

Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família

Planning, management and actions of men's health in the family health strategy

Planificación, gestión y acciones de salud del hombre en la estrategia de salud de la familia

Leonardo Peixoto Pereira¹

Adriana Alves Nery¹

1. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié - BA, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar a situação do planejamento, da gestão e das ações de saúde diante da perspectiva de implantação da Política de Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié. **Métodos:** Tratou-se de um estudo qualitativo. Entrevistaram-se gestores municipais dos serviços de saúde, profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família e homens com 25 a 59 anos residentes nas áreas adscritas das unidades de saúde estudadas; realizou-se análise documental do Plano de Saúde e Relatórios de Gestão na Secretaria Municipal de Saúde e análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** Não há atividades assistenciais; de prevenção e promoção à saúde masculina desenvolvidas e os processos de implantação da atenção à saúde do homem encontram-se incipientes. **Conclusão:** É preciso ampliar o diálogo e reorganizar as estratégias de planejamento e gestão para compreender as reais necessidades masculina e articular com os atores envolvidos a implantação das ações de atenção à saúde do homem.

Palavras-chave: Saúde do Homem; Estratégia Saúde da Família; Planejamento em Saúde; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the situation of planning, management and actions on health from the perspective of the implementation of the Policy of Attention to Men's Health in the Family Health Strategy in the city of Jequié. **Methods:** It was a qualitative study. We interviewed municipal managers of health services, health professionals of the Family Health Strategy and men ranging in age from 25 to 59 years old, residents in included areas of the health units studied; it was conducted a documental analysis of the Health Plan and Management Reports at the Municipal Health and subsequently, the content analysis, thematic mode. **Results:** There are not assistance activities; of prevention and promotion to men's health developed and the procedures of implementation of men's healthcare are incipient. **Conclusion:** It is needed to broadening the dialogue and reorganize the planning and management strategies to understand the real men's needs and articulate with the actors involved the implementation of attention actions to men's health.

Keywords: Men's Health; Family Health Strategy; Health Planning; Health Management.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la situación de la planificación, gestión y acciones en salud desde la perspectiva de la aplicación de la Política de Atención a la Salud de los Hombres en la Estrategia de Salud de la Familia, en la ciudad de Jequié. **Métodos:** Estudio cualitativo. Fueron entrevistados los administradores municipales de servicios de salud, profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia y hombres de 25-59 años; se realizaron el análisis documental y, posteriormente, el análisis temático de contenido. **Resultados:** No hay actividades asistenciales de prevención y promoción a la salud del hombre desarrolladas y los procedimientos de implementación de la atención se encuentran incipientes. **Conclusión:** Necesitamos ampliar el diálogo y reorganizar las estrategias de planificación y gestión para la comprensión de las reales necesidades masculinas y articular con los actores involucrados en la implantación de las acciones de atención a la salud de los hombres.

Palabras-clave: Salud del Hombre; Estrategia de Salud Familiar; Planificación en Salud; Gestión en Salud.

Autor correspondente:

Leonardo Peixoto Pereira.

E-mail: lpeixotop@gmail.com

Recebido em 19/03/2014.

Aprovado em 28/05/2014.

DOI: 10.5935/1414-8145.20140090

INTRODUÇÃO

No Brasil, o envelhecimento populacional apresenta a feminilização como uma de suas características e tal fenômeno ocorre por causa da maior mortalidade masculina quando comparada à feminina. A referida mortalidade se distribui em eixos causais que variam em magnitude a depender da faixa etária e tem nas causas externas e nas doenças do aparelho circulatório as principais causas de morte, que são superadas somente na faixa acima dos 50 anos de idade pelas neoplasias¹.

Mesmo diante da elevada mortalidade masculina, os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres. Acredita-se que isto ocorra por influência dos paradigmas sociais, culturais e de gênero, visto que o cuidado não é tratado como uma prática da saúde masculina. Tal problemática pode vir a prejudicar a prevenção em saúde, pois o ser socialmente visto como forte, viril, invulnerável, ao procurar os serviços de saúde, poderá ser associado à fraqueza e feminilidade^{2,3}.

Frente à reduzida procura, percebeu-se que os homens não estão dispostos a se ausentarem do trabalho, não são educados para o cuidado preventivo da própria saúde, possuem medo de adoecer e de depender de terceiros. Assim, eles buscam os serviços de saúde na presença de alguma doença instalada ou dor que prejudique seu desempenho no trabalho, ao tempo em que procuram obter medicamentos ou analgesia, de modo que ignoram as consultas de caráter preventivo e valorizam as ações curativas^{2,4}.

A referida valorização pelas ações curativas, assim como a elevada morbidade e mortalidade da população masculina, remete à reflexão da necessidade de uma reestruturação da relação entre homens e serviços de saúde no sentido de promover qualidade de vida da população masculina e também reduzir, significativamente, os encargos financeiros das ações em saúde pública.

Assim, para reorientar os serviços de saúde no sentido da promoção, proteção, prevenção e reabilitação da saúde masculina o Ministério da Saúde (MS) sustenta-se na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que é alinhada à Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) associada à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e juntas fundamentam-se na humanização das práticas de saúde para considerar a singularidade, o meio sócio-cultural do usuário e fortalecer as ações e serviços em redes de cuidados da saúde^{5,6}.

Logo, entendeu-se que os agravos à saúde do homem uma vez reconhecidos como problema de saúde pública necessitam de uma alocação e gestão estratégica de recursos, de tal forma que seja possível proporcionar o equilíbrio da oferta do serviço com as reais necessidades da população masculina. Nesse caminho, a gestão estratégica tem sido destacada nas propostas de reflexão da gestão em saúde, tais como: a análise e cogestão de coletivos; a micropolítica do trabalho em saúde e a tecnologia leve para o planejamento em saúde. Os conceitos e métodos, desses estudos, podem ser utilizados como referência para a construção de processos de planejamento participativo que contemplem o envolvimento de gestores, profissionais de saúde e dos usuários⁷.

Dessa forma, surgiu a seguinte questão norteadora da pesquisa: Qual a situação do planejamento, da gestão e das ações de saúde diante da perspectiva de implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família no Município de Jequié?

Nesse contexto, a realização do estudo justificou-se pela oportunidade de discutir o entendimento dos gestores responsáveis pela implantação das políticas de atenção à saúde da população, dos profissionais de saúde e dos usuários, acerca do planejamento, da gestão e da oferta dos serviços de atenção à saúde do homem e, desse modo, fomentar a discussão acerca das estratégias de planejamento e gestão que melhor se ajustam à implementação de serviços que respeitem às singularidades, diversidades sociais, culturais, étnicas, religiosas e de gênero, visto que a Bahia é o estado com o maior número de homens na região do Nordeste brasileiro e se destaca no cenário nacional junto ao estado de São Paulo no quantitativo de homens na população¹.

Diante da problemática discutida o estudo teve como objetivo: analisar a situação do planejamento, da gestão e das ações de saúde diante da perspectiva de implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família no Município de Jequié.

METODOLOGIA

Trata-se de um recorte de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório realizado no Município de Jequié, situado no estado da Bahia. O cenário da pesquisa foi composto pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e pelas Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana do município. Os sujeitos do estudo foram os gestores municipais dos serviços de saúde, os profissionais de saúde de nível superior atuantes nas USF e homens na faixa etária de 25 a 59 anos.

As sete Unidades de Saúde da Família que compuseram o estudo foram selecionadas com base nos seguintes critérios: equipe mínima completa, de acordo com os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde; unidades com 80% a 100% das famílias cadastradas e acompanhadas; unidades com apenas uma equipe.

Os sujeitos do estudo totalizaram 27 indivíduos, estes foram divididos em três grupos: Grupo 01 - Formuladores das políticas; Grupo 02 - Profissionais da saúde de nível superior e o Grupo 03 - População masculina.

O Grupo 01 foi composto por três formuladores das políticas. Entende-se por formuladores de políticas aqueles que integram o grupo de gestores envolvidos diretamente na definição dos objetivos, prioridades e estratégias de uma política, nos seus programas e projetos, seja de forma global ou nos ajustes e adaptações às localidades⁸.

O Grupo 02 foi composto por 13 profissionais atuantes nas USF selecionadas para o estudo. Destes, cinco são enfermeiros (as), quatro são médicos (as) e quatro são cirurgiões (ãs) dentistas. A seleção dos profissionais se fez por sorteio com reposição e estratificação por categoria profissional, os

profissionais sorteados que se recusaram a participar da pesquisa foram substituídos pelo próximo da lista de sorteio referente à profissão de recusa ou desistência.

O Grupo 03, de usuários do serviço, foi composto por 11 indivíduos e formado com base nos seguintes critérios de inclusão: ser homem na faixa etária de 25-59 anos, pois compõem o grupo etário alvo da PNAISH e estar cadastrado na USF da área de abrangência, independente de frequentar o serviço de saúde ou não.

Foram utilizados como estratégia de captação dos indivíduos do Grupo 03 os informantes-chave, estes são pessoas que possuem conhecimentos especiais acerca da população estudada⁹ e, neste estudo, enquadraram-se como informantes-chave os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das USF selecionadas.

No que diz respeito à quantidade de entrevistados, ressalta-se que por tratar-se de um estudo qualitativo não se preocupou em estimar a quantidade de entrevistas realizadas. Neste íterim, adotou-se então o critério de saturação das informações de modo a estabelecer o total de participantes do estudo a partir da repetição ou redundância de dados.

Vale ressaltar que foram elaborados três tipos de entrevistas com questões acerca do planejamento, dos aspectos gerenciais e da assistência à saúde do homem diante da perspectiva de implantação da PNAISH, de modo a adequar a abordagem dos diferentes grupos de entrevistados, a fim de que todos os sujeitos tivessem o completo entendimento do que fora questionado. Para tanto, realizou-se um estudo piloto no mês de junho de 2013 em uma das USF da zona urbana do Município de Jequié não selecionada para compor o cenário da pesquisa, no qual foram testados os instrumentos de coleta.

Por tratar-se de um *corpus* constituído por três grupos de entrevistados decidiu-se identificar as falas dos sujeitos pela letra "E" e pelo número da entrevista, seguido pela representação do grupo com a letra "G" e pelo número do grupo, por exemplo, E1-G1, E3-G2, E5-G3.

O estudo foi financiado pelos próprios autores e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - CEP/UESB: aprovado sob o parecer de nº 283.588 e da CAAE: 13012213.5.0000.0055, de forma a obedecer à Resolução 196/1996 e no momento em que os informantes concordaram em participar voluntariamente da pesquisa, procedeu-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta das informações foi realizada no período de julho a outubro de 2013 por meio de entrevista semiestruturada e da análise documental. Os documentos analisados foram o Plano Municipal de Saúde e os Relatórios de Gestão Municipal dos anos 2010, 2011 e 2012, subsequentes à instituição, no ano de 2009, da PNAISH no âmbito SUS. Foi realizada a leitura dos referidos planos e relatórios na SMS e fichamento das informações que, de forma direta ou indireta, relacionava-se com a atenção integral à saúde do homem.

Após a transcrição das informações foi realizada a Análise de Conteúdo subsidiada pela categorização temática do discurso

que se fundamenta em destrinchar os relatos em categorias e se executa em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação referencial¹⁰, de tal forma que foi identificada uma grande categoria: Planejamento e Gestão da Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família e duas subcategorias: Aspectos intrínsecos do Planejamento e da Gestão e Aspectos intrínsecos da oferta dos serviços de atenção à Saúde do Homem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Planejamento e gestão da atenção à saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família

O planejamento e a gestão das nuances que envolvem a oferta de uma atenção específica para a população masculina foram aqui divididos de forma didática em Aspectos intrínsecos do Planejamento e da Gestão e Aspectos intrínsecos da oferta dos serviços de atenção à Saúde do Homem, a fim de tornar claro aquilo que mais se aproxima dos níveis administrativos, assim como o que se debate mais próximo da oferta dos serviços, da assistência e dos homens.

Aspectos intrínsecos do Planejamento e da Gestão

No que diz respeito aos aspectos intrínsecos do planejamento e da gestão dos processos de implementação da PNAISH na Estratégia de Saúde da Família, percebeu-se, a partir das falas dos sujeitos da pesquisa, que ainda não há uma estratégia formulada, um plano de ação firmado, para estruturar a atenção integral à saúde do homem na ESF do município.

[...] a gente não fez um planejamento para que fosse implantada a atenção à saúde do homem [...] ainda estamos nos programando (E1-G1);

[...] não há nenhum projeto que faça esse programa fluir (E11-G2).

Apesar dessas assertivas, captou-se que há, de forma ainda não planejada, um interesse em estruturar um serviço de atenção especial à saúde do homem no município, visto que existe o reconhecimento da necessidade da organização gerencial administrativa para a implementação da PNAISH, bem como o entendimento gerencial de que o trabalho preventivo, comparado à assistência curativa, pode onerar menos os cofres públicos, conforme as falas a seguir.

[...] a gente está tentando se organizar para montar nas unidades (E1-G1);

[...] estamos tentando readequar e reformar a estrutura física [...] (E2-G1);

[...] estamos tentando implantar [...] estamos arrumando a casa. (E3-G1);

[...] se trabalhar com a prevenção vai se gastar muito menos [...] os hospitais e as emergências estão lotados

de pacientes que não trabalham com a prevenção e isso é uma preocupação, pois os pacientes se tornam de alta complexidade com um custo maior para o Estado (E3-G1).

O considerado início da organização, acima citado, refere-se a algumas ações pontuais já realizadas, a fim de reestruturar o cenário de políticas públicas do município, como pode ser observado nos seguintes relatos:

[...] iniciamos a reforma das unidades de saúde e praticamente todas elas estão em adequação da estrutura [...] (E2-G1);

[...] fizemos o mapeamento para poder abranger todo território [...] solicitamos a abertura de mais quatro USF [...] (E3-G1);

[...] aderimos ao PMAQ e nele há a adesão à saúde do homem (E7-G2); [...] estamos em programação de compra de serviços especializados em urologia (E1-G1).

Diante disso, mesmo ressaltando as ações realizadas e o reconhecimento da necessidade de organização da estrutura física e administrativa, supõe-se que o planejamento como ferramenta de gestão para a implementação da PNAISH na ESF do município seja desenvolvido de forma precária e distante do ideal, pois ressalta-se que o ato de planejar em saúde não seja limitado às ações de enfrentamento de problemas pontuais, mas sim uma estratégia fundamentada no reconhecimento das reais necessidades da população e no estabelecimento de metas a serem alcançadas.

De forma a corroborar o pensamento acima desenvolvido, estudiosos⁷ afirmam que o planejamento se alicerça na racionalização das ações humanas e consiste na definição de proposições, assim como na promoção da sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas.

Nesse aspecto, considera-se que é necessário repensar as questões de planejamento, a fim de observar a realidade local, conhecer a população envolvida nesse processo, propor ações de saúde, fundamentadas em estudo de viabilidade prévia, definir metas e avaliar, constantemente, a evolução da implementação da atenção integral à saúde do homem na ESF do município.

Cabe aqui ressaltar que a reforma iniciada nas unidades e a adequação da estrutura, o remapeamento, bem como a adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) representam um importante avanço no sentido da promoção da saúde da população masculina, visto que é imprescindível lidar com essa população em um ambiente livre de constrangimento, de modo acolhedor e estruturado tecnologicamente para proporcionar uma melhor condição de trabalho e melhores relações de comunicação¹¹.

O PMAQ fomenta o desenvolvimento de processos capazes de ampliar a capacidade das gestões federal, estaduais e

municipais em ofertarem serviços que assegurem a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde, de acordo com as necessidades concretas da população, que além desses aspectos, tem como um de seus desafios dirimir a incipiência dos processos de gestão⁶.

De modo mais específico, no que diz respeito à atual situação das dificuldades relacionadas ao planejamento, gestão e execução de políticas públicas do município, os problemas orçamentários e financeiros emergiram com destaque nos relatos dos (as) entrevistados (as).

Existe um débito de dezesseis milhões (E3-G1);

[...] há poucos recursos [...] os municípios arcam com grande parte do custeio desses programas (E2-G1);

[...] a maior dificuldade é comprar os serviços [...] A gente tem orçamento, mas pouco [...] um PSF que nós recebemos quinze mil mensais o gasto dele é de vinte e nove mil, o resto é contrapartida do município. Há uma dificuldade financeira (E3-G1);

[...] temos hoje uma grande dificuldade em gerir por conta da destinação insuficiente de recursos (E2-G1).

Fundamentado nas falas dos (as) entrevistados (as) percebeu-se claramente que a escassez de recursos financeiros é considerada pelos (as) gestores (as) como uma grande dificuldade para o planejamento, gestão e execução dos serviços de atenção à saúde da população.

Salienta-se então, que o financiamento insuficiente pode restringir a capacidade de organização de uma rede pública de saúde acessível e resolutiva. Dessa forma, a garantia da regularidade e da expansão da participação dos gastos públicos com ações e serviços de saúde é fator imprescindível para melhorar o desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS)¹².

Nesse sentido, afirma-se que alcançar níveis ótimos de gestão financeiro-administrativa dos serviços de saúde não é tarefa simples, todavia a estratégia principal para a superação dos entraves orçamentários deve se firmar em um planejamento que assegure um fluxo regular de recursos para a saúde nos patamares mínimos estabelecidos pela emenda constitucional nº 29 do ano 2000 (EC-29)¹³ posteriormente, sancionada como Lei Complementar nº 141 do ano de 2012.

Apesar do investimento financeiro programado pelo Ministério da Saúde para financiar a PNAISH, conforme Plano de Ação Nacional⁵ acredita-se que o sucesso da proposta de atenção integral à saúde do homem está condicionado não somente ao fator financeiro, mas sim ao planejamento e a operacionalização de estratégias de inclusão masculina com o reconhecimento da realidade sociocultural e epidemiológica de cada região do país.

Para tanto, um estudo realizado no Sul do Brasil¹⁴ reforça que os profissionais e os gestores de saúde devam ser capacitados para desempenhar toda a articulação necessária entre a gestão e a oferta de serviços de atenção integral ao homem, problematizar a realidade de cada USF e desenvolver estratégias

inclusivas de atendimento, de tal forma que seja possível atender às peculiaridades da população masculina.

Logo, entende-se a capacitação profissional para atuação com a atenção integral à saúde do homem como um aspecto intrínseco e imbricado nos processos de planejamento e gestão para a implementação da PNAISH e, nessa direção, foi possível observar que nenhum dos entrevistados havia participado de capacitações, em algum momento, que envolvessem a atenção à saúde do homem, de acordo com o que está explícito nas falas abaixo.

[...] não participei de nenhuma capacitação nessa área (E1-G2);

[...] relacionada à saúde do homem em si não (E2-G2);

[...] nunca tivemos nenhuma capacitação em relação a isso não (E9-G2);

[...] não houve capacitação para trabalhar nesta perspectiva (E12-G2).

De forma inusitada destacam-se o relato de um entrevistado do Grupo 01, os formuladores de políticas, que entende que os profissionais médicos não precisam ser capacitados.

[...] não vamos ter problemas relacionados ao atendimento do médico. Na realidade a gente nem precisa capacitar os médicos [...] (E1-G1).

Nessa perspectiva, pesquisadores¹⁴ discordam da não capacitação dos médicos quando dizem que todos os profissionais de saúde, sem distinguir categorias profissionais, devem ser capacitados para a atenção à população masculina, além do que elucida a importância do diálogo entre profissionais e gestores de saúde para promover a eficiente oferta da atenção ao homem.

Assim, entende-se, então, que existe uma necessidade premente de promover capacitações dos gestores e dos profissionais atuantes na ESF do município, de modo a promover a compreensão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, bem como o conhecimento das nuances do trabalho de atenção à saúde da população masculina, visto que, segundo a PNAISH, a capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem é imprescindível, para que os princípios da humanização e da qualidade, que implicam na promoção, no reconhecimento dos direitos dos homens e no respeito à ética sejam cumpridos⁵.

No grupo de usuários, apesar deles se expressarem menos no que diz respeito ao planejamento e a gestão dos serviços de saúde, foi possível apreender que os homens consideram que as questões gerais e administrativas da rede de atenção à saúde pública estão envoltas em um sistema de corrupção. Assim, eles acreditam que há uma necessidade de reforma política para superar os problemas da atenção à saúde da população brasileira, conforme os relatos.

[...] é muito roubo, a coisa tá difícil são anos o povo reclamando (E4-G3);

Para melhorar só com uma reforma da política, menos corrupção e mais investimento na saúde (E6-G3).

Para superar os problemas supracitados os homens identificam a necessidade do planejamento, da organização, da reestruturação física dos ambientes de atenção à saúde, da capacitação profissional e do reconhecimento por parte dos profissionais das necessidades de saúde que eles apresentam e se expressam de um modo bastante peculiar, mas que resume fielmente toda essa problemática por eles levantada, conforme os relatos a seguir.

[...] tem que fazer uma listagem das necessidades da saúde (E11-G3);

[...] tem que manter direitinho, pagar os funcionários, não deixar faltar os remédios, ter mais exames para o povo (E7-G3);

[...] melhorar as estruturas para o profissional exercer a sua função não fazer exames de cinco minutos e mandar ir para casa (E9-G3);

Os médicos deveriam procurar saber o que está acontecendo com a saúde e mostrar o que deveria melhorar, não adianta só reclamar que ganha pouco e não trazer nenhuma solução para resolver o problema (E11-G3).

Nesse contexto, um estudo de conduzido no Rio de Janeiro¹¹ corrobora com os achados acima descritos e enfatiza que os homens trazem demandas que se relacionam com a condução dos serviços e com as lacunas existentes no atendimento específico a eles e destacam que deve haver uma melhor formação profissional, melhoria da estrutura física; reformulação dos aspectos gerenciais e organizativos dos serviços de saúde com eficaz alocação de recursos; assim como acolhimento e processos comunicativos mais eficientes.

Vale aqui destacar que não foram encontradas no Plano Municipal de Saúde e nos Relatórios de Gestão dos anos 2010, 2011 e 2012, referências de associação de qualquer natureza com a política de atenção integral à saúde do homem, o que por sua vez reforça a afirmação dos formuladores das políticas de que não houve debate ou planejamento, em caráter oficial, acerca da possibilidade da implantação de serviços de atenção à população masculina.

Aspectos intrínsecos da oferta dos serviços de atenção à Saúde do Homem

No que diz respeito aos aspectos intrínsecos da oferta dos serviços de atenção à Saúde do Homem diante da perspectiva de implementação da PNAISH na Estratégia de Saúde da Família, há uma grande convergência nas afirmativas dos entrevistados (as) de que não há no município algum serviço de atenção específica para o homem a partir das falas apresentadas a seguir.

Não existe nas unidades ainda, não está ofertando os serviços [...] (E1-G1);

Não tem nada voltado para a saúde do homem (E1-G2);

[...] Fazemos anamnese, exame físico e clínico, mas não tem algo específico para o homem (E4-G2).

Embora haja um consenso da maioria, para um entrevistado do grupo de profissionais de saúde, existe o serviço específico implantado para atender os homens, todavia eles não o procuram.

[...] aqui tem, agora os homens não procuram (E2-G2).

Supõe-se que tal divergência seja fruto do não reconhecimento dos elementos fundamentais para a implementação da PNAISH, principalmente, do primeiro e do quarto elementos descritos na política que afirmam, respectivamente, que para considerar a implantação deve haver acesso do homem aos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, organizados em rede; bem como a captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária, de forma a melhorar o grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário⁵.

Entretanto, no que diz respeito ao atendimento dos homens que frequentam os serviços de saúde, os entrevistados afirmam que eles são atendidos em programas genéricos, não específicos ou por meio da demanda espontânea da USF, conforme expressam a seguir.

[...] os programas que acabam incluindo os homens são o Hiperdia e o Planejamento Familiar [...] (E1-G2);

O atendimento é feito para os pacientes que nos procuram (E4-G2);

[...] senti necessidade de um atendimento ele procura a unidade, mas não existe na semana típica nada específico para o homem (E5-G2).

Nessa direção, um estudo multicêntrico realizado em Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e São Paulo corrobora com os achados acima descritos que direcionam ao entendimento de que o homem é atendido de forma genérica nos serviços de atenção à saúde pública no Brasil¹⁵.

Na oportunidade o referido estudo multicêntrico destacou que a presença do homem nos serviços de atenção à saúde se concentra nos programas de hipertensão e diabetes, consulta médica e odontológica, bem como em atividades específicas como a fisioterapia e a saúde mental, além do que são priorizadas as ações curativas¹⁵.

Nesse contexto, os homens entrevistados no presente estudo também reforçam a afirmação da procura por demanda espontânea e assistência curativa.

Preciso quando fico doente, tenho algum problema, uma gripe, uma coisa assim (E1-G3);

Eu vou quando sinto algum problema [...] (E7-G3);

Não faço nenhum tipo de prevenção não (E10-G3).

Situação esta que reforça a necessidade de mobilizar a população masculina na direção da garantia do direito social à saúde, de tal forma que os homens sejam protagonistas de suas demandas com enfoque na qualidade de vida. Para tanto, entende-se que é imprescindível orientá-los acerca da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades que afetam o homem, assim como reorientar as ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, para que eles entendam os serviços de saúde também como espaços acolhedores⁵.

Outra questão destacada pelos entrevistados em relação à demanda masculina nos serviços de atenção básica foi a menor procura do homem pelos serviços quando comparada com a demanda feminina nas USF.

[...] oitenta a noventa por cento dos pacientes são mulheres (E2-G1);

A mulher procura muito mais a saúde pública do que o homem (E2-G2);

Eu atendo muito mais mulheres (E9-G2);

Mulher procura mais porque se cuida e o homem tem preconceito (E9-G3).

No tocante à compressão dos entrevistados de que existe uma menor procura dos homens pelos serviços de atenção básica, um estudo realizado em Unidades de Saúde da Família do Rio Grande do Sul concorda com a existência da menor procura pelo homem e ainda ressalta que na população masculina com idade produtiva a procura é ainda menor¹⁴.

Outra questão que chamou atenção foi a emergência de estereótipos culturais e de gênero nos relatos de formuladores das políticas, expressos de forma a entender que alguns paradigmas socioculturais, tais como: o ato de cuidar da casa é inerente às mulheres; o homem é o provedor familiar e trabalha mais do que a mulher, são justificativas aceitáveis para a não adesão da população masculina aos serviços e atividades de prevenção da saúde.

A mulher é mais fácil [...] a mulher é dona de casa e cuida dos filhos e o homem é quem vai trabalhar, é quem vai buscar o recurso para estar sustentando a família [...] (E1-G1);

[...] durante o período da manhã e do dia ele está trabalhando e não procura a unidade de saúde e isso dificulta os aspectos básicos de saúde do homem (E2-G1).

Embora, concorde-se aqui que existam os entraves sociais, culturais e de gênero relacionados a questão da atenção integral à saúde masculina, acredita-se que a postura dos formuladores de políticas deve, além de reconhecer os entraves culturais e de gênero na perspectiva de implementação da PNAISH na ESF, sustentar-se no pensamento de que as estratégias desenvolvidas pelos gestores e profissionais de saúde devem ser capazes de superar tais dificuldades e aproximar os homens dos serviços preventivos de saúde, conforme o relato de um entrevistado do Grupo 01 de formuladores das políticas destacado abaixo.

O homem quer ser intocável, ele tem as suas dificuldades em comparecer a unidade, mas com certeza a gente vai resgatar ele e trabalhar a prevenção (E3-G1).

Nessa problemática, ressalta-se que existe, nacionalmente, uma dificuldade dos gestores na elaboração de mecanismos para a aproximação e participação dos homens nos serviços de saúde¹⁵. Como estratégia para resolver esse entrave o Ministério da Saúde propõe que sejam incorporadas nas práticas de gestão dos serviços de saúde uma nova filosofia referencial ética, teórica e política, principalmente, relacionado às questões de gênero, bem como que seja ampliado o diálogo entre universidades, profissionais e gestores, a fim de promover a valorização da contextualização crítica e histórica das nuances da atenção à saúde do homem^{16,17}.

Os paradigmas socioculturais e de gênero também foram destaque nas falas de profissionais e usuários.

[...] é aquele pensamento antigo de que eu sou melhor do que a mulher, mais forte do que a mulher (E2-G2);

O homem está sempre trabalhando e a mulher fica mais em casa e tem mais tempo para poder ir marcar a consulta. [...] (E1-G3);

[...] tem vergonha de tirar a roupa [...] (E4-G3);

[...] preconceito de fazer o exame do toque retal [...] quando você chega lá está cheio de mulher e o homem se sente constrangido, a maioria dos pacientes é mulher e o homem fica constrangido (E9-G3).

A dificuldade que o homem tem de despir-se em frente aos profissionais de saúde e o preconceito que envolve o exame de próstata também foram identificados em um estudo no Rio de Janeiro¹⁸ que afirma que não debater estes assuntos pode influenciar os profissionais de saúde a não reconhecerem a necessidade de privacidade dos homens nos ambientes de saúde, bem como reforçar por meio de atitudes, comportamentos, preconceitos e estereótipos a perpetuação de uma construção simbólica pejorativa entre a sexualidade masculina e o exame do toque retal.

Nesse aspecto, sabe-se que os homens veem o fato das unidades serem mais frequentadas por mulheres, além dos outros entraves socioculturais e de gênero, como uma barreira de acessibilidade e comunicação nos serviços preventivos de saúde^{14,18}.

Dessa forma, entende-se que as questões sociais, culturais e de gênero precisam ser trabalhadas em todas as esferas onde se desenvolvem, discutem, planejam e executam as ações de atenção integral à saúde do homem, de tal forma que os diversos atores envolvidos, tais como: gestores, profissionais, usuários e familiares sejam inseridos no processo de implementação da política de uma maneira que sejam valorizados a educação em saúde, a comunicação, a humanização, o respeito às diversidades e a equidade nas relações de atenção à saúde de modo a primar pela promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segundo os homens não somente as questões de gênero são influência para a não aproximação do homem aos serviços de saúde. Eles destacam facilidades e dificuldades que influenciam nessa dinâmica relação entre a população masculina e os serviços de saúde.

No que diz respeito aos obstáculos, eles destacam a dificuldade de acesso ao profissional médico, aos exames e a outros serviços da rede de atenção à saúde, assim como relacionam a dificuldade de acesso aos compromissos de trabalho.

Chegar no trabalho sem o atestado (E1-G3);

Eu estou sempre trabalhando [...] (E2-G3);

Fazer alguns exames igual o do coração que eu tive que pagar (E7-G3);

Dificuldade de encontrar um médico e conseguir o exame (E9-G3).

Contudo, no que diz respeito às facilidades a maioria dos entrevistados teceu respostas acerca da proximidade da USF com o domicílio e com o fato de ser um serviço gratuito.

É perto [...] você sai cedo e cinco horas da manhã já está lá e quando der sete horas já dá para estar no trabalho (E1-G3);

É de graça e perto também. Não precisa pegar carro ou moto (E4-G3);

É fácil por que é perto de casa, não paga nada (E7-G3).

Percebeu-se, então, que foi encontrado, assim, como em estudos pelo Brasil^{4,14,18}, a questão dos compromissos e horários de trabalho como sendo um fator de grande importância para o distanciamento dos homens das ações e dos serviços preventivos de saúde.

Nesse sentido, infere-se que existe uma necessidade de discutir nas questões de planejamento e gestão da oferta de serviços de saúde a possibilidade de flexibilização dos horários de atenção à população masculina, no intuito de aproximar estes indivíduos das ações preventivas.

De modo a reforçar a inferência acima destacada existem relatos^{14,15} de que nos serviços em que houve a disponibilização de atendimento aos sábados e domingos, terceiro turno (noturno) ou até mesmo atendimento 24h, houve uma maior presença masculina do que aqueles que não flexibilizaram os horários.

No que diz respeito à dificuldade de se encontrar um médico e realizar exames na rede de saúde, reforçada pelas expressões dos usuários descritas abaixo.

Deveria ter o médico, ser fácil de marcar e para pegar ao atestado (E1-G3);

Se por médico, vaga suficiente e sem fila as coisas melhoram (E4-G3).

Entendeu-se que os processos de planejamento e gestão possam não estar dando a devida atenção ao princípio da divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário descrito na Lei 8080 de 1990 e, por outro lado, se está havendo observância ao cumprimento da carga horária semanal de trabalho pelo médico, prevista na PNAB⁶.

Acredita-se também, que uma vez melhores informados acerca dos serviços associado ao cumprimento da carga horária semanal de trabalho pelos profissionais de saúde, bem como ao fortalecimento da rede de saúde, os indivíduos poderão ampliar o reconhecimento das potencialidades do acesso, confiar na resolutividade da atenção básica, aproximar-se do serviço e reivindicar os seus direitos de cidadãos.

Associado aos demais problemas que permeiam a aproximação masculina dos serviços de saúde, não existem, nas unidades estudadas, estratégias para a captação dessa clientela e os entrevistados avaliam que,

Não houve muito interesse nessa parte ainda, nem das equipes, nem dos gestores, em buscar os homens [...] (E6-G2);

[...] tem que se fazer um trabalho dentro da comunidade para que o homem vá procurar o serviço e o atendimento nas unidades de saúde [...] (E1-G1);

Tem que fazer mais campanhas, dar mais informações através do rádio, da televisão ai sim possa ser que eles comecem a se conscientizar (E8-G2).

Desse modo, salienta-se que é preciso organizar e fortalecer ainda mais, no nível da gestão e do planejamento, o reconhecimento da necessidade e o interesse em desenvolver a atenção integral a saúde do homem na ESF do município; iniciar na comunidade o trabalho de sensibilização e educação da população masculina acerca dos benefícios e da importância da prevenção em saúde, assim como divulgar nos meios de comunicação as informações pertinentes a esse processo educativo, antes de simplesmente ofertar os serviços estabelecidos na Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os (as) participantes do presente estudo deixaram explícito que a gestão dos processos de implantação da Política de

Atenção Integral à Saúde do Homem encontra-se em estado de incipiência, visto que não há uma estratégia formulada para implantar e implementar um serviço de atenção integral à saúde do homem no município.

Os (as) profissionais envolvidos (as) nos processos de implantação da PNAISH reconhecem a necessidade de reorganização do sistema gerencial e estrutural da conjuntura em que se desenvolve a Atenção Básica, para a viabilidade da adesão do município às estratégias de atenção integral à saúde masculina e deixa evidente que algumas ações pontuais já foram iniciadas no sentido da reestruturação e reorganização dos serviços, tais como: a reforma das unidades de saúde; o remapeamento das áreas de abrangência; a abertura de mais quatro USF; a adesão ao PMAQ e a compra de serviços especializados em urologia.

Também foi possível identificar no estudo a imprescindibilidade da capacitação dos formuladores de políticas e dos (as) profissionais de saúde da ESF quanto à atenção integral à saúde do homem, visto que nenhum dos (as) profissionais entrevistados (as) fora alguma vez capacitados para atender o homem de modo específico e, nesse aspecto, considera-se que a capacitação profissional é indispensável para o desenvolvimento de ações que se estruturam na ética, na humanização e no respeito dos direitos dos indivíduos.

No tocante a oferta de serviços específicos de atenção à população masculina na ESF os três grupos de entrevistados (as) deixaram claro que não há ainda nenhuma atividade assistencial; de prevenção e promoção à saúde masculina desenvolvida para atender tal população. Além disso, ressalta-se também que há uma grande disparidade no número comparativo entre homens e mulheres que frequentam a Atenção Básica, sendo que eles acessam os serviços de forma consideravelmente menor do que elas, o que se dá basicamente por demanda espontânea. O atendimento ocorre de forma genérica, principalmente, nos serviços de hipertensão, diabetes, consulta médica e odontológica, de modo que são priorizadas as ações curativas.

Outra questão que emergiu com grande destaque no estudo foram os paradigmas sociais, culturais, com destaque aos de gênero, como entraves para a aproximação masculina dos serviços de promoção e prevenção da saúde.

Apreendeu-se também que, além das questões de gênero, os homens entrevistados no Grupo 03 não reconhecem muito bem os serviços que são ofertados nas USF e elencam somente a proximidade da unidade com a residência e a gratuidade dos serviços como facilitadores da aproximação e adesão à ESF, além do que os (as) entrevistados (as) do Grupo 01 e 02 reconhecem que é preciso criar estratégias para captar os homens para as atividades de saúde, flexibilizar o horário de atendimento ao público masculino, assim como promover uma melhor informação acerca da oferta dos serviços na comunidade.

Assim, no que diz respeito ao planejamento como ferramenta de gestão para a implantação da PNAISH na ESF salienta-se que é preciso ampliar o diálogo e desenvolver, urgentemente, um método de planejamento que leve em consideração a realidade local; a singularidade dos indivíduos; a capacitação profissional; o

reconhecimento das questões de gênero; a eficiente alocação de recursos financeiros e se alicerce na humanização e no respeito às diversidades humanas, de tal forma metas sejam definidas e as avaliações sejam realizadas no sentido da evolução da atenção integral à saúde do homem.

Convém ressaltar que o estudo possui limitações no que diz respeito a sua generalização, visto que o Brasil é um país de vasto território geográfico e de grande diversidade cultural, social, econômica, entre outras. Todavia, compreende-se que a sua aplicação teórica e prática é bastante consistente, de modo a fomentar o reconhecimento das nuances gerenciais, administrativas e assistenciais da atenção à saúde do homem nas diversas realidades regionais brasileiras.

Enfim, infere-se diante de toda essa problemática que é primordial reorganizar e fortalecer as estratégias de gestão e planejamento no intuito de captar as reais necessidades da população masculina e articular com todos os atores envolvidos na implantação da PNAISH na ESF ações de fomento e de desenvolvimento da atenção integral a saúde do homem, associadas à divulgação, sensibilização e educação da população masculina acerca dos benefícios e da importância da prevenção em saúde.

REFERÊNCIAS

- Schwarz E, Gomes R, Couto MT, Moura EC, Carvalho SA, Silva SFC. Política de saúde do homem. *Rev. saude publica.* 2012 dez;46(1):108-16.
- Albano BR, Basílio MC, Neves JB. Desafios para a Inclusão dos homens nos serviços de Atenção Primária a Saúde. *Revista Enfermagem Integrada.* 2010 dez;3(2):554-63.
- Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Cienc. saude colet.* 2011 fev;16(11):4503-12.
- Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saude Publica.* 2010 mai;26(5):961-70.
- Portaria n. 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Diário Oficial da União, Brasília (DF),* 28 ago 2009: Seção1: 1.
- Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Brasília (DF),* 24 out 2011: Seção 1: 1.
- Teixeira CF, Vilasbôas ALQ, Jesus WLA. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS. In: Teixeira CF, organizador. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências.* Salvador (BA): EDUFBA; 2010. p. 51-76
- Belloni I, Magalhães H, Sousa LC. Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2007.
- Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. Tradução de Ana Thorell. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2010.
- Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa (POR): Edições 70; 2011.
- Gomes R, Rebello LEFS, Nascimento EF, Deslandes SF, Moreira MCN. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. *Cienc. saude colet.* 2011 nov;16(11): 4513-21.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- Souza LEFP. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Cienc. saude colet.* 2009 jun;14(3):911-8.
- Vieira KLD, Gomes VLO, Borba MR, Costa CFS. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. *Esc Anna Nery.* 2013 mar;17(1):120-7.
- Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, Schraiber LB, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface: Comunicacao, Saude, Educacao.* 2010 jun;14(33):257-70.
- Couto MT, Gomes, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Cienc. saude colet.* 2012 out;17(10):2569-78.
- Martins AM, Malamut BS. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saude soc.* 2013 jun;22(2):429-40.
- Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Cienc. saude colet.* 2011 fev;16(1):983-92.