Além disto, pode-se dizer que foi realizada uma análise continuada dos dados coletados pelos instrumentos já mencionados, fato que nos permitiu a sistematização e organização dos mesmos, especialmente, em 3 tópicos do capítulo III e a redefinição das categorias de análise para os 5 eixos da PNAISH. Isto porque

as categorias são criadas a partir dos dados coletados. No entanto, este processo é guiado pela referência teórica elaborada pelo pesquisador. Isto significa que, primeiro, o pesquisador descontextualiza e reduz os dados, mas, em seguida os dados são recontextualizados em forma abstrata (por interpretação [e descrição]). (QUIMELLI, 2009, p. 79).

Para além, Minayo (1998) aponta que, do ponto de vista operacional, esta metodologia de análise parte de uma literatura primária para um nível que ultrapassa os significados manifestos. Articulando, para isto, “[...] a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem” (MINAYO, 1998, p.203).

Os resultados alcançados com a realização da pesquisa são apresentados neste texto por meio três capítulos. O primeiro, intitulado “SAÚDE DO HOMEM E GÊNERO: A EXPRESSÃO DAS MASCULINIDADES”, foi escrito como ponto de partida na medida em que situamos nosso entendimento sobre gênero, bem como quais são os aspectos históricos e identitários da construção das masculinidades. Refletimos também sobre a necessidade de se considerar todas as possibilidades de “ser homem”, nos referindo, portanto, à masculinidades no plural. Para encerrar o capítulo fazemos uma articulação entre saúde do homem e gênero, enquanto possibilidade de expressão das masculinidades.

O segundo capítulo, denominado “A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)”, objetivou situar tal política no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), demonstrando as particularidades da construção de uma política pública para atenção integral à saúde masculina e a delimitação de suas diretrizes. Devido a sua relevância, neste capítulo também é apresentado o primeiro plano de ação nacional da PNAISH.

O terceiro capítulo versa sobre a “POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH) NO CONTEXTO PARANAENSE: O CASO DE PONTA GROSSA”, momento em que são apresentados os dados da pesquisa documental e de campo em relação a implementação da PNAISH em Ponta Grossa-PR, além da discussão/análise destes.

Por fim, a guisa de conclusão, são apresentadas nossas considerações sobre o que foi estudado.

CAPÍTULO I

GÊNERO E SAÚDE DO HOMEM: A EXPRESSÃO DAS MASCULINIDADES

As relações de gênero são sociohistoricamente constituídas e refletem diretamente sobre todos os âmbitos da vida humana. Não é por acaso que historicamente as mulheres vem lutando por um espaço de equidade em relação aos homens e, ainda assim, apesar de toda luta e da possibilidade de olhar as questões pelo prisma do gênero, as desigualdades entre homens e mulheres não foram efetivamente superadas.

As diferenças de gênero, originadas desde muito tempo atrás com base nas distinções anatômicas e na divisão social do trabalho, contribuem também para que homens e/ou mulheres se comportem de maneira diferenciada numa mesma situação, conforme aquilo que é “esperado” para seu gênero. É isto que explica, de certo modo, porque os cuidados com a saúde por parte da população masculina tendem a ser diferentes da feminina. E que justifica a necessidade de se identificar e compreender como surgem e como operam tais disparidades.

Desta forma, antes de se falar sobre uma política pública voltada para a especificidade da atenção a saúde da população masculina, faz-se necessária uma reflexão sobre quem é o homem considerado na formulação da política e o que representa em sua vivência o fato de ser homem. Passando primeiramente pela conceituação de gênero enquanto possibilidade de análise (e crítica) das relações sociais, compreende-se que não existe uma forma única e exclusiva de expressar o que pode ser chamado de masculinidade.

É somente depois destas reflexões que se pode pensar sobre relação entre as diversas formas de expressão das masculinidades e a saúde do homem propriamente dita; bem como sobre como tais associações culminaram no lançamento da Política de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) no ano de 2009.

1 GÊNERO, UMA PRIMEIRA APROXIMAÇÃO

De acordo com Judith Butler (2014) o gênero é performativo, produzido e alimentado por práticas discursivas no cotidiano. Desta forma, pode-se dizer que é também imposto pelas práticas reguladoras da coerência de gênero e, portanto,

constituente de uma “identidade de gênero” – que é normativa e reguladora. Assim sendo, o gênero também pode ser entendido como um sistema/mecanismo que regula as práticas humanas, criando ficções de feminilidades e masculinidades (enquanto naturais) que se sustentariam, num primeiro momento, através da linearidade entre sexo, desejo e gênero.

O sociólogo Anthony Giddens (2005) diferencia sexo e gênero, indicando que o primeiro diz respeito as diferenças anatômicas e fisiológicas que demarcam as características dos corpos femininos e masculinos; enquanto o segundo está ligado as diferenças existentes no modo de ser e pensar de homens e/ou mulheres, sendo este definido conforme as condições psicológicas, culturais e sociais de cada época. Logo, é possível dizer que o gênero está diretamente ligado a construção do que é feminino e do que é masculino em determinado tempo e determinado local.

Ainda sobre o assunto, Giddens (2005) afirma que há uma socialização do gênero e as diferenças que desta surgem são produzidas e reproduzidas culturalmente. Segundo o autor, a explicação para que existam diferenças entre o que é ser homem ou mulher é que os indivíduos são socializados de forma diferente, conforme as influências socioculturais a que estão sujeitos por serem classificados como do sexo feminino ou masculino.

Joan Scott (1989), por sua vez, defende que

[...] o gênero é igualmente utilizado para designar as relações sociais entre os sexos. [...] se torna, aliás, uma maneira de indicar as “construções sociais” – a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis próprios aos homens e as mulheres. É uma maneira de se referir as origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres. O gênero é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (SCOTT, 1989, p.7).

Neste sentido, o gênero enquanto categoria de compreensão social nos leva a ideia de que homens e mulheres devem ser compreendidos para além de seus corpos, ou seja, também pelas funções sociais que lhes são atribuídas culturalmente. Isto porque o gênero não existe em si, mas sim através de representações (performances) que ganham concretude na vivência cotidiana em determinadas espacialidades (SILVA; ORNAT, 2011).

Para além, quando gênero nos remete a organização das relações sociais entre sexos, pode também ser considerado uma categoria de análise que é relacional e histórica pois vai explicar/explicitar as diferenças históricas nas posições femininas e

masculinas. Sendo o gênero também parte das “[...] tentativas levadas pelas feministas contemporâneas para reivindicar certo campo de definição, para [...] explicar desigualdades persistentes entre mulheres e homens.” (SCOTT, 1989, p. 19).

Para a autora acima,

[...] gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, [...] uma forma primeira de significar as relações de poder. [...] O gênero é, portanto, um meio de decodificar o sentido e de compreender as relações complexas entre diversas formas de interação humana. Quando os(as) historiadores(as) procuram encontrar as maneiras como o conceito de gênero legitima e constrói as relações sociais, eles/elas começam a compreender a natureza recíproca do gênero e da sociedade e das formas particulares, situadas em contextos específicos, como a política constrói o gênero e o gênero constrói a política (SCOTT, 1989, p.23).

Se faz importante mencionar que gênero é um conceito construído socialmente com o intuito de compreender as relações estabelecidas entre os homens e as mulheres, as funções que cada um destes assume na sociedade e, portanto, as relações de poder estabelecidas entre eles.

Além de Scott (1989), outros autores e autoras que estudam gênero entendem que este e o poder estão no centro da hierarquização social. Isto porque, como mencionado, além de construídas socio-historicamente as relações de gênero são marcadas pela cultura e pelas relações de poder, as quais, por sua vez, podem representar uma hierarquia e assimetria social entre homens e mulheres – que teve origem, em parte, nas diferenças sexuais e de trabalho. (NASCIMENTO, 2015; VEIGA, PEDRO, 2015). Por isto a importância de se historicizar tal entendimento das diferenças e proximidades entre os sexos/gêneros, pois hoje se entende que as relações de gênero passam pela “rejeição do caráter fixo das oposições binárias” (veiga; pedro, 2015). Embora ainda haja

[...] uma hegemonia nas representações em volta da masculinidade e do poder do homem, apesar de haver diferentes posturas assumidas por meninos e meninas nas relações sociais. Também existe uma reprodução de modelos hegemônicos onde o homem é visto como ‘individualista e a mulher coletivista’ (MUHLEN; STREY, 2015, p. 372).

Afinal, se trata de pensar relações onde as diferenças (de poder e também de funções) estão presentes desde muito tempo. Alguns autores utilizam o conceito de

Patriarcado⁴ – modelo de organização familiar e social que valoriza o masculino, submetendo os outros membros da família, inclusive a mulher, ao seu poder – para compreender as relações históricas entre homens e mulheres.

O Patriarcado tem sua identificação/origem no período de formação dos estados arcaicos, sendo a organização da família romana o “tipo perfeito” da família patriarcal – na qual o homem, por direito exercia o poder absoluto sobre a família, submetendo os outros membros à figura do Patriarca. Tanto que, para Engels (1991), a primeira opressão de classes tem origem na opressão do sexo feminino pelo masculino e a primeira divisão sexual do trabalho é estabelecida na diferenciação entre homens e mulheres no que tange a criação dos filhos (LIMA, SOUZA, 2015).

Esta relação entre as questões de gênero, família e trabalho fez com que a análise marxista do Patriarcado tivesse, portanto, grande influencia nos estudos feministas

[...] ao considerar a submissão da mulher como derivada do surgimento da propriedade privada e apontar importantes conexões para compreensão das desigualdades de gênero, como as relações entre a posição ocupada pelas mulheres na sociedade e as mudanças estruturais ocorridas nas relações de parentesco e na divisão do trabalho; entre a propriedade privada, o casamento monogâmico e a prostituição; e entre a dominação econômica e política dos homens e seu controle sobre a sexualidade feminina. Destaca ainda que, ao situar a origem da submissão feminina no período de formação dos estados arcaicos, Engels conferiu-lhe historicidade. Esta revelação da origem social e histórica das desigualdades de poder entre homens e mulheres colocou em xeque a interpretação de que eram fruto das diferenças naturais entre os sexos [...] (LIMA; SOUZA, 2015, p.516).

No entanto, por ser amplamente discutido e difundido pelos movimentos feministas, conceito de Patriarcado vai além na medida em que representa um modelo ideológico presente em diferentes arranjos familiares; bem como uma forma de

⁴ Há que se relativizar a utilização do conceito de Patriarcado e pontuar também a existência de outras matrizes teóricas que entendem as relações de gênero para além deste conceito – especialmente os estudos pós-coloniais que avançam no sentido de buscar compreender relações de opressão que que perpassa experiências. Além disto, também é interessante comentar a existência “sociedades matriarcais”, onde a mulher exercia importante papel perante os grupos de pessoas/família. Sobre o assunto, Santiago e Coelho (2007), comentam que “Originalmente as famílias se organizavam sob a forma “matriarcal”. Entre os povos primitivos, o parentesco era restrito à linhagem materna, por não se conhecer o papel do pai na reprodução. [...] Nas sociedades matriarcais, as mulheres tinham alguns direitos políticos e o direito à propriedade [...] O lugar central da mulher na economia era ligado ao suprimento alimentar e à domesticação cumulativa de plantas e animais [...]” (SANTIAGO; COELHO, 2007, p.5). No entanto, apesar da existência destas sociedades onde a mulher era figura central no tocante a família, em termos gerais a dominação foi masculina – especialmente com o advento da agricultura e a reorganização das relações sociais e de gênero em torno da questão do trabalho e cuidado com a prole.

problematizar as relações de poder e domínio dos homens sobre as mulheres – deslocando seu lugar de estrutura familiar hegemónica, para conceitua-lo como modelo ideológico presente em diferentes arranjos familiares existentes (LIMA; SOUZA, 2015, p. 518).

Como mencionado, também é uma construção histórica a questão da divisão de espaços e comportamentos que são associados a cada gênero: ao homem, o público e a mulher cabe a esfera privada. Sobre o assunto, Pedro (2004) comenta que a relação das mulheres com a esfera íntima familiar também foi construída historicamente pois, conforme aponta Catherine Hall em seu texto “Home Sweet Home”,

[...] na Inglaterra, no início do século XIX, as transformações no comércio promoveram o isolamento gradativo das mulheres na esfera privada. Nas vendas, nas pequenas casas comerciais, as mulheres eram uma presença constante, atendendo à freguesia. Nas grandes casas comerciais e nas atividades do transporte marítimo de grande monta, a presença feminina tornou-se rara, ficando esta, cada vez mais restrita ao espaço doméstico (Hall, 1991: 62-9). Na França, Michelle Perrot (1998: 59-87) mostra-nos como a Revolução Francesa foi excluindo as mulheres das assembleias e do direito à palavra. Política tornou-se uma atividade exclusivamente masculina (PEDRO, 2004, s/p).

Sobre este mesmo assunto, Matos (2001) postula que a solidariedade masculina é exercitada em espaços coletivos – como é o caso do bar, onde se pode conversar com amigos e trocar experiências. Por sua vez, o âmbito particular, doméstico vai sendo valorado como um ambiente feminino e

[...] as representações masculinas e femininas construídas nesses discursos não só consolidam diferenças como contem hierarquias. Ao mesmo tempo que manifestam críticas à ordem estabelecida, determinam as características ideais do masculino e do feminino. Exagera-se nas diferenças, minimizam-se as características comuns, assim definem-se e se estabelecem as hierarquias. Identidade e diferenciação surgem como faces de um mesmo processo permeado pelo poder. Cabe destacar, no entanto, que não há uma masculinidade ou uma feminilidade únicas, modelos universais, validos para todos os tempos e lugares. São imagens de poder que explicitam visões mais voltadas para o dever-ser do que para o ser, num processo de construção das representações de gênero regido por uma dinâmica de relações de dominação e exclusão (MATOS, 2001, p. 99, grifo nosso).

Mas, antes de entender porque existem masculinidades (ou feminilidades) diferenciadas, é preciso desvelar de onde surgem tais diferenças entre homens e

mulher, bem como quais os principais traços identitários que representam o “ideal” de masculino e/ou feminino.

1.2 ASPECTOS HISTÓRICOS E IDENTITÁRIOS DA CONSTRUÇÃO DAS MASCULINIDADES

As relações entre os sexos e a significação dos gêneros foi sendo construída ao longo da história da humanidade. Peter Stearns⁵ (2007), em seu livro “História das relações de gênero”, se propõe a fazer um resgate histórico sobre como estas interrelações se processam e ressignificam com o passar do tempo – pois “[...] falar em gênero é uma forma de enfatizar o caráter social e, portanto, histórico das concepções baseadas nas percepções das diferenças sexuais” (STEARNS, 2007, p.12).

É importante situar que este tipo de leitura da realidade, focalizada na ideia de gênero, emerge a partir da década de 1960, com a ascensão do feminismo contemporâneo na sociedade ocidental e em concomitância com diversas alterações nas funções atribuídas às mulheres – seja no âmbito doméstico ou profissional. Foram produzidos estudos que ao adotar uma visão de mundo feminista (e crítica) propiciaram investigações sobre como era a condição das mulheres e no passado e como estes padrões influenciam ou condicionam as situações atuais; e de forma mais abrangente, também sobre a condição dos homens, haja visto que um gênero só pode ser compreendido em relação ao outro (STEARNS, 2007).

Segundo Stearns (2007), são apontadas por historiadores variadas definições sobre feminilidade e masculinidade que estariam relacionadas diretamente ao funcionamento das sociedades e da vida familiar, bem como das instituições políticas e econômicas. Desta forma é que surgem as diferenças de interpretação sobre o que é comportamento masculino ou feminino nas diferentes sociedades e épocas. No entanto, é importante mencionar que há um consenso entre os autores de que as desigualdades entre homens e mulheres se exacerba na medida em que as sociedades passam da caça e coleta para a agricultura. E, com isto, se iniciam as

⁵ Compreendemos que Stearns (2007), ao se propor a fazer um panorama sobre a história das relações de gênero, pode-se mostrar generalista, no entanto a leitura de sua obra também proporciona uma noção de amplitude sobre o tema.

primeiras divisões do trabalho conforme as características dos corpos e a definição de funções que caberiam essencialmente ao homem e a mulher (STEARNS, 2007).

Tal diferenciação resultaria na formação de uma ordem societária em que o homem passa a exercer função de dominação em relação as mulheres, que se veem responsáveis pelo âmbito privado e cuidados com os filhos. Sobre o assunto, Costa (2015), complementa que com avanço dos estudos sobre o tema, o termo “Patriarcado”/“Patriarcalismo” vem sendo utilizado para explicar a condição feminina na sociedade e as bases desta dominação masculina – algo que já foi mencionado no item anterior deste capítulo.

Sobre o assunto, Stearns (2007) reforça que tais diferenças entre o que cabe ao homem e a mulher tende a se exacerbar na medida em que as sociedades agrícolas se tornam mais prósperas e apresentam governos fortes – cabendo a mulher a funções domésticas e dependências da família; enquanto aos homens cabiam também as atividades das elites políticas e intelectuais. Neste sentido, o autor defende que há ao mesmo tempo uma aproximação e um afastamento da história das relações de gênero com a história mundial pois não se pode universalizar, devido ao entendimento de que apesar das similaridades as questões de gênero são constitutivas especificamente de cada sociedade, em cada espaço de tempo e geográfico distinto.

Ainda assim, é possível dizer que de alguma maneira as relações de gênero há muito tempo estabelecidas vem favorecendo a desigualdade entre os sexos, ao passo em que deixa a mulher mais vulnerável a diversas situações/questões sociais, inclusive à pobreza; e o homem, apesar de sua posição dominante, à outras – como é o caso de algumas doenças.

Isto se deve, dentre outros aspectos, há uma reiterada “ausência” das mulheres no que diz respeito ao “[...] exercício do poder, tanto no setor público como no privado, e das esferas de representação política, onde são tomadas decisões de caráter coletivo que interferem na dinâmica social” (MELO, 2005, p.5). Decisões estas que, de maneira geral, acabam por reafirmar os padrões históricos que determinam as características entre os sexos e com isto, aumentam a desigualdade.

Nestas sociedades os homens tinham direitos legais que mulheres não possuíam justamente devido a sua condição de “inferioridade”. Além destas, outras desigualdades foram reforçadas também pelo que era considerado aceitável e/ou não para homens e mulheres nas sociedades agrícolas e (patriarcais), haja visto que

[...] Muitas sociedades agrícolas impediram as mulheres de possuírem propriedade de forma independente. Muitas permitiam que os homens tivessem varias mulheres (se pudessem sustenta-las) A maior parte punia as ofensas sexuais das mulheres – por exemplo, o adultério – muito mais severamente do que as dos homens. De fato, alguns historiadores argumentam que uma justificativa-chave para a essência do patriarcado era garantir, com o máximo de certeza possível, que os filhos de uma mulher fossem do marido. Dada a importância da propriedade em sociedades agrícolas (em contraste com as de caça e coleta), os homens sentiam necessidade de controlar a herança das gerações futuras, e isso começou regulando a sexualidade das esposas. Outros indícios eram igualmente importantes. Havia preferência por filhos em vez de filhas. [...] Culturalmente, os sistemas patriarcais enfatizavam a fragilidade das mulheres e restringiam os direitos das mulheres a aparecerem em publico. O alcance do patriarcalismo foi poderoso e extenso. Muitas mulheres ficaram tão intimidadas e isoladas pelo sistema que as formas de protesto se tornavam improváveis – embora algumas mulheres pudessem obter certa satisfação em manipular seus maridos e filhos ou em dar ordens as mulheres inferiores no ambiente domestico (STEARNS, 2007, p. 32-3).

Se o Patriarcado exerceu exacerbadamente sua força sobre a vida das mulheres, se formos considerar a perspectiva relacional de gênero podemos dizer que também influenciou diretamente a vida dos homens visto que deles exigia determinadas posturas e comportamentos. Aos poucos e independente de suas características pessoais/de personalidade, estes sujeitos se viram frente a necessidade de assumir posições dominantes em relação as esposas, filhas e mulheres em geral (STEARNS, 2007).

E esta dominação acaba sendo relacionada diretamente com a ideia do que é masculino como um todo, mas que de certa forma é criticada por Elisabeth Badinter (1993) quando a autora postula que não há modelo masculino universal que seja valido para todas as culturas, tempos e lugares; reforçando que a masculinidade não é uma essência, mas construída (e, portanto, passível de mutação) que vem sendo utilizada como ideologia que tende a justificar a dominação masculina.

Segundo Badinter (1993), isto se deve ao fato de que o comportamento que as sociedades estabelecem como masculino é feito de “manobras de defesa” na medida em “o primeiro dever de um homem é: não ser uma mulher” (BADINTER, 1993, p. 49). Neste sentido é que são elencados como manifestações ideologicamente masculinas:

temor as mulheres, temor de manifestar qualquer tipo de feminilidade, inclusive sobre a forma de ternura, passividade ou cuidados dispensados aos outros, e, evidentemente o temor de ser desejado por um homem. De todos esses temores, Stoller deduz as atitudes do homem comum: ‘ser rude, barulhento, beligerante; maltratar e fetichizar as mulheres; procurar somente

a amizade dos homens mas detestar os homossexuais; falar grosseiramente; denigrir as ocupações das mulheres. (BADINTER, 1993. P. 49).

Considerando que o ideal de masculinidade sofreu alterações durante os tempos, podemos citar como exemplo de representação do que era esperado de um homem em determinado tempo a figura do guerreiro medieval (a qual, ao longo do tempo, também sofreu influências sociohistóricas das transformações que alteraram as características da sociedade Ocidental). O “ideal moderno de masculinidade”, conforme Oliveira (2004) descreve em seu livro “A Construção Social da Masculinidade”, representou

[...] durante os séculos XVIII, XIX e parte do século XX a imagem mais positiva que a civilização ocidental já fez de si própria. **Características como potência, poder, domínio, força, coragem, atividade, ousadia, valentia, vigor, eficácia, sagacidade, robustez, probidade, lealdade, firmeza, segurança, solidez, imponência, inteligência, resistência, temeridade, magnanimidade, intensidade, competência, integridade, invulnerabilidade, além de muitas outras, estiveram frequentemente associadas ao ser masculino e foram pensadas como qualidades em si, positivas, desejáveis, dignas de constarem como aquelas nas quais a própria sociedade moderna gostava de se (auto) projetar.** No pólo oposto, as características não eram nada lisonjeiras: fraqueza, apatia, debilidade, passividade, frivolidade, impotência, indecisão, temor, pusilanimidade, suscetibilidade, timidez, comedimento, recato, ignorância, incapacidade, indolência, docilidade, inoperância, submissão, ao lado de tantas outras, apareciam, muitas vezes, como associações automáticas do feminino. (OLIVEIRA, 2004, p. 281, grifo nosso).

Deste modo, a masculinidade pode ser entendida como uma representação sobre o que é esperado para os seres do sexo masculino, devendo se estabelecer em contraponto ao que é considerado feminino. Assim sendo, características como virilidade, invulnerabilidade, potencia, coragem foram sendo gradativamente associadas ao que era da ordem do masculino.

Se a masculinidade era associada as qualidades das sociedades modernas, foi então ressignificada, posteriormente, com a incorporação do ideal do guerreiro moderno no tocante a “nova” identidade masculina que surge juntamente das instituições militares que emergem a ideia de Estado Nacional, cujo sonho maior é de expansão e/ou manutenção da soberania. Mais do que isto, este “novo” guerreiro deveria apresentar também as características do agente laborioso, cioso de suas responsabilidades que se faria equilibrado e prudente, apesar da bravura (OLIVEIRA, 2004).

Oliveira (2004) defende que a associação do “ethos guerreiro” e a introjeção dos imperativos morais burgueses resultou na díade “soldado/trabalhador” como representação do “modelo de homem digno e honrado”, ao qual estava destinado todos os méritos, fosse como “defensor da pátria e da soberania do Estado moderno, ou então, em tempos de paz, na função do provedor responsável, orgulhoso e respeitado pai de família” (OLIVEIRA, 2004, p. 281). O autor considera, ainda, que a cultura ocidental soube dosar e equilibrar a influência dos dois modelos conforme as demandas e contextos conjunturais de cada nação.

Outro autor que trata das características masculinas que foram valorizadas em determinado período histórico é Matos (2001), que refere que ao homem é atribuída capacidade de ação acima da média feminina, praticidade e objetividade, sucesso, força e iniciativa, e vinculavam-se os atributos da virilidade ao trabalho, que deveria desempenhar uma função central na vida do homem, fazendo-o sentir-se reconhecido e aceito socialmente.

Cabe mencionar que, seguindo esta linha de raciocínio estabelecida pelo autor, o trabalho cumpria também a função de nomear o mundo objetivo do homem, fazendo-o por meio de uma tentativa de eliminar o que nele havia de duvidoso, impreciso e disforme. O emprego trazia status ao homem, que sempre deveria ser mais valorizado e remunerado que a mulher. O medo do desemprego, por sua vez, gerava nos homens um sentimento de abandono, falta de referência, medo da miséria, que faz com que compulsivamente mantenham com o trabalho uma relação mediada pelo emprego. A angústia gerada pela condição de desempregado era produzida pela ameaça que o modelo centrado nos valores capitalistas e pelo sentimento de que os homens, fora desta especificação não existiam como pessoas (MATOS, 2001).

Historicamente a representação de masculinidade inclui(a) “[...] além da identificação com posse e poder do chefe da família, ser assertivo sexualmente, sendo os homens instigados desde cedo a valorizar o sexo” (MATOS, 2001, p. 45). E neste sentido alguns elementos, considerados centrais na representação da masculinidade, ganharam destaque como “ideais” e “desejáveis” a todos os homens, como é o caso da virilidade, capacidade para o trabalho, honra e sucesso (MATOS, 2001).

Dando um salto na história das civilizações vemos que as características e questões relacionadas ao Patriarcado começaram a ser efetivamente questionadas com a abertura das sociedades em relação à imigração, bem como a revisão dos

papéis da religião e dos sistemas filosóficos – que muitas vezes refletiam as estruturas patriarcais de gênero (STEARNS, 2007).

Segundo Stearns (2007) foi neste contexto que três novos modelos de desenvolveram questionando a posição de patriarca atribuído ao homem, sendo o mais explícito o feminismo. E mesmo com esforço dos estudos feministas (e, portanto, de gênero) tentam problematizar, ressignificar e superar as relações (de dominação/superioridade masculina) perpassadas pela noção de patriarcado, o sexismo ainda hoje associa a condição masculina um grande estereótipo de gênero que em determinados contextos coloca homem relativamente em posição superior (STEARNS, 2007).

O autor destaca que os movimentos feministas visavam a subversão total das estruturas patriarcais e das desigualdades decorrentes desta. Mas não foram responsáveis sozinhos pelas críticas a este modelo de organização social. Cabe mencionar que

o marxismo foi a segunda influência nova. Semelhante a padrões mais antigos de ser uma ideologia geral com implicações de gênero, diferia das religiões mais importantes e do confucionismo em seu alvo explícito de remover os arranjos econômicos e sociais existentes. Por último, a questão do consumismo com o lançamento de novos produtos, frequentes mudanças na moda, constantes buscas de novas formas de entretenimento, representou a terceira força cultural com impacto potencial em gênero. [No entanto,] os três novos modelos culturais não se encaixaram de forma nítida. Marxistas e feministas podiam concordar sobre a importância de liberarem as pessoas dos grilhões do passado, mas não concordavam necessariamente na definição de liberação ou sobre as prioridades que questões de gênero deveriam merecer. As influências do comunismo, embora desafiassem seriamente os costumes tradicionais, pelo menos num nível superficial, podiam ou não ser compatíveis com empenhos feministas. Controvérsias sobre que caminho tomar, em outras palavras, foram uma configuração importante da história do gênero no século XX. Isso se somou ao debate sobre se havia necessidade de escolher um novo caminho ou manter os arranjos tradicionais (STEARNS, 2007, p. 187-8).

Com os intercâmbios culturais internacionais, os “arranjos alternativos de gênero” se tornaram mais visíveis, “[...] pressionando as sociedades a dissimular, resistir ou se adaptar a novas formas. Essa é uma pressão por mudança que evidentemente se estende para o século XXI que está em seus primórdios” (STEARNS, 2007, p. 250) e vai refletir em todos os âmbitos da sociedade – quer seja, por exemplo, nas relações sociofamiliares, quer seja nas relações entre Estado e sociedade, com a inclusão da perspectiva relacional de gênero na formulação de políticas públicas que invariavelmente busquem uma maior equidade.

Neste novo momento histórico, tempo em que ocorre(ra)m continuas readaptações, em níveis diferenciados mas que atingem todos os setores da vida social, decorrentes da aceleração dos meios de reprodução do capitalismo – classificado por alguns autores como pós-modernidade ou modernidade reflexiva⁶. Tais transformações favorecem uma série de questionamentos inclusive em relação a hegemonia do gênero masculino, que passou a ser entendida como arbitrária e não mais natural e legítima – graças também aos esforços dos movimentos gay e feministas para inclusão deste tópico nas agendas políticas de discussão sobre as políticas de identidade (OLIVEIRA, 2004).

Mas, apesar de todas as lutas e mudanças socioestruturais, mesmo na pós-modernidade o modelo ideal de masculinidade continuou a ser “cultuado”, embora não universalmente, “[...] porém ainda assim com força suficiente para garantir um sentido identitário e imaginário a um numeroso e ainda majoritário grupo de agentes” (OLIVEIRA, 2004, p. 284). Pois, apesar da contestação frequente dessa hegemonia masculina, por vezes esse lugar simbólico ainda é valorizado, funcionando como bússola para construção de identidades em diversos segmentos sociais – especialmente nas classes vulneráveis (OLIVEIRA, 2004).

Oliveira (2004) defende que nas classes mais populares esta valorização do masculino acontece de modo a prover

um dos poucos valores positivos acessíveis aos agentes que, excetuando-se o campo das relações de gênero, nas demais esferas da sociabilidade encontram-se desprovidos de qualquer possibilidade de constituição identitária simbolicamente valorizada. Aos agentes inseguros que buscam disfarçar suas inadequações e temores inefáveis, ela também oferece abrigo e apoio, propiciando o surgimento de vândalos, gangues e grupos políticos reacionários identificados com atitudes racistas odiosas ou trágicas [causando o aumento da violência, por exemplo]. [...] A masculinidade, sempre resgatável em sua força simbólica, culturalmente cultivada, está ao lado de outras tantas instituições que servem de sustentáculos para a manutenção do *status quo* [...] (OLIVEIRA, 2005, p. 285-6).

⁶ De acordo com Fridman (1999, s/p) “A caracterização da pós-modernidade teve início em um debate em torno da cultura (arquitetura, pintura, romance, cinema, música etc.) e estendeu-se aos campos da filosofia, economia, política, família ou mesmo da intimidade. Crise ecológica, impasse histórico do socialismo, informatização, ‘tribalismos’, declínio da esfera pública e da política, expansão dos fundamentalismos, novas formas de identidade social ou instantaneidade da comunicação e suas imensas repercussões não são fenômenos explicáveis através do recurso à ‘totalidade unificadora’ (Kumar, 1997, p. 188), o que dá origem a esforços de compreensão que seguem em variadas direções. [...] Giddens, Beck e Lash (1997), que preferem a expressão ‘modernidade reflexiva’ à ‘pós-modernidade’”.

A masculinidade (e a feminilidade) serve, portanto, para classificar indivíduos e expressar maneiras distintas de viver conforme o que é aceito temporal, social e culturalmente como característica de um determinado corpo que é generificado. Pois, como menciona Albuquerque Jr. (2015), masculinidade ou feminilidade são aprendidas socialmente conforme a internalização (nunca total) e expressão de determinados atributos, modelos e códigos que acabam culminando num “modelo hegemônico” ou “ideal” e provavelmente em vários outros modelos, uma vez que nem todos os sujeitos alcançaram totalidade do modelo.

Assim sendo, faz-se necessária uma reflexão especificamente sobre as masculinidades, apresentada no próximo item deste capítulo.

1.3 MASCULINIDADES PLURAIS: UMA APROXIMAÇÃO NECESSÁRIA

A ideia de masculinidade deriva do termo latino *masculinus*, que começou a ser usado somente em meados do século XVIII, quando se tentava realizar uma série de esforços científicos com o objetivo de estabelecer “critérios mais explícitos” na diferenciação entre os sexos (e conseguinte construção de uma identidade de gênero).

Isto posto, masculinidade pode ser entendida enquanto “lugar simbólico/imaginário de sentido estruturante nos processos de subjetivação”; mais do que isto, a ideia de masculinidade representa também um dos feixes indenitários que compõe o homem, uma significação social, ou seja, um “ideal” culturalmente elaborado (OLIVEIRA, 2004, p. 13).

O que quer dizer que a masculinidade “não é uma essência, mas uma ideologia que tende a justificar a dominação masculina [...]” (BADINTER, 1993, p. 27) e, como tal, não é universal, estática ou atemporal. É, portanto, um constructo social e simbólico (re)criado culturalmente a partir da observação das diferenças biológicas entre os sexos, mas que não se restringe a estas e “[...] que foi ao longo do tempo e em várias sociedades, transformada em princípio de desigualdade entre homens e mulheres” (ALBUQUERQUE JR, 2015, p. 438).

Como valor simbólico incorpóreo, a masculinidade se inscreve no corpo dos homens por meio de seus comportamentos, emoções, atitudes, orientações seletivas da percepção do mundo social através de juízos de valores que resultam em repulsão ou atração. Pois não se nasce sabendo como se comportar como homem, nem o que

significa ser homem ou o que se espera para que merecer e “[...] continue a merecer a designação de masculino, aprendemos em nosso processo de formação, através de nossas experiências e experimentações que nos permitem subjetivar esses balizamentos de nossa existência” (ALBUQUERQUE JR, 2015, p.438).

Oliveira (2004) afirma que a masculinidade, enquanto lugar simbólico, orienta a estruturação de comportamentos através das vivências interacionais identitárias dos sujeitos. Desta forma, “[...] funciona muitas vezes como uma grande meta para qual se organizam diversos ritos de instituição ou de consagração” (OLIVEIRA, 2014, p. 288). Na medida em que, como observa Badinter (1993), vai se estabelecendo primariamente em oposição a figura/comportamento da mãe (feminilidade) e precisa ser constantemente reforçada e/ou provada. Nas palavras da autora “não há melhores para dizer que *a masculinidade vem em segundo lugar e ‘deve ser criada’*. [...] *O primeiro dever de um homem é: não ser uma mulher*” (BADINTER, 1993, p.49, grifo da autora).

Ainda refletindo sobre sua significação enquanto lugar simbólico, Oliveira (2004) acredita que a masculinidade

[...] exerce o poder que lhe cabe socialmente porque é capaz de dar ao menos a aparência de um sentido, de uma razão de ser a esses seres sem razão de ser que são os seres humanos, de lhes dar o sentimento de ter uma posição, ou mais simplesmente, uma importância, livrando-os, assim, da insignificância. Ao se instituir continuamente como homem autêntico, por intermédio de tantas modalidades de vivências interacionais masculinas, os varões operam um verdadeiro milagre que é aquele de fazer crer aos outros e principalmente a si próprios, de que eles possuem uma significação para existir, ou melhor, que sua existência tem um sentido, serve para alguma coisa (OLIVEIRA, 2004, p. 288).

Por se relacionar com “sentido” e papel social, permeia os mais diversos estratos de sociabilização, seja com instituições (como por exemplo a família e o exército) ou com os valores sociais (coragem, responsabilidade, iniciativa, ousadia, entre outras). Assim, as experiências de socialização vividas por indivíduos de ambos os sexos são exercícios sociais que vão delimitando os limites e potencialidades de suas trajetórias no espaço social. (OLIVEIRA, 2004; MUHLEN; STREY, 2015).

A masculinidade (ou a constante busca para sua efetivação) se transforma, por meio das vivências interacionais, em um caminho para satisfação que os seres humanos têm em relação a uma inserção social satisfatória – a qual, psicologicamente falando, produz uma autoimagem que o permite validar e confirmar sua experiência

subjetiva frente a si mesmo e aos outros que compartilham da mesma visão, divisão e classificação do mundo (OLIVEIRA, 2004).

Cabe lembrar, no entanto, que embora a masculinidade e a feminilidade exerçam funções importantes no processo de subjetivação e construção de identidade; homens e mulheres nunca serão apenas homens ou mulheres exclusivamente. Isso se deve ao fato de que o gênero é sempre interseccionado por outras categorias identitárias que demarcam os corpos e existências humanas, como por exemplo: cor da pele, classe social, sexualidade, religião e outros tantos.

Sobre isto, Silva e Ornat (2011) em seu artigo “Espaço e Múltiplas Masculinidades: um desafio para o conhecimento científico geográfico brasileiro” destacam que

[...] os homens não são somente homens, embora, como um recorte de grupo social, detenham uma posição dominante. Pelo fato de serem também negros e brancos, pobres e ricos, efeminados e másculos, expressam um movimento de aproximação e afastamento da imagem ideal de masculinidade hegemônica. Essa masculinidade hegemônica se consolida pela ideia de superioridade que é simbolicamente reconhecia e aceita nas práticas culturais cotidianas, e ela é construída em oposição à feminilidade e a outros tipos de masculinidades que não correspondem ao tipo ideal (SILVA; ORNAT, 2011, p. 32).

Rossi (2011, p. 131), por sua vez, afirma que “nem todas as masculinidades fazem parte do discurso hegemônico”. Desta forma, é necessário ao se considerar a questão masculina, compreender que as diversas masculinidades “[...] se constituem num complexo amálgama de práticas, valores e significados envolvendo lugares e contextos situados” temporal e geograficamente (ROSSI, 2011, p. 131).

Para Badinter (1993, p.49) o comportamento definido socialmente como adequado ao masculino é feito de “manobras de defesa”, especialmente no que tange a oposição ao feminino e o “[...] temor às mulheres, temor de manifestar qualquer tipo de feminidade, inclusive sob a forma de ternura, passividade ou cuidados dispensados aos outros, e, evidentemente, temor de ser desejado por um homem”.

Rossi (2011) avança quando aponta que a oposição bipolar entre feminino e masculino por muito tempo

empobreceu as possibilidades de análise e tomou por universal a representação social das masculinidades consideradas de modo simplista, como se todas as vivências masculinas pudessem ser hegemônicas e representadas pelo inabalável poder masculino da sociedade patriarcal capitalista.[...] As representações consideradas hegemônicas de masculinidade dizem respeito a determinados grupos sociais que possuem o

poder de projetar seus símbolos e significados. Tais representações constituem o discurso da sociedade heteronormativa, que exerce sua pressão sobre grupos não hegemônicos com a intencionalidade de produzir homens padronizados pelo poder instituído. A partir deste ponto de vista, a sociedade da 'dominação masculina' exerceria seu poder implacável sobre seres que não desempenham o papel social preconizado socialmente (ROSSI, 2011, p. 131).

Então seria necessário ir além da ideia de uma masculinidade única que se opõe ao feminino, pois dentro do que se refere a “ser homem” encontramos diferentes formas de se colocar no mundo, relacionadas as interseccionalidades, que fazem com que haja uma “hierarquização” mesmo entre as várias possibilidades de ser homem. Um dos primeiros autores (e talvez mais conhecido em escala mundial) a debater sobre este ponto de vista é Connel, que inaugura seus estudos específicos sobre as relações de gênero de poder em 1987, com a publicação de “*Gender and Power*”, e avança com a publicação de um dos primeiros livro que trata especificamente da questão das masculinidades de forma crítica em 1996, chamado “*Masculinities*”⁷ (CONNELL, 2016).

Sobre o assunto, a autora se posiciona dizendo que

to speak of masculinities is to speak about gender relations. Masculinities are not equivalent to men; they concern the *position* of men in a gender order. They can be defined as the patterns of practice by which people (both men and women, though predominantly men) engage that position.

There is abundant evidence that masculinities are multiple, with internal complexities and even contradictions; also that masculinities change in history, and that women have a considerable role in making them, in interaction with boys and men. (CONNEL, 2016, s.p., grifo nosso).

Connell e Messerschmidt (2013) defendem que existe uma masculinidade considerada hegemônica, construída em um processo social, que represente um padrão normativo de práticas (mais do que uma identidade ou papéis sociais) que possibilitou que a dominação sobre as mulheres continuasse, na medida em que incorpora o “ideal”, “a maneira mais honrada” de ser homem para determinado cenário sociocultural particular. Os autores apontam ainda que esta não deve ser encarada como fixa ou um modelo trans-histórico, mas ao contrário deve-se compreender a historicidade do gênero e “a evidencia massiva das transformações da masculinidade” (CONNELL; MESSERSCHIMDT, 2013, p. 252).

⁷ Ambos os títulos ganharam versões em diversos idiomas, mas não foram traduzidos para o Português – como indica a própria autora em seu site pessoal. A saber: <<http://www.raewynconnell.net/2011/08/raewyn-in-translation.html>>

Neste sentido, é possível dizer que existam em um nível societal mais ampliado uma circulação de “modelos de conduta masculina admirável”, os quais podem ser exaltados ou reforçados por igrejas/religiões, pela mídia e até celebrados pelo Estado, por exemplo na figura do militar ou do “herói nacional”. “[...] Tais modelos se referem (mas também em vários sentidos as distorcem) às realidades cotidianas da prática social” (CONNEL; MESSERSCHIMIDT, 2013, p. 252).

As masculinidades hegemônicas podem ser construídas, então, de forma que não correspondam total e verdadeiramente à vida real de nenhum homem, mas que acabem representando ideais, fantasias e desejos amplamente difundidos em determinado contexto social. Os quais fornecem “modelos” para as relações de gênero e contribuem para constituição prática das masculinidades enquanto forma de viver as situações/circunstâncias locais e cotidianas (CONNEL; MESSERSCHIMIDT, 2013).

De maneira geral, a característica fundamental do conceito de Masculinidade Hegemônica é a existência de uma combinação plural de masculinidades e a hierarquia que pode se estabelecer entre elas (e a feminilidade). Justamente por isto

a masculinidade hegemônica não necessita ser o padrão comum na vida diária de meninos e homens. Em vez disso, a hegemonia trabalha em parte através da produção de exemplos de masculinidade (como as estrelas dos esportes profissionais), símbolos que tem autoridade, apesar do fato da maioria dos homens não viver de acordo com eles (CONNEL; MESSERSCHIMIDT, 2013, p. 263).

O fato de existir uma masculinidade hegemônica em determinada cultura coloca em evidência a noção de que existem outros tipos de masculinidades que estão em inter-relação entre si e com o feminino; que se organizam em hierarquias que serão sempre permeadas por uma relação entre um aspecto “geográfico” – na medida em que podem ser analisadas em três níveis, a saber: local (família), regional (nível da cultura ou estado-nação) e global (arenas transnacionais/globalização) – e sua “incorporação social”, haja visto que sempre se fala de indivíduos que tem um corpo que é objeto e agente de práticas sociais.

Dentre os tipos de masculinidades explorados por Connel em seu livro específico sobre o tema e demais publicações relacionadas, é possível elencar as formas cúmplice, marginal e subordinadas.

As masculinidades subordinadas estão/são diretamente atravessadas pela orientação sexual, em que muitas vezes há uma relação de assimétrica com a masculinidade hegemônica haja visto que a orientação homoafetiva (também entendida por alguns autores como “aproximação com a qualidade feminina”, como citado anteriormente neste trabalho) muitas vezes é oprimida pela violência moral, legal e física, bem como pela discriminação econômica daqueles que estão em posição heteronormativa hegemônica (GARCIA, 1998; SILVA; ORNAT, 2011; CONNELL; MESSERSCHIMDT, 2013).

Por sua vez, a masculinidade cúmplice seria vivenciada pela maioria dos homens na medida em que dificilmente alcançam o “ideal de masculinidade” construído sociohistoricamente, mas que nem por isto deixam de se aproveitar da condição de homem em uma sociedade com tendência patriarcal (SILVA; ORNAT, 2011).

De maneira geral, corroboramos com as observações de Garcia (1998) sobre o posicionamento de Connell (1995) em referência a questão do gênero – o qual é entendido como uma maneira de estruturar as práticas sociais de forma geral/abrangente, que é necessariamente ordenada conforme vinculação com outras estruturas sociais. Haja visto que gênero interage

com raça, classe, etnia, nacionalidade e posição na ordem mundial, entre outras. Desse ponto de vista, as masculinidades dos brancos, por exemplo, estariam construídas não só em relação às mulheres brancas como também em relação aos homens negros. Ou ainda, as masculinidades das classes trabalhadoras também deveriam ser concebidas considerando a política de gênero interna a essas classes. Resumindo, para entender gênero é necessário ir além de gênero e para entender classe, raça e etc., deve-se mover em direção à dimensão gênero. As relações de gênero se constituem como um dos principais componentes da estrutura social, e a política de gênero está entre os principais determinantes do nosso fato coletivo (GARCIA, 1998, p. 44-5).

Entendimento este que nos leva a ideia de masculinidades marginais, que perpassam as relações existente entre masculinidades nas classes subordinadas ou diferentes grupos étnicos, constituindo hierarquias entre os grupos de homens com base na associação com poder aquisitivo (posição de classe) e/ou cor de pele.

Cabe, no entanto, reforçar o que Connell e Messerschmidt (2013) falam sobre o assunto

[...] a masculinidade hegemônica se distinguiu de outras masculinidades, especialmente das masculinidades subordinadas. A masculinidade hegemônica não se assumiu normal num sentido estático; **apenas uma minoria dos homens talvez a adote. Mas certamente ela é normativa.** Ela incorpora a forma mais honrada de ser um homem, ela exige que todos os outros se posicionem em relação a ela e legitima ideologicamente a subordinação global das mulheres aos homens [e dos homens que não correspondem ao padrão hegemônico em relação aos que a atingem] (CONNEL; MESSERSCHIMIDT, 2013, p. 245, grifo nosso).

O que quer dizer que a masculinidade hegemônica é sustentada por grande parte dos homens, pois se sentem “gratificados” com este modelo do que é ser homem, ou indo mais além, usufrui de seus benefícios dependendo da situação e relação estabelecida. Mas que também é mantida por boa parte das mulheres que concedem ao masculino tal hegemonia, uma vez que o gênero é sempre relacional e os padrões sociais são definidos em oposição a algum modelo real ou imaginado de masculinidade ou feminilidade (SILVA; ORNAT, 2011; CONNEL; MESSERSCHIMIDT, 2013).

O conceito de masculinidade hegemônica foi “[...] originalmente formulado em relação ao conceito de feminilidade hegemônica – prontamente renomeada de ‘feminilidade enfatizada’ para reconhecer a posição assimétrica [...] em uma ordem patriarcal” (CONNEL; MESSERSCHIMIDT, 2013, p. 265). Portanto, pressupõe a predominância desta configuração de feminilidade

[...] que estabelece uma bipolaridade linear e gera um diálogo difícil e tenso entre a complexidade polimorfa das experiências femininas e o simplismo autoritário dos padrões orientadores. Constrói uma ação que cria e recria, transforma e ressignifica, provocando rupturas ou permitindo a continuidade e a legitimação das ideias predominantes. Assim, esse processo contém a luta contínua que envolve marginalização, contestação, mobilização, resistência e subordinação. Mas como luta, tem ritmo e variáveis próprias e não esta conscientemente vinculada a um grupo de homens nela interessados, mas a uma trama de relações complexas, em que se procura ajustar, legitimar e velar as características históricas e culturais da masculinidade, tornando-o estabelecida, [quase] terna, natural (MATOS, 2001, p. 20).

Sobre isto, Silva e Ornat (2011) complementam que as expressões contraditórias do poder entre os próprios homens são também decorrentes das intersecções, ou seja, das interações entre os diversos feixes identitários que compõe quem somos (classe, orientação social, etnicidade, entre outros). Nestas interrelações que é revelada a relação entre o que é da ordem societária e a vivência concreta e individual dos homens. Podendo-se dizer que

[...] o trabalho genérico da sociedade se individualiza, portanto, nas formas de interação e nas vivências individuais. No fazer-se homem, a sociedade brutaliza os sujeitos da mesma forma como o sistema social lhes atribui o poder. Assim, **a ordem de gênero instituída não oprime apenas mulheres, mas também aos homens**, que, para manterem o poder como homens, oprimem tanto as mulheres como outros homens e inclusive a si mesmos (SILVA; ORNAT, 2011, p. 34, grifo nosso).

Sendo assim, as masculinidades devem sempre ser analisadas a partir de contextos espaciais e temporais específicos. O que nos leva, por fim, ao conceito de interseccionalidade. O qual permite articular variados “[...] eixos identitários que revelam múltiplas e simultâneas pertencas identitárias que estruturam as desigualdades sociais e geram posição [hierarquia] relativa em determinado espaço-tempo” (SILVA, SILVA, 2014).

Neste trabalho, por exemplo, consideramos que quando articulada à condição de pobreza existente nos espaços periféricos, atribui-se aos homens que se encontram neste contexto uma posição à margem daquela considerada como masculinidade hegemônica, justamente por se encontrarem numa condição de maior vulnerabilidade e diante de opções limitadas em relação ao direito à cidade.

Isto demonstra uma posição conceitual relacionada as questões de gênero, que como aponta Rossi (2011), se distancia primariamente de um posicionamento essencialista ou biologizante e vai ao encontro da noção de que o gênero se estabelece cultural, social e temporalmente; ou seja, se ensina, se constrói, se pratica e portanto pode mudar também – mas vai exigir da sociedade certa estratificação/hierarquização das formas de expressão das masculinidades.

Retomando o exemplo da intersecção entre a condição de pobreza e masculinidade, utilizamos as palavras de Rossi (2011) para ilustrar a que nos referimos. Pois,

[...] ao mesmo tempo em que são pressionados socialmente em seu cotidiano pela representação hegemônica, que articula as figuras do homem forte, responsável, racional, provedor e assertivo no trabalho, se veem incapazes de corresponder ao papel instituído em sua completude, já eu a sociedade não lhes oferece as condições econômicas e sociais para isso. Eles vivem masculinidades periféricas, se apropriam de elementos hegemônicos, como a força bruta e o desejo de consumo, por exemplo, mas subvertem a masculinidade hegemônica a partir de suas vivências concretas [...] (ROSSI, 2011, p. 135)

O que quer dizer que apesar das categorias sociais de gênero, classe e idade poderem ser objeto de reflexão realizada em separado, os sujeitos invariavelmente irão experienciá-las simultaneamente em sua vida cotidiana. Isto posto, o próximo tópico deste trabalho objetiva uma aproximação e o estabelecimento de relações entre saúde do homem, construção social das masculinidades (e também condição de pobreza).

1.4 SAÚDE DO HOMEM E GÊNERO

Em vários momentos e em diversos documentos relacionados a Política Nacional de Atenção a Saúde (PNAISH), cuja construção e características serão exploradas no próximo capítulo, é atribuída importância às questões de gênero em relação ao cuidado com a saúde por parte do homem, bem como sua inserção nos diversos serviços de atenção a saúde. Desta forma, primeiramente, faz-se necessária uma aproximação entre os aspectos relacionais de gênero e o cuidado masculino.

Ao longo do presente capítulo vimos que os seres humanos se comportam da forma como a sociedade espera, sendo que o “esperado” costuma variar de uma coletividade para outra, assim como pode se modificar na progressão histórica e cultural de um mesmo grupo. Definir o que é ser homem e/ou ser mulher é, portanto, pensar sobre as práticas de gênero em cada espaço sociotemporal específico. Isto porque a forma como homens agem é diferente daquela demonstrada pelas mulheres, embora, ambas estejam intrinsecamente relacionadas uma à outra.

Assim sendo, como já foi mencionado, pode-se dizer que masculinidade equivale a forma como homens expressam seu gênero, indicando, portanto, um modelo que serve para formar (e delimitar) a identidade e a maneira de ser homem, “[...] prescrevendo as atitudes, os comportamentos e as emoções a serem seguidas. [...] um conjunto de características e valores que se espera que um homem tenha em determinada cultura” (GOMES, 2010, p. 18).

Logo, se há uma forma diferente para exercer a masculinidade em cada cultura ou dentro de uma mesma sociedade, devemos nos referir às variadas masculinidades, no plural, para designar as características do que é ser homem e suas relações com os âmbitos da vida cotidiana. E, em havendo tal variedade na expressão das masculinidades, há que se destacar a existência de um modelo que por ser mais valorizado, é considerado “hegemônico” e/ou dominante. A masculinidade

hegemônica, segundo Connel (1995 *apud* GOMES, 2010) procura garantir a posição dominante dos homens e a subordinação das mulheres, valorizando

algumas características que os homens devem ter, como ser forte, corajoso, resistente, invulnerável e ativo (entendido como o contrário de passivo, inclusive na vida sexual), bem como ter poder sobre os mais fracos (que podem ser as mulheres ou outros homens). [...] esse modelo costuma ser considerado normal, levando as pessoas a ver suas características e suas condutas prescritas como 'naturais', como se pertencessem a natureza biológica dos homens. Isso faz com que – às vezes – alguns homens que não seguem esse modelo sejam discriminados (GOMES, 2010, p. 18-19).

A construção social dos modelos de gênero interfere também na forma como homens e mulheres pensam e cuidam de sua saúde, causando inclusive comprometimentos diferenciados para saúde de cada um, que vão além das questões de ordem biológica. Por exemplo, os modelos de gênero são também responsáveis pelo fato dos homens serem mais vulneráveis a determinadas doenças e estilos de vida/comportamentos que comprometem sua própria saúde do que as mulheres (GOMES, 2010).

No entanto, há que se fazer uma ressalva pois não são apenas as questões de gênero as responsáveis pelo acesso (ou não acesso) dos sujeitos aos serviços de saúde e/ou pela adoção comportamentos saudáveis. A raça e classe econômica são outros exemplos de fatores que interferem no processo saúde-doença-cuidado e no acesso a prevenção ou tratamento de doenças e agravos (COUTO et al, 2010; GOMES, 2010; GOMES et al, 2011).

Em relação à busca por saúde, estudos anteriores indicam que na realidade brasileira – embora não apenas nesta – as mulheres frequentam com maior frequência e facilidade os serviços de saúde, inclusive e principalmente aqueles voltados para atenção primária. Diversos são os fatores que para este panorama contribuem, como por exemplo as questões culturais relacionadas as práticas corporificadas de gênero, quanto à estruturação dos serviços (COUTO et al, 2010; GOMES, 2010; GOMES et al, 2011; FIGUEIREDO, SCHRAIBER, 2011; MACHIN et al, 2011; CAMPANUCCI; LANZA, 2011).

Couto *et al.* (2010) teorizam sobre uma invisibilidade masculina na atenção primária, discorrendo sobre como historicamente as instituições de saúde tem o poder de reforçar padrões e, portanto, de (re)produção do imaginário que sugere que os serviços de saúde (especialmente os de atenção básica) não são destinados à

atenção dos homens – exceto no que diz respeito aos aspectos curativos ou relacionados a sexualidade.

Logo, Couto *et al.* (2010) defendem que esta invisibilidade masculina foi produto da histórica feminilização da Atenção Primária à Saúde, reiterando-a e reproduzindo-a. Relatam, portanto, que num comparativo sobre a presença e utilização dos serviços de saúde é possível perceber que as mulheres representam de maneira mais significativa a clientela habitual, tanto no que diz respeito a frequência quanto a familiaridade com a lógica e espaço dos serviços de Atenção Básica.

Gomes *et al.* (2013) também analisam a ausência e a invisibilidade masculina neste âmbito primeiro de cuidado, concluindo que é necessário que se observe no cotidiano a reprodução de aspectos relacionados com a organização dos serviços, a qualificação profissional para atendimento das demandas e os sentidos atribuídos ao gênero como produtores ou reforçadores desta pouca aproximação dos homens com a atenção primária.

Complementam que é necessário, portanto, entender a lógica do atendimento dos usuários, tanto quanto a esfera estrutural de oferta dos serviços, devendo dois aspectos fundamentais serem observados:

[...] o primeiro diz respeito ao fato de que o sistema de saúde opera segundo uma estrutura preestabelecida em que a oferta se constrói a partir de um não lugar, ou seja, os homens, de um modo geral, não são usuários da atenção primária e, sendo assim, o que lhes é oferecido está bom. O segundo é construído a partir de uma lógica de senso comum que, por falta de investimento do primeiro, pouco viabiliza a presença mais efetiva dos homens nos serviços de saúde (GOMES *et al.*, 2013, p. 991).

Há que se problematizar então que a ausência dos homens no uso dos serviços de saúde está diretamente associada ao não reconhecimento efetivo de sua singularidade que se materializa na dificuldade histórica de identifica-lo/inclui-lo nas agendas das políticas públicas como protagonista das suas ações. Haja visto, por exemplo, que as unidades de saúde são criadas no contexto brasileiro com base no modelo de educação sanitária que sucede o campanhismo na saúde pública, diretamente relacionadas as origens de uma medicina preventiva com ações voltadas para higiene da mãe no pré-natal e da criança na puericultura (GOMES *et al.*, 2013).

Sobre o assunto, Machin *et al.* (2011) discorrem que

Por princípio a assistência em Saúde Pública é voltada a toda a população. Contudo, é reconhecido que ao se privilegiar a mulher como alvo da intervenção acabou por se estabelecer uma cultura profissional vinculada esse segmento populacional. Nesse contexto, um elemento importante é o fato das políticas de saúde historicamente estarem voltadas ao cuidado da saúde da mulher e da criança, não tendo se estruturado para receber e acolher demandas masculinas, nesse nível primário de atenção (MACHIN et al, 2011, p. 4509).

Este acolhimento das demandas femininas e a organização lógica dos serviços voltadas para atenção materno-infantil é fruto de um processo histórico que articula tanto a produção medica quanto ações políticas de regulação do corpo feminino, com influência da Igreja e do Estado no tocante a reprodução humana. Esta logica estrutural de atendimento/acolhimento das demandas passou a ser reformulada na medida em que houve o advento das praticas voltadas a contraceção a partir da década de 1960 (MACHIN et al, 2011).

Cabe mencionar que a preocupação mais recente em desvelar quais seriam os fatores relacionados à inserção dos homens nos serviços voltados para o cuidado com a saúde, bem como sobre temas que seriam de relevância para este público, ou ainda desvelar as relações entre a construção da masculinidade e o exercício da saúde tem início a partir dos anos de 1980 – inclusive pelo lançamento das primeiras políticas específicas de atendimento das demandas femininas em relação a saúde que incutem o referencial de gênero no campo da saúde (GOMES, 2010; FIGUEIREDO, 2008; SEPARAVICH, CANESQUI, 2013).

No Brasil, no entanto, os estudos acerca das masculinidades começam a ter visibilidade a partir da metade da década de 1990. De acordo com Figueiredo (2008), nesta época destacam-se os estudos desenvolvidos por Nascimento (1999) e Sarti (2005) que associam a condição de pobreza com o exercício das masculinidades. Por sua vez a abordagem do gênero em estudos sobre o campo da saúde de forma mais complexa datam mais recente, preocupando-se principalmente com a questão da sexualidade.

Com relação a saúde dos homens, o referencial de gênero e a noção da existência de mais de uma forma de masculinidade contribuiu para maior visibilidade dos processos de saúde e adoecimento desta parcela da população. Destacando-se a importância

em considerar elementos relativos às praticas e comportamentos não saudáveis adotados pelos homens a partir de uma perspectiva de gênero que

considere as dimensões de iniquidade social e poder, na medida em que essas são manifestações visando demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade reconhecidos como característicos do ser homem, como viril, forte, invulnerável e sofredor (MACHIN et al, 2011, p. 4504).

Objetivando uma problematização mais crítica sobre as questões relativas a saúde do homem, Romeu Gomes – principal referência em relação ao estudo da Saúde do Homem no contexto brasileiro – publica no ano de 2008 um livro chamado “Sexualidade masculina, gênero e saúde”, onde procura demonstrar um panorama sobre a SH e sua relação com o exercício da sexualidade.

Este mesmo autor, em parceria com outros pesquisadores colaboradores, edita um livro chamado “Saúde do Homem em debate” no ano de 2011 onde discutem sobre a integralidade em saúde e a perspectiva relacional de gênero; sobre a necessidade de não se reduzir este homem a determinados aspectos biológicos de sua saúde (como, por exemplo, a próstata); as especificidades da saúde do homem jovem e sua relação com a violência, dentre outros.

Destarte, é preciso reforçar que a inclusão dos homens na agenda de pesquisas sobre saúde não se limitou ao esquema sexualidade/reprodução, expandindo-se para variados contextos e posições, como é o caso da saúde do trabalhador – haja visto que, como mencionado no capítulo anterior, desde os primórdios da divisão sexual do trabalho o mundo do trabalho foi muito antes associado ao masculino do que o feminino (NASCIMENTO; CARRARA, 2012).

Pensar saúde do homem é questionar a integralidade da assistência e o direito a saúde, bem como refletir sobre os principais fatores que interferem no processo de produção/reprodução desta. Assim, Nascimento e Carrara (2012) apontam que

Com um recorte etário específico (20-59 anos), o tema do trabalho torna-se central nessa discussão. O trabalho move a força produtiva do país, convertendo-se em um signo importante para a identidade masculina. Por fim, a economia de recursos financeiros nos casos de morbidade masculina passíveis de prevenção é tema importante para o sistema de saúde. Embora a “saúde do trabalhador” (a desinência de gênero é significativa) e saúde do homem emergjam como objetos distintos no campo da saúde coletiva, parecem-nos que explorar suas possíveis conexões e entender seu relativo isolamento pode contribuir tanto para esclarecer o lugar dos homens na atual política de saúde, quanto para perceber como diferentes perspectivas teóricas sobre as relações de poder, enfatizando ora dimensões de classe, ora de gênero, sucedem-se se sobrepõem sem que, de fato, sua imbricação seja explorada (NASCIMENTO; CARRARA, 2012, p. 2585).

Outro aspecto relevante a ser considerado está diretamente ligado aos estereótipos de gênero e a noção de que a maneira como se dá a socialização masculina pode fragilizar ou mesmo afastar os homens das preocupações com o autocuidado e a busca dos serviços de saúde. Neste sentido, “[...] a perspectiva do cuidado masculino pode seguir um caminho positivo quando incorpora a ideia de que ao homem também é permitida uma atenção consigo próprio” (GOMES et al, 2011, p. 984).

Gomes *et al* (2011) identificam que os mesmos pesquisadores que problematizaram a importância do gênero nas práticas de cuidado com a saúde masculina, também se debruçaram sobre as demais associações entre o masculino e a saúde. A ponto de, em 2006, mapearam e analisaram a produção nacional científica sobre saúde do homem e masculinidades no período entre 1998 e 2004, localizando como temas principais: sexualidade masculina, masculinidade e reprodução, masculinidade e poder (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Separavich e Canesqui (2013), por sua vez, se propuseram a uma revisão bibliográfica sobre Saúde do Homem e Masculinidades na Atenção Integral a Saúde que contemplasse os anos subsequentes (2005 a 2011) e localizaram 27 artigos científicos veiculados em periódicos de Saúde Coletiva/Saúde pública no período considerado. Tais documentos estão indexados na SCIELO-Brasil e/ou Biblioteca Virtual de Saúde e apresentam como eixo principal de debate sobre o tema:

[...] o acesso dos homens aos serviços de saúde, sexualidade, saúde reprodutiva, violência e os principais agravos à saúde masculina, contextualizados à luz dos determinantes sociais da saúde, que tem por base um tipo de masculinidade tradicional concebida como hegemônica, que apesar de comprometer a saúde masculina, não é o tipo único de masculinidade existente na sociedade (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013, p. 417).

Estes autores concluem reafirmando a importância do desenvolvimento de novos estudos a respeito da associação entre saúde (do homem) e masculinidades de forma a ampliar o debate científico e aprofundar as discussões sobre os entraves do acesso à saúde pelos homens apesar da promulgação da PNAISH. Relatam que todos os documentos estudados demonstram o interesse dos pesquisadores em

[...] tornar esse *homem* universal, evocado nas representações sociais como dominador e inabalável, um sujeito de carne e osso, que adoece, morre, que pertence a uma determinada classe social, tem uma cor, faz parte de uma

geração, é orientado sexualmente e não detém natural e igualitariamente o poder na sociedade, como invariavelmente é concebido. Assim, as pesquisas sobre saúde e masculinidades, ao se aproximarem desse homem encarnado em suas vicissitudes concretas, o iluminam, ofertando uma visão não de “grandes” ou “pequenos” homens, mas de homens mais próximos de seu tamanho real (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013, p. 425, grifo do autor).

E homens vivenciam a intersecção de diversos eixos identitários simultâneos, assim como sofrem as influências das condições materiais diversas, que os expõe a maiores facilidades ou dificuldades em relação ao cuidado com a própria saúde. Neste sentido, se formos pensar numa ligação entre pobreza, construção da masculinidade e falta de acesso a saúde básica pode-se dizer que esta relação se dá pelo viés tanto econômico, quanto pelo sociocultural.

Isto porque, como foi mencionado, a doença é considerada como uma fragilidade do homem e sendo assim, no que se refere aos aspectos sociais e culturais, temos uma assimilação simbólica e ideológica do não acesso que é formada por conhecimentos, valores, atitudes e crenças do imaginário popular, as quais giram em torno da saúde e da doença. Na esfera econômica, podemos dizer que os determinantes econômicos se expressam na posição do sujeito em termos de classe social. Isto, sobremaneira, vai determinar a capacidade e possibilidade real de acesso (ou não) do homem ao sistema de seguridade social e saúde.

No entanto, cabe problematizar, quais concepções de homem vem sendo estruturadas as políticas de gênero no campo da saúde e qual o objetivo real desta inserção do público masculino na agenda de gênero na saúde. Ou,

[...] em outras palavras, dado que os homens, enquanto sujeitos implicados no processo histórico, social, cultural e linguístico de gênero são, portanto, participantes da produção manutenção e/ou resignificação das relações de poder com as mulheres (e outros homens), o desafio que se coloca é o de inclui-los para que tenham suas necessidades e vulnerabilidades conhecidas e respondidas e para que, por meio dessa medida anterior, sejam trabalhadas suas relações com as mulheres, em termos da saúde e seus cuidados, de modo a realizarem relações mais simétricas, isto é, como sujeitos de mesmo valor em relação comunicativa (COUTO; GOMES, 2012, p. 2573).

A importância de considerar a perspectiva de gênero, bem como a influência das masculinidades em relação aos cuidados com a saúde do homem, especialmente àquele em situação de pobreza, se revela também no que postula Garcia (1998), em que gênero é visto como uma forma de estruturação das práticas sociais em geral,

sendo sua ordenação necessariamente vinculada a outras estruturas sociais como classe social, etnia, raça, nacionalidade e outros.

Além disso, podemos dizer que masculinidade(s), pobreza e (cuidados em) saúde são categorias que vem sendo, isoladamente e quando inter-relacionadas, valoradas de forma a pressupor a existência do já referido modelo de homem “ideal” – o qual é “provedor”, “dominante”, “invulnerável”. No entanto, quando não dá conta de atingir este modelo, o homem (por exemplo, àquele que vivencia uma situação de pobreza) acaba sofrendo – ainda que psiquicamente – por não conseguir exercer o “papel de homem” de acordo com o modelo ideal/hegemônico difundido socialmente (NASCIMENTO, 2000).

Gomes et al. (2011) falam sobre o assunto quando comenta que há uma exigência, socialmente construída, que influencia não só no estado que o homem chega aos serviços de saúde ou na maneira como ele o utiliza (ausência e invisibilidade masculina), mas também a forma como ele teme cuidar de sua saúde, adotando tratamentos preventivos.

Desta forma, há que se investir na construção de uma assistência que, na direção das premissas do SUS, atenda homens e mulheres como sujeitos do direito a universal saúde e da equidade. Deve-se pensar e, mais do que isto, incluir o homem como um facilitador da equidade de gênero – que diferentemente de outros âmbitos pode se encontrar numa posição de desigualdade em relação a mulher (e a outros homens). Pois,

Não se pode deixar de mencionar que, ao contrario de outros países, no Brasil não se observa expressividade de movimentos sociais organizados de homens orientados por discussões e demandas segundo o referencia de gênero ou das masculinidades. Outro fator pode ser tributado a dificuldade, por parte da academia e dos formuladores das políticas, em promover uma revisão do ‘homem-genérico’. Dado que, originalmente, a incorporação de gênero nas políticas publicas é tributaria do feminismo, que combate a assimetria e a desigualdade entre homens e mulheres, o homem tende a ser tomado como um ‘outro’ praticante homogêneo que visa a manutenção do poder e dos privilégios que sua condição de sexo possibilita. Tratados como ‘iguais’ os homens são (in)visibilizados quanto as contradições e vulnerabilidades que enfrentam face ao exercício concreto das masculinidades. Será possível, portanto, a partir do conhecimento dessas diferentes realidades atravessadas pelas interações entre as normas sociais, os símbolos e a experiencia dos sujeitos concretos avançar na compreensão do significado da equidade de gênero e na formulação e implementação de propostas que [efetivamente] considerem a pluralidade das formas de existir e de se relacionar de homens e mulheres (COUTO; GOMES, 2012, p. 2573-4).

Ou seja, corroboramos com Barkee e Aguayo e Medrado et al. (*apud* COUTO; GOMES, 2012, p. 2574) no tocante a necessidade de se buscar garantir a justiça social, entendendo que a agenda de gênero com foco nos homens deve apontar para a equidade de gênero em benefício das mulheres, meninas e dos próprios homens e meninos. Cabendo, portanto, aos pesquisadores e profissionais, bem como à comunidade em geral quando sensibilizada, contribuir – com base nas colaborações de diversas áreas do saber – para a modificação gradativa desse discurso que instituiu o “super-homem” para àquele que o tratará como ser humano, de carne e osso, suscetível e que por isto precisa cuidar de sua própria saúde.

CAPÍTULO II

A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Dentre os direitos fundamentais de cidadania garantidos pela Constituição Federal Brasileira (CF) de 1988 está o direito a Saúde. Sobre isto versa o artigo 196 da CF, definindo que é dever do Estado garanti-la a todos mediante o desenvolvimento/execução de políticas sociais e econômicas que visem o aumento da qualidade de vida ao mesmo tempo que buscam a redução do risco de agravos e doenças, garantindo a integralidade da atenção. Desta forma, o acesso deve ser igualitário e universal as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação a saúde.

Neste sentido, no ano de 1990 foi promulgada a Lei n. 8080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes - reafirmando, portanto, a legitimidade de um Sistema Único de Saúde (SUS) e público de acesso e promoção a saúde que deve se estruturar de forma universal, integral, descentralizada e contando com a participação social da comunidade.

Passados mais de vinte anos da definição destes marcos regulatórios, ainda hoje são buscadas maneiras para efetivamente consolidar o SUS e, conforme publicação do Ministério da Saúde (MS), uma das prioridades para o momento está no reconhecimento da importância de se investir numa parcela da população que por algum tempo permaneceu, em certa medida, a margem deste sistema: os homens.

Como mencionado no capítulo anterior, histórica e culturalmente os espaços de atenção à saúde (especialmente no âmbito da Atenção Básica/Primária) passam por uma “feminilização”, uma vez que o cuidado (e consequentemente a atenção a saúde) é papel socialmente atribuído a mulher e o horário de funcionamento dos mesmos por vezes dificulta o acesso dos homens aos serviços (COUTO et al, 2010; GOMES, 2010; GOMES et al, 2011; FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011; MACHIN et al, 2011; CAMPANUCCI; LANZA, 2011).

Então, em 2008 é lançado o “Programa Mais Saúde” como estratégia nacional do governo em relação a melhoria do Sistema de Saúde brasileiro de maneira geral; o qual, dentre as 73 medidas e 165 metas, estabeleceu como importante eixo de

intervenção da atenção a saúde a implementação de ações voltadas para o público masculino – a começar no triênio 2008-2011 (LEAL et al, 2012).

Desta maneira, já no ano de 2007 foi criada a Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH) do Ministério de Saúde – que representou grande avanço na medida em que historicamente os homens não foram “sujeitos singularizados nas intervenções desenvolvidas pelo Estado brasileiro no campo da saúde” (LEAL et al, 2012, p. 2608). Este novo departamento foi responsável pela publicação dos princípios e diretrizes de “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” (PNAISH) no ano de 2008.

A PNAISH foi oficialmente lançada em 2009, momento em que MS claramente se posiciona em relação a constatada necessidade de se delimitar diretrizes e propor estratégias para a real inclusão desta parcela da população brasileira (que representa cerca de 50,3% do total) em todos os âmbitos da atenção a saúde. Tal política pública é apontada pelo Ministério da Saúde como sendo de vanguarda no cenário mundial, na medida em que se revelou a segunda proposta voltada para este público no continente americano (atrás somente do Canadá) e a primeira no âmbito da América Latina (KNAUTH et al, 2012; LEAL et al, 2012).

A Portaria Ministerial n. 1944 de 27 de agosto de 2009, que institui a PNAISH, aponta o entendimento da ATSH/MS sobre o assunto, que

traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um de seus principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipo de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008, s/p).

O texto refere, ainda, que a construção do documento apresentado foi realizada de forma coletiva a fim de considerar as opiniões e vivências dos gestores e executores da política, dos usuários e entidades civis organizadas, de variadas Sociedades Médicas (como por exemplo: cardiologia, urologia, saúde mental, e outras), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), além de pesquisadores acadêmicos e da equipe técnica responsável por tal âmbito de atenção no próprio Ministério da Saúde.

Para tanto, foram realizados cinco encontros distintos com a finalidade de traçar consensos entre gestão e execução, tendo como pano de fundo a necessidade da política ser incorporada principalmente pela Atenção Primária à Saúde. Desta forma, entendesse que a PNAISH é resultado de consensos obtidos nestes eventos e expressa um conjunto de ideias discutidas democraticamente e pactuadas entre a gestão e a instância de execução das ações.

Além disto,

o processo também envolveu uma consulta pública, aberta pelo MS, através da Internet. A inserção da ideia de Saúde do Homem em uma política de saúde é menos importante aqui pelo seu conteúdo (pelo que se define que ela é), do que pelo fato de ela ser capaz de reunir e mobilizar um conjunto de atores sociais – unindo especialistas, acadêmicos e ativistas [...] (LEAL, et al, 2012, p. 2610).

Neste sentido, a PNAISH propõe a lançar um novo olhar sobre a questão do não acesso efetivo dos homens ao SUS na medida em que passa a considerar, além dos aspectos biomédicos, a influência das questões de gênero de forma a considerar a “heterogeneidade das possibilidades de ser homem”, bem como a necessidade de inter-relação/intersetorialidade desta com as demais políticas já definidas previamente – como, por exemplo, a “Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher” (PNAISM), com mais de 10 anos de lançamento e que foi precedida pela “Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher” (PAISM) lançado em 1983, e ou outras políticas públicas (BRASIL, 2008; LEAL et al, 2012).

Metodologicamente falando, foi delimitado como público da política os homens adultos que se encontram na faixa etária entre 25 a 59 anos, pois este recorte estratégico permite alcançar uma parcela da população que permanecia até então distante dos serviços de saúde - diferente dos meninos e idosos que em grande medida são contemplados no cotidiano da assistência (especialmente no âmbito da atenção primária). Além disso “[...] este grupo corresponde a 41,3% da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil. Ele corresponde a parcela preponderante da força produtiva, e além do mais, exerce um significativo papel sociocultural e político” (BRASIL, 2008, s/p).

Cabe destacar que os atores envolvidos na construção da PNAISH (re)afirmaram a importância de se considerar na formulação de estratégias e ações, bem como na execução destas, alguns eixos metodológicos, conceituais e práticos.

Dentre eles encontra-se a mudança de foco pragmático para uma perspectiva ampla de cuidado com a saúde que privilegie a atenção integral e valorize primariamente a promoção da saúde e da qualidade de vida. Neste sentido, a educação em saúde aparece como estratégia fundamental para promover as “mudanças comportamentais indispensáveis a consolidação das ações propostas” (BRASIL, 2008, s/p).

O Ministério da Saúde defende que o documento que demarcou os princípios e diretrizes para a PNAISH abriu espaço também para uma articulação com outras ações, sejam governamentais ou da Sociedade Civil organizada – principalmente os que já atuavam em locais de sociabilidade com grande presença de homens, como é o caso dos campos de futebol, quartéis, empresas, sindicatos e outros (BRASIL, 2008).

Finalmente,

a Política de Atenção Integral a Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica - porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes de cuidados da saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas (BRASIL, 2008, s/p).

Por meio do relatório “Avaliação das Ações Iniciais da Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”, realizado pelo DECIT/SCTIE/MS - ATSH/DAPES/SAS/MS em parceria com a Fiocruz, o MS reconheceu a necessidade do desenvolvimento de políticas voltadas à saúde do homem, principalmente entre 25 a 59 anos, pois dados do sobre o Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, apontaram que o número de mortes de homens dentro dessa faixa etária é muito superior ao de mulheres. Dados que podem ser observados no Gráfico 1.

Com base nos dados do relatório e da pesquisa do percentual de mortalidade do MS, notou-se que os homens são mais vulneráveis a doenças do que as mulheres, e só procuram o serviço de saúde, na grande maioria dos casos, quando a doença já está num grau avançado, entrando em óbito mais cedo e aumentando a estatística (PNAISH, 2008).

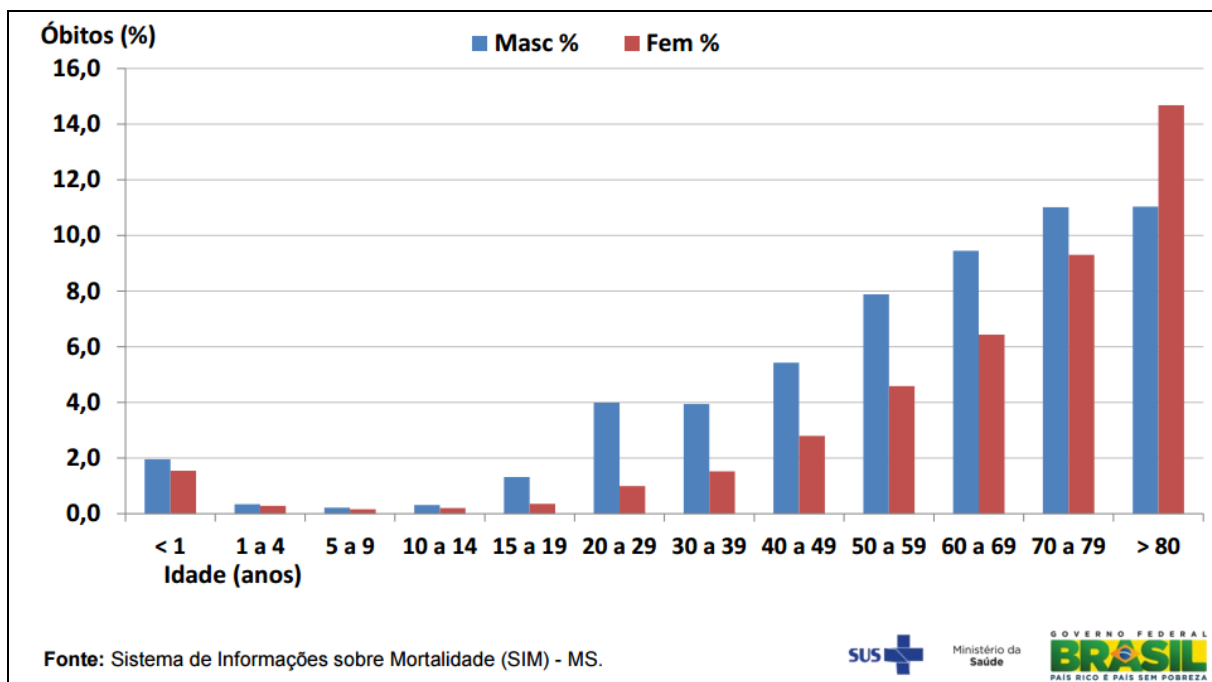


Gráfico 1 – Distribuição (%) dos óbitos segundo sexo e idade. Brasil, 2010

Fonte: Silva (2013), adaptado do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – MS (2010).

É neste sentido que já na introdução da PNAISH se esclarece que sua proposição visa resguardar a integralidade da atenção a saúde da população na perspectiva de linhas de cuidado. Isto porque com o reconhecimento de que os homens acessam o sistema de saúde por meio da atenção especializada, que representa também maior custo ao SUS, faz com sejam requeridos

mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja a recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis. [...] [Pois] Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária (BRASIL, 2008, s/p).

Em relação a baixa adesão masculina aos serviços de atenção primária, as causas identificadas através de pesquisas qualitativas que também subsidiaram a construção da PNAISH, podem ser classificadas em dois principais grupos determinantes: barreiras socioculturais, barreiras institucionais e barreiras relacionais (com a equipe de saúde).

São consideradas barreiras socioculturais as que dizem respeito as variáveis culturais, como são os estereótipos de gênero, as crenças e valores do que é ser homem (que se julga invulnerável; que assume a posição de provedor; entre outras). E no campo das barreiras institucionais aparecem aquelas que demonstram

especificamente as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, como por exemplo o horário de funcionamento destes, a dificuldade para marcação de consultas, existência de filas e o tempo de espera para ser atendido (BRASIL, 2008; COUTO et al, 2010; GOMES et al, 2011; FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011).

Entendendo-se que

a compreensão das barreiras socioculturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, que deve ser a porta de entrada ao sistema de saúde, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção (BRASIL, 2008, s/p).

Foi por meio de levantamento de dados epidemiológicos e da realização de estudos mais abrangentes sobre saúde do homem (e possibilidade de acesso deste público aos serviços de saúde) produzidos especialmente por parte da Coordenação Nacional de Saúde do Homem do MS, em parceria com os pesquisadores do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, que puderam ser definidos alguns dos principais eixos a serem atendidos pela política.

De maneira geral os indicadores considerados na construção da proposta da PNAISH visam

oferecer uma visão ampliada do processo de adoecimento de vulnerabilidade a agravos a saúde na população de homens, buscando conciliar, por um lado, reflexões sobre o comportamento e vida social dessa população, e, por outro, dados epidemiológicos que ilustram problemas mais prementes em sua saúde, que devem ser estrategicamente enfrentados (BRASIL, 2008, s/p).

Rouquaryol (1993) comenta que os indicadores de saúde são critérios baseados em conceitos internacionalmente utilizados para avaliar a higidez da população, visando o desenvolvimento de um planejamento de saúde que permita o acompanhamento dos padrões sanitários da coletividade; e, posteriormente, a avaliação das ações desenvolvidas.

Neste sentido, foram definidos 5 principais eixos para a PNAISH, delimitados com base no levantamento de um perfil sobre a população masculina e seu acesso a saúde, bem como da realidade da assistência que se apresenta atualmente. Tais eixos levam em consideração os principais indicadores sobre fatores de morbimortalidade na saúde do homem, bem como explicitam o reconhecimento de que os fatores sociais também comprometem o acesso a atenção em saúde (especialmente no âmbito primário), repercutindo “[...] de modo crítico na

vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde” (BRASIL, 2008, s/p).

Os eixos preliminares de atenção/ação da PNAISH são listados logo na apresentação do site da “Coordenação Nacional De Saúde Dos Homens (CNSH/DAET/SAS/MS)”, a qual é responsável pela implementação da PNAISH no país e divulga informações pertinentes sobre o assunto no Portal Saúde – sitio oficial do Ministério da Saúde. São eles: 1) acesso e acolhimento; 2) saúde sexual e reprodutiva; 3) paternidade e cuidado; 4) doenças prevalentes na população masculina; 5) prevenção de violências e acidentes. Os quais, por sua vez, devem estar alinhados aos princípios e diretrizes da política que destacam a necessidade de “[...] mudanças de paradigmas no que concerne a percepção masculina em relação ao cuidado com sua saúde e a saúde de sua família” (BRASIL, 2008, s/p).

O eixo “acesso e acolhimento” está relacionado com a busca pela equidade de gênero (igualdade de oportunidade de usar o SUS), tendo vista a histórica feminilização do cuidado com a saúde e da atenção primaria, visando portando a promoção de ações que contribuam para que os homens tenham maior acesso aos serviços do sistema de saúde e sintam-se acolhidos neste. Pois, conforme já exposto os homens são mais vulneráveis a doenças do que as mulheres, também estão sujeitos a sofrer mais violência e a acidentes devido a sua exposição nas ruas.

Braz (2005) afirma que durante muito tempo a saúde do homem não teve a atenção que merecia, por isso existe um preconceito ao gênero masculino no tocante a atenção a saúde. Desse modo criou-se uma consciência no próprio homem de que ele não merecia o mesmo cuidado que a mulher.

No tocante a “saúde sexual e reprodutiva” estão contemplados temas/ações diretamente interligados ao eixo “paternidade e cuidado”, pois versam sobre a importância dos homens serem incentivados a cuidar ainda melhor de sua saúde sexual e responsabilizar-se pela paternidade – fazendo-se “[...] necessário superar a restrição da responsabilidade sobre as práticas reprodutivas as mulheres, assegurando aos homens o direito a participação no planejamento reprodutivo” (BRASIL, 2008, s/p.). Tanto porque

a paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do

acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança (BRASIL, 2008, s/p).

Para o desenvolvimento da PNAISH foram consideradas informações sobre as principais causas de mortalidade de homens no Brasil, que podem ser observadas no gráfico 2.

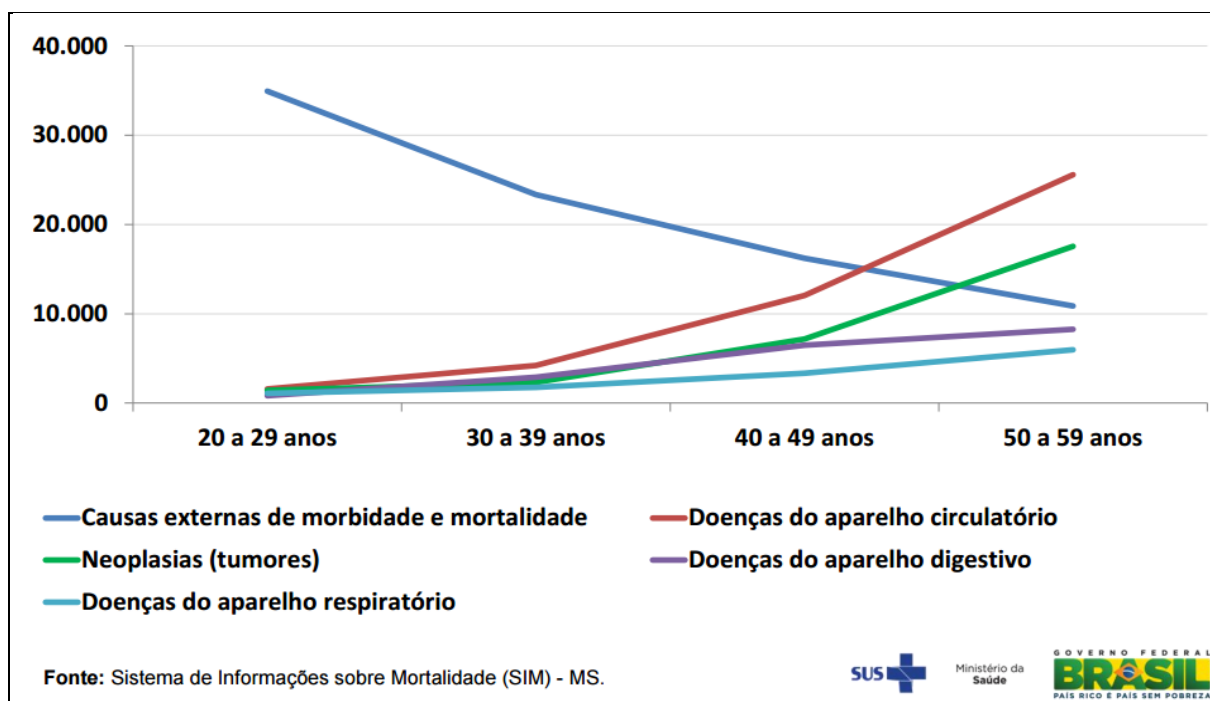


Gráfico 2 - Principais causas de mortalidade entre homens de 20 a 59 anos no Brasil

Fonte: Silva (2013), adaptado do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – MS (2010).

O que nos leva ao eixo “doenças prevalentes na população masculina” pretende trazer para discussão (e consequente operacionalização de ações voltadas para prevenção ou combate) aquelas doenças que apresentam maior risco de morbimortalidade para os homens. Dentre elas, encontram-se algumas doenças do Aparelho Circulatório, do Aparelho Digestivo, do Aparelho Respiratório e Tumores (BRASIL, 2008, s/p).

Por fim, a “prevenção de violência e acidentes” está diretamente relacionada a necessidade de enfrentamento da principal causa morte na população masculina entre 25 e 59 anos (cerca de 30% do total de mortes registradas no ano de 2005), que representam as “causas externas” classificadas e descritas no CID 10 no Capítulo XX. Cabe mencionar que

sob esta denominação, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, em sua Décima Revisão (OMS, 1996), engloba uma série polimorfa de agravos, dos quais os mais importantes são os **Acidentes** (V01-X59), notadamente dos **Acidentes de Transporte** (V01-V99), as **Lesões Autoprovocadas Voluntariamente** (X60-X84) e as **Agressões** (X85-Y09). Esses três tipos de agravos corresponderam, em 2005, a maioria dos óbitos (78%), por causas externas (BRASIL, 2008, s/p, grifo nosso).

Desta forma, pode-se dizer que a importância de se instituir ações no sentido da prevenção de violências está diretamente relacionada com as consequências que a ocorrência de mortes prematuras de homens por causas externas representa para a sociedade como um todo, visto proporcionam “consequências psicofísicas e socioeconômicas uma vez que são vidas jovens perdidas em plena fase produtiva” (BRASIL, 2008, s/p).

Dentre os princípios que regem a PNAISH estão a integralidade e equidade, que a levam além da humanização da atenção a saúde para que os homens se sintam acolhidos pelos serviços públicos, bem como sintam-se parte integrante destes. Ademais, como já mencionado, em vários momentos é enfatizada a necessidade de se considerar as peculiaridades socioculturais relativas a saúde do homem e da implementação da política se dar de forma articulada com as demais políticas de saúde existentes, “[...] numa lógica hierarquizada de atenção a saúde, priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime” (BRASIL, 2008, s/p).

Existem alguns elementos que foram listados como fundamentais para efetivação dos princípios da humanização e qualidade da atenção integral, a saber:

1. Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria no grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde.
2. Associar as diversas áreas do setor sanitário, demais áreas do governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto a qualidade de vida da população masculina em que todos sejam participantes da proteção e do cuidado com a vida;
3. Informações e orientação a população-alvo, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem;
4. Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa as doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
5. Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;
6. Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;

7. Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários;
8. Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias (BRASIL, 2008, s/p).

Seguindo esta mesma linha de raciocínio são apresentadas as diretrizes da PNAISH (integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade), entendidas como formulações que indicam as linhas de ação que devem ser seguidas, sem perder de vista a necessidade de humanização e qualidade da assistência, no que tange a elaboração dos planos, programas e projetos relativos a saúde do homem.

A integralidade indica que deve-se considerar a complexidade dos modos de vida e a situação social do indivíduo, prevendo portanto intervenções sistêmicas numa perspectiva totalizante que permita o transito entre os níveis de atenção a saúde (referencia e contra-referencia). Enquanto a factibilidade diz respeito a disponibilidade de recursos, tecnologias e afins para implantação das ações de atenção a saúde do homem; e por sua vez, a coerência indica que tais ações devem estar de acordo com os princípios do SUS, e a viabilidade está relacionada a necessidade de integração dos três níveis de gestão, bem como ao controle social.

A igualdade nas condições em saúde, como conceituada por Giraldes (1987), tem um objetivo diverso do conceito geral de equidade, que prioriza a distribuição e a igualdade de oportunidades, sendo que foca na igualdade entre os diversos usuários, mas com estratégias multissetoriais. E a Constituição Federal de 1988, em seu art. 6º, prioriza como direito social o acesso a saúde. Desse modo a Carta Magna brasileira torna o acesso a saúde um direito igual para todos, homens, mulheres, crianças, independente da classe social, faixa etária, religião ou qualquer outro tipo de segregação.

Para que se garanta o acesso a saúde de forma integral, especialmente no que tange à PNAISH em suas diretrizes, se reforça a necessidade de articulação interinstitucional e intersetorial, principalmente com a Educação visto que esta é promotora de novos modos de pensar e agir; bem como a necessidade de reorganização dos serviços de saúde de forma que homens possam se sentir acolhidos em espaços que também são masculinos e reconhecidos como sujeitos que necessitam de cuidados. Além disto, também é reforçada a complementaridade do

setor privado e organizações da sociedade civil, pois “a saúde não é só um dever do Estado, mas uma prerrogativa de cidadania” (BRASIL, 2008, s/p).

Haja vista a atual dificuldade para levantamento de indicadores sobre a situação da saúde do homem no país, outro aspecto relevante que aparece como diretriz da política é o indicativo de que se deve “[...] aperfeiçoar os sistemas de informações de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão; Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política [...]” (BRASIL, 2008, s/p).

No material publicado em agosto de 2008 pelo Departamento de Ações Estratégicas da Secretaria de Atenção a Saúde do MS, sob o título: “Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)” são listados como objetivos da política: promover a melhoria das condições de vida dos homens, objetivando contribuir de modo efetivo para redução da morbimortalidade desta parcela da população, por meio do enfrentamento de fatores de risco e facilitação do acesso as ações e serviços.

Como objetivos específicos aparece a necessidade de “organizar, implantar, qualificar e humanizar” a atenção integral a saúde do homem em todo território brasileiro, levando também em conta os demais princípios que regem o SUS; estimular a implantação e implementação de assistência sexual e reprodutiva no âmbito da atenção integral; e ampliar o acesso dos homens a informações sobre as medidas preventivas de agravos e doenças que afligem especialmente a população masculina (BRASIL, 2008).

Tais objetivos, embora sigam a mesma linha de raciocínio e especificidades, diferem daqueles que foram publicados na Portaria n. 1944 que instituiu formalmente a PNAISH no âmbito do SUS a partir de 27 de agosto de 2009. No artigo 4º da referida portaria, são apontados os seguintes objetivos:

- I - promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família;
- 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;
 - VI - implantar e implementar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos homens, incluindo as ações de planejamento e assistência às disfunções sexuais e reprodutivas, com enfoque na infertilidade;
 - VII - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino;
 - VIII - estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca à paternidade;
 - IX - garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica;
 - X - promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;
 - XI - garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária;
 - XII - promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros;
 - 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;
 - XVI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis; e
 - XVII - aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão (BRASIL, 2009, s/p).
- Rever forma de apresentação

Para além dos objetivos também foram definidas, tanto na publicação com as diretrizes, quanto na portaria que instituiu oficialmente a PNAISH, as responsabilidades institucionais. As quais foram delimitadas respeitando a autonomia e as competências de cada uma das três esferas do governo, e tendo como base o que está posto no Pacto pela Saúde publicado em 2006, cujo objetivo é fortalecer o SUS.

De maneira geral, a União compete a coordenação, fomento e incentivo para que os Estados e Municípios implementem, fortaleçam e monitorem a PNAISH; fazendo no seu âmbito de atuação a articulação intersectorial e interinstitucional; além de promover ações educativas relacionadas aos estereótipos de gênero. Deve ainda definir estratégias para educação permanente dos trabalhadores do SUS que verse sobre saúde do homem, apoiando inclusive técnica e financeiramente; além disto, deve de estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde bem como elaborar e analisar

os indicadores que proporcionem o monitoramento das ações, serviços e avaliam seu impacto de forma a redefinir estratégias e/ou atividades caso se faça necessário.

Ao Estado, por sua vez, compete a articulação necessária para implantação e fortalecimento da PNAISH em sua área de abrangência, fazendo a interlocução entre União e Municípios. Além de estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Municípios com vistas à implantação e implementação da política de forma a valorizar e respeitar as diversidades locais; Deve também elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais que estejam em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos; entre outras ações educativas e de monitoramento.

Por sua vez, ao Município - âmbito considerado nesta pesquisa - compete:

- I - **implementar, acompanhar e avaliar**, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família;
- II - apoiar técnica e financeiramente a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- III - implementar, no âmbito municipal, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locais;
- IV - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;
- V - incentivar as ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem;
- VI - implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais;
- VII - promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipes de saúde para execução das ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- VIII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;
- IX - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- X - capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e
- XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias (BRASIL, 2009, s/p, grifo nosso).

A avaliação e monitoramento sobre o cumprimento destas competências, bem como sobre a execução da PNAISH se dará de acordo com as pactuações realizadas nos três âmbitos de governo, com destaque para o “[...] monitoramento dos

indicadores do Pacto pela Vida, a ser realizado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT)” (BRASIL, 2009, s/n). Entende-se que

§ 1º A avaliação tem como finalidade o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, buscando verificar sua efetividade de modo a permitir a verificação de seu resultado sobre a saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina.

§ 2º Uma avaliação mais detalhada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e o seu monitoramento deverão ocorrer no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes.

§ 3º Para essa avaliação e monitoramento há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, objetivando identificar, modificar e/ou incorporar novas diretrizes a partir de sugestões apresentadas pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, Confederações dos Trabalhadores do Brasil, Centrais Sindicais e entidades empresariais, entre outras (BRASIL, 2009, s/p).

A avaliação de uma ação governamental ou ainda, de uma política pública de maneira geral é uma ferramenta essencial para garantir que a mesma tenha êxito. Nos últimos anos esse mecanismo tem se tornado bastante frequente na administração pública brasileira e vem sendo construídos indicadores diversos que permitam mensurar/avaliar a eficácia, efetividade e eficiência das ações.

No âmbito da Saúde Coletiva, mais especificamente sobre a avaliação da atenção primária brasileira temos o exemplo exitoso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-ab), criado em 2011, que tem como objetivo

induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2016, s/p).

Este programa vem, portanto, no sentido de aprimorar o padrão de qualidade do atendimento das Unidades de Saúde tendo como estratégia o repasse de incentivo financeiro para as equipes que apresentarem bom desempenho. Nas avaliações/monitoramento são considerados indicadores referentes tanto a composição e qualificação da equipe profissional, quanto a infraestrutura e equipamentos da Unidade de Saúde; a disponibilização de medicamentos e satisfação dos usuários.

Tamanha é a importância atribuída atualmente ao PMAQ-ab, que para receber os recursos referentes a implementação/fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem o município precisa ter aderido previamente ao programa de avaliação/aprimoramento. Isto se deve, dentre outros aspectos, a importância atribuída a Atenção Primária como âmbito fundamental desta lógica de assistência que prioriza muito mais a prevenção de doenças e agravos e a promoção da saúde. (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

No entanto, há que se destacar uma contradição evidenciada nesta relação entre a participação no PMAQ-ab e a PNAISH, pois a avaliação de desempenho realizada ainda não contempla indicadores específicos de saúde do homem. Segundo o manual instrutivo de 2012, são áreas de avaliação: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, Saúde Bucal, Produção Geral, Vigilância da Tuberculose e Hanseníase e Saúde Mental (BRASIL, 2012).

Parte disto se deve ao que Moura et al (2012) identificam e discutem em artigo específico sobre o uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da PNAISH. Segundo os autores, falta adequação dos sistemas nacionais de informação em saúde que geram os dados necessários para construção de indicadores para o efetivo monitoramento e avaliação da implementação da política. São problemas

relacionados a qualidade, a oportunidade e ao sub-registro dos dados, além da adequada definição dos indicadores constitui um dos principais desafios do processo inicial de implantação de intervenções. [...] Vale frisar que uma simples relação de sistemas de informação e dos indicadores propostos não dará conta do desafio, sendo necessária a discussão e elaboração de fichas de qualificação (orientações técnicas) dos indicadores que descrevam em detalhe os conceitos, os critérios adotados, a interpretação e usos, as limitações, o método de cálculo, as fontes de dados e a periodicidade para cada indicador, assim como a flexibilização dos sistemas de informação existentes [...]. É recomendado que durante o processo de adequação se leve em consideração a inclusão de indicadores de resultado que avaliem dimensões referentes ao acesso, bem como, de impacto que permitam mensurar a efetividade do programa no perfil de adoecimento e mortalidade da população alvo (COUTO et al, 2012, p. 2605).

Desta maneira, antes mesmo se pensar sobre a avaliação da PNAISH, é preciso falar sobre sua implementação e para tanto, conhecer o plano de ação da mesma, o qual contempla os principais objetivos, que são traduzidos em metas, ações e indicadores.

2 O PRIMEIRO PLANO DE AÇÃO NACIONAL DA PNAISH: 2009-2011

Para consolidar a etapa inicial da implantação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, que foi instituída pela Portaria do Ministério da Saúde no 1944 de 27 de agosto de 2009, a Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) por meio da Área Técnica da Saúde do Homem (ATSH) do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) do MS publicou também no ano de 2009 o “Plano de Ação Nacional 2009/2011”.

Tal documento é de fundamental importância para os gestores do SUS visto que apresenta propostas (identifica estratégias, ações e metas correspondentes) para efetivação da PNAISH, integrando a Matriz de Planejamento do Plano de Ação Nacional (2009-2011) que foi desenvolvido de dezembro de 2008 a junho de 2009 de forma participativa por meio de reuniões entre gestores estaduais e municipais, profissionais que atuam na Saúde de maneira geral, funcionários das secretarias do Ministério da Saúde, bem como representantes da sociedade civil e de sociedades médicas.

Este documento se configura como um novo marco em relação a atenção a saúde masculina no âmbito do SUS, pois organiza as ações em torno de 9 eixos fundantes, objetivando potencial benefício para esta parcela da população entre 20 e 59 anos de idade, que representa um contingente de 52 milhões de brasileiros; inclusive no que diz respeito a possibilidade de “[...] reverter o atual quadro de pouca procura por parte dos homens aos serviços de saúde” (BRASIL, 2009b, p. 5).

Sobre este assunto, pronunciou-se o Secretario de Atenção a Saúde do MS, Alberto Beltrame:

com a publicação do Plano de Ação Nacional, [...] os serviços saúde passam agora a organizar-se com a finalidade de proporcionar, de maneira regular, os serviços preventivos, de educação em saúde e de atenção clínica e cirúrgica especificamente exigidos por parte deste grupo populacional, trilhando um caminho que, baseado em enfoque de gênero, certamente levará o país a modificar para melhor e de maneira acelerada seus padrões em termos de morbidade, mortalidade e aspectos socioculturais (BRASIL, 2009b, p.5).

Neste sentido, a proposta inicial foi de que o Plano Nacional servisse como subsidio para que o desenvolvimento estratégias e ações específicas sobre atenção a saúde masculina que pudessem ser, desde que respeitadas as diversidades e

especificidades locais, replicadas/consideradas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais. Para tanto, foi definido que a implantação da PNAISH deveria se dar de forma gradual, conforme a transferência de recurso financeiro fundo a fundo (Fundo Nacional de Saúde para os Fundos estaduais e municipais).

Cabe mencionar que em 2009 foram contemplados com o repasse de recurso um total de 26 municípios, além o Distrito Federal (englobando as 27 Unidades da Federação) com a finalidade de desenvolverem como projeto piloto seus respectivos planos municipais voltados para atenção a saúde do homem, com a definição de prioridades e metas a serem atingidas. Estudo publicado em 2012 em parceria entre Ministério da Saúde e o Instituto Fernandes Figueira (da Fundação Osvaldo Cruz) revela que em 2010 mais 54 municípios foram contemplados com os recursos para implementação da PNAISH e em 2011 outros 52 – que incluiu Ponta Grossa – PR.

Sobre o assunto, o próprio Plano de Ação indicava que deveria servir como norte para que partir do ano de 2009 fossem elaborados 26 Projetos-Pilotos articulados entre Estado-Município – sendo um município por Estado conforme seleção previa do MS – e Distrito Federal. “[...] assim, foram elaborados 27 planos-pilotos. Até o final de 2011, 132 municípios em todo país pactuaram com a ATSH/DAPES/SAS/MS a implantação da PNAISH” (BRASIL, 2013, p. 11)⁸.

Ao pactuar com o MS a implantação da PNAISH, os municípios (e Estados) assumiam que estavam cientes sobre a necessidade de mudança de paradigmas em relação aos cuidados com saúde de homens e suas famílias proposta pela referida política, o que demandaria tanto a (re)organização dos serviços de saúde, a capacitação dos profissionais e a adoção de atividades educativas junto aos segmentos masculinos (BRASIL, 2013).

O documento no qual foi formalmente publicado o Plano de Ação Nacional 2009-2011 é composto pela Matriz de Planejamento do Plano de Ação Nacional, a qual especifica nove eixos de ação; bem como pelo quadro sinóptico que descreve as ações prioritárias para o período considerado e as orientações gerais sobre a implementação das estratégias previstas para PNAISH.

Para melhor visualização, organizamos descrição dos eixos do Plano de Ação Nacional em um quadro que contempla o eixo e a principal ação/objetivo deste:

⁸ Apesar do contato telefônico e por meio de correio eletrônico com o Ministério da Saúde (Área Técnica de Saúde do Homem) não foram localizados dados mais recentes/atualizados referente a quantidade de municípios no país que pactuaram a implementação da PNAISH.

EIXO	TITULO	OBJETIVO
Eixo I	Implantação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem	Inserir estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais até o terceiro trimestre de 2010.
Eixo II	Promoção da Saúde	Elaborar estratégias que visem aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde.
Eixo III	Informação e Comunicação	Sensibilizar os homens e suas famílias, incentivando o auto cuidado e hábitos saudáveis, através de ações de informação, educação e comunicação.
Eixo IV	Participação, relações institucionais e controle social	Trabalhar com a Secretaria de Gestão Estratégica Participativa – SGEP para associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de efetivar a atenção integral a saúde do homem.
Eixo V	Implantação e expansão do sistema de atenção a saúde do homem	Fortalecer a atenção básica e melhorar o atendimento, a qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde.
Eixo VI	Qualificação de profissionais da saúde	Trabalhar com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGTES – em estratégias de educação permanente dos trabalhadores do SUS.
Eixo VII	Insumos, equipamentos e recursos humanos	Trabalhar com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde – SCTIE e a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS – para avaliar recursos humanos, equipamentos e insumos (incluindo medicamentos) para garantir a adequada atenção a população masculina.
Eixo VIII	Sistemas de Informação	Analisar de forma articulada com as demais áreas técnicas do Ministério da Saúde os sistemas de informação.
Eixo IX	Avaliação do Projeto-piloto	Realizar estudos e pesquisa que contribuam para a melhoria das ações através do monitoramento da Política, com o auxílio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde – SCTIE.

Quadro 1 – Eixos do Plano de Ação Nacional 2009-2011 para implantação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

Fonte: Adaptado de BRASIL (2009b, p.8)

De forma complementar, a Matriz de Planejamento do Plano de Ação Nacional (2009-2011) apresenta objetivamente quais são os objetivos geral e específicos, as metas, ações, indicadores e responsabilidade para materialização de cada Eixo considerado. Como se trata de um material extenso, faremos uma compilação sobre os principais pontos propostos na matriz – a qual incluiremos na íntegra como ANEXO A deste trabalho. Por sua vez, o quadro sinótico que contempla as ações prioritárias com ênfase no período de 2009-2010, corresponde ao ANEXO B.

Em relação ao primeiro eixo do plano de ação são apresentados seis objetivos específicos, todos relacionados com o apoio à elaboração dos Planos de Ação (PAs) para implementação da PNAISH, seja no âmbito das Unidades Federativas ou Municípios; Assim como o apoio técnico para elaboração da programação anual para a política e financeiro para sua execução, ampliando também a institucionalização da PNAISH nas UFs. Sendo os principais responsáveis por tais objetivos a ATSH/DAB, as Secretarias Estaduais de Saúde (SESS) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMSs).

O único objetivo específico relacionado ao Eixo II é de responsabilidade das SMSs e propõe ampliação do número de homens que demandam os serviços de atenção primária por meio do “[...] desenvolvimento de iniciativas de educação, informação e comunicação [...] para a sensibilização e conscientização visando a mudança de atitude da população masculina” (BRASIL, 2009b, p. 12).

O Eixo III contempla 4 objetivos específicos que estão relacionadas às estratégias para dar visibilidade às informações relativas à saúde do homem, seja ao propor o lançamento da “Semana de Promoção à Saúde do Homem” ou a elaboração de material de divulgação sobre a PNAISH para o público em geral. Todas as atividades relacionadas a este eixo são de responsabilidade exclusiva da ATSH em parceria com a ASCOM.

Diferentemente dos eixos anteriores apresentados, o Eixo IV que versa sobre a Participação, relações institucionais e controle social está subdividido em 5 objetivos gerais. O primeiro deles propõe um trabalho articulado entre ATSH e SGEP para associar as ações governamentais e não governamentais que objetivam efetivar a AISH. Outros dois propõem articulação específica com segmentos da sociedade civil ou outras áreas do MS. O quarto propõe uma articulação com o setor de Educação, entendendo este como facilitador para a promoção de novas formas de pensar e agir e sugerindo a inclusão da Saúde do Homem no Programa Saúde da Escola. E o último

objetiva a promoção de articulação e inclusão da SH em diversos grupos de trabalho (GTs) inter e intra-ministeriais para que sejam desenvolvidas ações conjuntas com vistas a atenção integral a população masculina.

Sobre o Eixo V são apresentados seis objetivos gerais que resultam em metas e ações específicas para implementação e expansão do sistema de atenção a saúde do homem. Dentre estes objetivos estão a melhoria da qualidade e resolutividade dos serviços de saúde; o fortalecimento a assistência básica no cuidado com o homem; facilitação do acesso aos serviços especializados quando necessários; bem como a estimulação da adoção de uma linha de cuidados na perspectiva da integralidade; e trabalhar com a Secretaria de Vigilância em Saúde no sentido de proteger os homens contra as DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e Aids (Síndrome da Imunodeficiência Humana).

Em relação ao sexto eixo do Plano Nacional é proposta parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS) para adoção de estratégias de educação permanente dos trabalhadores do SUS que contemple a temática da Saúde do Homem. Enquanto o sétimo propõe articulação com a SVS e a SCTIE para avaliação dos recursos humanos, equipamentos e insumos (incluindo medicamentos) para que seja garantida adequada atenção a população masculina.

O objetivo específico do Eixo VIII indica a necessidade de se estudar de forma articulada com as demais áreas do MS o sistema de informações existente para elaborar um estudo até 2010 que utilize os indicadores identificados junto ao sistema com vistas a fundamentar a tomada de decisões e a correção da trajetória em relação a PNAISH, caso necessário. E o último eixo é de responsabilidade da ATSH em parceria com a SCTIE e objetiva a construção de ferramenta que permita monitorar e avaliar a implementação do projeto piloto de SH, a partir de 2010.

Além do Plano Nacional 2009-2011 não foram publicadas novas edições, no entanto, outros direcionamentos para o fortalecimento da PNAISH foram publicados mediante Portarias específicas do MS/DAB/ATSH. Dentre as principais mudanças está a alteração nos valores do apoio financeiro proporcionado pelo Ministério da Saúde para os Municípios que aderem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Quando iniciou formalmente, a implementação da PNAISH garantia aos Municípios R\$ 75.000,00 reais como incentivo para elaboração e implementação de estratégias e ações focadas na população masculina de 20 a 59 anos, que deveriam

ser inseridas nos respectivos Planos Municipais de Saúde e/ou em Plano de Ação específico. Para receber o recurso, por meio de transferência Fundo a Fundo (Fundo Nacional de Saúde para Fundo Municipal de Saúde), o município deve perfazer os seguintes critérios relacionados no Anexo II do Plano de Ação Nacional:

- Adesão ao Pacto pela Saúde;
- Cobertura da Estratégia da Saúde da Família – ESF de no mínimo 50%;
- Disponibilidade de serviços de média e alta complexidade com atendimentos e procedimentos voltados para a população masculina;
- Cumprir ações estratégicas dos eixos temáticos determinados no Plano de Ação Nacional (2009-2011) a serem posteriormente definidos;
- Municípios acima de 100 mil/habitantes segundo a estimativa de dados do IBGE/2008;
- Capacidade por parte do MS de apoiar e acompanhar os Estados e Municípios selecionados (BRASIL, 2009b, p. 25).

Os primeiros 26 municípios selecionados para realizarem projeto piloto e os 54 designados pela Portaria 1.008 de 2010 receberam este valor, devendo cumprir o pactuado na referente a “prioridade XI” do Pacto pela Saúde, que versa sobre a implementação da PNAISH e assegura que as ações estratégicas integrem o Plano de Saúde e Programações Anuais, bem como seus resultados estejam no Relatório Anual de Gestão (BRASIL, 2010).

Por sua vez, a Portaria nº 2.708 de 17 de novembro de 2011 traz alterações no que tange ao repasse de incentivo financeiro único para implementação da referida política pública. Nesta, mesmo que os compromissos assumidos pelos municípios sejam equivalentes, o recurso que integra o Piso da Atenção Básica Variável passa a ser igual a R\$ 55.000,00 (BRASIL, 2011).

A partir de 2012, com a Portaria nº 2566, o valor da parcela de incentivo mudou para R\$ 60.000,00. No entanto, a alteração mais significativa diz respeito a necessidade de o município enviar projeto para apreciação/avaliação da área técnica do Ministério da Saúde antes de receber o recurso. Além disto, foi definido prazo máximo de 12 meses para utilização do valor transferido, sob risco de devolução caso não seja adequadamente empregado (BRASIL, 2012d)

Tal portaria logo foi suspensa pela Portaria nº 2643 de 21 de novembro de 2012. No entanto, o texto da Portaria nº 2773, publicada em 19 de novembro de 2013 é muito similar (pois há nova alteração do valor do incentivo financeiro para R\$ 40.000) e indica quais os itens que deverão constar nos projetos municipais e quais os critérios de avaliação do mesmo, bem como, modelo em anexo de como deve ser a

apresentação da proposta (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2013b).

Cada município pode encaminhar um único projeto para avaliação do MS, o qual deve ser direcionado para o público alvo específico da política (homens de 20 a 59 anos) e contemplar pelo menos 1 dos 5 eixos da PNAISH, a saber: I – acesso e acolhimento do público masculino nos serviços de saúde; II – saúde sexual e reprodutiva; III – paternidade e cuidado; IV – prevenção de violência e acidentes; V – atenção integral às doenças prevalentes na população masculina; ou um sexto eixo proposto para VI - prevenção do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2013b).

Sendo requisitos básicos do projeto: caracterização do município; diagnóstico relativo ao público masculino entre 20 e 59, com indicadores de morbimortalidade; justificativa da necessidade de recursos para implantação e implementação da PNAISH; objetivos gerais e específicos; atividades prioritárias e planilha de execução orçamentária (BRASIL, 2013b).

Já a Portaria nº 3.279, de 26 de dezembro de 2013, apresenta o resultado da avaliação dos projetos e também dispõe, portanto, sobre repasse de recursos financeiros para custeio das ações de fortalecimento e/ou aperfeiçoamento de iniciativas prioritárias da PNAISH no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando Estado, municípios e Distrito Federal (BRASIL, 2013c).

Apresentados os principais pontos da construção da PNAISH e de seu plano de ação, bem como das portarias que a regulamentam⁹, no próximo capítulo versaremos sobre como se deu a pactuação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem pelo município de Ponta Grossa – PR, passando brevemente pela relação do Paraná com a referida política e adentrando na apresentação e discussão dos dados da pesquisa de campo deste trabalho.

⁹ Em busca nos sítios virtuais do Ministério da Saúde não foram localizadas portarias sobre a PNAISH publicadas nos anos de 2014, 2015 e 2016.

CAPÍTULO III

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH) NO CONTEXTO PARANAENSE: O CASO DE PONTA GROSSA

Segundo dados do IBGE (Censo 2010), o Paraná é o sexto maior estado brasileiro em relação a população, uma vez que possui 10.439.601 habitantes distribuídos em 399 municípios. Destes municípios, 317 tem população até 20 mil habitantes (79,5%), enquanto os outros 18 tem população acima de 100 mil habitantes, sendo as quatro cidades populosas: Curitiba (16,8%), Londrina (4,9%), Maringá (3,4%) e Ponta Grossa (3,0%) (FONSECA *et al*, 2013).

O Estado do Paraná está envolvido com a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem desde seu início em 2009. Assim como as demais Unidades da Federação e o Distrito Federal, foi contemplado logo na primeira Portaria de repasse de incentivo financeiro para implementação da PNAISH em seu território, com o valor de R\$ 75.000,00 (BRASIL, 2009d).

De acordo com os Relatórios Anuais de Gestão (RAG)¹⁰ da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA-PR), desde a transferência do recurso (integrante do PAB Variável) este vem sendo utilizado para o desenvolvimento de ações referentes à saúde do homem em todo território estadual, contemplando e contando com o apoio gradativo das 4 macrorregionais. Tanto que na “Oficina de Avaliação das Ações de Implementação da PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” realizada em 2011, pelo Ministério da Saúde em conjunto com a Fiocruz, destacou-se como o primeiro Estado a implantar a referida política em todo seu território (PARANÁ, 2011).

Em 2011 também, a SESA-PR incluiu no recém-lançado “Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do SUS no Paraná (APSUS)” o que denominou: “ações de Saúde do Homem”. Este item, por meio do APSUS, passou a integrar as Programações Anuais de Saúde (PAS)¹¹ e ser descrito anualmente por

¹⁰ No APENDICE E deste trabalho é apresentado um quadro elaborado pela pesquisadora com base nos Relatórios Anuais de Gestão, disponíveis no site do Conselho Estadual de Saúde do Paraná, com as ações de Saúde do Homem desenvolvidas pela SESA-PR de 2011 a 2014. Cabe mencionar que até o momento da finalização da pesquisa o Relatório Anual de Gestão 2015 ainda não havia sido aprovado pelo CES/PR.

¹¹ No APENDICE D deste trabalho, por sua vez, é apresentado um quadro elaborado pela pesquisadora com base nas Programações Anuais de Saúde, disponíveis no site do Conselho Estadual de Saúde do

meio do Relatório Anual de Gestão (Diretriz “Programação de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do SUS na Paraná (APSUS)”.

De acordo com a SESA,

o APSUS desenvolve-se como uma política inovadora do governo estadual, instituindo uma nova lógica para a **Organização da Atenção Primária à Saúde (APS)**, com estreitamento das relações entre o Estado e os Municípios e fortalecimento das capacidades de assistência e de gestão, com vistas à implantação das **Redes de Atenção à Saúde (RAS)**.

Com base nos objetivos de fortalecer a atenção primária à saúde em seu papel de ordenadora dos demais níveis de atenção do sistema; qualificar o acesso e a capacidade resolutiva dos sistemas municipais de saúde; articular e consolidar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões, com a finalidade de dar respostas às expectativas e necessidades da população na promoção e cuidado à saúde, estrutura-se os **Eixos do Plano Diretor**: Qualificação das Equipes da Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família; Investimentos em custeio para as equipes da APS; Investimentos em infraestrutura de serviços por meio de reforma, ampliação e alocação de equipamentos, que ampliem acesso e resolutividade da atenção à saúde (PARANÁ, 2011, p. 38).

O APSUS está relacionado, portanto, com a Atenção Primária à Saúde e por conseguinte, com a proporção de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), proporção de famílias cadastradas nas ESFs, bem como com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); pelo acompanhamento por parte da atenção básica das famílias beneficiárias do programa de transferência de renda do governo federal (Programa Bolsa Família); além da interface da APS com outras áreas/políticas que se relacionam diretamente com a Atenção Básica, como é o caso da PNAISH, da PNAISM e das específicas voltadas para o combate/controle da Dengue, HIV/Aids, Hanseníase, Tuberculose e etc.

Foi instituído em 2012 o mês de agosto como período do ano em que, no Estado do Paraná, será dada maior visibilidade às questões de saúde do homem. Tal estratégia, batizada de “agosto Azul”, foi criada pela Lei n 17.099 de 29/03/2012 com o objetivo de incentivar o desenvolvimento de ações que visam a integralidade da atenção à saúde da população masculina. Desde então, todo ano neste mês são promovidas atividades por todo território paranaense (com apoio das 22 Regionais de Saúde) visando o autocuidado, a adoção de hábitos saudáveis, combate ao tabagismo, redução da violência, entre outros temas relacionados às diretrizes nacionais e eixos temáticos da PNAISH.

Paraná, com as ações de Saúde do Homem a serem desenvolvidas pela SESA-PR nos anos de 2013 a 2015. Cabe mencionar que não estavam disponíveis para consulta as programações anteriores.

Além das atividades desenvolvidas por meio da Secretaria de Estado de Saúde, no Paraná alguns municípios também receberam recurso de incentivo para implementação da PNAISH. Em 2009, a capital paranaense foi a única cidade contemplada com um montante de R\$ 75.000,00 para início das atividades e em 2010 foram selecionados os municípios de Maringá, Apucarana e Arapongas. Ponta Grossa e Foz de Iguaçu foram indicadas pelo Estado em 2011 para receberem o recurso de incentivo, que na época era equivalente a R\$ 55.000,00.

Posteriormente, conforme sugerem as portarias do Ministério da Saúde (citadas no capítulo anterior), os municípios que interessados em receber o recurso para implementação ou ampliação das ações da PNAISH deveriam elaborar e encaminhar para avaliação da respectiva área técnica do MS projetos sobre a especificidade da saúde masculina, elaborados conforme as diretrizes e eixos temáticos da Política Nacional. Assim, em 2013, foram contemplados com R\$ 40.000 os seguintes municípios paranaenses: Foz do Iguaçu, Cascavel, Maringá, Paranavaí-Terra Rica e Turneiras do Oeste. Ponta Grossa não apresentou projeto em 2013, nem nos anos subsequentes.

Tendo em vista que esta pesquisa objetiva analisar o processo de implementação da PNAISH no município de Ponta Grossa – Paraná, os próximos itens do presente capítulo versarão sobre a realidade local – seja por meio da apresentação de uma breve caracterização municipal, dos dados quantitativos e/ou qualitativos obtidos por meio da pesquisa de campo ou ainda da discussão sobre os dados apresentados.

3 A IMPLEMENTAÇÃO DA PNAISH EM PONTA GROSSA-PR

Ponta Grossa (PG), também conhecida como “Princesa dos Campos”, está localizada na região central do Estado do Paraná. É considerado o município mais expressivo do Segundo Planalto Paranaense, também conhecida como “Região dos Campos Gerais” – a qual é uma das regiões mais populosas do estado, apresentando população estimada pelo IBGE de mais de 1.100.000 habitantes (PONTA GROSSA, 2016; IBGE, 2010).

O município, que tem população estimada pelo IBGE (2015) de 337.865 habitantes, destaca-se como mais importante entroncamento rododiferroviário do Paraná. Isto se deve a sua localização geográfica, que é de fácil acesso à todas as

regiões do estado e sul do país – sendo cortada pelas rodovias BR-376, BR-373, PR-151 e conhecida como a “capital dos caminhões” (PONTA GROSSA, 2016, s/p).

De acordo com informações da Prefeitura Municipal, “a cidade tem suas raízes no tropeirismo, na pluralidade étnica e nos caminhos da estrada de ferro, símbolos históricos e marcos referenciais ainda presentes no cenário urbano [...]” (PONTA GROSSA, 2016, s/p). Atualmente PG também tem importância no cenário estadual devido a seu parque industrial (Distrito Industrial Ciro Martins) que está dentre os mais significativos do interior do Paraná (BARRETO, 2011; PONTA GROSSA, 2016).

Conforme divisão administrativa, o município é composto por 5 distritos administrativos, a saber: Ponta Grossa (distrito sede/urbano) e os distritos rurais de Guaragi, Itaiacoca, Periquitos e Uvaia (BARRETO, 2011). Como demonstra a tabela 1, sua população está concentrada em sua maioria na área urbana.

Tabela 1: População censitária segundo o tipo de domicílio e sexo – 2010.

TIPO DE DOMICÍLIO	MASCULINA	FEMININA	TOTAL
Urbano	147.731	157.002	304.733
Rural	3.631	3.247	6.878
TOTAL	151.362	160.249	311.611

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - Dados do universo

Fonte: IPARDES. Caderno Estatístico do Município de Ponta Grossa, abr/2016. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=84000&btOk=ok>>. Acesso em: 03 abr 2016.

De acordo com o último Censo publicado pelo IBGE (Censo 2010), a população residente no território pontagrossense é composta por 51,42% por mulheres e 48,58% de homens. Conforme a Tabela 2, esta proporção se mantém quando consideramos apenas a população entre 20 e 59 anos (recorte da PNAISH), pois cerca de 48,48% desta parcela populacional é do sexo masculino. No entanto, se formos analisar a Tabela 3, sobre a população economicamente ativa (PEA) vemos que a maior parte das pessoas que estão inseridas no mercado de trabalho ou em busca de emprego em Ponta Grossa são do sexo masculino (57,64%). Enquanto que a população em idade ativa (PIA), que abrange as pessoas acima de 15 anos que estão tanto empregadas ou à procura de emprego, quanto a população ativa não integrada ao mercado de trabalho, é composta por maioria do sexo feminino (51,81%).

Tabela 2: População residente em Ponta Grossa-PR em 2010, distribuída por faixa etária e sexo.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	2.385	2.184	4.569
1 a 4 anos	9.404	9.234	18.638
5 a 9 anos	12.544	12.324	24.868
10 a 14 anos	14.479	13.994	28.473
15 a 19 anos	14.392	14.078	28.470
20 a 29 anos	26.978	26.594	53.572
30 a 39 anos	23.492	24.915	48.407
40 a 49 anos	19.512	21.639	41.151
50 a 59 anos	14.522	16.621	31.143
60 a 69 anos	8.334	10.204	18.539
70 a 79 anos	3.955	5.717	9.672
Maior de 80 anos	1.364	2.745	4.109
TOTAL	151.361 (48,6%)	160.249 (51,4%)	311.611 (100%)

Fonte: TABNET DataSUS/CENSO Demográfico 2010 IBGE, organizado pela autora.

Tabela 3: População em idade ativa (PIA), economicamente ativa (PEA) e ocupada, por tipo de domicílio e sexo – 2010

TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO	PIA (10 anos e mais)	PEA (10 anos e mais)	POPULAÇÃO OCUPADA
Tipo de Domicílio			
Urbano	257.583	146.118	135.974
Rural	5.649	3.171	3.122
Sexo			
Masculino	126.835	86.055	82.063
Feminino	136.397	63.234	57.033
TOTAL	263.232	149.288	139.096

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - Dados da amostra

NOTA: A soma das parcelas por sexo e/ou tipo de domicílio, podem diferir do total.

Fonte: IPARDES. Caderno Estatístico do Município de Ponta Grossa, abr/2016. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=84000&btOk=ok>>. Acesso em: 03 abr 2016.

Dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) realizada em 2012 revelam que Ponta Grossa segue o padrão nacional, haja visto que o Brasil possuía na época da pesquisa 5,8 milhões de mulheres a mais do que homens. Pois, de uma população de 195,2 milhões de habitantes, 51,5% (100,5 milhões) eram mulheres e 94,7 milhões (48,5%) eram homens (PONTA GROSSA, 2013).

Sobre o assunto, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) se posiciona, afirmando que

até os 30 anos de idade o quantitativo da população masculina era maior, decrescendo ao longo do ciclo de vida e, conseqüentemente, o quantitativo populacional feminino torna-se maior. Tais fatores estão associados aos registros de casos de morte por causas externas e a um maior cuidado por parte das mulheres com a saúde, fazendo com que sejam focalizadas ações para determinados grupos populacionais, em especial os idosos, que perfazem cerca de 10,37% da população do município (PONTA GROSSA, 2013b, p. 18).

Ainda sobre o quantitativo populacional, mas agora em relação aos atendimentos de saúde que esta recebe, é estimado que cerca de 71,16% da população do município esteja coberta pela Atenção Básica. A qual, segundo Plano Municipal de Saúde (PMS), é foco de ações que visam sua ampliação e fortalecimento no âmbito local por se tratar da instância institucional que visa tanto a promoção da saúde, quanto a prevenção e tratamento de doenças e agravos. De acordo com o texto do PMS 2014-2017,

a atual gestão [da SMS] tem como premissa organizacional o fortalecimento e a priorização da Atenção Primária como a porta de entrada do sistema municipal de saúde e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, sendo necessário, portanto, a atualização e adequação de sua estrutura física, administrativa e processual para o alcance desse objetivo (PONTA GROSSA, 2013b, p. 41).

Neste sentido, a cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) foi ampliada de 68,04% em 2014, para os citados 71,16% em 2015. A elevação deste índice se deve, principalmente, ao aumento do número de Unidades de Saúde (de 52 para 64 – considerando Postos de Saúde e Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família) e de equipes de Saúde da Família (que em janeiro de 2014 era equivalente a 44 e em janeiro de 2016 a 84, ou seja, cuja ampliação foi de aproximadamente 91%) (PONTA GROSSA, 2014; 2015; DATASUS, 2016).

(Re)afirmado o compromisso de fortalecer a Atenção Básica, o município – por meio da Secretaria Municipal de Saúde – também revelou sua preocupação em assumir a perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, preconizadas atualmente pelo MS como estratégia de organização de ações e serviços para garantia da integralidade da atenção. Até 2013, momento da elaboração do último PMS, Ponta Grossa já havia aderido a

Rede Mãe Paranaense e estão sendo realizadas as Oficinas do APSUS nas Unidades Básicas de Saúde com e sem PSF, bem como as mesmas estão passando pela avaliação do PMAQ, que visa auxiliar a gestão municipal e as Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal na avaliação e monitoramento periódico de padrões de acesso e qualidade comparáveis em níveis nacional, regional e local, que servem de parâmetro para o estabelecimento de transferências de recursos federais adicionais para os municípios participantes, como incentivo ao alcance dos padrões propostos. Possui quatro fases que compreendem um ciclo contínuo de adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (PONTA GROSSA, 2013b, p. 49).

Em relação a atenção especializada, que compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial com utilização de equipamentos médico-hospitalares e presença de profissionais especializados para a produção do cuidado, o município disponibiliza atualmente os seguintes procedimentos: “cirurgias ambulatoriais, procedimentos traumatológico-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames de ultrassonografia, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses” (PONTA GROSSA, 2013, p. 46).

Em Ponta Grossa, a atenção especializada se estrutura a partir dos seguintes espaços/serviços: Centro Municipal de Saúde da Mulher (CMM); Centro Municipal de Especialidades (CME, onde estão o Ambulatório de Especialidades, Central de Marcação de Consultas e Exames/Tratamento Fora de Domicílio); Central Municipal de Agendamentos (Fisioterapia, Cartão SUS, Agendamento de transporte Via Tratamento Fora de Domicílio - TFD); Laboratório Geral/Central; Centro Municipal de Órtese e Prótese (Bolsas de ostomias, alimentação enteral, fraldas, oxigênio); Ambulatório de Pediatria de Alto Risco; Programa Saúde Escolar e Serviço de Assistência Especializada (SAE, que contempla as doenças infecto-contagiosas) (PONTA GROSSA, 2013b).

Existe ainda um Ambulatório de Saúde Mental, que em conjunto com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II – saúde mental; CAPS-ad – álcool e outras drogas e CAPS-i – infantil) e Unidade de Acolhimento Masculino, integram a Rede de Atenção Psicossocial (para cuidados com a Saúde Mental) de Ponta Grossa (PONTA GROSSA, 2013b).

Por sua vez, a rede de Atenção Hospitalar está ligada aos estabelecimentos hospitalares próprios ou conveniados que prestam atendimentos à população de Ponta Grossa e região, contemplando as demandas mais complexas que necessitam

de intervenção cirúrgica ou internação clínica para diversas especialidades (PONTA GROSSA, 2013b).

Cabe informar que foram estabelecidos como prioridades/marcos da gestão e “resultados esperados para a sociedade” por meio do Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Tal documento foi elaborado com base no diagnóstico situacional de PG, seja em relação aos serviços disponíveis (citados acima) ou principais problemas de saúde que acometem a população residente na Princesa dos Campos e tem como foco de atenção a: 1) redução da Mortalidade Materno-Infantil por causas evitáveis; 2) redução da mortalidade por causas externas; 3) redução da morbimortalidade por doenças crônicas degenerativas; 4) reduzir o impacto decorrente dos transtornos mentais e do uso abusivo de álcool e outras drogas (PONTA GROSSA, 2013b).

Feita esta breve caracterização de Ponta Grossa e da organização do SUS no âmbito municipal, faz-se importante elucidar aspectos relativos a especificidade da atenção a saúde da população masculina e como se deu a pactuação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no contexto municipal – tema do próximo tópico deste capítulo.

3.1 SAÚDE DO HOMEM EM PONTA GROSSA-PR – UMA QUESTÃO DE GÊNERO

Como mencionado, os homens de 20 a 59 anos representam cerca de 48% da população pontagrossense e 57% da população economicamente ativa no município, se revelando uma parcela significativa do total e que merece, portanto, atenção das mais variadas políticas públicas – inclusive da política de saúde (foco/escopo deste trabalho).

Em relação a mortalidade masculina, a Tabela 4 revela que Ponta Grossa segue a tendência nacional no tocante a causa-morte na faixa etária considerada, pois há maior incidência de óbitos por causas externas, seguidas por doenças do aparelho circulatório e neoplasias (tumores). Sobre isto, o Ministério da Saúde comenta que os dados revelam mais uma vez as diferenças de gênero, quando os “[...] homens se envolvem mais em situações de acidentes e violências, levando a morte prematura (causas externas), de modo que não tem como adoecer e morrer de outras causas, como as mulheres” (BRASIL, 2012, p. 25).

Tabela 4 – Óbitos da população masculina entre 20 e 59 anos, residente em Ponta Grossa – PR, distribuídos por ano do óbito e capítulo do CID 10.

Capítulo CID-10	2009	2010	2011	2012	2013	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	15	21	28	23	21	108
II. Neoplasias (tumores)	47	58	66	63	75	309
III. Doenças do sangue — hematológicas e imunitárias	1	-	4	3	4	12
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	11	8	25	13	17	74
V. Transtornos mentais e comportamentais	10	10	34	22	27	103
VI. Doenças do sistema nervoso	7	8	10	4	6	35
IX. Doenças do aparelho circulatório	53	80	75	76	81	365
X. Doenças do aparelho respiratório	22	21	19	31	24	117
XI. Doenças do aparelho digestivo	28	35	28	37	33	161
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	2	-	2
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	1	-	2	2	1	6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	3	6	4	4	18
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	-	-	-	-	1
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais exames clínicos e laboratoriais	86	71	22	29	25	233
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	138	154	143	119	133	687
Total	421	469	462	428	451	2231

Fonte: TABNET/DATASUS – MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), organizado pela autora

Em estudo produzido para elucidar o perfil de Saúde do Homem no Brasil, o Ministério da Saúde observou que a taxa de mortalidade por causas externas passou de 69,7 por mil habitantes, em 200, para 72,4 em 2009, representando um aumento de 3,9%. Além disto, identificou que as causas externas de morte, representadas por acidentes (principalmente automobilísticos/de transporte), agressões e lesões autoprovocadas, são maiores na população adulto jovem (especialmente do sexo masculino) entre 20 e 29 anos de idade, com uma taxa média de 202 óbitos por mil habitantes (BRASIL, 2012).

Diferentemente, as doenças do aparelho circulatório – que fazem parte do rol de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – tem maior incidência a partir dos 40 anos de idade e estão geralmente associadas com fatores de risco como tabagismo, falta de atividade física, elevados níveis de colesterol e obesidade (que podem indicar uma alimentação inadequada) (BRASIL, 2012).

As neoplasias, por sua vez, também estariam relacionadas à exposição a fatores de risco (comportamentais: dieta inadequada, tabagismo, pratica insuficiente de atividade física, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e fisiológicos/patológicos

como infecções por hepatites, HPV e *Helicobacter pylori*) e, no Brasil, dentre os problemas relacionados ao aparelho geniturinário em homens, o câncer de próstata corresponde a segunda causa mais comum de óbitos por câncer em nível nacional, especialmente acima dos 50 anos de idade. Mas

os óbitos por essa causa se tornam mais expressivos a partir dos 40 anos de idade, concentrando-se em indivíduos com 50 a 59 anos de idade (201/100 mil habitantes), enquanto que, na população mais jovem, 20 a 29 anos de idade, a taxa de óbitos foi 24 vezes menor, com maior incidência na região sul (BRASIL, 2012, p. 31).

Em Ponta Grossa, conforme ilustra a Tabela 5, da mesma forma que em relação a mortalidade, as causas externas também são os principais motivos de internamentos masculinos, seguido pelas doenças circulatórias e em terceiro lugar as doenças do aparelho digestivo. Novamente são refletidos os dados da realidade brasileira, pois “[...] do total de internações de homens entre 20 e 59 anos de idade, a maioria se referia a causas externas em todas as regiões [...]” (BRASIL, 2012, p. 61) e as doenças dos aparelhos digestivo e circulatório são bastante expressivas. Outra causa que figura como segunda ou terceira causa de óbitos em nível nacional, dependendo do ano de análise, são os transtornos mentais e comportamentais – que no município se mantem como quarto colocado em todos os anos considerados na construção da tabela.

De acordo com o Ministério da Saúde, as três principais causas externas de internamento masculino na faixa etária da PNAISH são quedas (34,2%), acidentes de transportes (21,6%) e agressão (6,8%). Na Princesa dos Campos, no ano de 2007, as causas externas que levaram a internamento foram: exposição a corrente elétrica, radiação e pressões externas do ambiente; acidentes de transporte; quedas; e agressões. (BRASIL, 2012; DATASUS, 2016).

Este perfil contribuiu para que, a partir da publicação da Portaria 2708 em 17 de novembro de 2011, Ponta Grossa fosse um dos municípios contemplados com incentivo financeiro único para implementação da PNAISH. Conforme a Portaria, o Ministério da Saúde resolveu:

Art. 2º Expandir a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem para os Municípios constantes do Anexo a esta Portaria por meio do repasse de incentivo financeiro único no valor de R\$ 55.000,00 (cinquenta e cinco mil reais).

Parágrafo único. Os Municípios devem cumprir as ações estratégicas determinadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, **devendo as mesmas constar do Plano de Saúde e das Programações Anuais, cujos resultados deverão compor o Relatório Anual de Gestão** (BRASIL, 2011, s/p.) <- Portaria

Os dois municípios paranaenses contemplados no anexo da referida portaria foram Foz do Iguaçu e Ponta Grossa. O Estado do Paraná também se manifestou em relação as estratégias de implementação da PNAISH, registrando por meio do relatório anual de gestão que, a partir da Oficina de Avaliação realizada em dezembro de 2011, ficou estabelecido pela Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA) que mais dois municípios receberiam incentivo nacional e estadual à implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, os mesmos contemplados na Portaria do Ministério da Saúde (PARANÁ, 2011).

Tabela 5 – Internações pelo SUS de homens com idade entre 20 e 59 anos, residentes em Ponta Grossa – PR, por ano de internamento e capítulo do CID 10.

Capítulo CID-10	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	105	124	84	102	104	130	125	789
II. Neoplasias (tumores)	187	219	223	223	230	285	223	1604
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	25	31	31	22	23	32	34	199
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	136	134	120	85	113	103	83	779
V. Transtornos mentais e comportamentais	343	341	360	381	285	295	317	2335
VI. Doenças do sistema nervoso	107	84	95	95	94	152	169	805
VII. Doenças do olho e anexos	36	21	28	23	19	30	21	179
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	1	1	1	1	6	3	17
IX. Doenças do aparelho circulatório	655	763	792	651	604	603	592	4700
X. Doenças do aparelho respiratório	276	342	322	293	285	278	279	2096
XI. Doenças do aparelho digestivo	421	379	443	466	531	565	485	3337
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	81	126	100	95	110	102	80	700
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	351	282	210	157	162	142	101	1416
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	246	224	228	214	239	243	222	1627
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4	2	1	-	1	1	-	9
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	21	8	12	8	15	11	10	85
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	54	92	115	88	115	165	116	750
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	836	850	891	888	920	980	998	6423
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2	2	1	3	3	5	-	17
XXI. Contatos com serviços de saúde	275	337	341	294	286	299	267	2100
Total	4165	4362	4398	4089	4140	4427	4125	29967

Fonte: TABNET/DATASUS – Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), organizado pela autora

Desta forma, no ano de 2012 Ponta Grossa recebeu via Fundo Municipal de Saúde uma parcela de R\$ 55.000,00, integrante do Piso de Atenção Básica Variável, referente a competência 11/2011 para implementação da PNAISH no município. Além disto, desde 2011 até 2013 foi incluído um item específico sobre SH no Relatório Anual de Gestão (RAG) municipal – dentro do quadro de “Ações Estratégicas para Atenção Primária” (PONTA GROSSA, 2013).

No Quadro 2 são apresentadas as informações constantes nos RAGs 2011, 2012 e 2013 sobre a Saúde do Homem. Ao analisar os documentos foi possível perceber que o município adotou a terminologia “Programa Nacional de Saúde do Homem” quando queria se referir as ações para implementação da PNAISH, o que pode indicar um desconhecimento dos gestores e responsáveis pela elaboração do Relatório Anual de Gestão sobre o conteúdo total da política.

Por sua vez, no Quadro 3 são contempladas as ações previstas/realizadas em relação a saúde do homem, descritas nos relatórios de gestão de 2014 e 2015, mas que foram enquadradas em outras diretrizes da atenção – como é o caso da meta de inclusão dos homens no planejamento familiar, que apareceu na Diretriz sobre Promoção Integral a Saúde da Mulher e da Criança; e da realização de campanhas alusivas ao agosto azul/saúde do homem relacionadas à prevenção e testagem para HIV/AIDS/DSTs/Hepatites Virais.

Ambos os quadros foram organizados para facilitar a apresentação do conteúdo dos Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, tendo em vista que nas portarias referentes a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é solicitado o registro das ações por meio do RAG. Além disto, o estudo deste documento permite, ao parear seus dados com as informações obtidas pelas entrevistas, complementar a análise da implementação da PNAISH em Ponta Grossa proposta neste trabalho.

Cabe destacar que optamos por apresentar o conteúdo dos RAGs em dois quadros separados (Quadro 2 – anos 2011, 2012, 2013 e Quadro 3 – 2014 e 2015) pois a forma de apresentação dos Relatórios de Gestão foi alterada a partir do ano de 2014. Tal mudança visava alinhar o RAG as premissas do Plano Municipal de Saúde para 2014-2017 – cuja única menção a população masculina é realizada na meta voltada para aumento da participação dos homens no planejamento familiar, inclusa na Diretriz sobre Saúde da Mulher e da Criança.

RAG	Ações	Metas para o ano		Recursos Orçamentários		Observações
		Previsto	Realizado	Programado	Executado	
2011	58. Implantar o Programa Nacional de Saúde do Homem (SMS/8ªCMS)	Implantar o programa de Saúde do Homem	Não Realizado	Saldo financeiro recebido no ano de 2012	-	Há necessidade de adequação de horários para atendimento desta população já que esta apresenta carga horária de trabalho incompatível com o horário disponível dos serviços de saúde. Também com a reestruturação da Atenção Básica, planeja-se para 2012 a conscientização do homem para adesão ao Programa Nacional de Saúde do Homem através de parceria com as empresas.
2012	58. Implantar o Programa de Saúde do Homem (SMS/8ªCMS)	Manter o programa de Saúde do Homem. Cumprir meta de 2011 com a implantação do Programa de Saúde do Homem	Aguardando abertura do orçamento para execução do programa	R\$ 0,00	R\$ 0,00	Meta não cumprida.
2013	58. Implantar o Programa de Saúde do Homem (SMS/8ªCMS)	Manter o programa de Saúde do Homem. Cumprir meta de 2011/2012 com a implantação do Programa de Saúde do Homem	Atividades previstas em execução em todas as Unidades; ampliação do horário de funcionamento de 16 Unidades de Saúde para facilitar o acesso ; realização de ações de incentivo à busca de atenção.	BLOCO FINANCEIRO 495 – Atenção Básica		Meta cumprida

QUADRO 2 – Resumo sobre metas de Saúde do Homem nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa – PR, período 2011-2013. Fonte: PONTA GROSSA, Relatórios Anuais de Gestão, 2011, 2012, 2013. Organizado pela autora.

(continua)

RAG	Diretrizes e Metas	Indicador		Recursos Orçamentários	Observações
		Previsto	Realizado	Bloco Financeiro	
2014	DIRETRIZ 3 – Promoção da atenção integral a saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha” e “Mãe Paranaense”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade Meta 62 – Ampliar a participação do homem nas ações de planejamento familiar	Elaborar nova proposta para o planejamento familiar	Não elaborado	PAB	Meta não realizada
	DIRETRIZ 6 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e vigilância em saúde Meta 112 – Realizar ou firmar parceria na realização de eventos diversos como: campanhas de massa, ações, encontros, treinamentos, capacitações, oficinas e encontros ligados a temática DST/HIV/AIDS/HV, voltadas para população em geral, organizações da sociedade civil, como também aos profissionais do município.	3 eventos/ano	[...] Campanha Fique Sabendo no posto de Furnas – 07/02/2014 Campanha no Posto Florence – Caravana Siga Bem Caminhoneiro – 05/06/2014 [...] Parceria com a rede Supperpão – encontro falando sobre DSTs. Parceria com a Polícia Militar do Paraná – agosto 2014 - fornecimento de materiais educativos Parceria com a rede Cipauto – setembrp de 2014 - “encontro “Falando sobre AIDS” Campanha Fique Sabendo no Corpo de Bombeiros – Agosto Azul de 2014 – 30 testes executados (HIV, Sífilis, Hepatites B e C). Campanha Fique Sabendo no SESC – 21/08/2014 – 25 testes executados [...] Campanha fique sabendo no Parque de Máquinas: 320 testes executados.	Vigilância em saúde	Meta realizada

QUADRO 3 – Resumo sobre ações que contemplaram a atenção à Saúde do Homem nas Diretrizes 3 e 6 dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa – PR, período 2014-2015.

(continuação)

RAG	Diretrizes e Metas	Indicador		Recursos Orçamentários	Observações
		Previsto	Realizado	Bloco Financeiro	
2015	DIRETRIZ 3 – Promoção da atenção integral a saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha” e “Mãe Paranaense”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade Meta 60 – Ampliar a participação do homem nas ações de planejamento familiar	Divulgar junto a rede	Dias 08 e 09 de dezembro de 2015	PAB	Meta realizada
	DIRETRIZ 6 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e vigilância em saúde Meta 102 – Realizar ou firmar parceira na realização de eventos diversos como: campanhas de massa, ações, encontros, treinamentos, capacitações, oficinas e encontros ligados a temática DST/HIV/AIDS/HV, voltadas para população em geral, organizações da sociedade civil, como também aos profissionais do município.	3 eventos/ano	[...] Campanha Fique Sabendo no Presídio Hildebrando de Souza, sendo testado 600 internos. [...] Campanha Agosto Azul realizada no dia 06/08 em parceria com o Exército Brasileiro e forças sindicais Ação Educativa com abordagem à saúde do homem no DER (Departamento de Estradas de Rodagem) no dia 10/08/2015. Campanha Fique Sabendo no DER no dia 24/08/2015. [...] Campanha de testagem no SESC voltado ao público de comerciários de Ponta Grossa no dia 01/02.	Vigilância em Saúde	Meta realizada

QUADRO 3 – Resumo sobre ações que contemplaram a atenção à Saúde do Homem nas Diretrizes 3 e 6 dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa – PR, período 2014-2015.

Fonte: PONTA GROSSA, Relatórios Anuais de Gestão, 2014; 2015. Organizado pela autora.

Além disto, é possível perceber através da alteração no formato do relatório, que nos três primeiros anos do período analisado em relação a implementação da

PNAISH existia uma meta específica para SH, a qual tinha como fonte de recurso o Piso de Atenção Básica, enquanto que nos dois anos subsequentes, ao serem realizadas em parceria com a Coordenação Municipal DST/Aids, as atividades foram financiadas com recurso da fonte Vigilância em Saúde.

Interessante observar que as atividades de Vigilância em Saúde voltadas para atenção à SH relatadas para os anos de 2014 e 2015 foram realizadas em especial em locais onde se pressupõe uma predominância da população masculina, como é o caso das Forças Armadas (Polícia Militar e Corpo de Bombeiros), dos postos de combustível (com ações voltadas para os caminhoneiros), parque de máquinas (servidores da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa, em sua maioria do sexo masculino) e com os internos do Presídio Hildebrando de Souza.

Existiram ainda outras atividades realizadas em Ponta Grossa alusivas à SH que não foram descritas no RAG municipal pois foram promovidas pela SESA, por meio da 3ª Regional de Saúde – cuja sede fica PG. Dentre elas, podemos citar a realização da “Oficina Macrorregional de Saúde do Homem” em 31/08/2012, momento em que foi abordado o risco cardiovascular e a saúde do trabalhador para um público de 120 técnicos, representando 4 Regionais de Saúde e 35 municípios (PARANÁ, 2011).

Em 2013 a SESA procurou estimular a participação e inclusão dos homens em ação de planejamento familiar e a partir de 2014 tal ação passou a integrar também o Relatório de Gestão Municipal. O Enfoque dado pelo Estado está diretamente relacionado ao exercício de uma paternidade cidadã, visando sua integração dos homens e reflexão sobre os direitos sexuais e reprodutivos. Para tanto, além de videoconferência foram realizadas três oficinas em parceria com área de Saúde da Mulher, com o tema Paternidade e Direitos Reprodutivos, em três cidades sede de regionais, dentre as quais estava Ponta Grossa (PARANÁ, 2011).

Além disto, neste mesmo ano foi criado o Movimento Agosto Azul, com o intuito de fortalecer as atividades realizadas nas “[...] 22 (vinte e duas Regionais de Saúde), abrangendo os 399 municípios. Estes por sua vez, também, fizeram atividades desenvolvendo e estimulando os princípios e diretrizes da Política de Saúde do Homem (PARANÁ, 2011).

De acordo com o RAG municipal, de fato foram desenvolvidas atividades voltadas para sensibilização da população masculina em relação a busca de atenção a saúde, com ampliação de horário de atendimento inclusive. No entanto, nenhum dos

profissionais abordados formal e/ou informalmente soube dar maiores informações sobre estas atividades.

A partir desta elucidação sobre a PNAISH no âmbito municipal, especialmente em relação a pactuação da mesma e do registro das atividades desenvolvidas por meio dos relatórios de gestão, é que se torna possível a apresentação dos dados obtidos por meio da aplicação do questionário e das entrevistas semi-estruturadas com os gestores municipais.

3.2 FORTALECIMENTO DA PNAISH NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA: COMPROMISSO *versus* AÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

Mais do que conhecer e analisar Relatórios de Gestão, é importante desvelar a realidade da Atenção Básica em relação a SH no município para entender como está efetivamente se dando a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem – mesmo porque “[...] entre a instituição de uma política de saúde e a realização dos princípios dessa política no cotidiano das ações em saúde é possível haver lacunas, distanciamentos e até mesmo contradições” (BRASIL, 2013, p. 9).

Neste sentido, como mencionado na metodologia, neste trabalho optamos por replicar o instrumento elaborado pelo grupo de pesquisa da Fiocruz e MS para avaliar se o compromisso assumido pelos municípios em relação a implementação e fortalecimento da PNAISH por meio da Atenção Primária a Saúde (especialmente pelas Estratégia de Saúde da Família¹²) se transformou em ações.

Assim sendo, o primeiro passo foi identificar o número de equipes de Saúde da Família¹³ existentes em Ponta Grossa – que como mencionado em tópico anterior,

¹² A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, sendo uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos desta, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012c).

¹³ De acordo com o MS, através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Estratégia Saúde da Família pressupõe a existência de uma equipe multiprofissional, composta por, no mínimo, 1 médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, 1 enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, 1 auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS). Estes profissionais são responsáveis por uma área de abrangência/território com no máximo até 4000 pessoas e podem ter a equipe complementada por profissionais de saúde bucal: sendo 1 cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, 1 auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012c).

conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), aumentou de 44 em 2014 para 84 equipes em fevereiro de 2016. No momento da realização da aplicação do questionário, entre janeiro a primeira quinzena de fevereiro de 2016, existam 82 equipes cadastradas, mas por se tratar de um período do ano em que muitas coordenadoras/enfermeiras das equipes de ESF estavam de férias e/ou recesso, foi possível entrevistar somente 56 enfermeiras (que representam cerca de 68,29% do total).

O instrumento (ANEXO C) utilizado para coleta de dados contempla informações gerais sobre a estrutura da Unidade de Saúde da Família (USF), responsável pela ESF, área de coberto e rotina de trabalho, bem como questões que contemplam a especificidade da Saúde do Homem; e foi aplicado na forma de questionário, pois as enfermeiras foram responsáveis pelo preenchimento dos mesmos – com acompanhamento ou não da pesquisadora.

Para que as enfermeiras tivessem acesso ao questionário, nos dirigimos as unidades de saúde e fizemos apresentação da pesquisa, solicitando sua colaboração após explicar que se tratava de uma investigação autorizada pelo COEP/Plataforma Brasil e pelo Comitê de Ética interno da Secretaria Municipal de Saúde. Algumas profissionais optaram por responder o questionário no momento, comentando as respostas com a pesquisadora, e outros solicitaram que retornássemos para buscar (geralmente no prazo de uma semana).

Também abordamos algumas enfermeiras (de um dos distritos sanitários do município) em reunião de coordenação, os quais devolveram o questionário cinco dias depois num outro encontro promovido pela SMS sobre o combate ao mosquito da Dengue que reuniu todos os profissionais de nível superior da atenção primária. Somente 1 profissional se recusou a preencher o questionário e cerca de 5 não o devolveram, apesar dos retornos às USFs.

Dos enfermeiros que participaram da pesquisa, 52 (94,64%) são mulheres¹⁴ e a maioria (53,57%) das entrevistadas possui até quatro anos de experiência na Atenção Básica. A enfermeira que atua a mais tempo na área está há 24 anos envolvida com a saúde pública. Em relação ao tempo na coordenação da atual ESF, cerca de 39% (22) estão trabalhando há menos de 1 ano e àquele que trabalha a mais

¹⁴ Desta maneira, como informado anteriormente, neste trabalho optamos por nos referir aos profissionais de Enfermagem entrevistados como “enfermeiras” haja vista que a maioria é composta por mulheres.

tempo com o mesmo grupo de profissionais e/ou na mesma área de abrangência, encontra-se nesta função há 14 anos.

Em relação ao território de abrangência das ESFs, as profissionais entrevistadas atuam em sua maioria, conforme ilustra o Gráfico 3, na área urbana (89% do total) – o que está ligado com a composição/organização do município que, como referido no tópico 3.1 deste capítulo, concentra majoritariamente sua população na área urbana (97,8%).

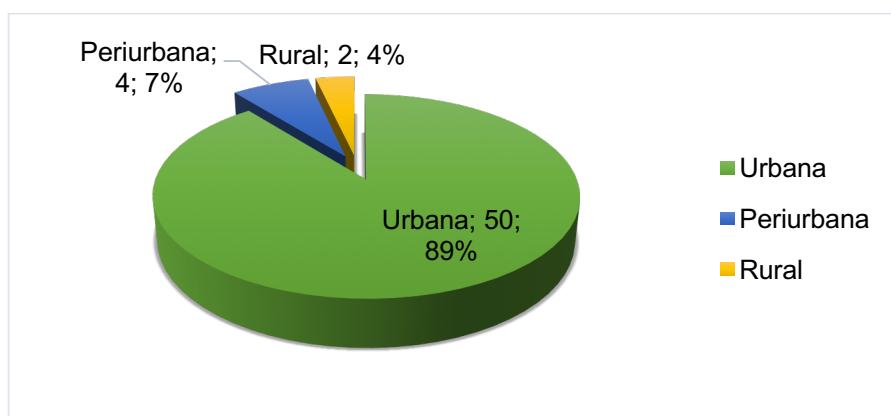


Gráfico 3 – Localização das Unidades de Saúde de Ponta Grossa - PR, conforme os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família entrevistados

Fonte: Questionários; Org.: Franciele Koehler Alves (2016)

Em relação a composição das equipes, 50,87% (29) são compostas por 6 a 10 servidores públicos municipais (Gráfico 4), 22 equipes possuem de 11 a 15 servidores, 2 estão em formação e, portanto, tem menos de 5 profissionais. No entanto, 58,92% (33) das entrevistadas consideram que sua equipe não está completa (Gráfico 5), pois faltam Agentes Comunitários de Saúde em 19 Equipes de Saúde da Família; bem como técnicos de enfermagem em 8 equipes; dentistas e zeladores em 2; auxiliares administrativos em 3 equipes. Também foram citados os profissionais de Serviço Social e Farmácia, pois anteriormente a implementação dos NASFs algumas equipes do município possuíam estes profissionais em seu quadro de funcionários.

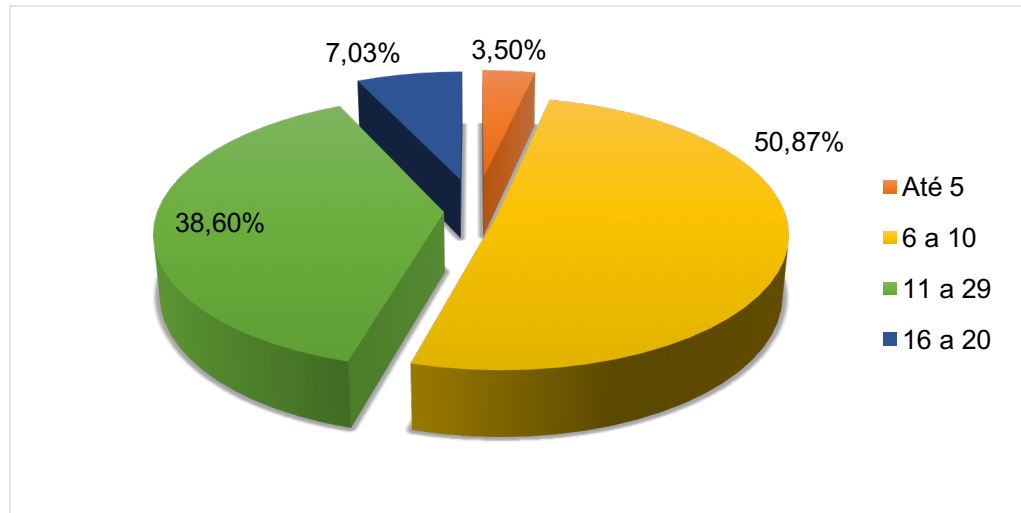


Gráfico 4 – Quantidade de profissionais que compõe as equipes da Estratégia de Saúde da Família de Ponta Grossa-PR, conforme enfermeiros entrevistados
 Fonte: Questionários; Org.: Franciele Koehler Alves (2016)

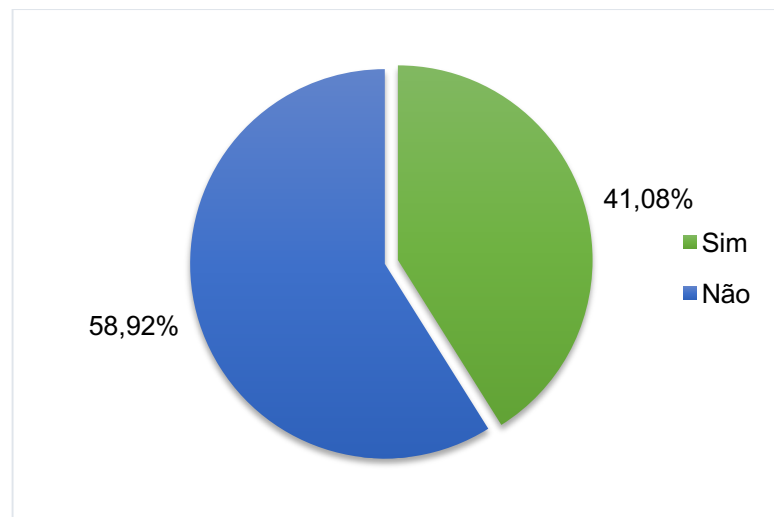


Gráfico 5 – Composição das equipes da Estratégia de Saúde da Família de Ponta Grossa-PR, conforme enfermeiros entrevistados
 Fonte: Questionários; Org.: Franciele Koehler Alves (2016)

Das equipes consideradas neste estudo, apenas uma estava sem médico pois segundo relato da enfermeira no momento do preenchimento do questionário, houve encerramento antecipado do contrato com o intercambista do Programa Mais Médicos (PMM). Em geral, os médicos que atuam na atenção primária em Ponta Grossa possuem contrato de 40 horas semanais, dedicando até 8 horas mensais para realização de visitas domiciliares (conforme disponibilidade de carro. Os profissionais que participam do PMM, por sua vez, dedicam 32 horas semanais para atendimento

em consultório tempo menor (ou quando da disponibilidade de carro até 8h/mês para visitas) e 8 horas semanais para estudo conforme diretriz do programa.

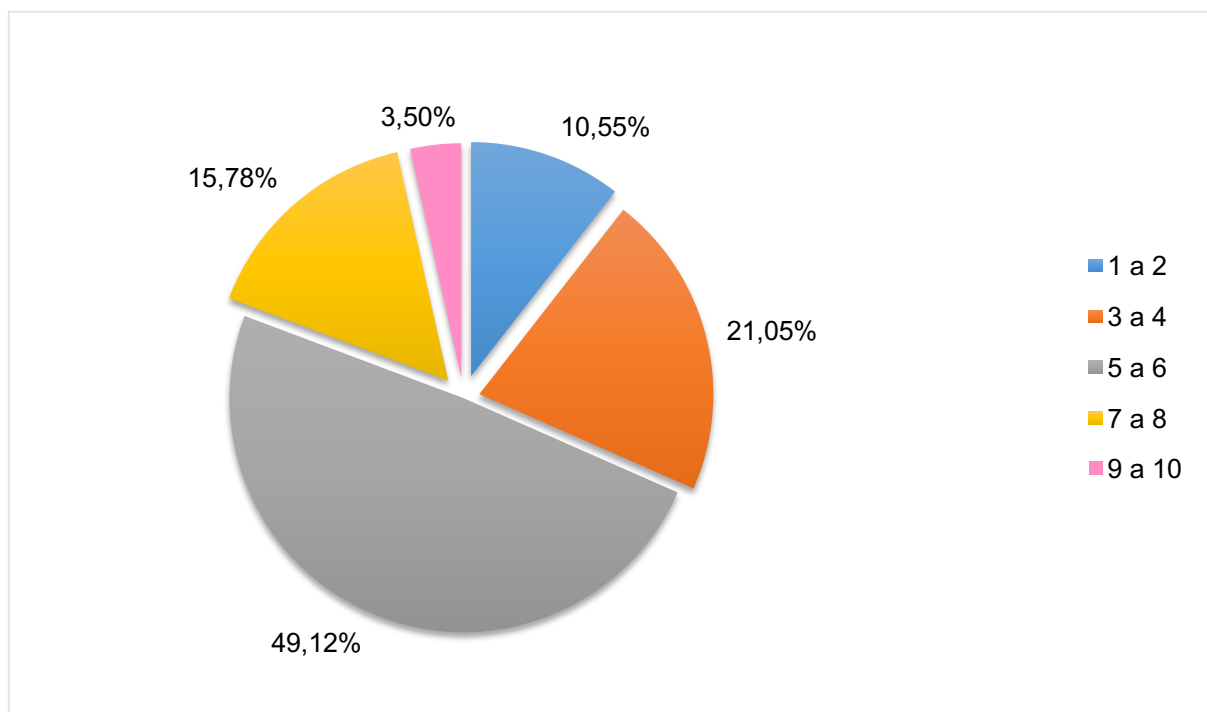


Gráfico 6 – Quantidade de Agentes Comunitários de Saúde por equipe da Estratégia de Saúde da Família de Ponta Grossa-PR, conforme enfermeiros entrevistados
Fonte: Questionários; Org.: Franciele Koehler Alves (2016)

Em relação ao número de Agentes Comunitários de Saúde, 49,12% (28) das equipes tem em sua composição de 5 a 6 ACSs (Gráfico 6). Estes profissionais são fundamentais para o desenvolvimento das atividades das equipes de Saúde da Família, uma vez que cada um é responsável por cadastrar e acompanhar as famílias de sua micro-área geográfica. Tal área corresponde, em média, a um grupo de até 750 pessoas e na falta de agentes em número suficiente, a cobertura do território pode ficar deficitária – prejudicando inclusive o cadastramento da população e a identificação do público atendido.

Cerca de 80,35% (45) das equipes de saúde da família de PG consideradas nesta pesquisa contam com atendimento odontológico para as famílias de sua área de abrangência – ainda que este seja realizado por meio de parceria com instituições de ensino superior da região. Outro aspecto que merece destaque é o fato de que 89,28% das equipes tem apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família que, como mencionado anteriormente, estão em ampliação no município – passando para 5 em

funcionamento a partir de dezembro de 2015 (NASF Esplanada, NASF Nova Rússia, NASF Oficinas e 2 NASFs na região de Uvaranas).

Em relação a estrutura da Unidade de Saúde, as coordenadoras responderam que 85,71% (48) são de uso exclusivo da Equipe de Saúde da Família, tendo pelo menos 1 consultório médico, 1 para enfermagem e 1 sala para curativos, procedimentos e coleta. Apenas 46,42% (26) das Unidades tem sala para desenvolvimento de atividades coletivas e/ou reuniões – que são ações preconizadas pela lógica de prevenção e promoção da saúde da estratégia de saúde da família.

Quanto a área de cobertura e controles das equipes de saúde da família, 34 enfermeiras responderam ter conhecimento sobre o número de famílias atualmente cadastradas, enquanto 16 desconhecem e outros 6 não responderam à questão. Em média são 1091 famílias cadastradas, sendo o número mínimo de famílias relatado de 125, em USF que estava iniciando o atendimento recentemente e tinha pouca ACS. A moda é equivalente 1400 e a mediana corresponde a 1063 famílias.

Em relação a existência de famílias não cadastradas, 73,21% (34) das entrevistadas responderam que existem em sua área. Dentre os motivos apontados para o não cadastramento estão o número reduzido de agentes comunitários de saúde na equipe, por não estarem em casa no período de funcionamento do serviço ou por recusarem cadastro devido a complementariedade da atenção por meio da saúde suplementar (ou seja, alegarem ter plano de saúde).

Diferentemente dos resultados da pesquisa realizada em 2012 pela Fiocruz e MS, os dados sobre a realidade pontagrossense revelaram que o município já tem alimentado o e-sus AB¹⁵ (novo programa do governo federal para registro das informações de saúde) em relação ao número de famílias cadastradas, bem como sobre os demais atendimentos/procedimentos realizados pela ESF. As coordenadoras relataram que aquelas ESF que por ventura não estão com os dados atualizados, estão enfrentando problemas em relação a falta de ACS ou de computador suficiente para alimentação do sistema que é virtual.

¹⁵ De acordo com o MS, “o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico” (BRASIL, 2016).

Em relação aos atendimentos para o público masculino, 64% das enfermeiras respondeu que é possível identificar o número total de atendimentos a homens na faixa etária de 20 a 59 anos (Gráfico 7). No entanto, apesar de relatarem a possibilidade de identificar este número de atendimentos por meio da agenda, do TASY¹⁶, de registro no livro de acolhimento ou pelo mapa diário, apenas 1 equipe soube dizer o número total de homens cadastrados na área de abrangência e a média de atendimentos a este público – mas destacou que esta identificação só foi possível devido a colaboração dos alunos que participaram do Programa PET-Saúde¹⁷ (cuja diretriz vem do governo federal e no município se desenvolve por meio da UEPG, em parceria com a SMS) no ano de 2015.

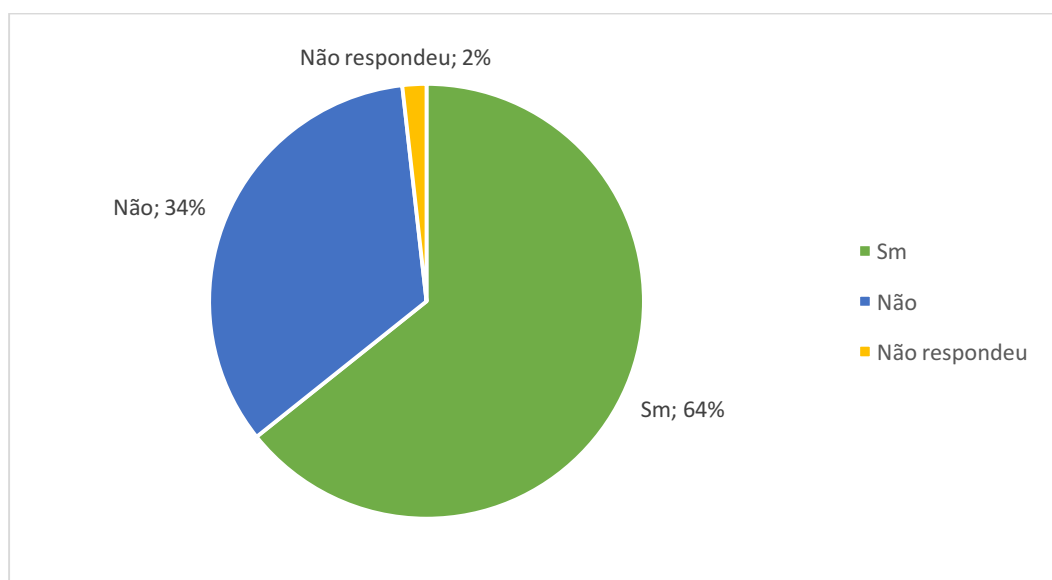


Gráfico 7 – Há capacidade de identificação do público alvo da PANISH por parte da equipe de Saúde da Família de Ponta Grossa - PR

Fonte: Questionários; Org.: Franciele Koehler Alves (2016)

Quando questionados sobre os motivos para não identificação do número de atendimentos prestados ao público masculino, as profissionais entrevistadas acreditam que se deve ao fato de não existir ficha específica para atendimento do homem (14 respostas), como no caso das mulheres e gestantes; por não haver

¹⁶ Sistema de informações com plataforma única e integrada para a gestão de serviços em saúde, que pode ser configurada de acordo com as características e particularidades de cada contratante – que em Ponta Grossa interliga e condensa as informações de saúde das várias instâncias da atenção a saúde (PHILIPS, 2016).

¹⁷ PET-Saúde, ou Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde, é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421 de 2010. Pressupõe a integração ensino-serviço-comunidade, por meio da educação pelo trabalho. Objetiva o fortalecimento das ações estratégicas do SUS e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores e estudantes de graduação da área da saúde (BRASIL, 2016).

sistema obrigatório (17 respostas) com é o caso do acompanhamento da gestação (SIS Pré-Natal) ou de pacientes crônicos (HIPERDIA).

Sobre o encaminhamento dos homens para serviços especializados nos últimos 3 meses (Gráfico 8), 68% (38) das enfermeiras disseram que estes foram realizados. Além disto, 60 enfermeiras (89,29%) acreditam que os homens com sintomas de obstrução urinária ou com disfunção erétil identificados foram encaminhados de suas unidades para exames diagnósticos.

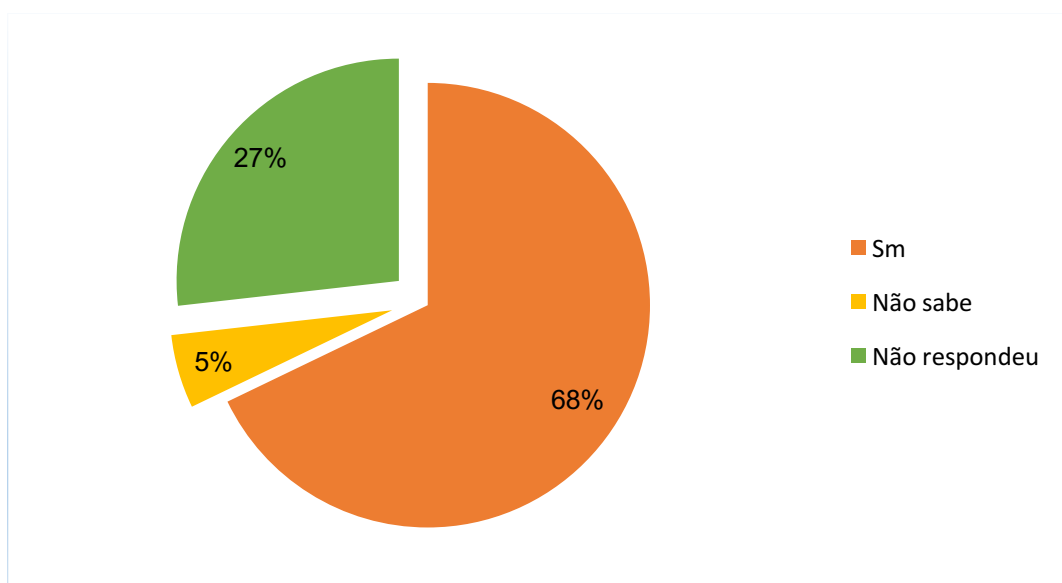


Gráfico 8 – Percentual de encaminhamento do público-alvo da PNAISH por parte das equipes de Saúde da Família de Ponta Grossa - PR para serviços especializados nos últimos três meses.

Fonte: Questionários; Org.: Franciele Koehler Alves (2016)

Quando questionadas sobre uma possível avaliação dos resultados dos atendimentos a população masculina (Gráfico 9), 63% (35) das enfermeiras responderam que não realizam avaliação, enquanto outras 30% (17) nem responderam à pergunta do questionário. As equipes que, segundo relato da coordenadora, realizam avaliação a fazem por meio de reuniões e tem observado baixa procura dos homens pelos atendimentos de atenção primária do SUS.

Apesar de não avaliarem os resultados das atividades alusivas ao público masculino, 94,64% das equipes realizam ações de prevenção e promoção da saúde do homem. Do total de enfermeiras entrevistados (56), 34 citaram a realização de atividades voltadas especialmente para a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de próstata durante o mês de novembro (batizado de novembro azul e cuja iniciativa vem de instancias nacionais e mundiais). Outras 11 equipes teriam realizado tais

ações no mês de agosto (“agosto Azul”, conforme definido em lei do Estado do Paraná); e as demais 8 equipes teriam organizado um dia específico dedicado a atenção à saúde do homem e/ou ter realizado uma única ação em conjunto com empresas da área de abrangência no ano de 2014.

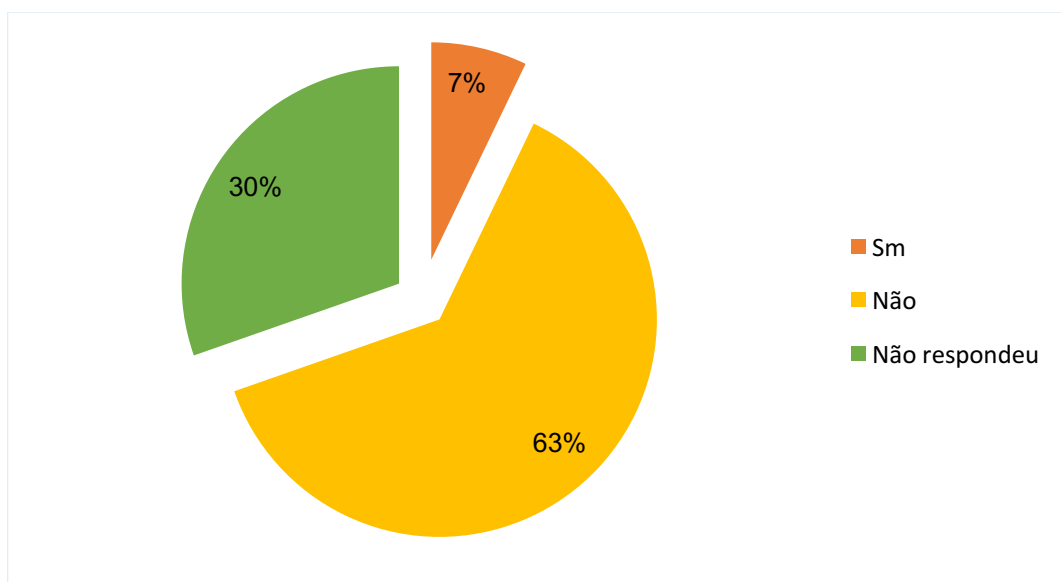


Gráfico 9 – Percentual de equipes de Saúde da Família de Ponta Grossa - PR que realizam avaliação dos resultados dos atendimentos masculinos.

Fonte: Questionários; Org.: Franciele Koehler Alves (2016)

No tocante ao horário de funcionamento das Unidades de Saúde em Ponta Grossa, apenas uma ainda permanece com o horário antigo (07h às 16h) pois todas as demais já tiveram seu horário readaptado para 08h às 17h com intervalo de 1 hora para almoço entre 12h e 13h. Quando questionados sobre a USF ter aberto em horário diferenciado, as enfermeiras responderam que não houve alteração além dos dias em que foram realizadas campanhas para vacinação ou atividade similar.

Inclusive, quando da realização da entrevista em determinada Unidade, onde para o preenchimento do questionário a enfermeira foi acompanhada pelo médico da ESF, ambos relataram ter solicitado em anos anteriores autorização para o desenvolvimento de atividades alusivas ao “Dia do Homem” no sábado ou após o horário de funcionamento da USF, sem sucesso. Como justificativa para negativa foi citada a não previsão de horas extras para os funcionários.

Tal relato complementa os dados que emergiram das questões quantitativas respondidas pelos coordenadores de ESF, revelando que há divergência com o que está registrado no RAG 2013 (item grifado no Quadro 2) sobre a ampliação do horário

de atendimento uma vez que 87,5% (49) das entrevistadas relatou que a unidade nunca prestou atendimento rotineiramente no período noturno ou final de semana. Outros 10,71% (6) relataram que não sabem informar ou não se recordam de ter havido atividades nestes horários diferenciados. Apenas 1 coordenadora registrou no questionário a participação em atividades neste período, mas não especificou quais foram os atendimentos ou a relação destes com a PNAISH.

Tornando a tratar sobre o atendimento habitual, 73,21% (41) das enfermeiras responderam que nas visitas domiciliares (que incluem as visitas realizadas pelos As) os homens são convidados a realizar pelo menos uma consulta ao ano (gráfico 10) – conforme é sugerido no “eixo II – Promoção da Saúde” do Plano de Ação Nacional da PNAISH.

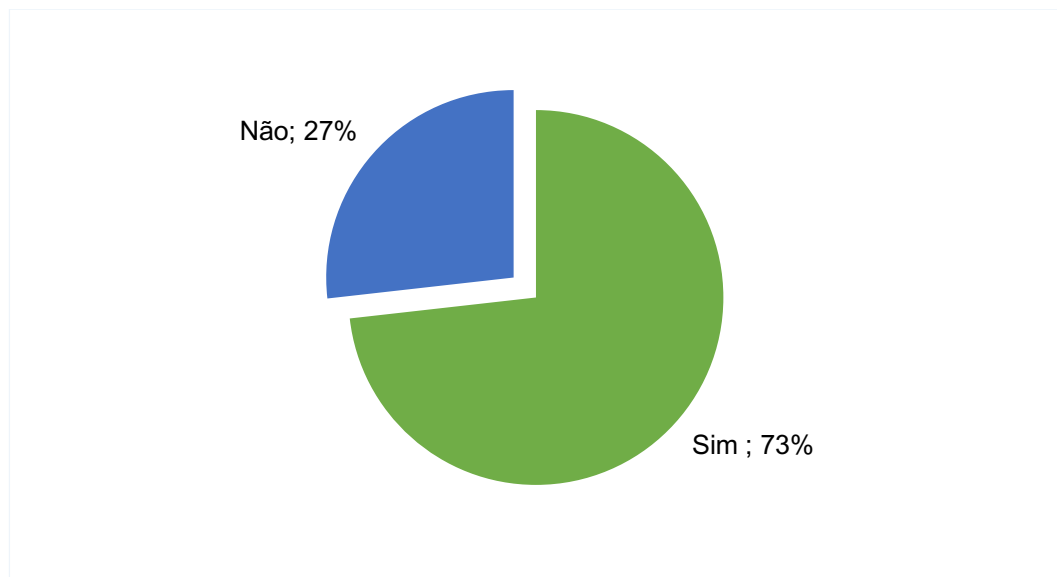


Gráfico 10 – Percentual de equipes de Saúde da Família de Ponta Grossa - PR que em visita domiciliar convidam os homens de 20 a 59 anos para realizarem pelo menos 1 consulta/ano
Fonte: Questionários; Org.: Franciele Koehler Alves (2016)

No entanto, cerca de 53,57% (30) das enfermeiras relataram não realizar rotineiramente nenhuma atividade educativa (ou de promoção a saúde e prevenção de doenças) específica para homens na faixa etária da PNAISH. Dos 46,43% (26) que realizam, as intervenções se dão por meio de consulta individual (35,48% - 11), distribuição de folhetos/folders (35,81% - 8) palestras (22,58% - 7) ou grupos educativos (16,13% - 5).

Apesar disto, não foi possível inferir se de fato são atividades exclusivas para população masculina ou se foi considerada a participação dos homens em atividades

desenvolvidas para o público em geral (inclusive na sala de espera para demais atendimentos, conforme relato de 3 profissionais entrevistados). Dentre os temas abordados estão: planejamento familiar (37,93%), prevenção/controle do tabagismo (24,24%), prevenção do consumo abusivo de bebidas alcoólicas (18,96%), prevenção para as demais drogas (12,07%) e prevenção de violência e/ou acidentes (6,90%).

E, apesar de 37,93% das atividades educativas desenvolvidas versarem sobre o planejamento familiar, foi possível observar por meio de outras perguntas que em relação ao eixo paternidade e cuidado (um dos cinco principais da PNAISH), aproximadamente 51% das enfermeiras percebem que pouquíssimos homens ou quase nenhum (43%) participam durante o pré-natal, parto, puerpério e/ou no acompanhamento da criança, conforme ilustra o Gráfico 11.

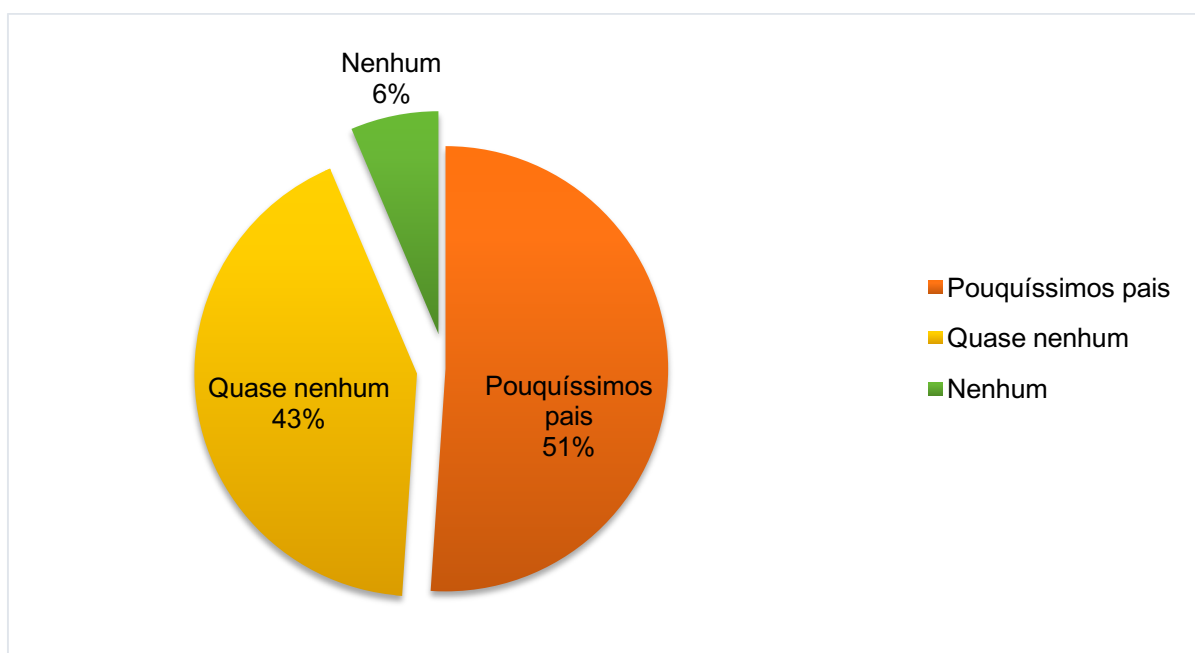


Gráfico 11 – Percentual de participação masculina no pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança, conforme percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município de Ponta Grossa - PR

Fonte: Questionários; Org.: Franciele Koehler Alves (2016)

Esta diferença na participação masculina pode estar diretamente relacionada a forma de abordagem adotada pela ESF em relação a inserção do homem neste momento da vida familiar pois, 66,07% (37) das entrevistadas relataram que a equipe não tem solicitado a participação do pai e 98,22% (55) das equipes não realizam nenhuma atividade específica voltada para saúde do homem durante o acompanhamento do período pré-natal.

Já no tocante a violência, 94,64% (53) das coordenadoras disseram nunca ter identificado um caso que tenha o homem como vítima e as 3 equipes que identificaram perceberam tal situação durante a realização de visita domiciliar (pela ACS) ou no momento do acolhimento do paciente na unidade de saúde. Ao identificar a violência, encaminharam as vítimas para a delegacia e aos Centros de Referência da Assistência Social, seja de proteção social básica ou especializada (CRAS ou CREAS).

No entanto, 39,29% (22) das equipes já identificou alguma situação de violência em que o homem é o agressor – também no momento da visita domiciliar ou no acolhimento da vítima. Os encaminhamentos foram os mesmos assinalados em relação ao homem vítima, tendo orientado o agressor (e especialmente vítima) para procurar o Serviço Social da Unidade de Saúde ou os CRAS/CREAS, bem como encaminhado para a delegacia, conselho tutelar e/ou Ministério Público.

Quando questionados sobre os principais motivos que levam os homens na faixa etária de 20 a 59 anos procurarem os serviços das Unidades de Saúde para si próprio, as enfermeiras destacaram como os quatro principais: doença (incluindo os portadores de diabetes, hipertensão, DSTs ou outras patologias), busca por medicamentos ou prescrições/receitas, suspeita de câncer de próstata seguida proximamente da realização de exames de rotina – conforme ilustra o Gráfico 12.

Ao contrário, quando questionadas sobre os motivos que dificultariam o acesso da população masculina aos serviços de atenção primária, responderam que habitualmente os homens acreditam que não precisam (24,85%), possuem horário de trabalho incompatível com o atendimento da ESF (24,24%) ou que pela ausência de doenças (15,15%) não procuram dos atendimentos (Gráfico 13).

Cabe mencionar que as respostas das enfermeiras que atuam na atenção básica de Ponta Grossa tanto para os motivos da procura dos homens pelo serviço, quanto para ausência destes, reflete os resultados obtidos na pesquisa realizada pela Fiocruz/MS. Figurando como principais motivos de presença: doença aguda ou crônica, busca de medicamentos/prescrições ou situações específicas de SH, como suspeita de câncer de próstata e disfunção erétil; e para ausência àqueles relacionados as barreiras socioculturais (acreditam que não precisa ou na ausência de doenças) e institucionais (horário incompatível com o trabalho) (BRASIL, 2013).

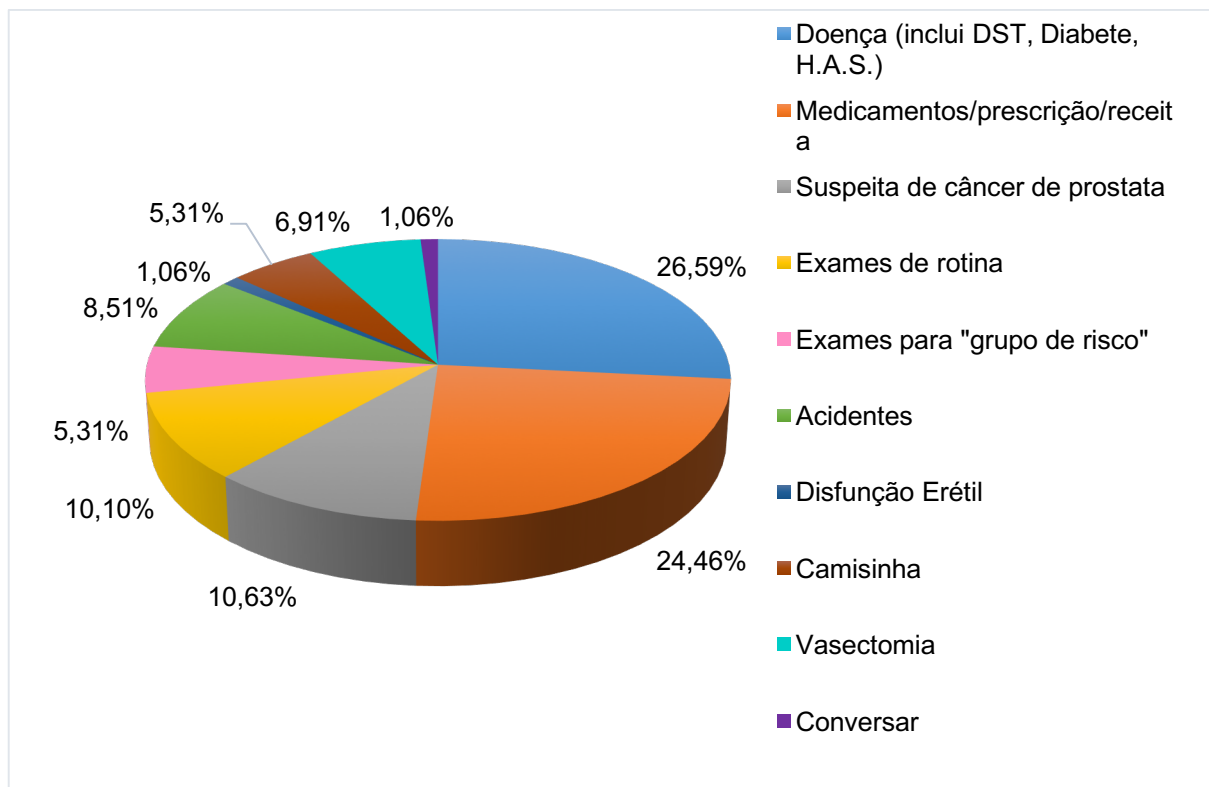


Gráfico 12 – Motivação da procura masculina pelos atendimentos da Estratégia de Saúde da Família do município de Ponta Grossa - PR

Fonte: Questionários; Org.: Franciele Koehler Alves (2016)

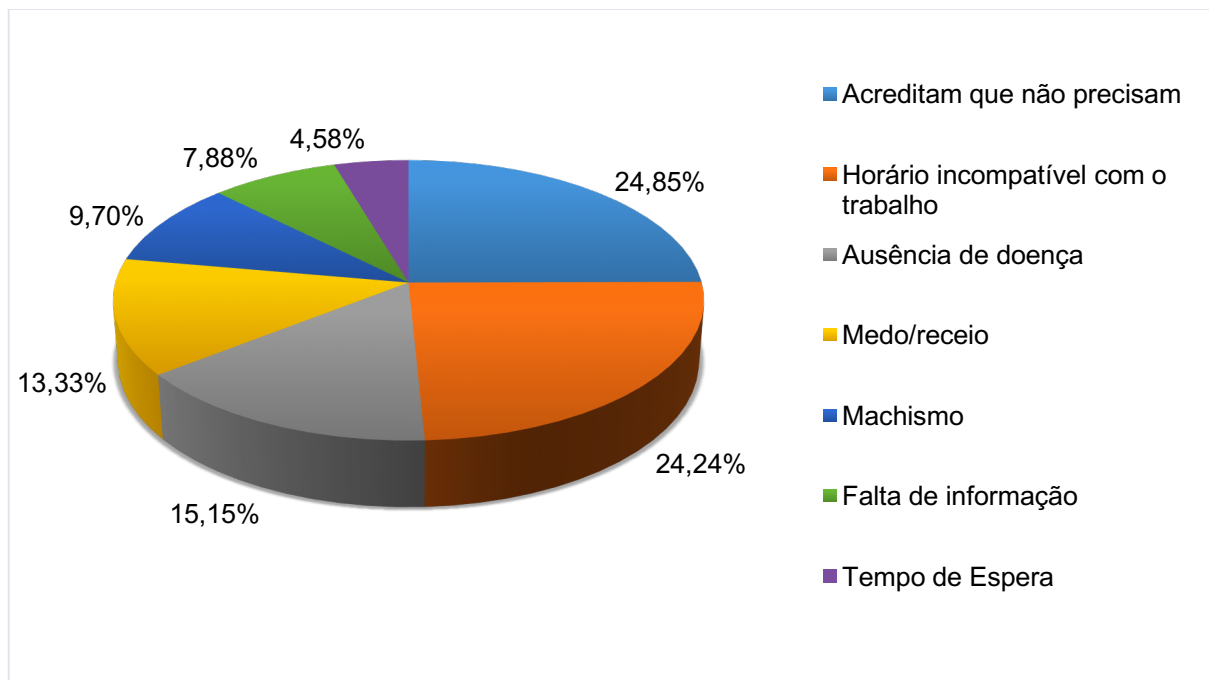


Gráfico 13 – Motivação da ausência/não procura masculina pelos atendimentos da Estratégia de Saúde da Família do município de Ponta Grossa - PR

Fonte: Questionários; Org.: Franciele Koehler Alves (2016)

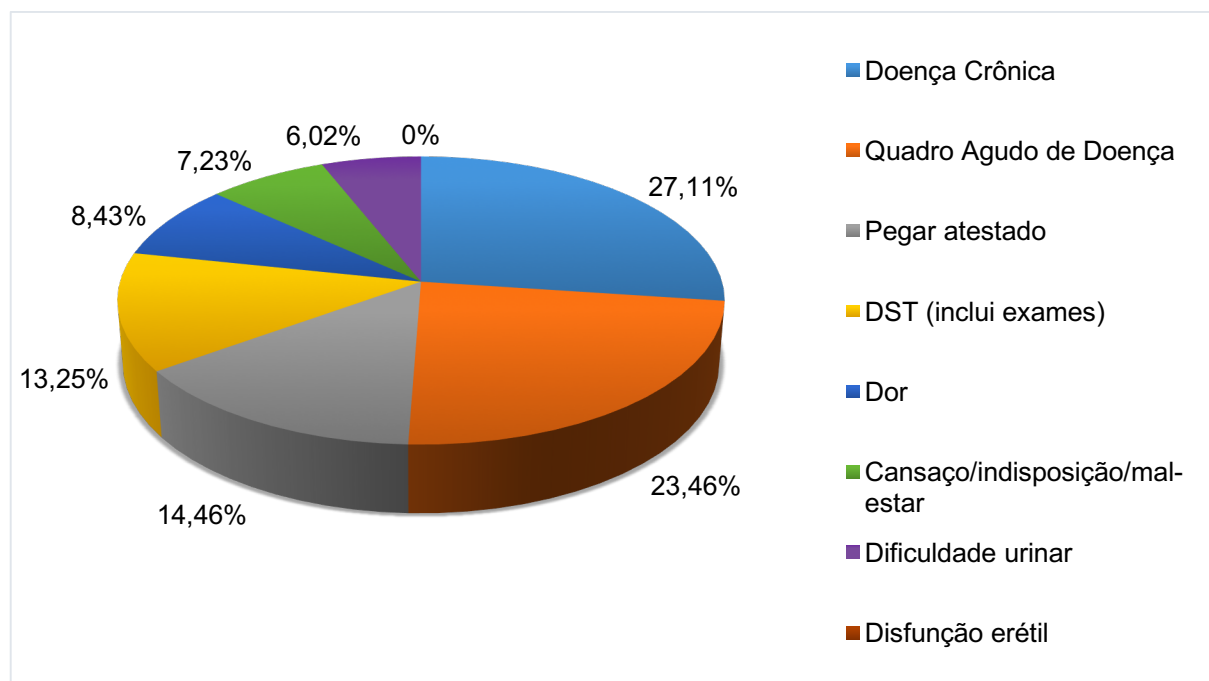


Gráfico 14 – Principais queixas masculinas apresentadas à Estratégia de Saúde da Família do município de Ponta Grossa - PR

Fonte: Questionários; Org.: Franciele Koehler Alves (2016)

O Gráfico 14 demonstra quais são as principais queixas da população masculina que procura atendimento nas Unidades de Saúde da Família de Ponta Grossa. São apontadas majoritariamente as ações de caráter curativo, seja pelo acompanhamento de doença crônica (27,11%) ou tratamento de quadro agudo de doença (23, 23%), seguidas pela busca de atestados (14, 46%) e realização de exames ou tratamento para DSTs (13,25%). Além disto, o gráfico revela que novamente Ponta Grossa segue a tendência nacional em relação as queixas, uma vez que a principal motivação para busca dos serviços de saúde seria a presença de doenças, seguida do percentual de procura de atestados para justificar faltas ao trabalho (BRASIL, 2013).

Por fim, as enfermeiras foram questionadas sobre seu conhecimento em relação a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e 64,29% relatou apenas ter ouvido falar sobre a mesma, enquanto porcentagem menor dos participantes da pesquisa teria lido a mesma (16,07%) ou discutido (8,93%). Chama atenção que há pelo menos 5 anos o município (e aproximadamente 8/9 anos o país) tem buscado realizar atividades voltadas a especificidade da população masculina na faixa etária dos 20 a 59 anos e ainda assim 7,14% das coordenadoras de Equipe de Saúde da Família que atuam em Ponta Grossa desconhecem a PNAISH (Gráfico 15).

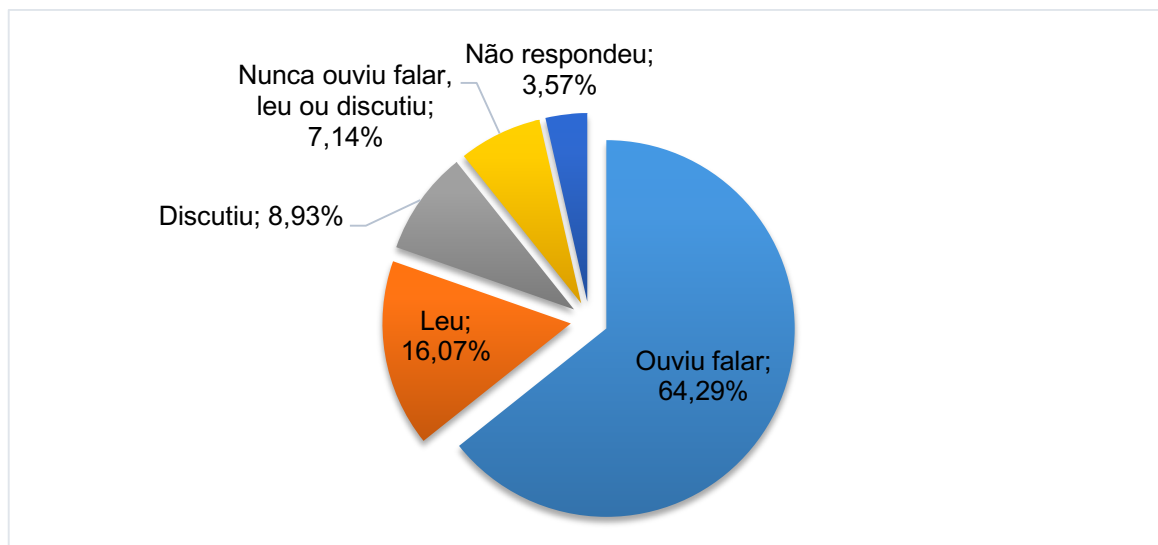


Gráfico 15 – Conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Ponta Grossa – PR sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.
Fonte: Questionários; Org.: Franciele Koehler Alves (2016)

3.3 A VISÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS SOBRE A PNAISH EM PONTA GROSSA

Para além do questionário com enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família, buscamos conhecer também a visão de gestores da política de saúde no âmbito municipal em relação a implementação da PNAISH em Ponta Grossa. Para tanto, no mês de fevereiro foram realizadas duas entrevistas semi-estruturadas, com perguntas fechadas e abertas (cujo roteiro encontra-se na forma de apêndice no trabalho) objetivando desvelar a opinião dos mesmos sobre o assunto. Por motivos éticos, tanto os gestores, quanto as enfermeiras entrevistados não foram identificados nesta pesquisa.

Assim como aos coordenadores das equipes de saúde da família, questionamos aos gestores quais os motivos que costumam levar os homens de 20 a 59 anos aos serviços de atenção primária do município. O Gestor 1 respondeu de forma similar as demais profissionais que participaram da pesquisa, entendendo como principal motivo para procura de homens pelos serviços de saúde o acompanhamento/tratamento de doenças – em especial no que tange aos homens de meia idade, uma vez que na opinião deste gestor o jovem busca a unidade para retirada de preservativos. Seguida pela realização de exames de rotina e retirada de medicamentos, que são respectivamente o 4º e 2º motivo da procura na opinião das enfermeiras.

A Tabela 6 apresenta o comparativo das respostas, revelando que a opinião do Gestor 2 diverge da ordem de importância atribuída pelas demais entrevistadas, embora contemple as mesmas motivações. Para este gestor, o principal motivo para os homens buscarem os serviços de atenção básica é por medicação, prescrição ou receita. Em segundo lugar figura a necessidade de atestado para justificar faltas no trabalho, seguida pela realização de exames para diagnóstico de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), HIV/Aids e Hepatites Virais (especialmente em campanhas de prevenção); só então é citado o acompanhamento de doenças crônicas, em especial Diabetes e Hipertensão (contempladas em programa específico chamado HIPERDIA).

Tabela 6 – Motivos pelos quais os homens procuram os serviços de atenção básica no município de Ponta Grossa – PR, 2016.

Motivação	Enfermeiras	Gestor 1	Gestor 2
1º motivo	Doenças	Camisinha (Homem Jovem) Doenças (Meia Idade)	Medicamentos
2º motivo	Medicamentos	Exames de Rotina	Atestado
3º motivo	Suspeita de Câncer de Próstata	Medicamentos	Exames para DSTs
4º motivo	Exames de rotina	----	Doenças Crônicas (Diabetes e HAS)

Fonte: Entrevista com gestores e questionário com enfermeiras da ESF.

Org.: Franciele Koehler Alves (2016)

Quando questionados sobre os motivos que ocasionam a ausência masculina na atenção primária, foi possível perceber que, assim como as enfermeiras, os gestores também consideram que o horário atual de funcionamento dos serviços dificulta o acesso dos homens – especialmente daqueles em idade produtiva. Ambos os entrevistados citaram a relação saúde e trabalho, mas ao longo da entrevista, o Gestor 1 associou abertamente a Saúde do Homem com a Saúde do Trabalhador, afirmando que quando a empresa não orienta o funcionário a procurar serviços ou dispõe de atendimentos na instituição, é mais difícil deste zelar pela própria saúde. Os trechos transcritos abaixo ilustram tal posição

“[...] ele só faz aquilo que a empresa obriga, a rotina anual, alguma coisa assim, se não ele não vai, ele não vai preventivamente cuidar de si” (GESTOR 1)

“Tem outras questões também que é os horários incompatíveis às vezes das nossas unidades básicas de saúde, mas é importante colocar que a saúde é um direito das

peessoas, previsto na constituição federal e na carta dos direitos humanos também, mas ainda a gente observa uma resistência dos profissionais, dos seus empregados em liberar os seus para irem as consultas médicas, então há esse lado do empregador que a gente observa muito isso, mas também, o próprio usuário que tem medo de pegar atestado e com isso ser punido no seu ambiente de trabalho, então tem uma série de fatores que também, prejudicando ou interferindo na maior frequência na nossa unidade básica de saúde da população masculina” (GESTOR 2)

A Tabela 7, por sua vez, apresenta um comparativo dos motivos para ausência masculina, citados pelas enfermeiras que atuam na ESF e os gestores. É possível identificar a existência de pontos de convergência e divergência entre as respostas dos entrevistados, mas de maneira geral pode-se dizer que os motivos estão relacionados entre si e refletem as barreiras culturais e institucionais para não acesso dos homens à atenção primária citadas na literatura sobre o assunto.

Tabela 7 – Motivos pelos quais os homens deixam de procurar a atenção básica no município de Ponta Grossa – PR, 2016.

Motivação	Enfermeiras	Gestor 1	Gestor 2
1º motivo	Acreditam que não precisam	Falta de horário e/ou horário incompatível com horário do trabalho	Falta de informação
2º motivo	Horário incompatível com horário do trabalho	Falta de informação	Questão Cultural (homem provedor, preconceito)
3º motivo	Ausência de doenças	Falta oportunidade	Horário incompatível com horário do trabalho
4º motivo	Medo/Receio	“Falta de amor próprio” (questão cultural = homem provedor)	Resistencia dos empregadores

Fonte: Entrevista com gestores e questionário com enfermeiras da ESF.
Org.: Franciele Koehler Alves (2016)

Interessante observar que os gestores referem a uma falta de informação – que para o Gestor 2 pode ser vista como um paradoxo haja visto que atualmente existe mais informações sobre saúde (do homem) circulando, bem como maior facilidade de acessar as informações, como por exemplo pela internet. Nas palavras do entrevistado

[...] é um paradoxo também, porque na mesma proporção de que aumenta o volume de informação disponível, quanto a importância da participação da população nas ações de prevenção e promoção realizado nas Unidades Básicas de Saúde, a gente

ainda percebe uma grande desinformação. Então um dos fatores que também contribuem pra ausência da população masculina nas nossas unidades básicas de saúde é a desinformação” (GESTOR 2)

Outro ponto citado estaria relacionado a “questão cultural”, que segundo os entrevistados faz com que o homem busque o serviço especialmente em momentos pensados para ele (como as campanhas agosto e novembro azul), voltados em especial para detecção de doenças sexualmente transmissíveis e combate/prevenção do câncer de próstata. Para o Gestor 2 há ainda muito preconceito em relação a realização destes exames, o que dificultaria a chegada do homem na Atenção Básica. E poderia, também, estar relacionado aos motivos citados pelos enfermeiros quando acreditam que o público masculino deixa de procurar os serviços por acreditarem que não precisam ou por terem medo/receio de descobrir que algo não vai tão bem com sua saúde.

Tal perspectiva também se relaciona com o que o Gestor 1 chama de “falta de amor próprio” e que engloba vários estereótipos de gênero difundidos por meio do senso comum – como por exemplo em relação ao papel de provedor familiar. Para o Gestor 1

“[...] Então é assim, é horário, é falta de conhecimento e amor por ele mesmo, que é a coisa mais rara é o homem lembrar dele, né? Ele lembra da família, porque é ele é o que sustenta a família e às vezes ele esquece de cuidar dele mesmo” (GESTOR 1)

Esta opinião reaparece quando questionado sobre as barreiras socioculturais ou institucionais para o acesso da população masculina aos serviços de saúde municipal. Como é possível observar no próximo trecho da entrevista, o Gestor 1 deposita grande peso nos aspectos culturais que podem se apresentar como barreiras ao acesso. Por sua vez, o Gestor 2 afirma que tanto as barreiras socioculturais, quanto as institucionais são relevantes para esta ausência ou baixa participação masculina.

“Um pouco cultural, né?! Porque se veja, eu vejo assim, até na zona rural, que aonde há uma dificuldade, lá hoje nós temos equipes que vão fazer essa abordagem normalmente são mulheres, o homem não vai, acha que é bobagem. Então é algo que não é nem machismo, tá culturalmente o homem ele é forte, ele é o esteio da família,

então ele é uma fortaleza ele nunca pensa que ele pode ficar doente e as vezes vai arruinando ao longo do tempo e as vezes quando ele chega, ele chega nos finalmente e é ruim para ele mesmo” (GESTOR 1)

“Eu acho que tem, eu não consigo dividir ou mensurar o que tem peso maior, mas são relevantes os dois pesos, mas tem uma questão importante também que historicamente o município de Ponta Grossa nós podemos dizer que ele esteve desassistido na atenção básica”. (GESTOR 2)

Para além, o Gestor 2 defende que no município a presença (ou ausência) masculina está diretamente ligada a “histórica desvalorização da atenção primária” no contexto municipal – situação que vem sendo revertida nos últimos anos por meio de estratégias de fortalecimento da atenção básica e ampliação da cobertura e número de Equipes de Saúde da Família. Segundo seu relato,

“A atenção básica não era prioridade e com isso havia um descrédito muito grande enquanto a procura dos serviços de saúde nas unidades básicas de saúde, então era muito mais fácil que se procurasse as unidades de urgência e emergência e resolvessem os problemas de forma muito pontual, fragmentada. Então, nós mudamos nesta gestão essa situação. Hoje nós conseguimos ampliar o número de unidades abertas no município, nós dobramos o número de equipes de saúde da família, contratamos mais profissionais e estamos investindo na formação desses profissionais. Então até o próprio perfil da atenção básica, com essas ampliações, contribui para a população masculina possa, para que o homem possa frequentar mais as nossas unidades. Então, tem os fatores institucionais, os fatores culturais. Mas que tem sido rompido ao longo desses últimos três anos, com esse processo de fortalecimento da atenção básica no município” (GESTOR 2)

Pensando sobre este fortalecimento da AB, questionamos aos gestores se consideram que o homem se sente acolhido nas Unidades de Saúde de Ponta Grossa e ambos concordaram que sim. Os gestores enfatizaram novamente a importância do aumento do número de equipes de saúde da família que atuam no município e da qualificação/treinamento tais equipes vem recebendo para o atendimento das famílias em determinado território. Segundo o Gestor 1, os profissionais são orientados para

a assistência de famílias, devendo atender “[...] *muito bem qualquer paciente independente do sexo [...]*” (GESTOR 1).

O Gestor 2, por sua vez, entende que é por meio do fortalecimento da atenção primária e da “[...] *organização dos serviços e a logica do trabalho pensando a população como um todo [...]*” que tem sido possível romper barreiras culturais e institucionais em relação ao acesso e acolhimento masculino neste âmbito primeiro de cuidado operantes no município. Referiu, ainda, que além da assistência como um todo, as ações e campanhas voltadas para prevenção são realizadas de maneira abrangente “[...] *não olhamos sexo, não olhamos cor, não olhamos idade, todos são beneficiados de nossas ações [...]*” (GESTOR 2).

Interessante observar que, apesar de dizer que os homens se sentem de maneira geral acolhidos pelas UBS/USF, o Gestor 1 se revela surpreso com a participação/presença masculina em época de campanha voltadas para saúde do homem. Conforme o relato do entrevistado

“[...] durante o novembro azul, eu fiz uma caminhada nas unidades e eu me surpreendi pela quantidade de homens que estavam nas palestras e nas unidades que eu: nossa! E não eram idosos, eram jovens, tinham senhores, de 30, 26 anos, você via assim pelo aspecto, né?! Então, achei bem bacana e durante a semana que é algo que é raro, né?! Porque se fosse num final de semana era natural, mas durante a semana, então eu achei assim bem bacana, pra mim foi uma surpresa essa participação masculina” (GESTOR 1)

Em relação a forma como o município tem abordado a questão da saúde do homem, os gestores relataram que há treinamento para as equipes atuarem de acordo com a integralidade (e complexidade) da família; desta forma, o homem enquanto integrante deste grupo familiar, invariavelmente está sendo alcançado pelas ações desenvolvidas e estratégias adotadas pelo município. Um exemplo foi relatado pelo Gestor 2 relata, que afirmou que só no ano de 2015 foram realizadas duas capacitações voltadas para saúde do homem, em especial relacionadas ao câncer de próstata.

Outra frente considerada em Ponta Grossa sobre a saúde do homem é o incentivo da participação do pai no pré-natal, cuja qual o Gestor 2 enfatizou a importância e comentou que estão trabalhando para ampliar esta participação. Já a

o Gestor 1 acredita que as mulheres são presença certa das unidades, se configurando como “aliadas” na hora de ampliar o atendimento masculino – atuando como multiplicadoras ou incentivadoras. Conforme a fala do gestor

“[...] as equipes tem insistido, tem conversado no grupo de mulheres que são as que mais vão nas unidades, então eu acho que é uma forma pelo menos de tentar buscá-lo e que de vez em quando as equipes vão as empresas grandes que tem grande numero masculino já pedindo uma abordagem para poder trazer esse publico masculino para as unidades” (GESTOR 1)

De maneira geral os gestores consideram como desafio para implementação de uma politica para atenção a saúde do homem os aspectos culturais que acabam interferindo no processo saúde-doença-cuidado e dificultando o acesso e adesão desta parcela da população aos serviços e tratamentos de saúde. Para o Gestor 2,

“[...] Primeiro aspecto cultural, que principalmente na juventude pensa-se que são super-homens de que nunca vão ficar doentes, eu acho que um dos desafios para a implementação de uma política de saúde do homem também são os hábitos de vida que nós temos hoje, a população se alimenta mal, não desenvolve atividades físicas e com isso a gente observa o surgimento ou até o crescimento do número de doentes e de algumas doenças ligadas a esta questão dos hábitos de vida que são desenvolvidos ao longo da vida do indivíduo [...]” (GESTOR 2)

E para o Gestor 1 a dificuldade reside na abordagem do homem para que ele possa se “convencer” e tenha um tempo para cuidar de si; da mesma forma que existem dificuldades em relação a abordagem do publico masculino adolescente e jovem, devido as já mencionadas barreiras socioculturais. De acordo com o Gestor 1, a principal dificuldade é

“[...] Fazer o convencimento desse homem a gostar dele mesmo. Eu acho que esse é mais difícil, porque se hoje você tem ferramentas para fazer acontecer exames e toda outra situação para que ele tenha acesso ao serviço de saúde, isso para nós não é dificuldade isso já existe. Mas a dificuldade é fazer essa abordagem, é trazê-lo, fazer

oportunizar, fazer algumas leis valerem para que possa ter esse tempo de cuidar-se um pouco né?!” (GESTOR 1)

“[...] eu vejo a dificuldade hoje de você implementar alguma política no início masculina para o jovem, o jovem ele ainda não tem essa consciência, ele ainda pode tudo. O adolescente, sabe?! Ele está no limbo, porque ele nem é adolescente e nem é um jovem ele está ali no meio, ele pode tudo, ele é o heman. Então é complicado porque daí ele não vê essa possibilidade com ele, e é aonde a gente se depara com algumas coisas alarmantes em DST, na própria AIDS que ainda não está exterminada, ela ainda existe e as vezes a gente, eu como mãe me preocupo muitas vezes vendo alguma situação que a gente visualiza né?!” (GESTOR 1)

Quando questionados sobre perspectivas da implementação da PNAISH, o Gestor 1 acredita que a maior disponibilidade de informações (na mídia e internet) contribui para que o homem se sensibilize e responsabilize-se mais pela própria saúde. Acredita, ainda, que as campanhas de prevenção (como o novembro azul) façam a diferença em relação a sensibilização.

Por sua vez, o Gestor 2 entende que a própria melhoria da infraestrutura das Unidades de Saúde, a ampliação do número de ESFs em Ponta Grossa, a implantação dos NASFs e a adoção de ações estratégicas, favorecem o acolhimento do público masculino, bem como da população em geral. Para o entrevistado, além de ter maior número de profissionais atendendo, estes estão sendo capacitados

“[...] permanentemente [...] para ter esse olhar em relação as doenças que acometem a população masculina, mas principalmente o fortalecimento da atenção básica. Eu acho que esse é um ponto que não pode ser deixado a perder de vista já que é por intermédio da atenção básica que 85% dos problemas de saúde de uma população são resolvidos” (GESTOR 2)

Por fim, ambos concordam que a PNAISH não está plenamente implantada no município, mas que é seu dever caminhar e avançar na busca de sua implementação de fato. Pois, conforme relato do Gestor 2, Ponta Grossa – por meio da Secretaria Municipal de Saúde – vem

“[...] desenvolvendo estratégias sim, temos o olhar das nossas equipes para esta necessidade, mas eu não posso dizer que esteja implementada na sua totalidade a política, é um desafio a ser superado por essa gestão ou para a próxima gestão que vier, mas é um processo que tem avançado muito” (GESTOR 2)

E do Gestor 1

“[...] nós temos o dever, a obrigação de fazer o melhor por nossos esposos, namorados, que está por aí [...] temos essa obrigação” (GESTOR 1).

Apresentados os principais pontos das entrevistas com os gestores, o próximo item deste capítulo tem como propósito fazer a discussão e análise dos dados levantados por meio dos instrumentos de pesquisa (observação, pesquisa documental, entrevista e questionário) e descritos ao longo dos primeiros tópicos do Capítulo III.

3.4 DISCUSSÃO

Como mencionado, este trabalho objetiva um estudo de caso de caráter exploratório sobre a implementação da PNAISH em Ponta Grossa. Para tanto, no início da fase exploratória definimos categorias/unidades de análise que nortearam a construção do referencial teórico sobre saúde do homem, gênero/masculinidades e a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem; bem como a organização da entrada no campo de pesquisa e a seleção dos instrumentos para coleta de dados (por meio da triangulação de métodos).

Para tanto, a análise se deu de forma continuada em todas as etapas da investigação e a triangulação de métodos favoreceu as sucessivas aproximações necessárias para compreensão da realidade ao permitir que fosse desvelada a partir de diversos ângulos (como por exemplo pela opinião dos enfermeiros e dos gestores). Neste sentido, a identificação das categorias, a realização da pesquisa bibliográfica, bem como a análise dos relatórios de gestão e das entrevistas permitiu que ocorresse uma classificação lógica dos conteúdos manifestos, com reagrupamento dos mesmos em novas categorias e atribuição de sentidos.

Desta forma, a presente discussão sobre a implementação da PNAISH no município está organizada em cinco (5) categorias de análise definidas em conformidade com os cinco eixos temáticos estabelecidos pela PNAISH, a saber: acesso e acolhimento; saúde sexual e reprodutiva; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina; prevenção de violências e acidentes. Por fim, são apontadas alguns desafios e perspectivas sobre tal implementação.

3.4.1 Acesso e acolhimento

O primeiro eixo estabelecido pela PNAISH refere-se a necessidade de reorganização das ações de saúde de forma inclusiva em relação a população masculina, para que esta considere “[...] os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados” (BRASIL, 2015).

Desta forma, são admitidas ações estratégicas que visem fortalecer o vínculo entre os homens de 20 a 59 anos e os serviços de saúde – especialmente em relação a atenção primária que deve se configurar como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde e conforme pontuado no primeiro capítulo deste trabalho e também nos princípios e diretrizes da PNAISH (BRASIL, 2008), historicamente tem se revelado um espaço feminilizado.

Em relação ao acesso da população masculina há relato por parte dos gestores municipais de que houve um aumento no número de atendimentos de homens na atenção básica, no entanto, não foi precisada a porcentagem homens adultos atendidos – que corresponde ao indicador proposto pelo plano de ação nacional da PNAISH para avaliar/monitorar a cobertura. Além deste, também poderiam ser delimitados indicadores que demonstrassem os resultados/impacto das ações desenvolvidas.

Isto reflete a importância de serem implementadas (e realizadas de forma continuada) ações que objetivem a ampliação do acesso da população masculina aos serviços, para superar uma suposta invisibilidade – esteja esta relacionada a uma ausência dos homens, da não identificação da presença destes durante todo ano (exceto nos meses alusivos a SH) e/ou a não valorização daqueles que já frequentam a atenção básica (COUTO et al, 2010).

Por meio dos questionários respondidos pelas enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família foi possível identificar que as equipes encontram certa dificuldade para identificar o número de atendimentos a população masculina (conforme ilustra o Gráfico 7). E mesmo aquelas que dizem saber como identificar (seja através do livro de agendamentos, do Tasy ou mapa diário) não costumam realizar tal levantamento.

Isto está diretamente relacionado com a falta de um sistema obrigatório que verse sobre a Saúde do Homem e a pouca clareza que os profissionais e gestores apresentam sobre os indicadores preconizados pela PNAISH. Tanto que as enfermeiras entrevistadas acreditam que o número de atendimentos masculinos na faixa etária de 20 a 59 anos não é comumente identificado (e avaliados os atendimentos e estratégias) por não haver uma ficha específica para o atendimento do homem (14 respostas) e não haver sistema obrigatório (17 respostas).

Além disto, as entrevistadas que responderam ao questionário na presença da pesquisadora aproveitaram para relatar algumas dificuldades no trato com esta parcela da população, revelando que não se sentem instrumentalizados o suficiente para tal – diferente do que ocorre em relação a saúde da mulher/gestante e criança.

Da mesma forma, emergiu tanto nos questionários, quanto nas entrevistas com os gestores uma preocupação em relação ao horário de atendimento das Unidades de Saúde, entendido como uma barreira para o acesso masculino a atenção primária. Desta forma, é possível compreender porque aparece nos Relatórios Anuais de Gestão (Quadro 2) a ampliação do horário de atendimento das UBS para alcance deste público.

No entanto, existem dois pontos que devem ser evidenciados: primeiramente o fato de que apesar do registro em relatório de gestão sobre ampliação, 87,5% dos enfermeiros entrevistados relataram que a Unidade nunca prestou atendimento rotineiramente no período noturno ou final de semana – exceto quando houve campanhas de vacinação, combate a dengue e ações voltadas para saúde da mulher/outubro rosa.

Houve ainda o relato de uma das equipes no momento do preenchimento do questionário da realização de atividade alusiva ao dia do homem numa sexta-feira, contando com mais de 170 participantes. A ideia inicial da ESF era realizar o atendimento no sábado, mas após receber negativa da secretaria realizaram em dia de semana e surpreenderam-se com o resultado alcançado. Esta surpresa também fica evidente na fala dos gestores, especialmente quando o Gestor 1 relatou que em

época de campanha “novembro azul” visitou as USF e encontrou homens de variadas idades participando das atividades propostas.

Todas as dificuldades mencionadas estariam relacionadas tanto a questões de ordem prática/técnica, quanto ao que Machin et al (2011) entendem como uma dificuldade para incorporação da inflexão cultural de gênero nos serviços de saúde (que por muito tempo foram entendidos como espaços de saúde femininos). Conforme os autores,

as identidades sociais de homens e mulheres elaboradas nas relações sociais constroem não só modos de conceber o corpo, a saúde e a doença, mas, igualmente, produzem serviços de saúde de baseados em modelos ideais de masculino e feminino que, ao mesmo tempo em que permitiram reconhecer necessidades específicas com relação à saúde das mulheres, normalizando-as na direção da reprodução biológica, dificultam visibilizar determinadas demandas relativas aos homens, por não serem identificadas com a lógica orientadora da assistência em saúde (MACHIN et al, 2011, p. 4505).

Esta dificuldade para reconhecer/identificar e “abordar o público”, bem como a queixa de falta de conhecimento/segurança para o manejo do paciente, poderiam ser amenizadas com a publicação do Caderno de Atenção Básica específico sobre Saúde do Homem, que estava prevista pelo Ministério da Saúde para junho de 2010 e até 2016 não foi publicado. Ou pela realização de novas capacitações que versem tanto sobre assuntos biológicos/fisiológicos da constituição masculina, como os aspectos psicossociais e culturais relacionados ao binômio masculinidade-cuidado (como as relações de gênero). Pois, como mencionado em entrevista com gestor e nos relatos realizados no momento do preenchimento dos questionários os treinamentos realizados versaram exclusivamente sobre o câncer de próstata.

Como identificado na literatura sobre o tema, a existência de um modelo estereotipado de gênero acarreta a (re)produção de desigualdades entre homens e mulheres na assistência a saúde e compromete a visibilidade de outros significativos e expressões de identidades de gênero (COUTO et al, 2010; MACHIN et al, 2011; GOMES et al, 2013). Pois se os homens vêm, como são vistos/interpretados? Sua presença é valorizada? E suas demandas, são atendidas?

Neste ponto, tem peso o entendimento dos profissionais de saúde sobre o que é ser homem atualmente e sobre o exercício das masculinidades, uma vez que podem se configurar como barreira tanto para procura dos homens pelos serviços, mas também para a acolhida ofertada pelos profissionais – que como todos os seres

humanos atribuem significados e valores às suas ações e atitudes (que podem ser ressignificadas por meio de reflexões e capacitações). A forma como os homens procuram pelos serviços de saúde está diretamente relacionada com a perspectiva de gênero e a maneira com que os serviços lidam com as demandas destes – reduzindo ou ampliando barreiras – que vão além dos aspectos estritamente institucionais.

Até porque, conforme observam Machin et al (2011),

as construções de masculinidades, por se estabelecerem em oposição ao universo feminino se contrapõem a comportamentos baseados no cuidado em saúde. Assim, homens revelam maior dificuldade de busca por assistência em saúde em razão de sua autopercepção de necessidades de cuidados e pela noção de que esta é uma tarefa do feminino. Demandar cuidados de saúde é algo que desmerece sujeitos criados para assistir e prover. Essa imagem masculina do “ser forte” pode acarretar em práticas de pouco cuidado com o próprio corpo, tornando o homem vulnerável a uma série de situações (MACHIN et al, 2011, p. 4504).

Neste sentido, há que se conhecer como se dão as relações de gênero e poder, pois entender este mecanismo deve favorecer aos profissionais o exercício da práxis, que pode levar a crítica do modelo tradicional de atenção a saúde na atenção primária, bem como do entendimento sobre a necessidade do cuidado do homem em vez de reforçar noção de invulnerabilidade masculina ou da força e virilidade como um valor da própria cultura. Isto porque este entendimento socialmente compartilhado ainda acaba dificultando “[...] o reconhecimento nos homens de suas necessidades de cuidado à saúde, convergindo com a imagem que têm dos serviços como um espaço feminino por excelência, destinado às mulheres, crianças e idosos” (MACHIN et al, 2011, p. 4504).

Tanto porque a identificação e compreensão das barreiras que se colocam ao acesso dos homens aos serviços de saúde (quer sejam socioculturais, institucionais ou de relacionamento com as equipes) é importante para proposição de ações estratégicas que facilitem e promovam o acesso destes ao direito à saúde. A promoção da equidade na atenção a saúde se revela fundamental na medida em que a PNAISH foi elaborada com o propósito de ser uma política transversal e relacional (de gênero e em relação com as demais políticas de saúde), mas que ainda precisa ser fortalecida – especialmente no âmbito municipal que é lócus da análise deste trabalho – para se efetivar.

Para além, o próprio conhecimento sobre o conteúdo e direcionamento da PNAISH deve contribuir para dirimir as barreiras e favorecer o acesso e acolhida dos

homens nos serviços de saúde. Mas, em Ponta Grossa, aproximadamente 65% das enfermeiras relatam apenas ter ouvido falar sobre a referida política e os gestores entrevistados revelaram certo distanciamento da PNAISH já que se referem a esta se contemplasse a saúde do adolescente e/ou a saúde do trabalhador ou ainda à saúde dos “nossos esposos, nossos namorados” e não sujeitos de direito que por si só tem direito ao cuidado e atenção com sua saúde.

Além disto, o Gestor 1 relatou que uma das estratégias para abordagem da população masculina tem sido estimular as mulheres para colaborarem com a atenção a Saúde do Homem, solicitando nos atendimentos individuais ou grupais, que no seu papel de companheiras incentivem aos maridos a cuidarem da própria saúde e buscarem os serviços ofertados no rol do município. Sobre o assunto, Machin (et al, 2011) comentam que, na realidade que estudaram a situação não era distinta da realidade pontagrossense, pois reforçam a ideia/estereotipo de gênero de que à mulher cabe o papel de cuidadora, pois

A ideia dos serviços primários de saúde como espaço feminilizado e do cuidado em saúde como uma atribuição da mulher foi expressa pelos profissionais ao referirem que, muitas vezes, os homens chegam às unidades trazidos pelas mulheres de suas relações (mães, esposas, irmãs), que já se encontram vinculadas ao serviço. Esse expediente inclusive é mencionado pelos profissionais como uma estratégia de adesão, que chegam a recorrer para mobilizarem os homens no uso das unidades de saúde (MACHIN et al, 2011, p. 4509).

Em relação ao acolhimento dos homens nas Unidades de Saúde os gestores entrevistados são unânimes em dizer que, devido ao fato de haver ampliação das equipes que atuam na lógica da saúde da família em Ponta Grossa, os profissionais são treinados/capacitados e orientados a acolher todo público da localidade em que a UBS está inserida, independente de sexo, raça e outras características identitárias. E, ao acompanhar as famílias, acompanhariam também aos homens.

No entanto, há que se ressaltar que a referida “lógica da Saúde da Família” está interligada diretamente a Política Nacional de Atenção Básica, que por sua vez, pressupõe um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que contempla tanto a promoção e proteção da saúde, quanto a prevenção de agravos; além do diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2012c). E, pelo levantamento das demandas que levam os homens aos serviços de atenção primária (Gráfico 14), bem como motivação para busca destes

atendimentos (Gráfico 12 e Tabela 6) ou mesmo para ausência masculina (Gráfico 13 e Tabela 7), percebe-se que em geral, no município, a principal motivação está relacionada aos aspectos curativos, já que são citados o acompanhamento de doenças crônicas e/ou tratamento de quadros agudos, retirada de medicamento e realização de exames de rotina.

Além disto, o fato do principal motivo de ausência masculina segundo as enfermeiras se relaciona com a crença de que não precisam e em terceiro lugar aparecer a suposta ausência de doenças pode indicar que, apesar de todos os treinamentos e orientações relatadas por parte dos gestores entrevistados, ainda há que se fortalecer a função preventiva e de proteção a saúde da atenção primária – especialmente no que diz respeito a atenção a população masculina entre 20 e 59, foco deste trabalho.

Isto vai ao encontro da necessidade, ressaltada no plano de ação nacional da PNAISH, de desenvolver “[...] iniciativas de educação, informação e comunicação (homens/mulheres/adolescentes/crianças) para a sensibilização e conscientização visando a mudança de atitude da população masculina” (BRASIL, 2012, p. 12) Tais iniciativas vão além da realização de campanhas pontais e objetivam também aprimorar o gerenciamento da oferta de serviços no sentido de ampliar e facilitar o acesso dos homens (podendo inclusive flexibilizar horários), além da realização de visitar a locais com alta concentração masculina e organização de grupos educativos, continuados, voltados para este público específico.

3.4.2 Saúde sexual e reprodutiva

Por sua vez, o eixo relacionado a saúde sexual e reprodutiva objetiva sensibilizar a população (incluindo gestores e profissionais de saúde) para o reconhecimento dos homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos. Para tanto, é sugerida a aproximação e o envolvimento dos homens em ações e estratégias destinadas a essa temática, que pressupõe o direito das pessoas exercerem sua sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violências.

Tal proposta se deve ao fato que, em geral, “[...] os homens não se reconhecem como alvo de atendimento de programas de saúde porque as ações preventivas se dirigem quase que exclusivamente a mulheres” (GOMES, 2008, p.55). Especialmente porque, conforme destaca o autor, o conjunto de representações sobre

masculinidades tem implicações na organização e rotina dos serviços, bem como nas relações entre profissionais-usuários no contexto assistencial de saúde.

Em Ponta Grossa, as enfermeiras entrevistadas relataram que realizam ações voltadas para o público masculino especialmente nos meses de agosto ou novembro, instituídos como período do ano em que a atenção é voltada para os homens (principalmente em relação a prevenção do Câncer de Próstata). Além destas atividades, relatam que são realizadas testagens para HIV/Aids durante todo ano e desenvolvidas ações educativas para o público masculino conforme pressupõe a lógica da estratégia Saúde da Família, sobretudo sobre a temática de uso de álcool e outras drogas (incluindo tabagismo). Algumas das coordenadoras de ESF relataram que são realizadas atividades educativas sobre planejamento familiar, que se enquadram também neste eixo da PNAISH.

Ambos os gestores entrevistados relataram que são desenvolvidas ações preventivas e que há preocupação do município em relação a Saúde do Homem. Tais ações são desenvolvidas, como classificam também os enfermeiros, em abordagens/consultas individuais (35,48%), distribuição de folders (35,81%), realização de palestras (25,58%) e grupos educativos (16,13%). Pelo menos um enfermeiro e o Gestor 1 relataram que são realizadas atividades preventivas junto a comunidade, em parceria com empresas e outros locais de grande concentração masculina – se aproximando do que foi registrado nos relatórios de gestão em relação ao desenvolvimento de atividades em parceria, por exemplo, com o exército e corpo de bombeiros ou em postos de gasolina objetivando atingir o público de caminhoneiros (ação que se justifica pelo fato da cidade se configurar como o principal entroncamento rodoferroviário do estado).

Sobre o assunto, Gomes (2008) comenta que uma das mais assertivas estratégias para atingir o público masculino é a busca por melhores espaços para realização das ações, muitas vezes extrapolando o muro das unidades de saúde – por vezes pouco frequentadas por homens – e visitando locais onde haja grande concentração masculina. Especialmente em relação a saúde sexual masculina acredita que devem ser desenvolvidas ações que primem pela promoção integral da saúde para além da já realizada prevenção de doenças e estes “outros locais” se configurariam como um locus privilegiado para tais ações.

Corroboramos com Gomes (2008; 2010), que pesquisa sobre sexualidade masculina há mais de 20 anos e contribuiu diretamente para construção e avaliação

da PNAISH, quando o autor defende a necessidade de se fortalecer e reordenar as ações preventivas destinada aos homens de forma a considerar suas especificidades, mas também de entendê-los num contexto mais amplo e relacional de gênero (e sexualidade). Isto porque foi identificado que

[...] a contradição entre os dados epidemiológicos (que veem o homem como mais vulnerável do que as mulheres) e o senso comum (que vê o homem como mais invulnerável) é apenas aparente. Na realidade, são ideias que se complementam. Em outras palavras, os homens, por se sentirem mais invulneráveis, se expõem mais e acabam ficando vulneráveis. São duas faces da mesma moeda (GOMES, 2008, p. 56).

Neste sentido, as ações deste segundo eixo devem ir além da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis ou dificuldades ligadas ao exercício da sexualidade (como por exemplo a disfunção erétil). Devendo-se promover atividades que visem ressignificar os sentidos atribuídos as práticas sexuais e, portanto, as relações de gênero também pois tanto homens quanto mulheres devem ser respeitados enquanto sujeitos de direitos em todos os âmbitos – que inclui os direitos sexuais e ligados a reprodução. Ainda sobre o assunto, Gomes (2008) afirma que

o foco na sexualidade masculina é de extrema importância para as ações em saúde, uma vez que tal sexualidade costuma ser produzida e reproduzida segundo um modelo hegemônico de masculinidade, em que imperam o poder do masculino sobre o feminino e a homofobia. Promovendo tal sexualidade, estaremos beneficiando não só o ser masculino, mas também o feminino, bem como aqueles de diferentes preferências/orientações sexuais (GOMES, 2008, p. 165).

Pois, de maneira geral, as narrativas e interpretações sobre a experiência sexual costuma ser demarcada por diferenças entre gêneros. Sendo atribuído ao homem, inclusive no contexto brasileiro, a representação de “sexualmente ativo e prementemente desejoso de sexo” em oposição a mulher. Para os homens, a atividade sexual é vista como “[...] um rito para a constituição da virilidade, configurando-se como um aprendizado técnico” (GOMES, 2008, p.88-9).

Desta forma, a saúde sexual e reprodutiva se revela uma importante frente de trabalho no que diz respeito a PNAISH haja vista que muitas vezes há uma associação entre seu exercício e a qualidade de “ser macho”. Exemplo disto é que no município de Ponta Grossa são relatadas, por meio dos RAGs 2014 e 2015, ações voltadas para o público masculino em parceria com a Coordenação Municipal DST/Aids visando

além do caráter educativo (com distribuição de folder) a testagem para estas doenças sexualmente transmissíveis.

Tais ações são de extrema importância, mas não podem visar única e exclusivamente as práticas sexuais seguras (mediante o uso de preservativo), mas também possibilitar a reflexão sobre o que seria, de fato, o exercício de uma “sexualidade masculina saudável”. Sobre o assunto, Romeu Gomes (2008) defende que

a discussão sobre a sexualidade masculina no campo da saúde se faz necessária, principalmente para que seja possível uma visão mais ampliada do tema. [...] o saber sobre a sexualidade, em geral, se desenvolveu muito mais com base em sua potencialidade de perigo que pela sua potencialidade de prazer. Ao reduzirmos esse saber a ótica exclusiva do perigo, podemos circunscrevê-lo ao campo da moralidade, o que, por sua vez, pode levar a produção de estigmas.

Na área da saúde, a potencialidade de perigo da sexualidade parece se acirrar quando se trata especificamente da masculina. [...] essa área costuma focalizar muito mais o eixo doença do que o da saúde quando aborda o assunto em questão (GOMES, 2008, p. 97)

Desta forma, a realização de ações com foco ampliado para promoção da saúde sexual, considerando também as especificidades masculinas e baseadas na equidade entre gêneros, é fundamental para se alcançar os objetivos propostos pela PNAISH e efetivamente promover um cuidado com a saúde voltado para perspectiva da integralidade.

Considerar as diferenças e proximidades em relação ao gênero, numa perspectiva relacional, se mostra relevante na medida em que, conforme destaca Gomes (2008),

a sexualidade de homens costuma se exercer mediante influências de um modelo de masculinidade em que predomina o domínio do masculino sobre o feminino. Para trabalhar na promoção da sexualidade a ser vivenciada pelos sujeitos de direitos, é importante promover a redução das desigualdades de poder entre homens e mulheres e considerar as especificidades de mulheres e homens. As relações de gênero, quando desiguais, tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e a discriminação de classe social, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras (GOMES, 2008, p. 163-4).

Mas, para além dos direitos sexuais o eixo também pressupõe os direitos reprodutivos, que dizem respeito àqueles relacionados a reprodução humana. Isto é, a noção de que as pessoas têm direito de decidir de forma livre e responsável quando e se querem ou não ter filhos, bem como quantos filhos desejam ter. Para tanto, tem

direito a receber informações sobre meios, métodos e técnicas contraceptivas.

Assim sendo, uma das ações possíveis no contexto da atenção básica é planejamento familiar – que consiste num conjunto de ações e orientações que auxiliam homens e mulheres a planejar a chegada dos filhos e/ou prevenir gravidez indesejada. Tal atividade pode ser realizada em consulta individual ou de maneira coletiva em grupos educativos, sendo muito comum as mulheres participarem.

Na realidade pontagrossense, a participação do homem no planejamento familiar aparece como única ação prevista no Plano Municipal de Saúde 2014-2017 que é destinada exclusivamente para o público masculino. Tal ação é contemplada na Diretriz 3 (do Plano Municipal e Relatórios de Gestão), que versa sobre a “Promoção da atenção integral à Saúde da Mulher e da Criança e a implementação da ‘Rede Cegonha’ e ‘Mãe Paranaense’, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade” (PONTA GROSSA, 2014).

Segundo 37,93% os enfermeiros, são realizadas atividades educativas voltadas ao planejamento familiar destinadas ao público masculino. E no Relatório Anual de Gestão 2015 consta que foi apresentada à rede nova proposta (elaborada em 2014) para ampliação da participação masculina no planejamento familiar, que não apareceu nem no momento das entrevistas, nem nos questionários.

3.4.3 Paternidade e cuidado

Tal eixo tem como propósito sensibilizar gestores e profissionais de saúde, além dos próprios homens sobre os benefícios do envolvimento ativo destes últimos com todas as fases da gestação e no cuidado com seus filhos. Isto porque a participação do pai pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças e os familiares.

Foi incluído considerando que por vezes o pai não se faz presente durante a gestação ou mesmo da criação da criança – especialmente quando se tratava de uma relação que estava iniciando. Sobre o assunto, Santos (2004) aprofunda comentando que

pais existem, alguns ignorando a sua prole, outros procurando assumir e enfrentando dificuldades por não encontrarem apoio. Existem impedimentos e dificuldades para assumirem a paternidade. Seja a nível pessoal, por testar sentimentos contraditórios como amor, rejeição, culpa, orgulho, receios, seja por conta de dificuldades de relacionamento com as mães dos seus filhos,

por conta das cobranças materiais, de compromissos que ainda não se sentem seguros para assumirem, como também a falta de incentivo por parte da família desses pais (SANTOS, 2004 apud NADAL, 2012, p. 25).

Esta situação costuma se relacionar com aspectos elementares da construção das masculinidades, que por se estabelecerem em oposição ao universo da mulher podem contrapor ou ter reduzidos comportamentos baseados no cuidado em saúde para consigo ou familiares. Demandar cuidados de saúde ou dispensar tais cuidados é algo que, dependendo da interpretação e vivência da masculinidade, pode desmerecer sujeitos que são “criados para assistir e prover” (MACHIN et al, 2011).

Apesar disto, a paternidade é entendida por diversas perspectivas teóricas e analíticas como uma dimensão fundamental na vida dos homens independente de classe social, raça ou outros feixes identitários. O exercício da paternidade é influenciado por diversos fatores relacionados tanto a construção social da paternidade, como

a relação familiar (com o pai, com a mãe e depois com a própria mulher ou mãe de seu filho); as condições sociais e econômicas; a relação com o grupo de pares. Também a estrutura sociocultural de uma dada sociedade marca a vida de homens (e de mulheres) e por consequência exerce efeito sobre a paternidade, até mesmo na disponibilidade de tempo que os homens têm para se dedicar aos filhos e à família. Algumas tarefas com relação aos filhos e à casa demandam mais tempo do que outras, influenciando a divisão social e sexual do trabalho, da mesma forma que certos valores e costumes estabelecem expectativas com relação à masculinidade e à paternidade (UNBEHAUN, 2001, s/p).

Tendo isto em mente, é preciso situar que a paternidade, como a maternidade também, se configura como um momento de transformação, marcada pela assunção da responsabilidade (de prover, de cuidar, de proteger os filhos). Cuidado este, que numa cultura sexista, se processa em duas direções: “[...] exige-se da mulher um ótimo desempenho no plano afetivo – ‘amor de mãe’ ou ‘instinto maternal’ – e do homem cobra-se principalmente a responsabilidade financeira – ‘não deve deixar faltar nada em casa’” (UNFPA; INSTITUTO PAPAI, 2007, p.11).

Mas, atualmente, sabe-se que aos homens não cabe apenas a garantia do sustento financeiro, pois já se conhecem os efeitos positivos de uma participação maior/mais efetiva dos homens no cuidado com os filhos. Além disto, sua presença desde a gestação é fundamental pois se trata de um momento de mudanças vivido intensamente por mulheres e homens, que representa um compromisso a longo prazo

(UNBEHAUN, 2001; UNFPA; INSTITUTO PAPAI, 2007).

Segundo o Instituto Papai¹⁸,

vivenciar a gravidez em parceria, compartilhar dúvidas, enfrentar os medos, as angústias e as inquietações, com tranquilidade e esperança, são cuidados que o pai pode prestar a si e a sua companheira. Esta experiência pode ser mais prazerosa quando o casal planeja, em comum acordo [e exercendo seus direitos sexuais e reprodutivos], o momento de ter filhos e o espaçamento entre uma gestação e outra” (UNFPA; INSTITUTO PAPAI, 2007, p.12).

Assim, a Atenção Básica se torna locus privilegiado para ações de promoção a saúde e fortalecimento, perante a população, do importante papel de cuidador que o homem deve assumir em relação aos filhos, bem como de seu direito de participar de todos os momentos desde a gestação. Tais ações podem se dar de maneira coletiva, através de palestras, grupos educativos ou mesmo orientações individuais e para os casais (diretamente relacionadas ao direito sexual e reprodutivo e ao planejamento familiar).

Como mencionado no tópico anterior, em Ponta Grossa, apesar de 37,93% das atividades educativas destinadas aos homens versarem sobre o planejamento familiar, pode-se observar por meio das respostas das enfermeiras coordenadoras das Equipes de Saúde da Família, que as ações ainda são muito incipientes no que tange ao eixo Paternidade e Cuidado.

Isto porque, conforme opinião das profissionais, pouquíssimos (42,86%) ou quase nenhum homem/pai (35,71%) participa durante o pré-natal, parto, puerpério e/ou no acompanhamento da criança (conforme ilustra o Gráfico 11). Dado que revela, portanto, a necessidade de se instituir e/ou fortalecer estratégias para que a participação masculina seja maior e mais efetiva.

Além disto, observa-se uma contradição entre as informações disponibilizadas pelas enfermeiras e as respostas dos gestores municipais nas entrevistas, quando o Gestor 2 relata como tem se enfatizado a presença masculina no pré-natal e os coordenadores de ESF respondem que não solicitam a presença do pai durante este momento (66,08%) ou ainda que não realizam atividade voltada para o pai durante o acompanhamento da gestação do pré-natal (98,22%).

¹⁸ Trata-se de uma ONG feminista, sediada em Recife, que desenvolve ações educativas, informativas e políticas junto a homens e jovens em situação de pobreza, bem como estudos e pesquisas sobre gênero e masculinidades, a partir da perspectiva feminista e de gênero, na interface entre a Psicologia Social, Ciências Sociais e Saúde Pública (INSTITUTO..., 2016).

Nas palavras do Gestor 2,

“um exemplo, quando nós abrimos o CIS pré natal de uma gestante, nós pedimos para que os homens participem do processo do pré natal, do acompanhamento de sua esposa ou sua companheira durante toda sua gestação, porque é importante que ele faça alguns exames também e que são importantes até para a detecção precoce de algumas doenças que podem impactar na qualidade de vida daquela criança. Então a conscientização da participação dos homens nesse processo de acompanhamento da gestação de sua esposa e companheira é importante e nós estamos trabalhando isso” (GESTOR 2)

Então, para que sejam alcançados resultados diferentes e que se aproximem cada vez mais ao discurso dos gestores, é preciso que reforce junto as equipes de saúde da família sobre a importância de tais atividades e do direito (além de dever e responsabilidade) do pai de participar de todo o processo de concepção, gestação e criação de um filho. Devendo o profissional de saúde ser capacitado para ouvir e entender como os homens percebem o cuidado e qual o lugar/significado dessa dimensão em suas vidas – inclusive para que não se reproduzam discursos do senso comum que consideram que

práticas cotidianas, como levar as crianças a escola, acompanhá-las durante as refeições ou mesmo contar histórias antes delas dormirem, se desempenhadas por uma mulher, [...] podem ser entendidas como cuidado (ou devoção) ao contrário, se desempenhadas por um homem, podem ser vistas como uma obrigação [e não como um direito, também] (UNFPA; INSTITUTO PAPAI, 2007, p. 14).

3.4.4 Doenças prevalentes na população masculina

O quarto eixo estabelecido pela PNAISH relaciona-se com a necessidade de se fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso, bem como a qualidade da atenção que se fizer necessária para o enfrentamento de fatores de risco para doenças e agravos à saúde e a promoção da saúde.

Este eixo, além de contemplar ações voltadas para a prevenção e combate de

determinados agravos, também destaca a necessidade de se capacitar profissionais para prestarem assistência que seja de fato integral e de qualidade – devendo, como citado anteriormente, considerar as especificidades masculinas e a perspectiva relacional de gênero.

Dados de morbimortalidade (e estudos desenvolvidos com base nestes) evidenciam que, dentre as principais doenças que acometem os homens entre 20 a 59 anos, estão doenças do aparelho circulatório, tumores, doenças do aparelho digestivo e do aparelho respiratório (BRASIL, 2008; 2012). Em Ponta Grossa foi possível identificar que as doenças do aparelho circulatório e do aparelho digestivo são algumas das principais causas de internamento masculinos.

Embora figurem como principal motivação, conforme opinião das enfermeiras, para busca dos serviços de atenção primária (Gráfico 12) no município e a principal queixa apresentada às equipes (Gráfico 14) os quadros agudos ou crônicos de doenças, estas são foco de ações destinadas principalmente ao seu diagnóstico e tratamento. Principalmente no que diz respeito as doenças crônicas como Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou as sexualmente transmissíveis, conforme relata o Gestor 2

“a gente tem observado um aumento, não é um aumento significativo, da presença e da ida da população masculina nas nossas unidades básicas de saúde, [...] não na perspectiva de uma busca [...] por ações de promoção e prevenção que são desenvolvidas nas unidades, mas uma busca em situações muito pontuais em alguns casos agudos, [...] mas são os pacientes crônicos, são os pacientes que portam doenças tais como diabetes, hipertensão e eles participam desses trabalhos de grupo e que requer até pra que possam pegar as suas medicações que hoje são disponibilizadas gratuitamente na rede de saúde pública” (GESTOR 2)

Para identificação e acompanhamento multiprofissional deste público, o Gestor 2 ressalta o papel relevante que tem os Agentes Comunitários de Saúde no tocante a identificação e acompanhamento das famílias. Segundo o entrevistado,

“nós cadastramos todas as pessoas de um núcleo familiar, identificamos as características individuais de cada um desses membros das famílias e nessa entrevista que os agentes comunitários fazem eles conseguem identificar se ali nós

temos um hipertenso, um cardíaco, um portador de alguma doença qualquer até mesmo um homem que tenha sofrido um AVC e que tenha sequelas e que necessite de acompanhamento médico. Então nós estamos pensando sim em ações e temos desenvolvido sim diversas ações no sentido de contemplar essa parcela importante da população [homens de 20 a 59 anos] em nossos serviços” (GESTOR 2)

Mas, apesar deste relato, podemos dizer que no município – conforme relato dos gestores, enfermeiras e informações dos relatórios de gestão – são enfatizadas principalmente ações visam sensibilizar a população em relação ao câncer (especialmente de próstata) e demais problemas de saúde masculinos (como disfunção erétil, por exemplo). Este tema seria abordado tanto de forma individual durante o ano, quanto por meio de campanhas de prevenção realizada em épocas específicas – os já citados meses de agosto e/ou novembro.

Tanto que as enfermeiras que responderam ao questionário na presença da pesquisadora e o Gestor 1 citaram que nesta época em especial, mas em todo ano também, ocorre a realização de exames específicos para diagnóstico do câncer de próstata como o PSA ou a não realização habitual de exames de toque retal. Ou ainda a realização de exames para diagnóstico de doenças, principalmente as sexualmente transmissíveis, HIV/Aids e Hepatites Virais.

O Gestor 2, por sua vez, relatou que foram realizadas duas capacitações só em 2015 “*voltadas para saúde do homem no que se diz respeito ao câncer de próstata*”; bem como a distribuição de folhetos explicativos sobre saúde do homem desenvolvidos em âmbito municipal, com base na campanha nacional (ANEXO D). Nestes materiais de divulgação da PNAISH, são contempladas orientações visando a prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida, são citadas as especificidades de cuidado com a saúde dos homens e “o que é oferecido para a população masculina no SUS”, sendo citados os tópicos: promoção da saúde, qualificação no atendimento e informação e comunicação.

Pelo relato de ambos os gestores foi possível entender que há certa confusão em relação ao público alvo da PNAISH, já que em vez de serem citados aspectos relacionados a população jovem e adulta, foi relatada a dificuldade para atingir o público adolescente. De maneira geral, pode-se dizer que realidade princesina reflete uma tendência nacional, em que

entende-se que, no âmbito da APS, as escassas ações focadas nos homens são, em regra, voltadas a homens jovens, particularmente, enfatizando aspectos relativos à sexualidade [como a distribuição de preservativos] ou a homens idosos tratando de contextos específicos do envelhecimento ou de doenças crônicas (MACHIN et al, 2011, p. 4507).

3.4.5 Prevenção de violências e acidentes

O último eixo da PNAISH visa “propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes” (BRASIL, 2015, s/p). Com estas ações, pretende-se sensibilizar tanto as profissionais de saúde e gestores, quanto a população em geral sobre a relação entre violência e acidentes (principais causa de mortalidade e internamentos masculinos entre 20 e 59 anos) e a saúde.

Embora já esteja instituído em manuais e orientações diversas desde a década de 1970 que a violência é uma questão de saúde pública, ainda há alguma dificuldade em se reconhecer na prática a questão da violência como um problema de saúde. Em partes isto se deve ao fato de que, culturalmente, as masculinidades (e as “provas” de virilidade) se relacionam diretamente com o uso da força e violência (GOMES, 2008; GOMES, 2011; MACHIN et al, 2011).

Sobre o assunto, Scharaiber, D'Oliveira e Couto (2012) comentam que

as características da violência sofrida e da perpetrada indicam o grande envolvimento dos homens com diversas situações, mutuamente reforçadas e recorrentes ao longo de suas vidas. Mostram a violência em praticamente todas as formas de suas relações sociais, embora eles nem sempre a reconheçam. Assim, os dados encontrados confirmam e são explicados pelos estudos de gênero, para os quais a violência é parte da socialização dos meninos, resultando em práticas futuras em seus exercícios de masculinidade na vida cotidiana. Introjetando a violência em seus processos de afirmação identitária de homens, essa referencia de gênero os predispõe a perpetrar-la contra pessoas por eles consideradas inferiores na escala social, tais como mulheres, idosos, homossexuais, ou certos segmentos de classe ou raciais de seus pares (SCHARAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2011, p. 801).

Isto também é explicado por Connel (2000 apud COUTO; SCHRAIBER, 2011, p.28) quando comenta sobre o que significa violência para um homem. Para a autora, esta se configura como uma

possibilidade de resposta à demanda de desempenho de seu papel social. Embora seja estimulada de diferentes formas durante o processo de socialização, [a violência] torna-se um elemento-chave na reafirmação de um

determinado tipo de subjetividade masculina quando o sujeito não encontra para si formas de reconhecimento e inserção social (COUTO; SCHRAIBER, 2011, p.28).

Diante de tal situação se fazem necessárias intervenções que visem minimizar os efeitos e a ocorrência de situações violentas e desmistificar a relação quase dada como “natural” entre homem e violência. Mas, para que isto seja possível, os profissionais de saúde devem ter o olhar atento a tais questões. Em Ponta Grossa, conforme dados das entrevistas com enfermeiras ainda há certa dificuldade para identificação das situações de violência envolvendo homens – seja como autores (somente 39,29% das equipes identificaram algum caso) ou vítimas (apenas 5,36% das equipes identificaram os homens como tal).

Não foram feitos comentários pelos gestores sobre a relação entre violência e saúde do homem, tão pouco esta associação (e necessidade de prevenção e/ou promoção da cultura da paz especificamente voltada para o publico masculino) foi identificada nos relatórios anuais de gestão. Apesar disto, foi bastante abordada nos planos de ação 2011, 2012 e 2013 a violência contra criança e adolescente, bem como a necessidade de estabelecimento e/ou fortalecimento de redes de proteção. (PONTA GROSSA, 2011; 2012; 2013).

3.5 DESAFIOS E PERSPECTIVAS EM RELAÇÃO A PNAISH QUANTO AO GÊNERO E MASCULINIDADES

A realização da presente investigação possibilitou a identificação de desafios postos a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em Ponta Grossa – Paraná, os quais, de maneira geral, são equivalentes aos desafios identificados em outros estudos sobre a PNAISH no território brasileiro e desvelam a existência de algumas barreiras socioculturais, institucionais e relacionais que dificultam o acesso desta parcela da população (homens de 20 a 29 anos) aos serviços de saúde, em especial aos de atenção primária.

Identificamos que há pouca familiaridade entre os entrevistados (profissionais e gestores de saúde) e os pressupostos da PNAISH, o que reflete por vezes na redução das atividades voltadas ao público masculino a campanhas de agosto e novembro azul; bem como na dificuldade para delimitar a idade limite das ações e

culmina nos relatos sobre a necessidade de ser realizada capacitação para o trabalho com homens.

Outro aspecto percebido diz respeito ao desenvolvimento das ações que incluem o público alvo da PNAISH de forma pouco articulada, pois nem sempre são percebidas como atividades de saúde do homem as que incentivam, por exemplo, a participação do pai durante a gestação, parto e puerpério. Além disso, há desencontro de algumas informações prestadas por gestores e enfermeiras, e dos dados apresentados nos relatórios de gestão.

Tais desencontros, reforçados pela comparação entre os relatórios de gestão municipais e estaduais, contribuíram para que se tornasse evidente que, apesar de terem sido desenvolvidas ações que atingem a população masculina, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem não é uma prioridade para gestão e, portanto, não compõe a atual agenda da política de saúde municipal.

O Quadro 4 apresenta uma síntese da análise realizada que permite visualizar melhor os aspectos observados, os quais demonstram que não há atualmente uma política de saúde do homem em Ponta Grossa.

DESAFIOS/BARREIRAS
1) Falta de sistema obrigatório e específico para registro das informações sobre atendimentos a população masculina de 20 a 59 anos;
2) Horário de Atendimento restrito ao período comercial;
3) Equipes e gestores desconhecem a PNAISH (proposta, objetivos, forma de captação de recurso);
4) Estratégias para ampliação de atendimento que não valorizam a especificidade masculina (exemplo: visão de que são “maridos, filhos, pais” e que é papel das mulheres convidá-los);
5) Lógica de saúde da família “invisibiliza” a atenção da população masculina ao se utilizar o discurso de que “é atendida a população em geral sem distinção de sexo”;
6) Inexistência de diretriz sobre Saúde do Homem no Plano Municipal de Saúde, bem como em relatórios de Gestão – tendo sido contemplada apenas por meio de ações programáticas atreladas a outras diretrizes, como no caso da Rede Cegonha e Mãe Paranaense;
7) Apesar de relatada, não vem sendo solicitada a presença do Homem/Pai no Pré-Natal, nem são desenvolvidas ações para este público durante o planejamento familiar, acompanhamento da gestação ou após o nascimento da criança;
8) No tocante as doenças prevalentes na população costumam ser abordadas especialmente Doenças Sexualmente Transmissíveis e Câncer de Próstata (visão reducionista em relação ao processo saúde-doença-cuidado masculino);
9) Violência não é percebida como problema de saúde pública ou, no caso, saúde do homem.

QUADRO 4 – Síntese sobre desafios à implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) identificadas na pesquisa sobre a realidade de Ponta Grossa – PR. Organizado pela autora.

Como é possível observar no quadro, outro desafio que se apresenta à implementação da PNAISH e ao trinômio saúde-doença-cuidado é o discurso de que por se tratar da lógica de saúde da família “[...] *não olhamos sexo, não olhamos cor, não olhamos idade, todos são beneficiados de nossas ações [...]*” (GESTOR 1), em conjunto com a associação entre saúde do homem e saúde do trabalhador – que acabam contribuindo para que não seja percebida a “ausência” ou invisibilização do homem mais vulnerável.

No entanto, ao identificar as barreiras que levaram a frágil implementação/continuidade da política de saúde do homem em Ponta Grossa, também se torna evidente quais frentes poderiam ser utilizadas para fazer da PNAISH parte da agenda de saúde. Uma forma de converter um desafio à implementação da PNAISH em perspectiva é conhecer o teor a última portaria publicada sobre o assunto. Neste documento, datado de 2013, consta o modelo de projeto que deve ser encaminhado para o Ministério da Saúde a fim de que o município receba o recurso para implementar ou fortalecer a política de saúde do homem. Desta maneira, com base nos dados apresentados (e num diagnóstico mais aprofundado), Ponta Grossa explorar um dos critérios de avaliação das propostas mais valorado: a consideração de “populações estratégicas de homens em situação de vulnerabilidade” (seja em relação ao gênero, raça, classe social ou outros aspectos de sua identidade) na elaboração e efetivação dos projetos

Como exemplo de uma interseccionalidade que poderia ser melhor explorada no nível da Atenção Básica, temos a relação entre pobreza, masculinidade e o não acesso/acesso fragilizado à saúde – que se dá pelo viés tanto econômico, quanto pelo sociocultural quando a doença é considerada como uma fragilidade do homem.

No que se refere aos aspectos sociais e culturais, temos uma assimilação simbólica e ideológica do não acesso que é formada por conhecimentos, valores, atitudes e crenças do imaginário popular, as quais giram em torno do que é ser homem e do trinômio saúde-doença-cuidado. Na esfera econômica, podemos dizer que os determinantes econômicos se expressam na posição do sujeito em termos de classe social. Isto, sobremaneira, vai determinar a capacidade e possibilidade real de acesso (ou não) do homem ao sistema de seguridade social (e, portanto, saúde).

No cotidiano é comum ouvirmos expressões como “*homem que é homem não fica doente*”, “*homem que é homem deve ser forte*”, “*homem que é homem não sente dor*”, “*pai de família não fica doente*”, entre tantas outras. A negação da doença pelo

homem – ou a negação de cuidados, especialmente em relação a saúde preventiva – vai além do imediato. Está relacionada a uma série de fatores de ordem social, cultural e até mesmo sexual.

Da mesma forma, os fatores econômicos são bastante expressivos quanto se trata da masculinidade do sujeito. Assim, nos espaços periféricos, onde a pobreza é mais acentuada, esta demanda pode ser mais preocupante, pois envolve uma contradição tão grande quanto a primeira: se o homem assume a doença, isto, dentre tantas outras associações, pode ser a admissão explícita de que não quer trabalhar e, porque não, vir a ser sustentado pela companheira.

Logo, a pobreza é um dos fatores que podem tornar o homem vulnerável em termos de saúde, sendo inclusive considerada determinante/condicionante para a manifestação de muitas doenças (por exemplo, as infecciosas como a tuberculose, hanseníase e outras). As lutas cotidianas em busca da superação deste estado pauperização podem, inclusive, representar em maior ou menor grau risco para saúde e se configurar como um fator comprometedor do acesso à medidas de atenção primária (principalmente de prevenção e promoção da saúde), ou seja, de usufruto dos serviços entendidos como porta de entrada da política de saúde brasileira (BRASIL, 2008).

Cabe mencionar que neste trabalho consideramos a perspectiva defendida por Yazbek (2012) em relação a pobreza, entendendo-a como um fenômeno multidimensional e complexo que expressa a manifestação da questão social e, portanto, relaciona-se com as relações de classes vigentes na sociedade em decorrência do padrão de desenvolvimento capitalista que favorece a coexistência entre miséria e acumulação (YAZBEK, 2012).

A condição de pobreza não se reduz a privações materiais, pois como defende Maria Ozanira Silva e Silva (2010), se trata de um fenômeno estrutural

[...] relativo, não podendo ser considerado como mera insuficiência de renda, é também desigualdade na distribuição da riqueza socialmente produzida. É não acesso a serviços básicos; à informação; ao trabalho e a uma renda digna; é não participação social e política. (Silva e Silva, 2010, apud YAZBEK, 2012, p. 289).

Logo, não se deve referir à pobreza de forma reducionista e naturalizante, mas pensá-la enquanto categoria sociohistoricamente construída, percebendo-a como condição/estado que se relaciona à forma de inserção na vida social e à condição de

classe. Desta maneira, os pobres, enquanto produto dessas relações, são muitas vezes desqualificados devido a suas crenças, modos de se expressar, comportamento social e “[...] sinais de ‘qualidades negativas’ e indesejáveis que lhes são conferidas por sua procedência de classe, por sua condição social” (YAZBEK, 2012, p. 289).

Ainda segundo a autora, a condição de pobreza tem contornos relacionados à trama social que gera as desigualdades e que se expressa em circunstâncias de ordem econômica, social, política e também cultural das classes subalternas e seus interlocutores na vida social. Enquanto condição vem sendo “medida” por meio de indicadores como renda e emprego, assim como o usufruto de recursos sociais relacionados com a determinação do padrão de vida, a saber: saúde, transporte, educação, moradia, aposentadoria, pensões, entre outros (YAZBEK, 2012).

Dentre as marcas que a situação de pobreza confere a população, Yazbek (2012) aponta

o aviltamento do trabalho, o desemprego, os empregados de modo precário e intermitente, os que se tornaram não empregáveis e supérfluos, a debilidade da saúde, o desconforto da moradia precária e insalubre, a alimentação insuficiente, a fome, a fadiga, a ignorância, a resignação, a revolta, a tensão e o medo são sinais que muitas vezes anunciam os limites da condição de vida dos excluídos e subalternizados na sociedade (YAZBEK, 2012, p. 290).

Assim sendo, de acordo com Yazbek (2012) abordar aqueles que são socialmente constituídos como pobres é se deparar com um universo marcado pela “[...] subalternidade, pela revolta silenciosa, pela humilhação e fadiga, pela crença na felicidade de gerações futuras, pela alienação e resistência e, sobretudo pelas estratégias para melhor sobreviver apesar de tudo” (YAZBEK, 2012, p. 292).

A importância de considerar a perspectiva de gênero, bem como a influência das masculinidades em relação aos cuidados com a saúde do homem, especialmente àquele em situação de pobreza, se revela também no que postula Garcia (1998), em que gênero é visto como uma forma de estruturação das práticas sociais em geral, sendo sua ordenação necessariamente vinculada a outras estruturas sociais. Mesmo porque

[...] interage com raça, classe, etnia, nacionalidade, entre outras. Desse ponto de vista, as masculinidades dos brancos, por exemplo, estariam construídas não só em relação às mulheres brancas como também em relação aos homens negros. Ou ainda, as masculinidades das classes trabalhadoras também deveriam ser concebidas considerando a política de gênero interna

a essas classes. Resumindo, para entender gênero é necessário irmos além de gênero e para entender classe, raça e etc., deve-se mover em direção à dimensão gênero. As relações de gênero se constituem como um dos principais componentes da estrutura social, e a política de gênero está entre os principais determinantes do nosso fato coletivo (GARCIA, 1998, p. 44-5).

Além disso, podemos dizer que relação entre masculinidades, pobreza e (cuidados em) saúde são categorias que vem sendo, isoladamente e quando inter-relacionadas podem ser valoradas de forma a pressupor a existência do já referido modelo de homem “ideal” – o qual é “provedor”, “dominante”, “invulnerável”. Assim, quando não dá conta de atingir este estereótipo, o homem (por exemplo, àquele que vivencia uma situação de pobreza) acaba sofrendo – ainda que psiquicamente – por não conseguir exercer o “papel de homem” de acordo com o modelo ideal/hegemônico difundido socialmente (NASCIMENTO, 2000).

Cabendo, portanto, aos profissionais e aos pesquisadores, bem como à comunidade em geral quando sensibilizada, colaborar – com base nas contribuições de diversas áreas do saber – para a modificação gradativa desse discurso que instituiu o “super-homem” para àquele que o tratará como ser humano, de carne e osso, suscetível e que por isto também precisa cuidar de sua própria saúde.

Neste sentido, a perspectiva de expansão para uma proposta integralizante de atenção à saúde pretende superar as limitações do modelo biomédico e, ao assegurar a universalidade, integralidade e equidade, considerar as varias possibilidades de ser homem (em determinada sociedade, momento histórico e localização geográfica). Favorecendo, inclusive, a superação de iniquidades em saúde – em especial as transversalizadas pelas questões de gênero haja visto que a

a existência de um modelo estereotipado de gênero acarreta a (re)produção de desigualdades entre homens e mulheres na assistência a saúde e compromete a visibilidade de outros significativos e expressões de identidades de gênero (MACHIN et al, 2011, p.4506).

Outra perspectiva em relação a implementação da PNAISH em Ponta Grossa está relacionada a possibilidade de capacitar os profissionais sobre as especificidades da referida política e sua associação com as demais já incorporadas nos serviços de saúde. Isto porque, conforme bem aponta Gomes (2008),

os profissionais não precisam apenas ser preparados para exercer o seu ofício. Principalmente em relação àqueles que atuam no serviço público de saúde, é necessário, entre outros aspectos, que se sintam apoiados no

espaço de suas equipes. Isso por duas razões. A primeira é a complexidade que envolve o seu objeto de trabalho. Ao meu ver, o processo saúde-doença-cuidar é tão complexo que, em nenhuma delimitação que dele se faça, é possível pensar em uma atuação isolada quando se pretende uma atenção integral. Por isto, é imprescindível o suporte de uma equipe multiprofissional com um olhar interdisciplinar. (GOMES, 2008, p. 161-2)

Tal treinamento possibilitaria também uma melhor comunicação e reconhecimento de ações que poderiam ser desenvolvidas em relação a saúde do homem, que podem ir além da prevenção do câncer de próstata e/ou doenças sexualmente transmissíveis em determinada época do ano. Afinal, existem ao todo 5 eixos que podem ser explorados em novos projetos a serem apresentados ao Ministério da Saúde que renderiam recurso (mesmo que pequeno em relação ao montante que a SMS recebe para outras finalidades) para o município colocar em pratica as ações para o público masculino entre 20 e 59 anos sem precisar necessariamente utilizar os recursos previstos para ações de vigilância em saúde.

Outra perspectiva diz respeito ao incentivo dos homens a exercer o controle social ou no mínimo um papel mais ativo em relação ao binômio saúde-cuidado, haja visto que

tomando-se em particular as questões da prevenção e promoção, pode-se perceber que a inclusão dos homens no debate sobre saúde não se restringe à saúde masculina, mas consegue ganhos para a saúde feminina em temas que só avançam na medida em que se consegue a participação masculina em seu enfrentamento (COUTO; SCHRAIBER, 2011, p. 32).

Por fim cabe dizer, ainda, que a própria realização desta pesquisa foi classificada pelos entrevistados (seja nos relatos dos enfermeiros que responderam ao questionário ou dos gestores) como positiva e indicativa de boas perspectivas em relação a PNAISH pois despertou a atenção para algo que, no cotidiano dos serviços, estava passando despercebido. Tanto que pelo menos dois enfermeiros se dispuseram a participar da elaboração e implementação de algum projeto sobre saúde do homem. E conforme avalia o Gestor 1

“nada melhor que o masculino, porque a mulher já corre atrás, né? Da saúde dela como mãe, por causa do filho, então ela já tem essa ida ao profissional e a busca pela saúde. Eu achei bacana o trabalho porque ele tá mostrando que o homem está se valorizando e isso também alerta nossos servidores. Esse questionamento, essas indagações que você fez, eu achei que isso aí vai trazer algum benefício indireto nos

servidores [...] porque as vezes no corre-corre da rotina de trabalho você visualiza as vezes quem é teu público né? Achei bacana” (GESTOR 1).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação de mestrado teve como objeto de estudo a análise da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH) no município de Ponta Grossa – Paraná, apontando desafios e perspectivas.

Embasaram inicialmente a realização da pesquisa, diante do objeto de estudo proposto, as categorias Saúde do Homem e Gênero/masculinidades. Diante destas categorias e da realização da revisão bibliográfica, pesquisa documental, observação e entrevistas, identificamos outras categorias que evidenciaram aspectos da implementação da PNAISH no município, são elas os cinco eixos estabelecidos pela política de Saúde do Homem: acesso e acolhimento; saúde sexual e reprodutiva; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina; prevenção de violências e acidentes; sendo apresentados também alguns desafios e perspectivas sobre tal implementação quanto ao gênero e masculinidades.

Destacamos que a metodologia adotada se mostrou essencial para a pesquisa devido a utilização de diferentes instrumentos metodológicos, aliado ao caráter interdisciplinar da pesquisa, que possibilitou o alcance dos objetivos de pesquisa propostos. Por meio da qual, pudemos perceber que mesmo depois de 7 anos do lançamento da PNAISH, e 4 anos desde que Ponta Grossa se propôs a implementá-la em seu território, ainda há pouco conhecimento sobre os reflexos (e impactos) que esta teve em relação a atenção a saúde dos homens. Quer seja pela ausência ou fragilidade das avaliações (seja pela ausência de informações, pela deficiência de registros ou outros motivos) ou pelo frágil conhecimento que os gestores e coordenadores de equipes de saúde da família tem sobre a PNAISH.

Neste sentido, é necessário que a PNAISH seja fortalecida no âmbito municipal, pois não é percebida como prioridade para gestão – o que também pode indicar que não faz parte da agenda política da saúde atualmente. Isto porque apesar do município ter recebido recurso e implementado algumas ações destinadas a atenção à Saúde do Homem, ainda há pouca familiaridade dos profissionais que atuam na atenção básica e dos gestores em relação a mesma – fazendo com que esta política não esteja efetivamente implementada em Ponta Grossa.

No entanto, a identificação de barreiras/desafios a implementação pode se tornar positiva para que as ações que já vem sendo desenvolvidas que atingem a especificidade da população masculina entre 20 e 59 anos sejam ampliadas e possam

compor futuramente um projeto voltado para captação de recursos e implementação/efetivação da PNAISH no âmbito municipal.

Desta maneira, faz-se necessário investir na instrumentalização das equipes, divulgação da PNAISH e mobilização dos homens; além do favorecimento ao acesso e acolhimento deste público aos serviços – haja vista que no município ainda operam as três principais barreiras citadas na literatura em relação a efetivação da PNAISH. Além disto, corroboramos com Machin (et al, 2011) quando os autores afirmam que

[...] embora vislumbrado, ainda está fora do alcance dos serviços em APS a incorporação e a efetivação do pressuposto de gênero acerca das masculinidades, que advoga a ampliação em compreender os homens como sujeitos concretos e particulares nos diferentes sentidos atribuídos às masculinidades e às interações sociais destes com outros homens e com as mulheres, de forma articulada com referenciais de classe social, idade/geração, vivência da sexualidade, raça/etnia, entre outras.

Outro aspecto fundamental no que diz respeito a implementação de uma política pública como a PNAISH é que se busque junto a instâncias maiores (com luta social/mobilização social) novas possibilidades e instrumentos que permitam que a ausência e a invisibilidade masculina sejam superadas e a especificidade das ações desenvolvidas para homens também apareça nas ferramentas de gestão com a inclusão de dados concretos/indicadores para avaliação e efetivação da mesma, inclusive na PMAQ-ab.

Outra mobilização necessária é a do público para a qual a PNAISH é destinada. Neste sentido, corroboramos com Connel em relação a mobilização masculina. A autora, numa entrevista para Hamlin e Vandenberghe (2011), alerta para o fato de que não se pode falar de gênero sem se falar e masculinidades, devendo-se incluir os homens nos debates e lutas sociais. Desta maneira, se considera uma grande crítica de políticas de gênero que

[...] transformam a saúde das mulheres, a educação de meninas, e assim por diante, em um domínio político distinto da saúde dos homens e da educação de meninos. Acho que o gênero é sempre relacional. Por isso, não se pode ir muito longe em termos de políticas públicas, como aquelas relativas à violência de gênero, sem se considerar os homens, as práticas de gênero dos homens, a masculinidade e os corpos masculinos nessa relação. Claro que isso é difícil de fazer. É mais fácil na teoria do que na prática, dado que as políticas públicas envolvem aparatos, burocracias e constituintes. O gênero é uma área de política pública trazida à tona pelas mulheres, construída pelas feministas mediante a resistência de homens poderosos. Muitas feministas mostram-se, por isso, bastante relutantes em permitir a reentrada dos homens em uma área política que foi ganha por meio da luta contra os

homens. Pode-se entender isso; no entanto, os homens são necessários [...] pois estamos nos opondo a uma estrutura social massiva. O gênero institucionaliza interesses, envolve divisão do trabalho, acumulação de riqueza, distribuição de renda, assim como identidades, corporificações, relações sexuais e assim por diante. Isso é difícil de ser mudado. Trata-se de uma estrutura institucionalizada absolutamente massiva – e todos os cientistas sociais reconhecem a dificuldade em mudar isso. No entanto, ela muda historicamente, é produzida historicamente e mudará historicamente e por meio das lutas sociais (HAMLIN; VANDENBERGHE, 2013, p. 353-4).

Tudo isto se relaciona a necessidade de se efetivar uma perspectiva mais abrangente e totalizante para que sejam superadas as iniquidades em saúde vivenciadas pelos homens, seja pela perspectiva de gênero ou pelo reflexo desta que levou a uma “feminilização” dos serviços de saúde atrelada a invisibilidade masculina nos serviços de saúde e/ou nas ferramentas de gestão (indicadores, avaliações, etc).

Ressaltamos, por fim, que este trabalho é apenas uma primeira aproximação com o tema/objeto no contexto pontagrossense, podendo e devendo ser aprofundado em novos estudos.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

ALBUQUERQUE JR, D. M. de. Masculino/Masculinidade. In: COLLING, A. M.; TEDESCHI, L. A. (Org.). **Dicionário crítico de gênero**. Dourados: UFGD, 2015. p. 434-440.

ANDRE, M. E. D. A. de. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liber Livro, 2005.

ANTUNES, A. L. de A. **Avaliação de Projetos Sociais: Um estudo de caso do projeto social "Samba se aprende na escola" da Sociedade Rosas de Ouro**. 2008. 96 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

BADINTER, E. **XY: sobre a igualdade masculina**. Trad. Maria Ignez Estrada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

BARRETO, V. M. As especificidades do processo de formação histórico-geográfico do Distrito de Guaragi – Ponta Grossa (Pr). **Dissertação de Mestrado** em Geografia – Gestão do Território da Universidade Estadual De Ponta Grossa. Ponta Grossa, UEPG, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em 03 out 2015.

_____. 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)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no. 1944**, de 27 de agosto de 2009. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em 28 ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no. 1946**, de 27 de agosto de 2009c. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em 28 ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.209**, de 18 de Dezembro de 2009d. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3179/legislacao>. Acesso em: 25 mar 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no. 1008**, de 04 de maio de 2010. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em 28 ago 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.708**, de 17 de Novembro de 2011. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2708_17_11_2011.html>. Acesso em: 25 mar 2016.

_____. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz e Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Perfil da Situação de Saúde do Homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mais perto de você** - Acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: 25 mar 2016.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 05 abr 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.566**, de 9 de Novembro de 2012d. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2566_09_11_2012.html>. Acesso em: 25 mar 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.634**, de 21 de Novembro de 2012e. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2586_21_11_2012.html>. Acesso em: 25 mar 2016.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)**: compromisso versus ação na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.773**, de 19 de Novembro de 2013b.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2773_19_11_2013.html>. Acesso em: 25 mai 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.279**, de 26 de dezembro de 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3279_26_12_2013.html>. Acesso em: 25 mai 2015.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH). **Eixos da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH)**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/805-sas-raiz/daet-raiz/saude-do-homem/l1-saude-do-homem/12325-apresentacao-saude-homem>>. Acesso em 10 out 2015.

_____. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Básica. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso 10 fev 2016.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a10v10n1.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H. de; SOUSA, L. C. de. **Metodologia de avaliação em políticas**: uma experiência em educação profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2003, p. 14-25. Coleção Questões da Nossa Época. v. 75

BUCCI, M. P. D. Notas para uma metodologia jurídica de análise de Políticas Públicas. p. 225-260. Em: FORTINI, C.; ESTEVES, J. C. dos S.; DIAS, M. T. F. (Org.). **Políticas Públicas**: possibilidades e limites. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero**: Feminismo e subversão da identidade. 7 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

CAIDEN, G. E.; CAIDEN, N. J. Abordagens e orientação, medição e avaliação de desempenho em programas do setor público. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 51, n. 4, p. 78-104, out-dez. 2001. Disponível em: <<http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/issue/view/54>>. Acesso em 11 out. 2015.

CAMPANUCCI, F. S.; LANZA, L. M. B. A atenção primária e a saúde do homem. Anais do II Simpósio de Gênero e Políticas Públicas. Londrina: UEL, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/Fabricio%20Campanucci.pdf>> Acesso em 05 jun 2015.

CARVALHO FILHO, J. dos S. **Políticas Públicas e pretensões judiciais determinativas**. p. 107-125. In: Políticas Públicas: possibilidades e limites. FORTINI, Cristiana; ESTEVES, Júlio César dos Santos; DIAS, Maria Tereza Fonseca (Org.). Belo Horizonte: Fórum, 2008.

CARVALHO, S. N. de. Avaliação de programas sociais: balanço das experiências e contribuição para o debate. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 185-197, jul./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n3-4/a19v1734.pdf>>. Acesso em 08 de out. 2015.

CHIANCA, T.; MARINO, E.; SCHIESARI, L. **Desenvolvendo a cultura de avaliação em organizações da sociedade civil**. São Paulo: Global, 2001.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. Petrópolis, Vozes, 2004.

CONNELL, R. **Masculinities**. Disponível em: <http://www.raewynconnell.net/p/masculinities_20.html>. Acesso em: 25 mai 2015.

CONNEL, R. W.; MESSERSCHIMDT, J. W. Masculinidade Hegemônica: repensando o conceito. Em: **Revista Estudos Feministas** (Universidade Federal de Santa Catarina), v. 21, n.1/2013. Florianópolis, UFSC, 2013.

COSTA, F. L. da; CASTANHAR, J. C.. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 962-969, set./out. 2003. Disponível em: <http://www.senac.br/media/66308/avalia__o_de_programas_p_blicos.pdf>. Acesso em 11 out. 2015.

COUTO, M. T.; et al. O Homem a atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, Jun 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art_text&pid=S141432832010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Mai 2014.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, Saúde e Políticas Públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, Oct. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Mai 2014.

COUTO, M. T.; SCHRAIBER, L. B. Representações da violência de gênero para homens e perspectivas para a prevenção e promoção à saúde. Em: GOMES, R. (org). **Saúde do Homem em Debate**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ESTENSSORO, L. **Estado e Políticas Públicas no Brasil: Questões pendentes**. 2011. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/estenssoro/estado-e-politicas-pblicas-no-brasil-luis-estenssoro>>. Acesso em 13 out. 2015.

FARIA, C. A. P. de. A política de avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, out. 2005.

_____. Idéias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-29, fev. 2003.

FIGUEIREDO, W. dos S.; **Masculinidades e Cuidado**: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária, 2008, 278 f. Tese (doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/>>. Acesso em 25 abr 2014.

FIGUEIREDO, W. dos S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Mai 2014.

FONSECA, A. **Avaliação de políticas sociais**: O desafio de fazer, analisar e corrigir simultaneamente. 2005. Disponível em: <<http://www.fao.org/regional/LAmerica/prior/desrural/gasto/2005/fonseca.pdf>>. Acesso em 19 out. 2015.

FONSECA, A. L. N.; GIL, C. R. R.; PINTO, M. H. B.; RIZOTTO, M. L. F.; DOMINGOS, C. M.; OLIVEIRA, M. L. F. de; BITTENCOURT, M.; SILVA, G. M.; NISHIYAMA, P. Avaliação externa do PMAQ: (com)partilhando singularidades do Estado do Paraná. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (org). **Rotas da atenção básica no Brasil**: experiências do trabalho de campo PMAQ. Rio de Janeiro, RJ : Saberes Editora, 2013. p. 117-143

FRIDMAN, L. C. Pós-modernidade: sociedade da imagem e sociedade do conhecimento. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 2, p. 353-375, out. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 abr. 2016.

GARCIA, S. M. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARILHA, M.; UNBEHAUM, S. G.; MEDRADO, B. (Org.). **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS/Ed. 34, 1998.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. Porto Alegre: Artmed, 2005. 4ª ed

GIRALDES, M. do R. **Distribuição eqüitativa da despesa, em cuidados de saúde primários**. 1987. (Teses para professora auxiliar de economia da saúde, ENSP). Lisboa, 1987.

GOMES, R. **Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____. **A Saúde do Homem em Foco**. São Paulo: UNESP, 2010.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 mai 2014.

HAMLIN, C.; VANDENBERGHE, F. Vozes do Sul: entrevista com Raewyn Connell. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 40, p. 345-358, Jun 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332013000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso 15 mar 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em 23 fev 2016.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40>. Acesso 25 mar 2016.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico Município de Ponta Grossa - maio 2016**. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=84000&btOk=ok>>. Acesso em 15 abr 2016.

JANN, W.; WEGRICH, K. **Teorias do ciclo político**. Em: FISCHER, Frank; MILLER, G. J.; SIDNEY, M. S. Manual de análise de políticas públicas: teoria, política e métodos. Capítulo 4. p. 43-62. New York: Taylor and Francis Group, 2007.

JUNIOR, E.; LIMA, H. **Promoção da saúde masculina na atenção básica. Universidade Estadual do Maranhão – UEMA**, Pesquisa em foco, v.17, n.2, p. 32-41, 2009. Disponível em: <http://ppg.revistas.uema.br/index.php/PESQUISA_EM_FOCO/article/view/224>. Acesso em: 23 out. 2015.

KNAUTH, Daniela Riva; COUTO, Márcia Thereza; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. 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. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, Out. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Mar 2015.

LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibebe. 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**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, Out. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Mar 2016.

LIMA, L. L. da G.; SOUZA, S. A. Patriarcado. In: COLLING, A. M.; TEDESCHI, L. A. (Org.). **Dicionário crítico de gênero**. Dourados: UFGD, 2015. p. 515-519.

MACHIN, Rosana et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, Nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Fev 2015.

MATOS, M. I. S. de. **Meu lar é o botequim**: alcoolismo e masculinidade. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2001.

MELO, H. P.; BANDEIRA, L. **A pobreza e as políticas de gênero no Brasil**. Disponível em: <<http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/5/27905/umd66.pdf>>. Acesso em: 25 mai 2015.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 5ª edição. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1998.

_____. **Ciência, Técnica e Arte**: o desafio da pesquisa social. Em: MINAYO, M. (org.). Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

_____. **Conceito de avaliação por triangulação**. Em: MINAYO, M. C. de S; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MOURA, E. C. de; LIMA, A. M. P.; URDANETA, M. Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.10, p.2597-2606, Out 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 fev 2016.

MUHLEN, B. K. von; STREY, M. N. Identidade. In: COLLING, A. M.; TEDESCHI, L. A. (Org.). **Dicionário crítico de gênero**. Dourados: UFGD, 2015. p. 369-373.

NADAL, I. M. Perfil e Percepções dos Pais Adolescentes: um estudo exploratório no

município de Ponta Grossa- PR. **Dissertação de Mestrado** em Ciências Sociais Aplicadas Da Universidade Estadual De Ponta Grossa. Ponta Grossa, UEPG, 2012.

NASCIMENTO, P. F. G. **Gênero e pobreza**: o lugar dos homens em famílias de baixa renda. In: XXIV ENCONTRO NACIONAL DA ANPOCS, 23 a 27 de outubro de 2000, Petrópolis, RJ. Disponível em: <<http://www.anpocs.org.br/encontro/2000/00gt05.htm#23>>. Acesso em: 19 jul 2014.

NASCIMENTO, A. C. de. Relações de Gênero. In: COLLING, A. M.; TEDESCHI, L. A. (Org.). **Dicionário crítico de gênero**. Dourados: UFGD, 2015. p. 565-568.

NASCIMENTO, M.; CARRARA, S. Sobre “Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão”. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 10, p. 2583-2585, Oct. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001000005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Mai 2014.

OLIVEIRA, P. P. De. **A Construção Social da Masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2004.

PARANÁ. Secretária de Estado de Saúde (SESA). **Relatório Anual de Gestão (RAG)**, 2011. Disponível em < http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Relatorio%20Gestao%20SESA/2011/RAG_2011_anual.pdf>. Acesso em 10 mar 2016.

_____. Secretária de Estado de Saúde (SESA). **Relatório Anual de Gestão (RAG)**, 2012. Disponível em <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Relatorio_Anual_2012__Versao_9_numerado.pdf>. Acesso em 10 mar 2016.

_____. Secretária de Estado de Saúde (SESA). **Relatório Anual de Gestão (RAG)**, 2013. Disponível em <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Relatorio%20Gestao%20SESA/2013/rel_anual_2013.pd>. Acesso em 10 mar 2016.

_____. Secretária de Estado de Saúde (SESA). **Programação Anual em Saúde (PAS)**, 2013b. Disponível em <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PAS_2013.pdf>. Acesso em 10 mar 2016.

_____. Secretária de Estado de Saúde (SESA). **Relatório Anual de Gestão (RAG)**, 2014. Disponível em < <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Relatorio%20Gestao%20SESA/2014/RAG2014.pdf>>. Acesso em 10 mar 2016.

_____. Secretária de Estado de Saúde (SESA). **Programação Anual em Saúde (PAS)**, 2014b. Disponível em <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PAS_2014.pdf>. Acesso em 10 mar 2016.

_____. Secretária de Estado de Saúde (SESA). **Programação Anual em Saúde (PAS)**, 2015. Disponível em <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PAS_2015.pdf>. Acesso em 10 mar 2016.

PHILIPS. TASY Prestador. Disponível em: <<http://www.cilatam.philips.com.br/solucoes/13/tasy-prestador/>>. Acesso em 25 abr 2016.

PONTA GROSSA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG)**. Ponta Grossa: SMS, 2011.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG)**. Ponta Grossa: SMS, 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG)**. Ponta Grossa: SMS, 2013.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Ponta Grossa: SMS, 2013b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG)**. Ponta Grossa: SMS, 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG)**. Ponta Grossa: SMS, 2015.

_____. Ponta Grossa, a cidade. Disponível em: <<http://www.pontagrossa.pr.gov.br/pontagrossaacidade>>. Acesso em 05 abr 2016.

PEDRO, J. M. As mulheres e a separação das esferas. Paraná, Fatecpr, 2004. Disponível em: <<http://www.fatecpr.org.br/as-mulheres-e-a-separacao-das-esferas/>>. Acesso em 20 jul 2016.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Tradução: Ananyr Porto Fajardo. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PROGRAMA Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 25 mar 2016.

QUIMELLI, G. A. de S. **Considerações sobre o Estudo de Caso na pesquisa qualitativa**. In: BOURGUIGNON, J. (org). Pesquisa social: reflexões técnicas e metodológicas. Ponta Grossa: TODAPALAVRA, 2009.

REIS, L. G. da C. **Avaliação de Projetos como Instrumento de Gestão. Apoio à Gestão.** Seção Tema do Mês. Disponível em: <http://www.rits.org.br/gestao/ge_tmesant_nov99.cfm>. Acesso em 15 de out. 2015.

ROSSI, R. Masculinidades e interseccionalidade na vivência de territórios instituídos por adolescentes em conflito com a lei. Em: SILVA, J. M.; ORNAT, M. J.; CHIMIN Jr, A. B. (org) **Espaço, Gênero e Masculinidades Plurais**. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2011.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 4. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

SANTIAGO, R. A. COELHO, M. T. A. D. **A violência contra a mulher: antecedentes históricos**. Seminário estudantil de Produção Acadêmica, UNIFACS, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/download/313/261>>. Acesso em 25 abr 2016.

SCHRAIBER, L. B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, núm. 10, outubro, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/13.pdf>> Acesso em: 01 mai 2014.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D' OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 2, p. s205-s216, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009001400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Fev 2016.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, Jun 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01042902013000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Mai 2014.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. 1989. Disponível em: <<http://moodle.stoa.usp.br/mod/resource/view.php?id=39565>>. Acesso em: 25 Out 2014.

SILVA, M. L da. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Ministério da Saúde: Brasília, 2013. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=7587&Itemid=85>. Acesso em 25 out 2015.

SILVA, M. O. S. Avaliação das políticas sociais: concepção e modelos analíticos. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. Avaliação de Políticas e Programas Sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da Pesquisa Avaliativa. In: SILVA, M. O. S. **Pesquisa Avaliativa, aspectos teórico-metodológicos**. São Paulo: Veras, 2008.

SILVA, J. M.; SILVA, M. das G. S. N. Introduzindo as Interseccionalidades como um desafio para a análise espacial no Brasil: em direção às pluriversalidades do saber geográfico. Em: SILVA, M. das G. S. N.; SILVA, J. M. (org.) **Interseccionalidades, Gênero e Sexualidades na Análise Espacial**. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2014.

SILVA, J. M.; ORNAT, M. J. Espaço e Múltiplas Masculinidades: um desafio para o conhecimento geográfico brasileiro. Em: SILVA, J. M.; ORNAT, M. J.; CHIMIN Jr, A. B. (org.) **Espaço, Gênero e Masculinidades Plurais**. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2011.

SOUZA, C. **Políticas públicas**: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

STEARNS, P. N. **História das relações de Gênero**. Tradução Mirna Pinsky. São Paulo: Contexto, 2007.

THOENIG, J.-C. A avaliação como conhecimento utilizável para reformas de gestão pública. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 51, n. 2, p. 54-70, abr./jun. 2000. Disponível em <<http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/issue/view/59>>. Acesso em 16 out. 2015.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. v. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública (RAP)**, 42 (3), Rio de Janeiro, mai./jun. 2008, p. 529-50. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n3/a05v42n3.pdf>>. Acesso em 08 out 2015.

UNBEHAUN, SANDRA. Paternidades e masculinidades em contextos diversos. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 632-633, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2001000200023&ling=en&nrm=iso>. Acesso em 22 abr. 2016.

UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas); INSTITUTO PAPAI. **Homens também cuidam!** Diálogos sobre direitos, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e relações de cuidado. Recife: UNFPA; Instituto PAPAI, 2007.

VEIGA, A. M.; PEDRO, J. M. Gênero. Em: COLLING, A. M.; TEDESCHI, L. A. (Org.). **Dicionário crítico de gênero**. Dourados: UFGD, 2015. p. 305-307.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, mar./abr. 1996.

Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/8095/6917>>. Acesso em 11 out. 2015.

VILLELA, W. V.; PEREIRA, P. P. G. Gênero, uma categoria útil (para orientar políticas)? **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, out. 2012. disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413812320120010000006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Mai 2014.

YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil Contemporâneo e formas de seu enfrentamento. Em: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 110, p.288-322, abr/jun. 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A –MODELO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Estadual de Ponta Grossa

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Av.: Gen. Carlos Cavalcanti, 4748 CEP: 84030-900 Bloco M, Sala 100

Campus Uvaranas Ponta Grossa Fone: (42) 3220.3108 e-mail: seccoop@uepg.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você _____, está sendo convidado a participar da pesquisa **“Implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH) no município de Ponta Grossa – PR”**, realizada pela mestrande Franciele Koehler Alves, sob orientação da Profa. Dra. Edina Schimanski, do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa. O objetivo da pesquisa é [...].

A sua participação no estudo será por meio de um questionário que o(a) senhor(a) deverá responder por escrito, podendo se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento. Asseguramos que sua identidade permanecerá em sigilo, através da omissão total de quaisquer informações que permitam identifica-lo(a). Os dados obtidos através da pesquisa serão utilizados para fins acadêmicos, quer seja na dissertação de mestrado ou em publicações relacionadas. Após as análises serão divulgados os resultados desta pesquisa da qual participa.

Sua participação é voluntária, portanto não receberá recompensa ou gratificação, nem pagará para participar. Será garantido o livre acesso a todas as informações e retirada de dúvidas sobre o estudo, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da participação na pesquisa. Você poderá deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem apresentar justificativas e, também, sem prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido, tendo também todas as dúvidas esclarecidas sobre a sua participação neste trabalho. Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com qualquer um dos membros da pesquisa ou com a Comissão de Ética em Pesquisa da UEPG:

Pesquisadora: Franciele Koehler Alves;

Rua: Daily L. Wambier, nº. – Ponta Grossa /PR

Telefone: (42) 3028-6090.

Orientadora: Edina Schimanski

Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas.

UEPG, Sala LP 109 do Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Pós-Graduação – CIPP

Avenida Carlos Cavalcanti, 4748.

Telefone: (42) 3220-3153.

Comitê de Ética em Pesquisa

UEPG campus Uvaranas, Bloco M, sala 100

Telefone: (42) 3220-3108.

Assinatura do(a) convidado(a) para a pesquisa

Assinatura pesquisadora

Ponta Grossa, ____ de _____ de 2016.

**APÊNDICE B – MODELO TERMO DE CESSÃO GRATUITA DE DEPOIMENTO
ORAL E COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO IDENTIFICAÇÃO DO DEPOENTE**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL

E

COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO IDENTIFICAÇÃO DO DEPOENTE*

Pelo presente documento, eu **Entrevistado(a)**: _____
_____, RG: _____
emitido pelo(a): _____, domiciliado/residente em (Rua/número/
complemento/Cidade/Estado/CEP): _____

declaro ceder ao (à) Pesquisador(a):

Franciele Koehler Alves, CPF: _____, RG: _____, emitido
pelo(a) SSP-PR, domiciliado/residente em: _____

sem quaisquer restrições quanto aos seus efeitos patrimoniais e financeiros, a plena propriedade e os direitos autorais do depoimento de caráter histórico e documental que prestei ao(à) pesquisador(a)/entrevistador(a) aqui referido(a), na cidade de Ponta Grossa, Paraná, em ____/____/____, como subsídio à construção da pesquisa: Implementação da Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem (PNAISH) no município de Ponta Grossa – PR, vinculada ao programa de mestrado em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa. O(a) pesquisador(a) acima citado(a) fica consequentemente autorizado(a) a utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e culturais, o mencionado depoimento, no todo ou em parte, editado ou não, bem como permitir a terceiros o acesso ao mesmo para fins idênticos, com a ressalva de garantia, por parte dos referidos terceiros, da integridade do seu conteúdo. O(a) pesquisador(a) se compromete a preservar meu depoimento no anonimato, identificando minha fala com nome fictício ou símbolo não relacionados à minha verdadeira identidade.

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____

(assinatura do entrevistado/depoente)

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS GESTORES

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTORES

1) Na sua opinião, quais os três principais motivos para os homens procurarem a USF (para ele próprio)?

1. ☐ Doença (inclui DST, diabetes, hipertensão arterial)
2. ☐ Medicamentos/prescrição/receita
3. ☐ Exames de rotina
4. ☐ Exames para “grupos de risco” (soropositivos, por exemplo)
5. ☐ Suspeita de câncer de próstata
6. ☐ Acidentes
7. ☐ Disfunção erétil
8. ☐ Camisinha
9. ☐ Vasectomia
10. ☐ Conversar
11. ☐ Outro motivo, qual? _____

2) Na sua opinião, quais os três principais motivos para os homens NÃO procurarem a USF para prevenção (para ele próprio)?

1. ☐ ausência de doença
2. ☐ falta de informação
3. ☐ medo/receio
4. ☐ horário incompatível com o trabalho
5. ☐ machismo
6. ☐ tempo de espera
7. ☐ acreditam que não precisam
8. ☐ Outro motivo, qual? _____

3) Você acredita que o homem se sente acolhido na unidade de saúde da família? Porque?

4) Como a Saúde do Homem vem sendo abordada no município/pela SMS? Que ações são desenvolvidas?

5) A SMS elaborou estratégias que visem aumentar a demanda de homens aos serviços de saúde?

4) Na sua opinião, quais os principais desafios para implementação da PNAISH em PG?

5) E as perspectivas?

6) Por fim, você considera que a PNAISH está implementada no município?

APÊNDICE D – QUADRO SOBRE PASs SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE

2013	2014	2015
22. Implantação e/ou estímulo aos serviços de saúde, para realização de ações referentes à saúde do homem na perspectiva da integralidade. 23. Formação e qualificação dos profissionais de saúde da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem. 24. Promoção de ações integradas com outras áreas governamentais. 25. Capacitação de profissionais de saúde para a atenção às disfunções sexuais masculinas. 26. Estímulo à participação e inclusão do homem nas ações de planejamento familiar e acompanhamento pré-natal, enfocando a paternidade responsável. 27. Apoio a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica. 28. Promoção de ações de prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV. 29. Capacitação de profissionais de saúde para a atenção às disfunções sexuais masculinas. 30. Estabelecimento de parcerias Intersetoriais e interinstitucionais para a promoção à Saúde do Homem. 31. Ampliação de ações de educação em saúde para a população masculina, enfatizando a busca pelos serviços de saúde. 32. Produção e impressão de material educativo.	22. Estímulo aos serviços de saúde, para realização de ações referentes à saúde do homem na perspectiva da integralidade e equidade. 23. Ampliação de ações de educação em saúde para a população masculina, enfatizando a busca pelos serviços de saúde. 24. Capacitação e qualificação dos profissionais de saúde da rede básica para o atendimento da população masculina, respeitando suas particularidades. 25. Estímulo à participação e inclusão do homem nas ações de planejamento familiar e acompanhamento pré-natal, com foco na paternidade responsável. 26. Promoção de ações de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, em parceria com o setor de DST/AIDS. 27. Estabelecimento de parcerias Intersetoriais e interinstitucionais para a promoção da Saúde do Homem, incluindo a prevenção da violência e promoção da paz. 28. Produção, impressão e distribuição de material educativo. 29. Desenvolvimento de estudos que permitam a formulação de indicador para o monitoramento do acesso da população masculina a Atenção Primária em Saúde. 30. Constituição de Grupo Técnico para as discussões e formulação de propostas referentes à Saúde do Homem Paranaense. 31. Continuidade de implementação da PNAISH- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em todo território paranaense.	22. Estímulo aos serviços de saúde, para realização de ações referentes à saúde do homem na perspectiva da integralidade e equidade. 23. Ampliação de ações de educação em saúde para a população masculina, enfatizando a busca pelos serviços de saúde. 24. Capacitação e qualificação dos profissionais de saúde da rede básica para o atendimento da população masculina, respeitando suas particularidades. 25. Estímulo à participação e inclusão do homem nas ações de planejamento familiar e acompanhamento pré-natal, com foco na paternidade responsável. 26. Promoção de ações de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, em parceria com o setor de DST/AIDS. 27. Estabelecimento de parcerias Inter setoriais e interinstitucionais para a promoção da Saúde do Homem, incluindo a prevenção da violência e promoção da paz. 28. Produção, impressão e distribuição de material educativo. 29. Desenvolvimento de estudos que permitam a formulação de indicador para o monitoramento do acesso da população masculina a Atenção Primária em Saúde. 30. Constituição de Grupo Técnico para as discussões e formulação de propostas referentes à Saúde do Homem Paranaense. 31. Continuidade de implementação da PNAISH- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em todo território paranaense.

APENDICE D – Ações de Saúde do Homem previstas na Programação Anual de Saúde (PAS) da Secretaria de Estado de Saúde (SESA) Paraná (2013-2015).

Fonte: Elaborado pela autora, com base nas Programações Anuais da SESA-PR disponíveis no site do Conselho Estadual de Saúde.

APÊNDICE E – QUADRO SOBRE RAGs SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE

Ano	Ações
2011	- Elaboração de planejamento estratégico em saúde do homem para 2011. [...] - Realização de “Oficina de Planejamento, Trabalho e Ações em Saúde do Homem” para 35 técnicos, sendo 22 destes os técnicos de referência em saúde do homem das regionais de saúde, em 28/06/2012. - Realização de “Oficina Macrorregional de Saúde do Homem”, abordando o risco cardiovascular e a saúde do trabalhador em Apucarana, em 18/07/11 (com 200 técnicos participantes de 4 RS e de 95 municípios) e em Ponta Grossa, 31/08/2012 (com 120 técnicos participantes de 4 RS e de 35 municípios). - Participação na “Oficina de Avaliação das Ações de Implementação da PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”. Realizado processo de avaliação pela Fiocruz, junto com o MS, onde o Paraná destaca-se como o primeiro Estado a implantar a política em todo seu território. [...]
2012	[...] - Promoção do agosto AZUL que foi instituído pela Lei 17.099, de 29/03/2012, como mês dedicado a desenvolvimento de ações que visem a integralidade da saúde do homem. Assim, foram promovidas ações interinstitucionais e Intersetoriais em todo o Estado do Paraná com o objetivo de promover o autocuidado e estimular a população masculina à adoção de hábitos saudáveis de vida. - Criação, impressão e distribuição para todo o Estado do Paraná, de 180.000 folders e 15.000 cartazes alusivos ao agosto Azul, contendo orientações para a promoção da saúde do homem. [...]
2013	[...] 23. Estimulo a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento familiar e acompanhamento pré-natal, enfocando a paternidade responsável: realização de videoconferência sobre Paternidade e direitos sexuais reprodutivos; apoio e participação em três Oficinas (Paranaguá, Campo Mourão e Ponta Grossa), em parceria com a área de Saúde da Mulher, com o tema sobre paternidade e direitos reprodutivos. 24. Promoção de ações de prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV: Divulgação Programa “Fique Sabendo”, para o diagnóstico precoce do HIV e hepatites virais. [...] 26. Ampliação de ações de educação em saúde para a população masculina, enfatizando a busca pelos serviços de saúde: - realização de duas videoconferências sobre a política de Saúde do Homem e suas interfaces com a violência, e, sobre a realização de exames com foco na estratificação do risco cardiovascular. - realização do Movimento Agosto Azul, [...] com realização de atividades nas 22 (vinte e duas Regionais de Saúde), abrangendo os 399 municípios. Estes por sua vez, também, fizeram atividades desenvolvendo e estimulando os princípios e diretrizes da Política de Saúde do Homem. 27. Produção e impressão de material educativo [...] que foram utilizados durante o ano, mas, principalmente durante o mês alusivo à Saúde do Homem (Agosto Azul).
2014	27. Estabelecimento de parcerias Intersetoriais e interinstitucionais para a promoção da Saúde do Homem, incluindo a prevenção da violência e promoção da paz. - Atividade de Prevenção e Promoção em Saúde, desenvolvidas pelas 22 Regionais de Saúde, no mês AGOSTO AZUL, muitas em parceria com sociedade civil, como Rotary Club, Instituto HUMSOL, FECOMERCIO/SESC-PR, etc. [...] - Realização de uma Roda de Conversa, no 2o Congresso Paranaense de Saúde Pública, sobre Saúde do Homem (15/08). 28. Produção, impressão e distribuição de material educativo. - Distribuição de folders sobre a política de Saúde do Homem e sobre a Violência e Cultura da Paz, para a Sociedade Civil Organizada, empresas e clubes de serviços, e demais órgãos públicos. - Distribuição de 5.980 folders no Dia Internacional do Homem. - Produção, impressão e distribuição de material referente ao 3o agosto AZUL no Paraná [...] tendo como tema “A Vida mais longe sem o Tabaco”. 29. Desenvolvimento de estudos que permitam a formulação de indicador para o monitoramento do acesso da população masculina a Atenção Primária em Saúde. Sem informação para o ano. 30. Constituição de Grupo Técnico para as discussões e formulação de propostas referentes à Saúde do Homem Paranaense. Sem informação para o ano. 31. Continuidade de implementação da PNAISH-Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em todo território paranaense. - Desenvolvimento da temática PNAISH, abordando seus princípios e diretrizes, quando das capacitações em Oficinas e Seminários.

APENDICE E – Ações de Saúde do Homem desenvolvidas da Secretária de Estado de Saúde (SESA) Paraná, descritas no Relatório Anual de Gestão (RAG 2011-2014)

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos Relatórios Anuais de Gestão da SESA-PR disponíveis no site do Conselho Estadual de Saúde.

ANEXOS

**ANEXO A - MATRIZ DE PLANEJAMENTO DO PLANO DE AÇÃO NACIONAL
(2009-2011 DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO
HOMEM**

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM
MATRIZ DE PLANEJAMENTO DO PLANO DE AÇÃO NACIONAL
(2009 – 2011)

Objetivo geral	Objetivo específico	Meta	Ação	Indicador	Responsabilidade
Eixo I: Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem					
A.1. Implantar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no país.	A.1.1. Apoiar a elaboração de Planos de Ação (PAs) para implantar a Política nas Unidades Federativas (UFs).	A.1.1.1. Elaborar 27 PAs nas UF's até o terceiro trimestre de 2010.	A.1.1.1.1. Elaboração de 27 PAs estaduais.	A.1.1.1.1.1. Número de PAs pactuados na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), até o terceiro trimestre de 2010.	Secretarias Estaduais de Saúde (SESs).
	A.1.2. Apoiar a elaboração de PAs para implantar a Política em Municípios (no mínimo, um Município por UF ou uma área geográfica do(s) Município(s)).	A.1.2.1. Elaborar, no mínimo, 27 PAs em Municípios até o terceiro trimestre de 2010.	A.1.2.1.1. Elaboração de 27 PAs municipais.	A.1.2.1.1.1. Número de PAs pactuados nas respectivas Comissões Intergestoras Bipartites (CIB), até o terceiro trimestre de 2010.	Secretarias Municipais de Saúde (SMSs).
	A.1.3. Apoiar tecnicamente as UF's na elaboração do PA e da Programação Anual da Política.	A.1.3.1. Realizar 5 reuniões macro-regionais para auxiliar os Estados na elaboração do PA e da Programação Anual de 2009, 2010 e 2011.	A.1.3.1.1. Realização de 5 reuniões macro-regionais.	A.1.3.1.1.1. Número de eventos realizados em 2009, 2010 e 2011.	Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH) / Departamento de Atenção Básica (DAB).
	A.1.4. Apoiar financeiramente as UF's na elaboração do PA e da Programação Anual da Política.	A.1.4.1.(*). Transferir parcela única de R\$ 75 mil para cada Secretaria Estadual de Saúde com o objetivo de incentivar a elaboração e a implementação de estratégias e ações de saúde focadas na população masculina, inseridas nos seus respectivos Planos de Saúde, até o terceiro trimestre de 2010. O repasse do incentivo financeiro será realizado através do Fundo Nacional de Saúde - FNS. Os critérios para o repasse são sugeridos no anexo II. A seleção dos 26 Municípios participantes do Projeto-piloto cabe ao Ministério da Saúde segundo os critérios definidos no anexo II deste documento.	A.1.4.1.1. Transferência para cada UF, mediante a elaboração de um Termo de Referência com a União.	A.1.4.1.1.1. % de recursos transferidos para cada UF, até o terceiro trimestre de 2010.	ATSH.

Objetivo geral	Objetivo específico	Meta	Ação	Indicador	Responsabilidade
	A.1.5. Apoiar financeiramente 27 Municípios na elaboração do PA e da Programação Anual da Política.	A.1.5.1.(*) Transferir parcela única de R\$ 75 mil para 26 Secretarias Municipais de Saúde, com o objetivo de incentivar a elaboração e a implementação de estratégias e ações de saúde focadas na população masculina, inseridas nos seus respectivos Planos de Saúde, até o terceiro trimestre de 2010. O repasse do incentivo financeiro será realizado através do Fundo Nacional de Saúde - FNS. Os critérios para o repasse são sugeridos no anexo II.	A.1.5.1.1. Transferência para cada Município selecionado, mediante a elaboração de um Termo de Referência entre União, a UF e o Município.	A.1.5.1.1.1. % de recursos transferidos para cada Município, até o terceiro trimestre de 2010.	ATSH/SESs.
	A.1.6. Apoiar a institucionalização da Política nas UFs.	A.1.6.1. Incluir o indicador de cobertura deste PA (% de homens 20-59 anos atendidos nos serviços de saúde) na Pactuação Unificada de 2010 e 2011.	A.1.6.1.1. Inclusão do indicador.	A.1.6.1.1.1. Número de Municípios que pactuaram o indicador de cobertura em 2010 e 2011.	ATSH/SESs/SMSs/DAB.
Eixo II: Promoção de saúde					
B.1. Elaborar estratégias que visem aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde, por meio de ações proativas de promoção e prevenção dos principais problemas que atingem essa população.	B.1.1. Contribuir para o aumento do número de homens que demandam os serviços de saúde da atenção primária.	B.1.1.1. Atender, no mínimo, 5% dos homens de 20-59 anos nos serviços de saúde em cada área selecionada, até o final de 2011.	B.1.1.1.1. Desenvolvimento de iniciativas de educação, informação e comunicação (homens/mulheres/adolescentes/crianças) para a sensibilização e a conscientização visando à mudança de atitude da população masculina.	B.1.1.1.1.1. % de homens de 20-59 anos atendidos nos serviços de saúde em cada área selecionada, ao final de 2011.	SMSs.

Objetivo geral	Objetivo específico	Meta	Ação	Indicador	Responsabilidade
			B.1.1.1.2. Gerenciamento da oferta de serviços para: facilitar e ampliar o acesso, reduzir o tempo de espera, adequar/flexibilizar o horário de atendimento e melhorar o acolhimento nas unidades de saúde das áreas selecionadas.		
			B.1.1.1.3. Visitas das equipes de ESFs a locais com alta concentração de homens.		
			B.1.1.1.4 Organização de Grupos Educativos para homens pelas equipes de ESF.		
Eixo III: Informação e comunicação					
C.1. Estimular o auto cuidado na população masculina, através da informação, educação e comunicação.	C.1.1. Elaborar material de divulgação da Política para o público em geral, em particular para os homens, com vistas à mobilização, respeitando as especificidades de comunicação.	C.1.1.1. Elaborar e distribuir 10 milhões de folders para todas as UF's, até o final de 2010, focando, principalmente, fatores de risco/auto-cuidado.	C.1.1.1.1. Elaboração e distribuição do folder.	C.1.1.1.1.1. Número de folders distribuídos para cada UF, até o final de 2010.	ATSH / ASCOM
	C.1.2. Lançar a Semana de Promoção da Saúde do Homem.	C.1.2.1.(*). Realizar a Semana de Promoção da Saúde do Homem, iniciando-a por meio de uma Campanha a nível nacional, em agosto de 2009, com o objetivo de sensibilizar a população masculina e suas famílias, promovendo o auto-cuidado e hábitos saudáveis, através de ações de informação, educação e comunicação. A partir de 2010, a Semana e a Campanha serão realizadas em parceria com Estados e Municípios.	C.1.2.1.1. Realização da Semana de Promoção da Saúde do Homem, com base em um estudo mais amplo sobre a cultura masculina e estratégias de marketing efetivas para atrair esse grupo, focando no auto-cuidado.	C.1.2.1.1.1. Semana realizada em 2009, 2010 e 2011.	ATSH / ASCOM

Objetivo geral	Objetivo específico	Meta	Ação	Indicador	Responsabilidade
	C.1.3. Estimular os homens a participarem efetivamente do planejamento da vida sexual e reprodutiva.	C.1.3.1. Realizar uma campanha nacional de sensibilização da população masculina, em 2009/2010.	C.1.3.1.1. Realização da campanha para sensibilizar o homem quanto ao seu papel na família: paternidade e planejamento da vida sexual e reprodutiva.	C.1.3.1.1. Campanha realizada em 2009/2010.	ATSH / ASCOM
	C.1.4. Produzir materiais para a informação e a conscientização da população masculina.	C.1.4.1.(*). Distribuir 26,1 milhões de cartilhas para Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, e Colegiados Regionais e Estaduais com o objetivo de promover a Saúde do Homem e hábitos saudáveis, assim como a prevenção, diagnóstico e tratamento de câncer, ao custo de R\$ 0,09 a unidade, até o final de 2010.	C.1.4.1.1. Elaboração e distribuição das cartilhas.	C.1.4.1.1.1. Número de cartilhas distribuídas, até o final de 2011.	ATSH / ASCOM
Eixo IV: Participação, relações institucionais e controle social					
D.1. Trabalhar com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) para associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada a fim de efetivar a atenção integral à saúde do homem.	D.1.1. Elaborar, de forma articulada, programas/projetos de saúde para a população masculina com Sociedades (Médicas, Científicas e Civil Organizada), Forças Armadas, Representações Empresariais e de Trabalhadores e Universidades, entre outros.	D.1.1.1. Implementar o projeto/programa de saúde para a população masculina - inicialmente com o SESI - com o apoio das Confederações Sindicais, que inclua, no mínimo, 50 empresas com mais de 1.000 trabalhadores, até o final de 2011.	D.1.1.1.1. Elaboração e implementação do projeto/programa, incluindo a capacitação dos profissionais de saúde e de segurança do trabalho. Entre os temas, devem ser abordados fatores de risco.	D.1.1.1.1.2. Número de empresas que adotaram o projeto/programa, até o final de 2011.	ATSH. Apoio: SESI / Confederações Sindicais
		D.1.1.2. Estabelecer uma parceria para incorporar a saúde do homem ao projeto de saúde de uma das Forças Armadas - inicialmente com o Exército - até o final de 2010.	D.1.1.2.1. Definição e estabelecimento da parceria.	D.1.1.2.1.1. Parceria realizada até o final de 2010.	ATSH. Apoio: Forças Armadas - Exército.

Objetivo geral	Objetivo específico	Meta	Ação	Indicador	Responsabilidade
		D.1.1.3. Estabelecer uma parceria com a Sociedade Brasileira de Cardiologia para desenvolver o projeto “Hipertensão +10”- até o final de 2010.	D.1.1.3.1. Definição e estabelecimento da parceria.	D.1.1.3.1.1. Parceria realizada até o final de 2010.	ATSH. Apoio: Sociedade Brasileira de Cardiologia.
D.2. Desenvolver trabalhos articulados com os programas/ políticas e movimentos sociais de grupos específicos de homens: populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, em conflito com a lei, de rua, do campo e da floresta, ciganos, entre outros.	D.2.1. Promover o desenvolvimento de estudos para a promoção da saúde que contemplem a diversidade dos homens, em parceria com a sociedade civil organizada.	D.2.1.1. Apoiar a elaboração de no mínimo, 5 estudos para a promoção da saúde para grupos específicos da população masculina, até o final de 2011.	D.2.1.1.1. Elaboração de estudos/pesquisas.	D.2.1.1.1.1. Número de estudos/pesquisas elaborados até o final de 2011.	ATSH / áreas do Ministério da Saúde e sociedade civil organizada.
D.3. Promover ações integradas com outras áreas do Ministério da Saúde.	A ATSH apoiará e participará de programas, projetos e atividades de outras áreas do Ministério da Saúde com o objetivo de contribuir para a redução das desigualdades de gênero, planejamento reprodutivo, álcool e outras drogas, acidentes e violências e de outros programas, projetos e atividades relacionados à saúde da população masculina				
	D.3.1. Desenvolver ações conjuntas com a Área Técnica de Saúde Mental com vistas à abordagem do tema alcoolismo em homens.	D.3.1.1. Implantar 92 novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSad, CAPSi ou CAPS III) até dezembro de 2010 – PEAD	D.3.1.1.1. Implantação de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSad, CAPSi ou CAPS III) até dezembro de 2010 - PEAD	D.3.1.1.1.1. Número de CAPSad, CAPSi ou CAPS III implantados até dezembro de 2010	ATSH / Área Técnica de Saúde Mental.
D.4. Promover ações integradas com o setor Educação, visando a promoção de novas formas de pensar e agir.	D.4.1. Apoiar a capacitação de professores para abordar o tema da saúde do homem, principalmente com adolescentes e jovens.	D.4.1.1. Apoiar o Programa Saúde na Escola nas temáticas relacionadas a gênero, orientação sexual, identidade de gênero, condição étnico-racial, estilo de vida e hábitos saudáveis e pessoas com deficiência, até o final de 2009.	D.4.1.1.1. Inclusão da Saúde do Homem no GT do Programa Saúde na Escola.	D.4.1.1.1.1. Participação da ATSH nas reuniões do GT do Programa Saúde na Escola até o final de 2009.	ATSH / Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem.
D.5. Promover articulações e incluir a Saúde do Homem nos diversos Grupos de Trabalhos inter e intraministeriais para potencializar ações conjuntas visando a atenção integral à população masculina.	A ATSH apoiará e participará de programas, projetos e atividades de outros setores e instituições e incorporará esses setores e instituições na elaboração dos programas, projetos e atividades relacionados à saúde da população masculina.				

Eixo V: Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem					
Objetivo geral	Objetivo específico	Meta	Ação	Indicador	Responsabilidade
E.1. Melhorar a qualidade e a resolubilidade dos serviços de saúde.	E.1.2. Construir Diretrizes Nacionais da Atenção à Saúde do Homem.	E.1.2.1. Elaborar Diretrizes de Atenção à Saúde do Homem que sejam utilizadas nos três níveis de atenção, até o final de 2009, com orientações gerais quanto ao acolhimento, triagem, atenção às necessidades e fluxos de encaminhamento.	E.1.2.1.1. Constituição de um Grupo de Trabalho, juntamente com o Departamento de Atenção Básica (DAB), o Departamento de Atenção Especializada (DAE) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), mediante consultoria externa, encarregado da elaboração de Diretrizes de Atenção. Esse grupo deverá incluir, entre outros, as sociedades médicas.	E.1.2.1.1.1. Diretrizes de Atenção publicadas, em 2009.	ATSH / DAB / DAE / SGETS.
		E.1.2.2. Elaborar um Caderno de Atenção Básica de Saúde do Homem até junho de 2010.	E.1.2.2.1. Elaboração conjunta do Caderno.	E.1.2.2.1.1. Caderno de Atenção Básica de Saúde do Homem publicado até junho de 2010.	ATSH / DAB.
E.2. Fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.	E.2.1. Incentivar as unidades básicas de saúde a atender os homens de acordo com as Diretrizes de Atenção.	E.2.1.1. Utilizar as Diretrizes de Atenção em 100% das unidades básicas de saúde na atenção da população masculina, até o final de 2010.	E.2.1.1.1. Incorporação das Diretrizes de Atenção na rotina das unidades de saúde e realização dos atendimentos de acordo com o mesmo.	E.2.1.1.1.1. % de unidades de saúde em cada área selecionada que utilizam as Diretrizes de Atenção, no final de 2010.	SESS / SMSs.
			E.2.1.1.2. Elaboração de um Documento de Informação e Orientação sobre as Diretrizes de Atenção para os profissionais de saúde, incluindo as relações entre gênero e saúde, tomando como referência os Cadernos de Atenção Básica.		

Objetivo geral	Objetivo específico	Meta	Ação	Indicador	Responsabilidade
	E.2.2. Estimular que a população masculina de 40 a 59 anos seja atendida, no mínimo, uma vez por ano, nas unidades básicas de saúde, com vistas a identificar fatores e comportamentos de risco e proporcionar atenção adequada, segundo as Diretrizes de Atenção.	E.2.2.1. Realizar um atendimento/ano em no mínimo 20% da população de 40 a 59 anos, nas áreas selecionadas, segundo as Diretrizes de Atenção até o final de 2011.	E.2.2.1.1. Ver as ações E.2.1.1.1 e E.2.1.1.2.	E.2.2.1.1.1. % de homens de 40-59 anos atendidos nas áreas selecionadas, em 2011.	SESS/SMSs.
E.3. Facilitar o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária, quando necessário.	E.3.1. Promover o atendimento integral aos homens encaminhados pela atenção básica.	E.3.1.1. Possibilitar aos homens de 20 a 59 anos, nas áreas selecionadas, acesso à: (i) serviço de saúde de segundo nível ambulatorial com profissionais capacitados para atender suas necessidades de forma oportuna e com resolubilidade; e (ii) terceiro nível, até o final de 2011.	E.3.1.1.1. Pactuação da formação dessa rede no município ou regionalmente.	E.3.1.1.1.1. % de pessoas atendidas no segundo nível, em relação às pessoas encaminhadas, de acordo com as Diretrizes de Atenção / Tempo para ser atendido na unidade de referência / Lista de espera, até o final de 2011.	ATSH/SESS/SMSs.
			E.3.1.1.2. Adequação do quadro de recursos humanos dos serviços de segundo nível ambulatorial.		
E.4. Estimular nos serviços de saúde, públicos e privados, uma rede de atenção à saúde do homem que garanta linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade.	E.4.1. Fomentar que todos os homens encaminhados às unidades de saúde secundária e terciária tenham atenção efetiva de acordo com as Diretrizes de Atenção.	E.4.1.1. Promover nas unidades de saúde secundária e terciária, das áreas selecionadas a utilização de Diretrizes de Atenção na prestação de cuidados à população masculina, até o final de 2010.	E.4.1.1.1. Ver as ações E.2.1.1.1 e E.2.1.1.2.	E.4.1.1.1.1. % de unidades de saúde em cada área selecionada que utilizam as Diretrizes de Atenção, no final de 2010.	SESS/SMSs.
		E.4.1.2. Elaborar Relatório de Situação em 100% das unidades de saúde das áreas selecionadas (referência e contra-referência), até o final do primeiro semestre de 2011.	E.4.1.2.1. Elaboração dos Relatórios de Situação pelas unidades de saúde.	E.4.1.2.1.1. % de unidades de saúde em cada área selecionada que emitem Relatórios de Situação, no final do primeiro semestre de 2011.	Unidades de saúde / SMSs.

Objetivo geral	Objetivo específico	Meta	Ação	Indicador	Responsabilidade
		E.4.1.3. Identificar lacunas no funcionamento das redes, na atenção à saúde do homem, e propor ações neste sentido até o final de 2011.	E.4.1.3.1. Realização de estudos para verificar o funcionamento das redes regionais na atenção à saúde do homem, identificando a suficiência/insuficiência das mesmas.	E.4.1.3.1.1. Estudos realizados até o final de 2011.	ATSH/SEs/SMSs.
E.5. Promover a ampliação e a qualificação da atenção ao planejamento reprodutivo masculino.	E.5.1. Promover a oferta de contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica.	E. 5.1.1.(*). Estimular e ampliar a quantidade de vasectomias, passando de 35 mil, em 2008 para 40 mil, em 2009 e 50 mil, em 2010. O valor a ser pago aos procedimentos ambulatorial e hospitalar foi igualado em R\$306,47. Isso significa um aumento de 148% no valor do procedimento a nível ambulatorial (de R\$123,82 para R\$306,47) e de 20% no procedimento a nível hospitalar (de R\$255,39 para R\$306,47), a partir da competência setembro de 2009.	E.5.1.1.1. Realização das vasectomias em nível ambulatorial.	E.5.1.1.1.1. Número de vasectomias em 2009, 2010 e 2011.	MS/SEs/SMSs.
	E.5.2. Promover o número de consultas e procedimentos para o diagnóstico e tratamento das doenças do trato genital masculino.	E. 5.2.2.(*). Ampliar em 20% ao ano o financiamento, para disponibilizar um maior número de ultrasonografias transretais, passando de 78 mil, em 2008, para 93 mil, em 2009 e 110 mil, em 2010, como um apoio ao diagnóstico de neoplasias da próstata.	E.5.2.1.1. Realização de consultas a nível ambulatorial.	E.5.2.1.1.1. Número de consultas em 2010 e 2011.	MS/SEs/SMSs.
		E. 5.2.2.(*). Ampliar em 20% ao ano o número de ultrasonografias transretais passando de 60 mil, em 2008, para 72 mil em 2009 e 86 mil em 2010, facilitando o diagnóstico de neoplasias da próstata.	E.5.2.2.1. Realização de ultrasonografias.	E.5.2.2.1.1. Número de ultrasonografias em 2010 e 2011.	MS/SEs/SMSs.

Objetivo geral	Objetivo específico	Meta	Ação	Indicador	Responsabilidade
		E. 5.2.3.(*). Ampliar em 10% ao ano o financiamento para cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino, passando de 100 mil, em 2008 para 110 mil, em 2009 e para 121 mil cirurgias até 2010, ao custo médio de R\$ 320,00.	E.5.2.3.1. Realização de cirurgias.	E.5.2.3.1.1. Número de cirurgias em 2010 e 2011.	MS/SESS/SMSs.
E.6. Trabalhar com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) para proteger o homem contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e aids.	A ATSH apoiará e participará de programas, projetos e atividades do Programa Nacional de DST/aids e incorporará o Programa na elaboração dos programas, projetos e atividades relacionados à saúde da população masculina.				
Eixo VI: Qualificação de profissionais da saúde					
F.1. Trabalhar com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS) em estratégias de educação permanente dos trabalhadores do SUS.	F.1.1. Apoiar a SGTES na formação e qualificação dos profissionais da rede básica para o melhor atendimento à saúde do homem.	F.1.1.1.(*). Trabalhar com a SGTES para qualificar 32 mil equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), até o final de 2011.	F.1.1.1.1. Inserir a saúde do homem nos conteúdos de capacitação dos médicos das ESF, incluindo, entre outros temas, a disfunção sexual e as Diretrizes de Atenção (ver E.1.2.1.).	F.1.1.1.1.1. Número de médicos capacitados, até 2011.	SGETS / SMSs
		F.1.1.2. Capacitar e qualificar 32.000 equipes da ESF capacitadas, até o final de 2011, começando pelas Equipes dos Municípios selecionados.	F.1.1.2.1. Inserir a saúde do homem nos conteúdos de capacitação das ESF, incluindo, entre outros temas, a disfunção sexual e as Diretrizes de Atenção (ver E.1.2.1.).	F.1.1.2.1.1. Número de equipes capacitadas, até 2011.	SGETS / SMSs
		F.1.1.3.(*). Inserir a saúde do homem nos conteúdos de educação a distância do Telessaúde visando capacitar os profissionais para o diagnóstico de patologias e câncer do trato genital masculino, até o final de 2011, aprimorando o Projeto do Ministério da Saúde com o auxílio da SGTES e do DAB.	F.1.1.3.1. Inserir a saúde do homem nos conteúdos de educação a distância do Telessaúde.	F.1.1.3.1.1. Conteúdos inseridos até o final de 2011.	SGTES com o apoio da ATSH.

Objetivo geral	Objetivo específico	Meta	Ação	Indicador	Responsabilidade
		F.1.1.4. Qualificar, nas áreas selecionadas, profissionais de saúde que realizam planejamento reprodutivo na atenção básica para atender, também, a população masculina, até o final de 2011.	F.1.1.4.1. Realização e a capacitação/treinamento.	F.1.1.4.1.1. Número de profissionais capacitados em cada unidade de saúde, no final de 2011.	SGETS / SMSs
		F.1.1.5. Firmar uma parceria com o ME para incluir a saúde do homem nos programas das instituições formadoras de profissionais da área de saúde (nível técnico e superior) e nos programas de residência médica (Comissão Nacional de Residência Médica), até o final de 2011.	F.1.1.5.1. Articulação com o ME e a SGTES.	F.1.1.5.1.1. Parceria firmada até 2011.	SGETS / SMSs
Eixo VII: Insumos, equipamentos e recursos humanos					
G.1. Trabalhar com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde (SCTIE) e a SVS para avaliar recursos humanos, equipamentos e insumos (incluindo medicamentos) para garantir a adequada atenção à população masculina.	G.1.1. Avaliar as reais necessidades de recursos humanos, equipamentos e insumos (incluindo medicamentos) das unidades de saúde para garantir a adequada atenção à população masculina.	G.1.1.1. Realizar um estudo para definir recursos humanos, equipamentos e insumos necessários para atender os homens. Posteriormente, uma análise do impacto financeiro da implantação desse modelo nas áreas selecionadas, até o final de 2011.	G.1.1.1.1. Realização de estudo e elaboração de uma listagem básica de recursos humanos, equipamentos e insumos necessários para atender a população masculina, incluindo seu custo.	G.1.1.1.1.1. Estudo realizado até 2001.	ATSH / SCTIE
		G.1.1.2.(*) Adquirir 517 milhões de unidades de preservativos, ao final de 2011, da fábrica de Xapuri /AC, incluindo subsídios para melhoria contínua do processo de produção e desenvolvimento de novas tecnologias de interesse da saúde.	G.1.1.2.1 Aquisição de preservativos.	G.1.1.2.1.1 Preservativos adquiridos até final de 2011.	SVS
Eixo VIII: Sistemas de informação					

Objetivo geral	Objetivo específico	Meta	Ação	Indicador	Responsabilidade
H.1. Analisar de forma articulada com as demais áreas técnicas do Ministério da Saúde sistemas de informação.	H.1.1. Estudar de forma articulada com as demais áreas do Ministério da Saúde o sistema de informação existente.	H.1.1.1. Elaborar uma lista dos sistemas de informação e dos indicadores utilizados, incluindo a Sala de Situação em Saúde, até o final de 2010.	H.1.1.1.1. Estudo e utilização desses indicadores para a tomada de decisões e correção de trajetória.	H.1.1.1.1.1. Listagem finalizada até o final de 2010.	ATSH.
			H.1.2.1.1. Apoio aos estudos relativos ao projeto GIL (Gerenciador de Informações Locais) para que o mesmo contemple informações relacionadas à atenção integral à Saúde dos Homens.		ATSH/DAB
Eixo IX: Avaliação do Projeto Piloto					
I.1. Trabalhar com o Departamento de Ciência e Tecnologia da SCTIE para avaliar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em Estados e Municípios a partir do segundo semestre de 2009.	I.1.1. Elaborar uma ferramenta para monitorar e avaliar a implementação do Projeto Piloto de Saúde do Homem nas áreas selecionadas.	I.1.1.1. Monitorar e avaliar os PAs semestralmente nas áreas selecionadas, a partir do primeiro semestre de 2010.	I.1.1.1.1. Elaboração do Plano de Monitoramento e Avaliação dos PAs.	I.1.1.1.1.1. Relatório semestral de acompanhamento das áreas selecionadas até o primeiro semestre de 2010.	ATSH/SCTIE

**ANEXO B – PLANO DE AÇÃO NACIONAL (2009O2011) QUADRO SINOTICO
AÇÕES PRIORITARIAS COM ÊNFASE NO PERÍODO 2009O2010**

Anexo I

Plano de Ação Nacional (2009-2011) - Ações Prioritárias com ênfase no Período 2009-2010 - Quadro Sinótico

EIXOS	ASSUNTO: OBJETIVO/META/AÇÃO	ESTIMATIVA DE VALORES R\$ 2009 / 2010	TOTAL R\$
Eixo I: Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	A.1.4.1.(*) Transferir parcela única de R\$ 75 mil para cada Secretaria Estadual de Saúde com o objetivo de incentivar a elaboração e a implementação de estratégias e ações de saúde focadas na população masculina, inseridas nos seus respectivos Planos de Saúde, até o terceiro trimestre de 2010. O repasse do incentivo financeiro será realizado através do Fundo Nacional de Saúde - FNS. Os critérios para o repasse são sugeridos no anexo II.	4 milhões / 4 milhões	8 milhões
	A.1.5.1. (*) Transferir parcela única de R\$ 75 mil para 26 Secretarias Municipais de Saúde, com o objetivo de incentivar a elaboração e a implementação de estratégias e ações de saúde focadas na população masculina, inseridas nos seus respectivos Planos de Saúde, até o terceiro trimestre de 2010. O repasse do incentivo financeiro será realizado através do Fundo Nacional de Saúde - FNS. Os critérios para o repasse são sugeridos no anexo II. Obs: os 26 Municípios que participarão do Projeto-piloto serão selecionados pelo MS segundo os critérios definidos no anexo II deste documento.		
Eixo II: Promoção de Saúde	B.1.1. Contribuir para o aumento do número de homens que demandam os serviços de saúde da atenção primária.	5 milhões / 5 milhões	10 milhões
Eixo III: Informação e comunicação	C.1.2.1. (*) Realizar a Semana de Promoção da Saúde do Homem, iniciando-a por meio de uma Campanha a nível nacional, em agosto de 2009, com o objetivo de sensibilizar a população masculina e suas famílias, promovendo o auto-cuidado e hábitos saudáveis, através de ações de informação, educação e comunicação. A partir de 2010, a Semana e a Campanha serão realizadas em parceria com Estados e Municípios.		
	C.1.4.1. (*) Distribuir 26,1 milhões de cartilhas para Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e Colegiados Regionais e Estaduais com o objetivo de promover a Saúde do Homem e hábitos saudáveis, assim como a prevenção, diagnóstico e tratamento de câncer, ao custo de R\$ 0,09 a unidade, até o final de 2010.	2,5 milhões / 2,5 milhões	5 milhões
	1.3.6. (*) Produzir 6,52 milhões de cartilhas para Secre-		

EIXOS	ASSUNTO: OBJETIVO/META/AÇÃO	ESTIMATIVA DE VALORES R\$ 2009 / 2010	TOTAL R\$
Eixo V: Implantação e expansão do sistema de Atenção à Saúde do Homem	E. 5.1.1. (*) Estimular e ampliar a quantidade de vasectomias, passando de 35 mil, em 2008 para 40 mil, em 2009 e 50 mil, em 2010. O valor a ser pago aos procedimentos ambulatorial e hospitalar foi igualado em R\$306,47. Isso significa um aumento de 148% no valor do procedimento a nível ambulatorial (de R\$123,82 para R\$306,47) e de 20% no procedimento a nível hospitalar (de R\$255,39 para R\$306,47) a partir da competência setembro de 2009.	12,3 milhões / 15,3 milhões	27,6 milhões
	E. 5.2.2. (*) Ampliar em 20% ao ano o financiamento, para disponibilizar um maior número de ultrasonografias transretais, passando de 78 mil, em 2008, para 93 mil, em 2009 e 110 mil, em 2010, como um apoio ao diagnóstico de neoplasias da próstata.	2,0 milhões / 2,4 milhões	4,4 milhões
	E. 5.2.3. (*) Ampliar em 10% ao ano o financiamento para cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino, passando de 100 mil, em 2008 para 110 mil, em 2009 e para 121 mil cirurgias até 2010, ao custo médio de R\$ 320,00.	35,2 milhões / 38,4 milhões	73,6 milhões
Eixo VI: Qualificação de profissionais da saúde **Obs: o recurso existente não permite discriminação por ação.	F.1.1.1(*) Trabalhar com a SGTES para qualificar 32 mil equipes de Estratégia de Saúde da Família- ESF, até o final de 2011.	80 milhões / 80 milhões	160 milhões**
	F.1.1.3. (*) Inserir a saúde do homem nos conteúdos de educação a distância do Telessaúde visando capacitar os profissionais para o diagnóstico de patologias e câncer do trato genital masculino, até o final de 2011, aprimorando o Projeto do Ministério da Saúde com o auxílio da SGTES e do DAB.	30 milhões / 30 milhões	60 milhões**
	4.5. (*) Trabalhar com a SGTES para qualificar profissionais de nível médio em áreas técnicas estratégicas para saúde - Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para Saúde (PROFAPS).	105 milhões / 130 milhões	235 milhões**
Eixo VII: Insumos, Equipamentos e recurso Humanos	2.1.3.1. (*) Adquirir 165 milhões de unidades de preservativos, até o final de 2010, que serão distribuídos para Estados e Municípios através do Programa Nacional DST/aids.	13,5 milhões / 13,5 milhões	27 milhões
Eixo IX: Avaliação do Projeto-piloto	Trabalhar com o Departamento de Ciência e Tecnologia da SCTIE para avaliar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em Estados e Municípios a partir do segundo semestre de 2009.	Valores a serem definidos	
TOTAL			613,2 milhões

ANEXO C – QUESTIONÁRIO

ANEXO C – Questionário para coleta de Dados
(A SER PREENCHIDO PELO COORDENADOR DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA)

1. Identificação

- a. UBS (nome e número CNES): _____
 b. ESF (número): _____ c. Localização da unidade: 1. ☐ urbana ou 2. ☐ rural

2. Coordenador (a) da Equipe

- a. Nome (facultativo): _____ b. Sexo: 1. ☐ masculino 2. ☐ feminino
 c. Qual sua idade: _____ anos completos ou Ano de Nascimento: 19____
 d. Qual sua formação: 1. ☐ medicina 2. ☐ enfermagem 3. ☐ odontologia 4. ☐ outra qual:

 e. Em que ano se formou? _____ ou Há quantos anos está formado? _____ (em anos)
 f. Há quanto tempo trabalha na Atenção Básica? _____ (em anos) Ou desde que ano trabalha na Atenção Básica? _____
 g. Há quanto tempo está nesta coordenação? _____ ou desde que ano está nesta coordenação? _____
 h. O seu contrato é de quantas horas semanais? _____ (em horas)
 i. Destas horas, quantas horas você dedica à administração da ESF? _____

3. Composição da Equipe da Unidade de Saúde da Família

- a.a. quanto tempo esta equipe está cadastrada no CNES? _____ ou desde que ano está equipe está cadastrada no CNES? _____
 b. No total, B1. Quantos profissionais há na sua equipe? _____
 B2. E quantos são Agentes Comunitários de Saúde (ACS)? _____
 c. A equipe está completa? 1. ☐ sim 2. ☐ não, por quê? _____
 d. Atualmente tem médico na equipe? 1. ☐ não (ir para Q7) 2. ☐ sim.
 d1. Se SIM, quantos médicos, incluindo o coordenador (quando for o caso)? _____

	O contrato é de quantas horas semanais?	Considerando a última semana típica de trabalho deste médico, quantas horas foram dedicadas ao atendimento individual em consultório?	E quantas horas foram dedicadas ao atendimento individual domiciliar?
Médico A			
Médico B			
Médico C			
Médico D			
Médico E			

4. Estrutura da Unidade (Considerar apenas espaços em funcionamento)

- a. Esta unidade é : 1. ☐ exclusiva (apenas equipe de ESF)
2. ☐ mista (equipe ESF + outras especialidades)
- b. Tem consultório EXCLUSIVO para médico? 1. ☐ sim Quantos? _____ 2. ☐ não
- c. Tem consultório EXCLUSIVO para enfermagem? 1. ☐ sim Quantos? _____ 2. ☐ não
- d. Tem consultório COMPARTILHADO? 1. ☐ sim. Quantos? _____ 2. ☐ não
- e. Tem sala para atividades coletivas/reuniões? 1. ☐ sim. Quantas? _____ ☐ não
- f. Tem sala para procedimentos/ curativos/coleta? 1. ☐ sim. Quantas? _____ 2. ☐ não
- g. Há atendimento odontológico para as famílias da sua área? 1. ☐ sim 2. ☐ não
- h. Há apoio do NASF? 1. ☐ sim 2. ☐ não

5. Área de Cobertura e Controles

- a. A área de cobertura da equipe é: 1. ☐ urbana 2. ☐ periurbana 3. ☐ rural
- b. Atualmente, quantas famílias estão cadastradas? _____ ☐ não sabe
- c. Há famílias não cadastradas? 1. ☐ sim, por quê? _____ 2. ☐ não 3. ☐ não sabe
- d. Após o preenchimento da Ficha A (cadastro da família), pelo ACS, as informações são:
1. ☐ digitadas diretamente no SIAB (SIAB/MS) (pular para e)
 2. ☐ consolidadas nos Relatórios A1, A2, A3 e A4 (Consolidados de Cadastramento Familiar) na USF (pular para e)
 3. ☐ digitadas no sistema de gestão local (prontuário eletrônico) (pular para e)
 4. ☐ outro. Qual? _____ (pular para e)
 5. ☐ não são processadas
 - d1. Por que não são processadas? 1. ☐ falta de computador
 2. ☐ outro motivo, qual? _____
- e. Os dados de cadastramento das famílias estão atualizados no SIAB? 1. ☐ sim (pular para QF) 2. ☐ não
- e1.. Por que os dados de cadastramento não estão atualizados? 1. ☐ falta de computador USF
2. ☐ falta ACS 3. ☐ outro, qual? _____ 4. ☐ não sabe

F. A equipe tem como identificar o número de TODOS os atendimentos de homens entre 20 e 59 anos de idade? 1. ☐ sim 2. ☐ não (pular para QF4)

F1. Como o número de atendimentos de homens é identificado? 1. ☐ registro no livro de acolhimento 2. ☐ mapa diário 3. ☐ outro, qual? _____

F2. Houve encaminhamento de Homens para serviços especializados nos últimos 3 meses?

1. ☐ sim 2. ☐ não 3. ☐ não sabe

F3. A equipe avalia os resultados, em números, dos atendimentos à população masculina?

A) não (pular para QG) 2. ☐ sim a) como avalia? _____

b) e o que tem observado? _____

F4. Por que o número de atendimento de homens NÃO é identificado?

1. ☐ não há ficha para atendimento do homem

2. ☐ não há sistema obrigatório
 3. ☐ outro, qual? _____

6) Funcionamento da Unidade

a. Normalmente, quais dias da semana a USF funciona?

1. ☐ segunda 2. ☐ terça 3. ☐ quarta 4. ☐ quinta 5. ☐ sexta 6. ☐ sábado 7. ☐ domingo

a1. Que horas inicia o atendimento nos dias de semana? __:__

a2. Que horas termina o atendimento nos dias de semana? __:__

a3. Fecha para almoço? ☐ sim. Qual horário? __:__ até __:__ ☐ não

a4. (Se sábado) Que horas inicia o atendimento no sábado? __:__

a5. (Se sábado) Que horas termina o atendimento no sábado? __:__

a6. (Se domingo) Que horas inicia o atendimento no domingo? __:__

a7. (Se domingo) Que horas termina o atendimento no domingo? __:__

(Se atender no período noturno ou final de semana)

a8. Desde quando faz este horário – noturno ou final de semana? _____ anos ou _____ meses

a9. Teve aumento no número de homens atendidos?

1. ☐ sim. Passou de ____ para ____ homens por ☐ mês ou ☐ semana

2. ☐ sim, mas não sabe o número/não tem registro.

3. ☐ não 4. ☐ não sabe

(Se NÃO atender no período noturno ou final de semana)

a10. Alguma vez atendeu rotineiramente no período noturno ou final de semana? 1. ☐ sim. Quando parou? ____/____ (mês/ano) 2. ☐ não (vá para QA12) 3. ☐ não sabe/não lembra (vá para QA12)

a11. Teve redução no número de homens atendidos?

1. ☐ sim. Passou de ____ para ____ homens por ☐ mês ou ☐ semana

2. ☐ sim, mas não sabe o número/não tem registro.

3. ☐ não 4. ☐ não sabe

a12. Costuma ter algum evento especial, pelo menos uma vez ao ano, para os homens?

1. ☐ sim 2. ☐ não 3. Qual? _____

7) AS PRÓXIMAS QUESTÕES SE REFEREM APENAS AOS HOMENS DE 20 A 59 ANOS DE IDADE

21. Nas visitas domiciliares, os homens são convidados a realizar pelo menos uma consulta por ano?

1. ☐ sim 2. ☐ não

22. Homens com sintoma de obstrução urinária ou com disfunção erétil são encaminhados para exames diagnósticos? 1. ☐ sim, sempre 2. ☐ sim, às vezes 3. ☐ não

23. Durante o pré-natal, parto, puerpério e no acompanhamento da criança, o pai tem participado?

1. ☐ sim, quase todos os pais 2. ☐ sim, pouco mais da metade dos pais

3. ☐ sim, pouco menos da metade dos pais 4. ☐ sim, pouquíssimos pais

5. ☐ não, quase nenhum (ir para QC2) 6. ☐ não, nenhum (ir para QC2)

- c1. Durante o pré-natal, a equipe realiza alguma atividade específica voltada para a saúde do homem? 1. ☐ sim. Qual? _____ 2. ☐ não
- c2. A equipe tem solicitado a participação do pai? 1. ☐ sim 2. ☐ não
24. A equipe já identificou algum caso de violência tendo o homem como vítima?
1. ☐ não (pular para QE) 2. ☐ sim
- d1. Em que momento a equipe MAIS identifica o problema?
1. ☐ Na visita domiciliar 2. ☐ No momento do acolhimento do paciente
3. ☐ Na internação 4. ☐ No óbito 5. ☐ Outra forma, qual? _____
- d2. Qual costuma ser o encaminhamento? (múltipla escolha) 1. ☐ Atendimento ambulatorial
2. ☐ Hospital 3. ☐ Centro de referência para homens vítimas de violência
4. ☐ Delegacia/Ministério Público 5. ☐ Conselho Tutelar
6. ☐ Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) ou Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)
7. ☐ exame diagnóstico para DST/AIDS
8. ☐ Outro. Qual? _____
25. A equipe já identificou algum caso de violência tendo o homem como agressor?
1. ☐ não (pular para QF) 2. ☐ sim
- e1. Em que momento a equipe MAIS identifica o problema?
1. ☐ Na visita domiciliar 2. ☐ No momento do acolhimento da vítima 3. ☐ Na internação da vítima
4. ☐ No óbito da vítima 5. ☐ Outra forma, qual? _____
- e2. Qual costuma ser o encaminhamento quanto ao agressor? (Múltipla escolha)
1. ☐ Delegacia/Ministério Público
2. ☐ Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) ou Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)
3. ☐ Orienta a vítima a procurar o Serviço Social da unidade
4. ☐ Outro. Qual? _____
26. A equipe desenvolve rotineiramente atividades educativas (específicas para o homem):
- F1. De planejamento familiar? 1. ☐ sim 2. ☐ não
- F2. E de prevenção de violências e acidentes? 1. ☐ sim 2. ☐ não
- F3. E de prevenção/controle do tabagismo? 1. ☐ sim 2. ☐ não
- F4. E de prevenção do consumo abusivo de bebidas alcoólicas? 1. ☐ sim 2. ☐ não
- F5. E de prevenção para demais drogas? 1. ☐ sim 2. ☐ não
- APENAS se a equipe desenvolve alguma atividade educativa específica para os homens:
- F6. Como a atividade é desenvolvida? (Múltipla escolha)
1. ☐ Grupos educativos 2. ☐ Palestras 3. ☐ Distribuição de folhetos
4. ☐ Consulta individual 5. ☐ Outra. Qual? _____
- g. Na sua opinião, quais os três principais motivos para os homens procurarem a USF (para ele próprio)? 1. ☐ Doença (inclui DST, diabete, hipertensão arterial)

- 2. ☐ Medicamentos/prescrição/receita
- 3. ☐ Exames de rotina
- 4. ☐ Exames para “grupos de risco” (soropositivos, por exemplo)
- 5. ☐ Suspeita de câncer de próstata
- 6. ☐ Acidentes
- 7. ☐ Disfunção erétil
- 8. ☐ Camisinha
- 9. ☐ Vasectomia
- 10. ☐ Conversar

11. ☐ Outro motivo, qual? _____

h.. Na sua opinião, quais os três principais motivos para os homens NÃO procurarem a USF para prevenção (para ele próprio)?

- 1. ☐ ausência de doença 2. ☐ falta de informação 3. ☐ medo/receio
- 4. ☐ horário incompatível com o trabalho 5. ☐ machismo
- 6. ☐ tempo de espera 7. ☐ acreditam que não precisam
- 8. ☐ Outro motivo, qual? _____

i.. Na sua opinião, quais são as três principais queixas apresentadas pelos homens ao procurarem o serviço de saúde (para ele próprio)?

- 1. ☐ Quadro agudo de doença 2. ☐ Cansaço/indisposição/mal-estar
- 3. ☐ Doença crônica (diabetes/hipertensão arterial) 4. ☐ Dor
- 5. ☐ DST (inclui exames) 6. ☐ Disfunção erétil
- 7. ☐ Dificuldade de urinar 8. ☐ Pegar atestado
- 9. ☐ Outro motivo, qual? _____

j.. Concluindo, você já leu, ouviu falar ou discutiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)? 1. ☐ sim, já ouviu falar;

2. ☐ sim, já leu;

3. ☐ sim, já discutiu;

4. ☐ não, nunca.

k. Observações e comentários (se julgar necessário):

Agradecemos pela sua colaboração. Se tivermos alguma dúvida voltaremos a lhe contactar.

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, criança e do adolescente Fernandes Figueira. **Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH):** compromisso versus ação na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

ANEXO D – FOLDER MUNICIPAL SOBRE SAUDE DO HOMEM

Organização:



**CIDADE
NA TV**
com
ANDERSON TEIXEIRA



Rotary Clube Campos Gerais

SIEMACO

Sindicato de Asseio e Conservação de
Ponta Grossa e Região.



Sindicato dos Motoristas, Cobradores, Transporte
Coletivo e Rodoviário de Ponta Grossa e Região.



Sindicato das Bebidas

FEACONSPAR

Federação dos Empregados em Empresas de
Asseio e Conservação do Paraná

www.beneficiosocial.com.br
Benefício Social Familiar
do seu Sindicato

**PREFEITURA DE
PONTA GROSSA**
Secretaria Municipal de Saúde
Programa Municipal de DST, Aids e Doenças Virais
Atenção Primária em Saúde

Coordenação:

Silva (Siemaco)

Sirton Barbosa (Sintropas-PG)

Robson (Secretaria Municipal de Saúde)

Coordenador Geral:

Luizão Sindimoc

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem



NÃO IMPORTA O TIPO DE HOMEM QUE VOCÊ É
Seja do tipo que cuida da saúde.

Creditos:
Reprodução: Fernanda M. Seneiko

Política Nacional de Atenção Integral à saúde do homem - PNAISH

Qualidade e acesso da população masculina às ações e serviços da Rede SUS

O Sistema Único de Saúde entende que a qualidade de vida do homem jovem e adulto exige cuidados com saúde. São muitos desafios a serem enfrentados, principalmente em relação às doenças que são mais frequentes entre os homens.

A PNAISH promove ações de saúde respeitando as diferentes maneiras de ser dos homens, organizando-se através de três eixos principais: Saúde sexual, reprodutiva e paternidade, violências e acidentes em geral e o acesso/acolhimento dos homens na atenção básica, porta de entrada prioritária na RedeSUS.

Você Sabia que os homens

- Tem mais doenças do coração, cânceres, colesterol elevado, diabetes (muito açúcar no sangue), hipertensão (pressão alta) e tendência a obesidade do que as mulheres;
- Praticam atividade física com menor regularidade;
- Muitas vezes acham que não vão adoecer, por isso não se cuidam;
- Geralmente têm medo de descobrir doenças;
- Não procuram regularmente os serviços de saúde e quando procuram, na maioria não conseguem tratamentos recomendados;
- Estão mais expostos aos acidentes de trânsito e trabalho;
- Utilizam álcool e outras drogas em maior quantidade;
- Estão envolvidos na maioria das situações de violência;
- Vivem em média 7 anos menos que as mulheres.

Muitas doenças podem ser prevenidas quando os homens procuram os serviços de saúde regularmente

ESCOLHA SAÚDE!

Prevenção é mais qualidade de vida e menos sofrimento para você e sua família!

Veja o que é oferecido para a população masculina no SUS

Promoção da Saúde

- Qualidade no acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Uma linha de cuidado integral voltada para a saúde do homem;

Qualificação no atendimento

- Capacitação e sensibilização para o atendimento da população masculina jovem e adulta, entre 20 e 59 anos;

Informação e Comunicação

- Realização de campanhas voltadas para a saúde do homem e para a promoção da Cultura de Paz
- Distribuição de materiais educativos sobre as doenças mais comuns, hábitos de vida saudáveis, saúde sexual e reprodutiva, paternidade.

Dicas de Saúde para uma vida melhor

- Adote uma alimentação saudável
- Beba ao menos 2 litros de água distribuídos ao longo do dia
 - Não fume
 - Evite bebidas alcoólicas
- Pratique exercícios físicos e atividades de lazer regularmente

PROCURE UMA UNIDADE DE SAÚDE!