



Escola Nacional de Administração Pública
Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social

**IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À
SAUDE DO HOMEM**

Brasília
2013

RITA DE CÁSSIA BARBOSA DE OLIVEIRA

**IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À
SAÚDE DO HOMEM**

Trabalho de conclusão de Curso de Especialização, como requisito para obtenção do grau de Especialista em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social, pela Escola Nacional de Administração Pública.

Orientador: Dr. Prof. Trajano Augustus Tavares Quinhões

Brasília

2013

RITA DE CÁSSIA BARBOSA DE OLIVEIRA

IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Trabalho de conclusão de Curso de Especialização, como requisito para obtenção do grau de Especialista em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social, pela Escola Nacional de Administração Pública.

Orientador: Dr. Prof. Trajano Augustus Tavares Quinhões

Aprovado pela Banca Examinadora em Dezembro de 2013:

Orientador

Dr. Prof. Trajano Augustus Tavares Quinhões.

Prof.

Dr. Prof. Frederico Augusto Barbosa da Silva

Brasília

2013

AGRADECIMENTOS

Ao meu amado Jesus que tem manifestado Seu Amor por mim concedendo-me diversas oportunidades de aprendizado, a Especialização em Políticas Públicas de Desenvolvimento e Proteção Social foi uma delas. À minha família por me amarem e terem paciência comigo na minha busca por crescimento humano e profissional. À Marília Lavocat pelo apoio. Ao meu orientador, Prof. Dr. Trajano Quinhões pelas orientações imprescindíveis na realização desse estudo.

“Contudo, seja qual for o grau a que chegamos o que importa é prosseguir decididamente”.

Paulo de Tarso
(Filipenses 3:16)

RESUMO

O presente trabalho objetiva analisar a implantação e implementação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem no Brasil. Trata-se de uma revisão bibliográfica, onde foram analisados artigos disponibilizados na base de dados Scielo, USP, UNB, EPS Fiocruz e CONASEMS. Bem como verificações em material bibliográfico disponível no acervo e biblioteca do Ministério da Saúde, do CONASS, do CONASEMS, sites governamentais e revistas especializadas. Por meio do estudo realizado, percebeu-se que criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visando o enfrentamento e a superação das barreiras socioculturais e institucionais que impedem os homens de buscarem a resolutividade dos problemas de saúde ainda na fase inicial de adoecimento, não é suficiente. Para além da criação dessa política, faz-se necessário um sistema de saúde bem estruturado fisicamente, equipamentos apropriados, profissionais capacitados, serviços integrados, comprometimento dos gestores em cada nível da federação; e ações contínuas de comunicação e sensibilização do público masculino.

Palavras-Chave: Saúde do Homem, Gênero, Barreiras, Sensibilização e Capacitação.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. JUSTIFICATIVA.....	13
2.1. PROBLEMA DE PESQUISA E OBJETO DE ESTUDO.....	14
3. OBJETIVO GERAL.....	15
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
5.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SISTEMA UNIVERSAL COM FINANCIAMENTO PÚBLICO E RESPONSABILIDADES COMPARTILHADAS.....	16
5.2. ATENÇÃO BÁSICA: PORTA DE ENTRADA DE ACESSO AO SUS.....	19
5.3. OS CUIDADOS EM DA SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DE GÊNERO.....	21
5.4. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH).....	29
5.4.1. FORMULAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH).....	29
5.4.2. IPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH).....	40
5.4.3. AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH).....	46
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
7. REFERÊNCIAS.....	57

LISTA DE TABELAS

Nº	Título	Página
01	População Residente no Brasil por Sexo.	31
02	População Masculina de acordo com as Diferentes Fases da Vida	32
03	Percentagem de óbitos de acordo com as causas mais frequentes dos diferentes grupos etários da população alvo	34
04	Percentual de neoplasias no sexo masculino na faixa etária de 25 a 59 anos.	35
05	Agressões	37
06	Lesões Auto Provocadas Voluntariamente	37
07	Acidentes de Transporte	38
08	Execução da ação de nº 8752 - Implementação da PNAISH	43
09	Capacitação para profissionais priorizando a AB/ESF - Estados	47
10	Realização de um atendimento/ano em no mínimo 20% da população masculina de 40 a 59 anos - Estados	47

LISTA DE GRÁFICOS

Nº	Título	Página
01	Distribuição percentual da população masculina.	32
02	Causas de Mortalidade na População Masculina dos 25-59 anos	33
03	Percentagem de óbitos por Neoplastia do Aparelho Digestivo	35
04	Total de respondentes da pesquisa por região	45
05	Implementação de ações de Saúde do Homem com foco na AB	46
06	Ampliação do acesso ao Planejamento Familiar (Lei 9.363) com incentivo à vasectomia à nível ambulatorial (Portaria 1.945) – Estados	48
07	Sensibilização da população masculina para a promoção da saúde e prevenção dos agravos - Estados	49
08	Recurso repassado para implantação e implementação da PNAISH - Estados	50
09	Recurso repassado para implantação e implementação da PNAISH - Estados	51

1. INTRODUÇÃO

O modelo universal do sistema de saúde no Brasil é relativamente novo. Foi a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 que a saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado. Para se efetivar esse direito universal foi criado o Sistema Único de Saúde. Reconhecidamente, uma das maiores conquistas sociais do povo brasileiro após a redemocratização.

Além disso, é uma das políticas públicas mais includentes do país. Haja vista que o SUS tem um coletivo de 190 milhões de pessoas que deve ter seu direito à saúde efetivado (Santos 2012).

Isso, entretanto, não é uma empreitada simples de se concretizar, conforme explicitado por Santos (2012):

“...todos os países que garantem sistemas universais de saúde, [...] não têm mais que 60 milhões de habitantes! [...]Veja: Suécia, Noruega, Finlândia não têm mais que 12 milhões de habitantes; Inglaterra, França, Itália, Espanha não têm mais que 65 milhões de habitantes; Canadá tem por volta de 33 milhões de habitantes”.

Dessa forma, a operacionalização do SUS como sistema universal a que todo cidadão tem acesso de forma igualitária e equânime depende de diversos fatores. Entre os quais, a imperatividade de se formular políticas que atendam aos diversos usuários do sistema. Dentre eles, o homem.

No que tange à saúde da população masculina, diversas pesquisas mostram que os homens vivem menos que as mulheres.

No Brasil, por exemplo, a expectativa de vida dos homens era de 69,73 anos em 2010, e das mulheres, 77,32 anos, uma diferença de sete anos, sete meses e dois dias. (IBGE 2012). Na França, em 2010, era de 78,35 anos dos homens, e de 84,73 de anos para as mulheres¹. Uma diferença de seis anos, quatro meses e 17 dias.

Dentre outros fatores, isso se deve ao fato dos homens serem mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas. Por isso morrem mais

¹ Fonte: CIA World Factbook – 2011.

precocemente que as mulheres, conforme demonstram diversos estudos (Nardi et al., 2007; Courtenay, 2007).

Entretanto, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica.

De acordo com Ferreira (2013):

“A diferença entre os sexos com relação à busca aos serviços de saúde é nítida, a procura masculina por serviços ambulatoriais, em sua grande parte, é gerada pelo trabalho ou pelo seguro social, contrapondo-se a demanda feminina que se apresenta como essencialmente voluntária. Nesse quadro de ausência dos homens às unidades de saúde estão incluídos diversos determinantes psicossociais como medo da descoberta de um problema grave, preconceito contra procedimentos invasivos e vergonha de exposição do corpo perante o profissional.”

Dessa forma, muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária.

Essa resistência do público masculino resulta em baixa resolutividade nos tratamentos, tendo em vista que normalmente a morbidade já está em estado avançado. Além disso, oneram o Sistema Único de Saúde (SUS), pois a maior parte dos homens acessa e utiliza os serviços de saúde por meio da média e alta complexidade.

De um modo geral, podem-se agrupar as causas da baixa adesão em dois grupos principais de determinantes, que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde (Gomes, 2003; Keijzer, 2003; Schraiber et al., 2000) a saber, barreiras sócio-culturais e barreiras institucionais.

Em relação aos obstáculos sócio-culturais que dificultam o acesso do público masculino às ações e serviços de saúde, encontra-se o fato de o homem se sentir invulnerável, um sujeito que não sente dor e sofrimento. Além disso, o de entender a doença e os agravos à saúde como próprios do universo feminino, dos idosos e das crianças.

No que se referem às barreiras institucionais as quais impedem que os homens utilizem os serviços de saúde, encontra-se o desconhecimento da lógica da relação homem-saúde e dos conceitos e aspectos de gênero e masculinidade; despreparo dos agentes de saúde, cuja a maior parte são de mulheres, no atendimento ao público masculino; práticas de horários de funcionamento e atendimento incompatíveis com horários de trabalho dos homens; ausência de ações e serviços integrados que garantam um tratamento objetivo e hábil.

Diante dessas constatações e devido, sobretudo, aos resultados de estudos e de pesquisas comparativas, em novembro de 2008, o Ministério da Saúde em parceria com gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional, formulou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)². Objetivando, sobretudo, o enfrentamento dos agravos que são próprios do público masculino.

A criação dessa política foi uma das ações estabelecidas no Programa Mais Saúde - a estratégia nacional formulada pelo governo brasileiro para a saúde em 2008. Esse programa contemplava 73 medidas e 165 metas, totalizando um investimento de quase 90 bilhões de reais.

Entre os Eixos de Intervenção, encontrava-se o de Atenção à Saúde, que incluiu a "implantação de ações voltadas para a Atenção à Saúde do Homem". Para tanto, foi assegurado recursos para consolidar tal medida no triênio 2008-2011.

Os principais objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem são:

“promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro, é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população” (PNAISH 2008).

² Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) publicada por meio da Portaria MS/GM nº 1.944, de 27 de agosto de 2009.

Na formulação da PNAISH buscou-se alinhá-la a outras políticas de saúde. Dentre elas, a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - com as estratégias de humanização. Além disso, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família.

Assim, foram previstas dentre outras estratégias, a de incentivar e assessorar a implantação das ações da Política de Atenção Integral de Saúde do Homem no âmbito das gestões dos Estados, Distrito Federal e Municípios..

Para tanto, foram definidas as seguintes responsabilidades institucionais:

“à União: Fomentar a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Home [...] Aos estados: definir, coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito do seu território, a PNAISH. [...] Aos municípios: coordenar, implementar, acompanhar e avaliar no âmbito do seu território, a PNAISH, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, como porta de entrada do sistema de saúde integral e hierarquizado” (PNAISH 2008).

Ademais, no âmbito do Ministério da Saúde, foi criada a Área Técnica de Saúde do Homem com o objetivo de acompanhar, monitorar e avaliar a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

2. JUSTIFICATIVA

Uma política específica para homens representa uma inovação, na medida em que os homens não foram, historicamente, sujeitos singularizados nas intervenções desenvolvidas pelo Estado brasileiro no campo da saúde (Leal, Figueiredo e Nogueira - 2012).

Contudo, houve certa demora na decisão do governo quanto à formulação da PNAISH, pois segundo Knauth, Couto e Figueiredo (2012):

“desde a década de 90 vários estudos já sinalizavam para os padrões diferenciados de adoecimento e mortalidade de homens e mulheres. Além das questões vinculadas ao trabalho, aspectos relacionados à reprodução e à sexualidade, particularmente após a epidemia do HIV/Aids, também passam a ser objetos de pesquisas e intervenções. Mais recentemente, se acresce a temática da violência, visto que além de serem os principais atores da violência de gênero, os homens também são as principais vítimas da violência urbana”.

Além disso, os homens têm se mostrado mais vulneráveis às doenças, principalmente as patologias crônicas degenerativas como as doenças cardiovasculares e as neoplasias. E, esses vêm cursando com índices de mortalidade precoce 40% maiores que nas mulheres, considerando todas as idades (1).

Segundo o Sistema de Informação de Mortalidad (SIM/MS), em 2011, os óbitos na população masculina foram maiores do que entre as mulheres, sendo que nos homens, o maior número de mortes se concentrou na faixa etária entre 20 e 29 anos. O sexo masculino também é a principal vítima das neoplasias, abrangendo 82,7 casos para cada 100 mil homens enquanto que para cada 100 mil mulheres, houve 62,5 casos.

Com relação às causas externas, os homens também assumem a posição principal nos casos de morbimortalidade. Segundo o DATASUS, no ano de 2011 ocorreram 82,98% de óbitos masculinos por causas externas.

De acordo com Ferreira (2013):

“O retardo da procura pelo serviço de saúde não afeta apenas a condição de saúde, mas onera também o sistema de

saúde que tem que direcionar importantes quantias para serviços de média e alta complexidade, para exames de alto custo, além dos gastos com o maior tempo de internamento. Para mudar esse tipo de comportamento do homem, é necessário mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde do homem não se restrinja apenas à recuperação da saúde, mais sim a garantia de uma condição de saúde mais ampla.”

Por meio da formulação e implementação da PNAISH buscou-se criar esses mecanismos de fortalecimento da atenção primária. Tendo em vista que um dos objetivos da política foi promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

2.1. Problema de Pesquisa e Objeto de Estudo

Diante do cenário apresentado, esse estudo pretende verificar a implantação da PNAISH nos 27 estados e nos municípios que aderiram ao programa no que tange ao planejamento, execução e monitoramento de ações que evidenciem o cumprimento desses elementos.

Foram realizadas para isso, análises e verificações em material bibliográfico disponível no acervo e biblioteca do Ministério da Saúde, do CONASS, do CONASEMS. Além disso, se pesquisou sites governamentais e acadêmicos, artigos, bem como em revistas especializadas.

No que diz respeito à análise documental, pesquisou-se a legislação aplicável ao setor de saúde: Constituição Federal de 1988, leis, decretos, portarias, a PNAISH, PNAB.

Em relação à pesquisa bibliográfica foram investigados conteúdos relacionados: ao Sistema Único de Saúde sob o enfoque de política universal financiada por recursos públicos; à atenção básica como porta de entrada aos serviços de saúde;

cuidados com a saúde sob o enfoque da concepção de gênero; e a formulação e implementação da PNAISH.

Ademais, fez-se um exame do planejamento orçamentário e execução financeira dos recursos disponibilizados pela União, Estados, DF e Municípios para a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem PNAISH.

3. OBJETIVO GERAL

Analisar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem a nível nacional.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Descrever sobre o SUS na ótica de um sistema universal de serviços público com financiamento em impostos e responsabilidades compartilhadas;
- b. Descrever sobre a Atenção Básica como porta de entrada de acesso ao SUS;
- c. Descrever sobre os cuidados da saúde sob a perspectiva de gênero;
- d. Analisar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: formulação, princípios, diretrizes, implementação, financiamento e avaliação.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. O Sistema Único de Saúde: sistema universal com financiamento público e responsabilidades compartilhadas.

A saúde é um elemento vital para o desenvolvimento do Brasil como parte da política social e do sistema de proteção social e também como fonte de geração de riqueza e empregos. A Constituição Federal de 1988 inclui a saúde como um dever do Estado e um direito da população.

A abrangência e relevância do Sistema Único de Saúde brasileiro no campo social podem ser percebidas em alguns números:

- *70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS para atendimento de saúde;*
- *27 mil equipes de Saúde da Família estão presentes em 92% dos municípios e atendem a 87 milhões de brasileiros. Mais de 110 milhões de pessoas são atendidas por Agentes Comunitários de Saúde, presentes em 95% dos municípios brasileiros;*
- *Foram realizados 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, mais de 300 milhões de consultas médicas e 2 milhões de partos em 2006;*
- *Em relação a ações de maior complexidade, foram realizados 11 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11,3 milhões de internações;*
- *Alguns programas brasileiros de saúde, tais como os programas de AIDS, imunização e controle do tabagismo, apresentam resultados dificilmente igualáveis no mundo por sua qualidade e impacto”. (MS/Mais Gestão: é mais saúde - 2009).*

O Brasil, portanto, fez uma opção constitucional de garantir saúde gratuita a todos. “São 191 milhões de brasileiros usando o sistema público de saúde (dos quais 150 milhões exclusivamente, e 40 milhões que duplicam com o uso de planos e seguros privados)” (MS/Mais Gestão: é mais saúde - 2009).

Contudo, segundo o MS/Mais Gestão: é mais saúde (2009),

“No campo econômico, é equivocada a visão de que a saúde seja um ônus ao orçamento público. A cadeia produtiva da saúde, incluindo a indústria e serviços, representa entre 7% e 8% do PIB, o que a torna uma fonte importante de receitas tributárias. A saúde também é responsável por cerca de 10% dos postos de trabalho formais do país, constituindo um dos setores que mais emprega no Brasil. Além disso, a saúde é um setor econômico fortemente baseado em conhecimento e inovação e um item determinante para a balança comercial brasileira, fatores que reforçam o caráter estratégico do setor para o desenvolvimento do país”.

No entanto, ainda que a importância da saúde para o país e a consolidação do Sistema Único de Saúde sejam realidades inquestionáveis, são muitos os obstáculos para que a saúde se concretize como um elemento estratégico para o desenvolvimento do Brasil, entre os quais cabe destacar, :

“• A reduzida articulação da saúde com as demais políticas públicas;

• Uma significativa iniquidade no acesso e dificuldades em atender a toda a população no caso de algumas doenças e agravos;

• A desigualdade na distribuição territorial da oferta de bens e serviços;

• O descompasso entre a evolução da assistência e a base produtiva e de inovação em saúde, o que tem agravado o déficit comercial, que se encontra em um patamar superior a US\$ 5 bilhões, concentrado em produtos e serviços mais intensivos em inovação e conhecimento;

• A fragmentação do movimento de descentralização e municipalização das ações de saúde, que é forte e de alta relevância, mas, que ainda necessita de uma visão mais regionalizada do país;

• A predominância de um modelo burocrático de gestão, em que o controle dos meios ocorre em detrimento dos resultados e da qualidade da atenção à saúde;

• O subfinanciamento do SUS;

- *A precariedade do trabalho e o baixo investimento na qualificação dos recursos humanos desde o nível federal até a ponta do sistema”. (o MS/Mais Gestão: é mais saúde-2000).*

Mas, segundo Santos (2011) “nenhum país do mundo garante saúde universal para uma população deste tamanho. Mesmos os mais ricos. O dinheiro público é escasso para uma população deste tamanho – hoje na ordem de 140 bilhões de dólares”.

A questão da saúde, particularmente no que diz respeito ao financiamento de suas ações e serviços, tem despertado atenção e preocupação crescentes nos mais diversos segmentos da sociedade brasileira.

Tal inquietação deve-se ao fato do financiamento das políticas de saúde depender exclusivamente do aporte de recursos advindos do orçamento público, que se apresenta cada vez mais restritivo.

Isso, segundo Salvador (2012), percebe-se porque:

“ o orçamento não se limita a uma peça técnica e formal ou a um instrumento de planejamento; ele é, desde suas origens, uma peça de cunho político, conforme Fabrício de Oliveira (2009),... a decisão sobre os objetivos de gastos do Estado e a fonte dos recursos para financiá-lo não é somente econômica, mas principalmente são escolhas políticas, refletindo a correlação de forças sociais e políticas atuantes e que têm hegemonia na sociedade”.

No Brasil, as contribuições sociais que financiam o Sistema Único de Saúde são as incidentes sobre o faturamento, o lucro e a movimentação financeira das empresas, ou seja, a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL).

As Políticas da Saúde são financiadas de maneira especial por essas contribuições sociais cuja alocação de recursos é vinculada, ou seja, de aplicação obrigatória e não discricionária (Salvador 2010).

No entanto, segundo Santos (2012):

“a questão de o Brasil ter universalizado o acesso às ações e serviços de saúde de forma igualitária, em 1988, de ter as dimensões que tem, não ser um país de elevado PIB sem,

contudo, ter promovido as necessárias mudanças para garantir esse direito. [...]. Todas as vezes que se garantem direitos que custam, eles devem estar presente nos valores e crenças da sociedade que, no caso da saúde pública, ainda demora a se criar um sentimento de pertença.”.

Dessa forma, muitas questões essenciais para se garantir e manter um sistema universal e de qualidade como o SUS requerem vontade política, participação da sociedade, e, sobretudo, recursos financeiros significativos.

Por isso, se aguardava com grande expectativa a promulgação da Lei Complementar nº 141/2012³, pois por meio dela seriam estabelecidas novas fontes e formas de financiamento para a saúde pública. O que garantiria o aporte de “recursos suficientes para uma área de elevados e crescentes custos” (Santos 2012) .

No entanto, a Lei manteve os mesmos percentuais previstos na EC 29 (art. 77 do ADCT/CF 1998) para todos os entes federativos. Dessa forma, não houve mudança significativa.

Entretanto, Santos (2012) explica que a Lei nº 141/2012 trouxe uma maior institucionalidade ao definir critérios para partilhar os recursos entre os entes federativos, reafirmando ser o SUS um sistema de interdependências federativas, em todos os sentidos, e de solidariedade orçamentária.

Essa dependência recíproca no que tange aos recursos orçamentários verifica-se ao se constatar que a maior parte dos estados, mas sobretudo a grande maioria dos municípios que são os responsáveis pela implementação das políticas de saúde, não têm capacidade financeira, de gestão, de recursos humanos e tecnológicos para arcar sozinho com as despesas e investimentos em um setor com grandes desafios, inovações contínuas e caras, como o da saúde.

Diante disso, cabe à União a responsabilidade de transferir aos demais entes da federação os recursos financeiros necessários para operacionalizar o SUS.

³ Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 que regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Contudo, a questão referente à escassez de recursos para o financiamento da saúde permanece.

Essa constatação pode significar em última instância uma das formas de impedimento da promoção da cidadania, tendo em vista que compromete o direito a saúde como previsto na Constituição Federal de 1988.

Entretanto, essa situação poderá ser amenizada com uma efetiva gestão do Sistema Único de Saúde no que tange à estruturação de financiamento adequado ou progressivo, à ordenação da formação de recursos humanos (Santos 2012) e ao “estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Lei 8.080/90).⁴

Para tanto, compete aos entes federativos, conselhos de saúde e comissões (sob o olhar fiscalizador e a participação constante da sociedade civil organizada) gerir o Sistema Único de Saúde com equidade para que efetivamente seja um sistema universal.

4.2. Atenção Básica: porta de entrada de acesso ao SUS.

Nessa lógica de acesso irrestrito às ações e serviços de saúde, de forma igualitária e equitativa, decidiu-se como política principal do SUS a prestação de serviços de saúde por meio da Atenção Básica de Saúde (AB).

Atenção Básica foi o nome adotado pelo Brasil para o que, internacionalmente define-se como Atenção Primária de Saúde (APS).

A APS ou AB, é “...uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades” Mota e Morosini (2007).

De acordo com Mendes (2009), os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades, devendo ser articulados pelas necessidades de

⁴ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

saúde da população, que se expressam em situações demográficas e epidemiológicas singulares.

Para tanto, e considerando que o SUS é um sistema de acesso universal implementado em um país de dimensões continentais, o que o torna complexo e difícil de ser gerido, torna-se imprescindível ao gestor, conforme CONASS (2011):

“...que trabalhe com planejamento, estimativas e metas. Quando uma determinada ação é prevista pelo gestor, imediatamente há repercussões na ponta do sistema, que passa a considerá-la uma necessidade. Por outro lado, quando o gestor não prevê a necessidade da ação, pode ser pego de surpresa por uma demanda que não havia planejado. Isso pode levar a um embate com as equipes de saúde sobre a real necessidade de tal ação. Tal embate tem implicações legais, científicas e socioculturais.”

A adoção dessa diretriz pelo SUS deve-se a constatação de que ao longo dos anos, e resultantes de pesquisas, a Atenção Primária (AP) constitui-se a porta de entrada aos sistemas de saúde e *locus* da organização do cuidado à saúde.

Isso porque “as evidências demonstram que a AP tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando como contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde” (CONASS 2011).

Na Atenção Básica o atendimento de forma integrada e regionalizada é possível, segundo Opas/OMS, (1978):⁵

“cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema

⁵ Opas/OMS, (1978): DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA - SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000 - Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários - Alma-Ata, Cazaquistão, URSS – 1978.

de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.”

Para tanto, o Sistema Único de Saúde adotou como política principal para desenvolvimento e implementação da Atenção Básica a “Estratégia Saúde da Família” (ESF).

A saúde da família aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde.

As equipes são compostas necessariamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Esses profissionais devem prestar cuidados para uma população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidas por equipe.

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados numa Unidade Básica de Saúde (UBS) – ambiente equipado para prestar serviços e ações de de medicina curativa e preventiva.

Para tanto, a Estratégia Saúde da Família recebe recursos financeiros significativos, sobretudo da União, visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção.

No triênio 2008-2011, para exemplificar, foram transferidos aos estados e municípios, via modalidade fundo a fundo, o montante de R\$ 25 bilhões para operacionalizar a saúde da família.

Percebe-se, assim, que em termos de recursos disponíveis para operacionalização do SUS, torna-se mais viável que os usuários acessem o sistema por meio da Atenção Básica, porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

Contudo, no que tange à busca por serviços e ações de saúde pelos homens, não se verifica esse tipo de adesão. Conforme dados, o público masculino acessa, sistematicamente, o SUS por meio da média e alta complexidade.

Resta, portanto, uma pergunta: Por que isso acontece.

4.3. Os cuidados em da saúde sob a perspectiva de gênero

O conceito de gênero se encontra no núcleo da PNAISH. Dessa forma, foi amplamente discutido na formulação da política, tendo em vista que “uma política específica para homens representa uma inovação, na medida em que os homens não foram, historicamente, sujeitos singularizados nas intervenções desenvolvidas pelo Estado brasileiro no campo da saúde”, conforme Leal, Figueiredo e Nogueira (2012).

Mas para além disso, a existências de obstáculos sócio-culturais e institucionais, contribuem para que os homens não busquem os serviços de saúde de forma preventiva ou mesmo prestem atenção às ações de promoção da saúde promovidas nos ambientes que frequentam.

Isso colabora para que a maioria dos homens acessem os sistemas de saúde por meio da média e alta complexidade, pois entendem que estão sujeitos à doença e aos agravos à saúde somente as mulheres, os idosos e as crianças.

Qual seria a origem desse comportamento de invulnerabilidade.

De acordo com Machin e Schraider (2011):

“Os estudos relativos a homens e masculinidades ganharam relevância nas abordagens de gênero nas últimas duas décadas no país. A relação homem e saúde é objeto de atenção nos meios acadêmicos e também no contexto dos serviços, especialmente, nas análises da sexualidade e da saúde reprodutiva. Os trabalhos têm abordado os homens por meio de distintas perspectivas: de forma instrumental como apoio à saúde das mulheres; pelo reconhecimento de suas necessidades de informação ou de saúde; de responsabilização por práticas sexuais de risco e de afirmação da necessidade de sua participação nas questões de saúde reprodutiva e sexual como integrante dos direitos reprodutivos.”

Em relação à saúde dos homens, “o referencial das masculinidades numa perspectiva de gênero contribui para maior visibilidade dos processos de saúde e adoecimento da população masculina” (Machin e Schraider 2011).

Os autores ainda destacam estudos que assinalam:

“ a importância em considerar elementos relativos às práticas 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 provedor.

Nesse sentido, o gênero, enquanto princípio ordenador do pensamento e da ação constrói atributos culturais aos sexos desde uma perspectiva relacional. As masculinidades (e as feminilidades) constituem espaços simbólicos que estruturam a identidade dos sujeitos, modelam comportamentos e emoções que passam a ter a prerrogativa de modelos a serem seguidos.”

Diante disso, muitos homens negam a existência de dor e sofrimento, e se julgam invulneráveis diante da possibilidade de adoecimento. Com isso, descartam a necessidade de cuidados com a saúde, tendo em vista que tal comportamento é próprio da mulher que traz em si características femininas de fragilidade.

Corroboram com esse pensamento, de acordo com Machin e Schraider (2011) a de que “...na socialização do masculino é preciso combater possíveis associações com a mulher sob pena de ser assimilado, identificado e tratado como esta”.

Dessa forma, atos que evidenciem cuidados com a saúde demonstram fragilidade masculina que se contrapõem ao modelo culturalmente estabelecido de que os homens são criados para assistir e prover.

Essa conduta de invencibilidade, pode levar “à práticas de pouco cuidado com o próprio corpo, tornando o homem vulnerável a uma série de situações.” (Machin e Schraider – 2011).

Ainda, segundo essas autoras “A estrutura de identidade de gênero, ao construir a noção de invulnerabilidade, força e virilidade como um valor da própria cultura,

dificultaria 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.”.

Por conseguinte, os homens entendem que nas instituições de prestação de serviços e ações de saúde, locais onde se verifica um nº significativo de mulheres trabalhando, encontrarão um ambiente predominantemente feminino que colocará em cheque sua capacidade de ser um sujeito incapaz de sentir dor e sofrimento.

Tal conduta de invulnerabilidade pode levar a práticas de pouco cuidado com o corpo, tornando o homem **vulnerável** às situações de doença e agravos à saúde física e psíquica.

Por isso, o público masculino, em geral, “padece mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte” (Gomes, Nascimento e Araújo, 2007).

Dentre esses motivos geradores de óbitos, encontram-se as causas externas “que constituem um grande problema de saúde pública com forte impacto na mortalidade e morbidade da população” (PNAISH 2008).

A principal causa externa à qual os homens estão mais vulneráveis, tendo em vista o contexto histórico e socio-cultural, é a violência.

Notadamente, a relacionada aos acidentes de transporte, às lesões autoprovocadas voluntariamente e às agressões físicas e emocionais.

Estão diretamente relacionados à violência, o alcoolismo e o consumo de drogas ilícitas.

Além das externas, outras causas são geradoras de alto índice de morbidade e mortalidade do público masculino. A saber: doenças do aparelho circulatório, tumores, doenças do aparelho digestivo e respiratório. Nessa ordem de gravidade.

Entretanto, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade (Gomes, Nascimento e Araújo, 2007), observa-se a baixa adesão dos homens aos serviços de saúde disponibilizados. Mesmo por meio da atenção básica cujo acesso pretende-se que seja mais fácil, tendo em vista, inclusive, a Estratégia Saúde da Família.

Segundo os autores, uma das possíveis explicações para essa baixa procura “...não está relacionada com o consumo de serviços de saúde...se remete a hábitos de prevenção que usualmente são mais associados às mulheres do que aos homens.”

Além disso, os pesquisadores pontuam que:

“as diferenças de papéis por gênero presentes no imaginário social, entendendo os cuidados como próprios do âmbito feminino. Isso se justificaria pela socialização que as mulheres recebem, desde cedo, para reproduzirem e consolidarem os papéis que as tornam responsáveis, quase que exclusivamente, pela manutenção das relações sociais (de cuidados) e pela prestação de serviços aos outros. Em contrapartida, ser homem seria associado à invulnerabilidade, força e virilidade. Características essas, incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representada pela procura aos serviços de saúde, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade..... Associada a isso, está a dificuldade que os homens têm de verbalizar o que sentem, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros.”

Com isso, os homens preferem buscar os serviços emergenciais, tais como farmácia e pronto-socorro, conforme explica Gomes, Nascimento e Araújo (2007):

“Talvez os homens preferiram utilizar as farmácias ou prontos-socorros porque esses responderiam mais objetivamente às suas demandas. Nesses espaços, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade...A farmácia, em específico, tem um papel importante na relação que o homem estabelece com sua saúde, pois esta é vista como uma instância “semiprofissional” onde se pode pedir um conselho em serviço médico, sem precisar enfrentar filas ou marcar consultas. Como a primeira urgência em geral é aliviar a dor, muitas vezes a visita à farmácia satisfaz esta necessidade mais rapidamente”.

Diante disso, percebe-se a dificuldade que o público masculino tem em lidar com a questão da saúde. Normalmente, busca os serviços de saúde em situações de urgência, e em ambientes em que não se sinta vulnerável e sujeito a julgamentos.

Ademais, a baixa procura pode estar associada a um modelo hegemônico de masculinidade. Pois segundo os pesquisadores o “imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado...numa perspectiva preventiva...., [pois] implicaria possivelmente desconfianças acerca dessa masculinidade socialmente instituída.”

Outro dificultador que impede a busca por serviços de saúde está relacionado ao medo da descoberta de uma doença grave, assim, não saber pode ser considerado um fator de “proteção”.

Além desse impedimento, “a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde, particularmente a região anal, no caso da prevenção ao câncer de próstata.[...] e a falta de unidades específicas para o tratamento da saúde do homem” Gomes, Nascimento e Araújo (2007) contribuem para a baixa busca pelos serviços de saúde:

“Os serviços de saúde também são considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as próprias campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento. Além disso, o mercado de trabalho geralmente não garante formalmente a adoção de tal prática, portanto, o homem em dado momento pode ser prejudicado e sentir seu papel de provedor ameaçado”.

Apreende-se desse comportamento do homem, o quanto se faz necessária a quebra de paradigmas e a formulação de novas estratégias de atuação por parte das instituições de saúde. Tanto públicas quanto privadas.

Por meio dessas mudanças, dentre outros fatores, é possível o enfrentamento e a superação das barreiras socioculturais e institucionais que impedem os homens de buscarem a resolutividade dos problemas de saúde ainda na fase inicial de adoecimento.

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

Estudos a respeito de políticas públicas: o que são ou como são estruturadas tem aumentado significativamente. Sobretudo, no que diz respeito a fornecer elementos para a elaboração e avaliação de programas e projetos, quanto no sentido de produzir uma análise crítica sobre as concepções e impactos destas políticas sobre a sociedade.

Segundo Gomes, Leal, Knauth e Nogueira-Silva (2012):⁶

“...Uma das importantes contribuições desta perspectiva é a de demonstrar que a definição e a implantação de uma política pública envolve um conjunto de interesses e de relações de poder, que muitas vezes estão em conflito. Destaca, ainda, que a implementação desta política se dá a partir de sujeitos sociais e em um contexto social específico que devem ser considerados tanto no planejamento quanto na implantação e na avaliação das políticas. É neste sentido que as realidades e identidades locais imprimem configurações particulares a políticas concebidas como universais. É também nessa direção que várias análises recentes sobre políticas públicas, em particular sobre políticas de saúde, têm destacado que essas, muitas vezes, acabam por aprofundar ou mesmo gerar desigualdades sociais, seja pela “população alvo” privilegiada, seja pelos “operadores” desta política.... Uma política pública é o resultado da confluência de fatores de diversas ordens (econômicos, sociais, culturais, políticos, entre outros) e mobiliza diferentes campos sociais que, por sua vez, apreendem essa política de acordo com diferentes lógicas.”.

É, portanto, sob a perspectiva do processo de estruturação de política pública: elaboração, implementação, monitoramento/avaliação que será explanado sobre Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

⁶ Artigo: “Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem” - Ciência Saúde Coletiva vol.17 nº .10 - Rio de Janeiro – Outubro de 2012 .

4.4.1. Formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

As taxas de óbito mais elevadas na população masculina podem estar relacionadas à grande resistência que os homens possuem em promoverem o autocuidado, associado à negligência diante das ações preventivas, principalmente as voltadas para as doenças de caráter crônico degenerativas.

O retardo da procura pelo serviço de saúde não afeta apenas a condição de saúde, mas onera também o sistema de saúde que tem que direcionar importantes quantias para serviços de média e alta complexidade, para exames de alto custo, além dos gastos com o maior tempo de internamento (Ferreira – 2013).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (1), os homens buscam os serviços quando já estão em uma situação de saúde que lhes exige internamento, tendo em vista que grande parte deles não acredita na eficácia das ações de promoção da saúde e prevenção da doença, o que dificulta ainda mais as ações de saúde pública a nível populacional.

Além disso, há outra “questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor. Alegam que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho” (PNAISH 2008).

Visando o enfrentamento desses problemas, em novembro de 2008, foi criada a no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com o objetivo de “Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde” (PNAISH 2008).

Segundo Leal, Figueiredo Nogueira-da-Silva (2012):

“Historicamente, os formuladores e os executores de políticas públicas são homens, que conceberam políticas e programas que asseguraram, quase sempre, privilégios de ordem simbólica e material a homens – ou, pelo menos, a alguns grupos de homens. As discussões provocadas especialmente pelo movimento feminista nas últimas décadas

implicaram a inclusão de gênero, enquanto categoria analítica, para avaliação de políticas públicas e, enquanto estratégia política, para a formulação de políticas e programas, visando reduzir as desigualdades entre homens e mulheres.

Dois acordos internacionais de reconhecida importância assinalam explicitamente a necessidade de se focar os homens em suas especificidades através de políticas públicas: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995). Nos documentos ratificados no Cairo e em Pequim, discute-se a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, numa perspectiva de defesa promoção da igualdade de gênero, reconhecendo-se explicitamente que as relações de poder entre homens e mulheres são desiguais. São lançadas as bases para um consenso internacional de que os homens devem ser envolvidos, sendo chamados a participarem e se responsabilizarem em termos de conduta sexual e de decisões reprodutivas – visando, inclusive, o maior "empoderamento" das mulheres."

Para tal, a humanização e a qualidade foram definidos como princípios da política de saúde do homem; e deveria considerar os elementos abaixo, para cumpri-los:

“1. Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde;

2. Articular-se com as diversas áreas do governo com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina;

3. Informações e orientação à população masculina, 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 às 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. “(PNAISH - 2009).”*

Estrategicamente, na formulação da PNAISH, foi decidido que o público alvo da política seria os homens que estão na faixa etária de 25 a 59 anos, uma vez que corresponde a 46,8 % da população masculina ou a 23% do total da população do Brasil. “Além disso, representa a maior parcela da força produtiva do país. Ademais, desempenha um significativo papel sociocultural e político.” (PNAISH 2008).

Para se identificar “as principais enfermidades e agravos à saúde do homem, buscando delinear caminhos que incentivem a procura pelos serviços de atenção primária, antes que os agravos requeiram atenção especializada” (PNAISH 2008), foi realizado um diagnóstico para dentre outros objetivos, identificar as principais causas de morbimortalidade da faixa etária de 20 a 59 anos, tendo como base o ano de 2005. Contudo, para fins deste estudo os dados foram atualizados para o ano de 2011.

a. Indicadores Demográficos:

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística o total da população residente do Brasil, em 2011, segundo sexo e grupos de idade é da ordem de 192.379.287, sendo 51% de população feminina (98.175.155) e 49,% de população masculina total (94.204.132).

A população de homens no Brasil, com distinção de diferentes fases do ciclo de vida, é delimitada em termos absolutos e percentuais conforme Tabela 1 e percentuais no Gráfico 1:

Tabela 1 - População Residente no Brasil por Sexo

População Residente no Brasil					
	Masculino	%	Feminino	%	Brasil
2011	94.204.132	49,0	98.175.155	51,0	192.379.287

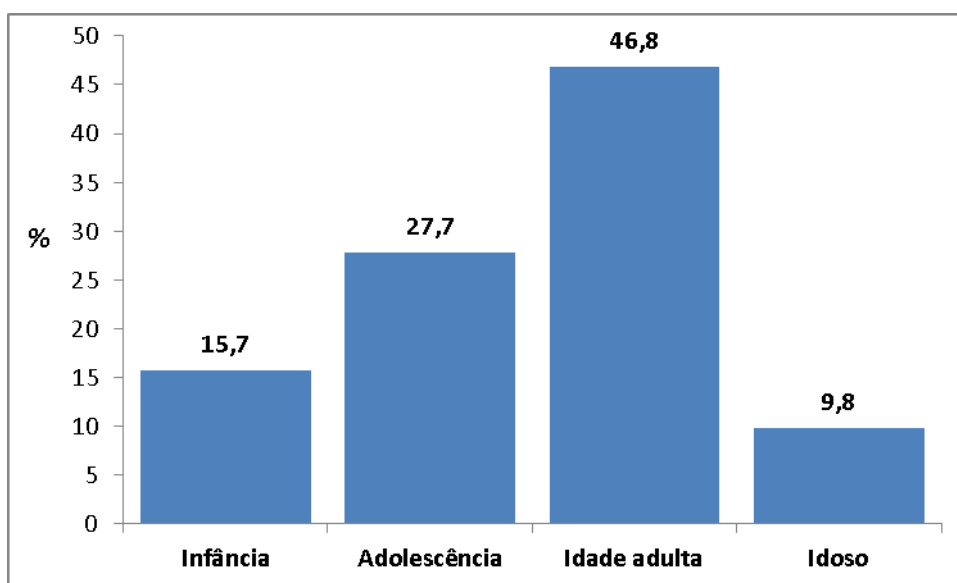
Fonte: Brasil, 2011

Tabela 2 – População Masculina de acordo com as Diferentes Fases da Vida

População Masculina de acordo com as Diferentes Fases da Vida			
Área Técnica	Faixa etária	População	%
Infância	0 - 9	14771549	15,7
Adolescência	10 - 24 anos	26140123	27,7
Idade adulta	25 - 59	44068681	46,8
Idoso	60 ou +	9223779	9,8
Total		94204132	100,0

Fonte: Brasil, 2011

Gráfico 1 - Distribuição percentual da população masculina.



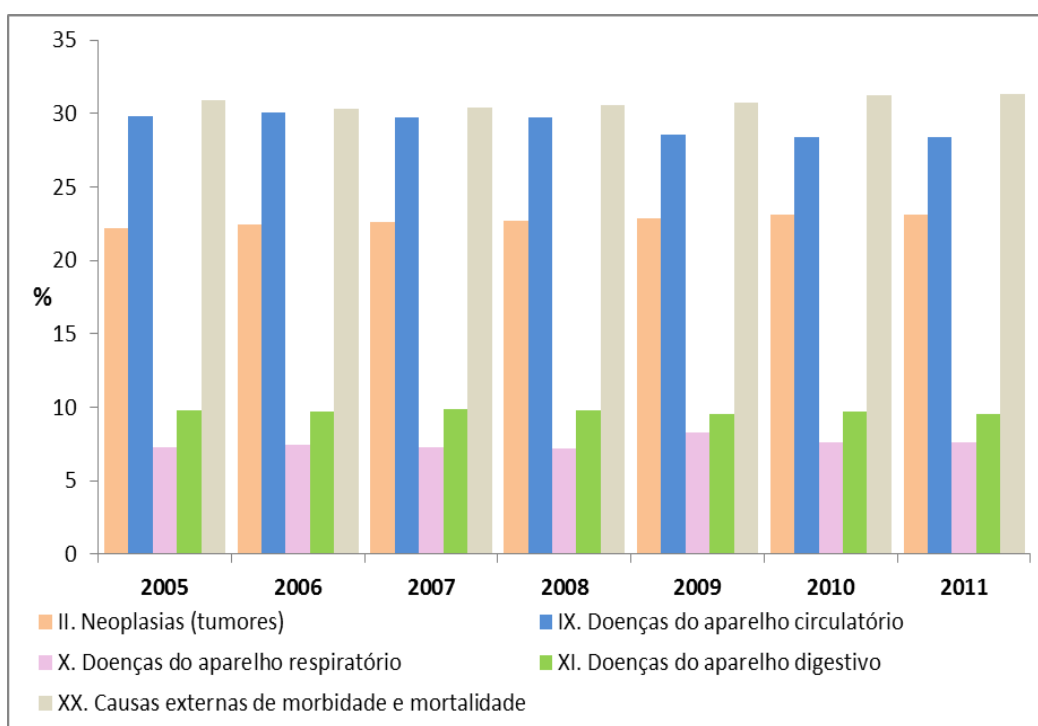
Fonte: Brasil, 2011

O grupo populacional masculino dos 29 aos 59 anos corresponde a 44.068.681 habitantes, assim distribuídos nas seguintes faixas etárias, como demonstra a Tabela 2:

Ao se analisar, os anos de 2005 a 2011, as causas de mortalidade na população masculina dos 25-59 anos se observou que, em 75% dos casos, os óbitos incidem em 5 (cinco) grupos principais de entidades mórbidas (Gráfico 2) .

A maior porcentagem de óbitos deve-se às Causas Externas (CID 10 - Cap. XX); em segundo lugar, estão as Doenças do Aparelho Circulatório (CID 10 – Cap. IX), em terceiro, os Tumores (CID 10 – Cap. II); em quarto, as Doenças do Aparelho Digestivo (CID 10 – Cap. XI) e, finalmente, em quinto lugar, as Doenças do Aparelho Respiratório (CID 10 – Cap. X), conforme demonstrado no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Causas de Mortalidade na População Masculina dos 25-59 anos



Fonte: Brasil, 2011

Percebe-se que as Causas Externas de mortalidade apresentem a maior incidência, em seguida Doenças do Aparelho Circulatório. Na sequencia vem as Neoplasias (tumores); Doenças do Aparelho Digestivo; e Doenças do Aparelho Respiratório.

Tabela 3 – Percentagem de óbitos de acordo com as causas mais frequentes da população masculina na faixa de 25 a 59 anos.

Capítulo CID-10	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%
II. Neoplasias (tumores)	24.163	16	25.003	16	25.784	16	26.254	16	27.050	16	27.821	17	27.977	16
IX. Doenças do aparelho circulatório	39.815	27	41.394	27	41.605	27	42.609	27	42.244	26	42.826	26	43.519	26
X. Doenças do aparelho respiratório	9.957	7	10.414	7	10.640	7	10.704	7	12.164	7	11.668	7	11.811	7
XI. Doenças do aparelho digestivo	16.627	11	16.878	11	17.376	11	17.747	11	17.672	11	18.207	11	18.371	11
XX. Causas externas de morbilidade e mortalidade	59.341	40	59.919	39	61.273	39	63.378	39	65.181	40	66.808	40	68.183	40
TOTAL	149.903	100,0	153.608	100,0	156.678	100,0	160.692	100,0	164.311	100,0	167.330	100,0	169.861	100,0

Fonte:

Percebe-se que as causas externas constituem um grande problema de saúde pública com forte impacto na mortalidade e morbilidade da população. Os óbitos por causas externas constituem a primeira causa de mortalidade no grupo populacional dos 25 aos 59.

No que se referem às demais causas verifica-se que o percentual de mortalidade e de óbitos continua os mesmos, em alguns casos crescendo, a despeito das ações dos métodos de diagnósticos cada vez mais precoces e do eficiente arsenal terapêutico utilizado.

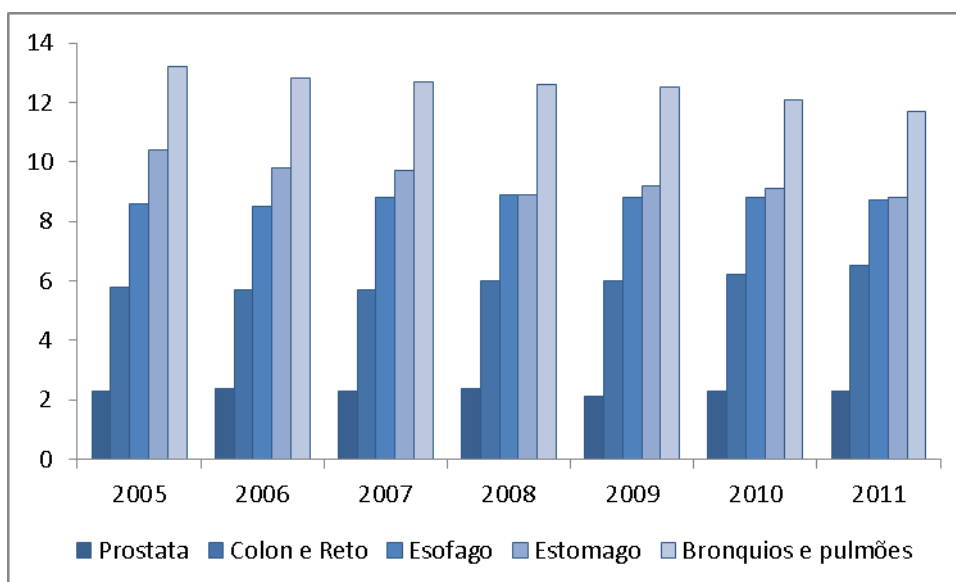
Para exemplificar serão demonstrados dados da principal causa de mortalidade e óbito da faixa etária de 25 a 59 anos do aparelho digestivo e causas externas, respectivamente.

Tabela 4 - Percentual de neoplasias no sexo masculino na faixa etária de 25 a 59 anos.

Percentual de neoplasias no sexo masculino na faixa etária de 25 a 59 anos.							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Próstata	2,3	2,4	2,3	2,4	2,1	2,3	2,3
Colón e Reto	5,8	5,7	5,7	6	6	6,2	6,5
Esôfago	8,6	8,5	8,8	8,9	8,8	8,8	8,7
Estômago	10,4	9,8	9,7	8,9	9,2	9,1	8,8
Brônquios e pulmões	13,2	12,8	12,7	12,6	12,5	12,1	11,7

Fonte: Brasil, 2011

Gráfico 3 – Percentagem de óbitos por Neoplasia do Aparelho Digestivo



Fonte: Brasil, 2011

Causas Externas (CID 10 - Cap. XX);

O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido a agressões, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação à sofrida pelas mulheres.

Conforme PNAISH (2008)...

”Estas mortes prematuras trazem conseqüências psicofísicas e sócio-econômicas, uma vez que são vidas jovens perdidas em plena fase produtiva.

Não há dúvidas de que as causas externas constituem um grande problema de saúde pública com forte impacto na mortalidade e morbidade da população. Os óbitos por causas externas constituem a primeira causa de mortalidade no grupo populacional dos 25 aos 59 anos”.

Sob essa denominação, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua Décima Revisão (OMS, 1996), engloba uma série polimorfa de agravos, dos quais os mais importantes são os Acidentes (V01-X59), notadamente os Acidentes de Transporte (V01-V99), as Lesões Auto provocadas Voluntariamente (X60-X84) e as Agressões (X85-Y09). Estes três tipos de agravos corresponderam, em 2011, à maioria dos óbitos (78%), por causas externas.

Tabela 5 – Agressões

Agressões							
Faixa Etária	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
25 a 29 anos	8.337	8.741	8.627	9.146	9.291	9.233	9.035
30 a 34 anos	5.699	5.987	5.946	6.241	6.534	6.884	6.981
35 a 39 anos	4.273	4.407	4.207	4.382	4.594	4.703	4.755
40 a 44 anos	3.126	3.238	3.132	3.266	3.452	3.415	3.557
45 a 49 anos	2.239	2.270	2.209	2.299	2.361	2.470	2.574
50 a 54 anos	1.498	1.598	1.537	1.619	1.677	1.664	1.656
55 a 59 anos	974	1.021	976	1.065	1.074	1.139	1.176
60 a 64 anos	629	678	609	676	657	723	782
65 a 69 anos	445	456	427	426	519	463	518
70 a 74 anos	264	310	275	252	320	320	316
75 a 79 anos	184	225	181	196	203	208	218
80 anos e mais	151	203	179	214	226	253	226
TOTAL	27.819	29.134	28.305	29.782	30.908	31.475	31.794

Fonte: MS / SVS / DASIS-SIM, 2011.

Pelos dados percebe-se entre 2005 e 2011 uma evolução lenta e regular das agressões. Sobretudo, entre a faixa etária de 30 a 34 anos.

Tabela 6 – Lesões Auto Provocadas Voluntariamente

Lesões Auto Provocadas Voluntariamente							
Faixa Etária	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
25 a 29 anos	945	988	1.091	1.082	1.162	1.160	1.206
30 a 34 anos	888	881	910	1.007	1.027	1.076	1.100
35 a 39 anos	903	895	903	897	950	920	976
40 a 44 anos	883	889	914	923	958	955	956
45 a 49 anos	754	785	782	881	896	887	864
50 a 54 anos	613	674	638	704	700	656	762
55 a 59 anos	506	497	542	543	543	584	594
60 a 64 anos	401	391	378	434	443	409	445
65 a 69 anos	288	283	331	326	325	310	342
70 a 74 anos	236	204	244	240	258	272	292
75 a 79 anos	162	150	168	191	153	189	203
80 anos e mais	188	172	187	185	199	246	220
Idade ignorada	23	25	16	29	33	25	34
TOTAL	8.550	8.639	8.868	9.328	9.374	9.448	9.852

Fonte: MS / SVS / DASIS-SIM, 2011.

Pelos dados percebe-se entre 2005 e 2011 uma evolução lenta e regular das lesões auto provocadas voluntariamente, sobretudo entre 25 e 29 anos. Dentre essas lesões sobressai a relacionado ao suicídio.

Tabela 7 – Acidentes de Transporte

Acidente de transporte							
Faixa Etária	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
25 a 29 anos	4.423	4.397	4.795	4.926	4.841	5.470	5.448
30 a 34 anos	3.657	3.679	3.874	3.758	3.918	4.579	4.785
35 a 39 anos	3.300	3.247	3.346	3.365	3.346	3.937	3.935
40 a 44 anos	3.066	3.152	3.142	3.131	3.159	3.458	3.598
45 a 49 anos	2.721	2.758	2.798	2.842	2.797	3.159	3.377
50 a 54 anos	2.173	2.290	2.380	2.374	2.385	2.754	2.863
55 a 59 anos	1.615	1.770	1.786	1.957	1.927	2.227	2.325
60 a 64 anos	1.380	1.403	1.374	1.557	1.491	1.799	1.868
65 a 69 anos	1.106	1.186	1.167	1.273	1.210	1.477	1.416
70 a 74 anos	956	931	960	1.044	1.047	1.195	1.206
75 a 79 anos	741	773	790	887	803	990	879
80 anos e mais	734	757	793	895	866	1.018	1.043
Idade ignorada	237	248	245	280	266	310	376
TOTAL	36.611	37.249	38.419	39.211	38.469	43.908	44.553

Fonte: MS / SVS / DASIS-SIM, 2011

Pelos dados percebe-se entre 2005 e 2011 uma evolução crescente e regular dos agravos por acidentes de transportes. Esse tipo de causa externa de mortalidade é a que causa maior nº de óbitos em toda a faixa etária em análise. Principalmente entre 25 e 29 anos.

O conhecimento sobre a morbidade por causas externas ainda é precário, a despeito dos dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) demonstrarem que 80% dos internamentos no SUS são motivados por estas causas, com preponderância na faixa etária dos 20 aos 29 anos.

Além do sofrimento físico, psíquico e social determinado pelos acidentes e as violências, há de se considerar o enorme impacto econômico mensurado pelos seus gastos hospitalares, inclusive de dias de permanência em unidades de terapia intensiva.

No que se refere ao número de internação no ano de 2011, de um total de 11.332.460 Internações, 4.510.409 foram de internações masculinas (39,8%), sendo de 1.737.716 (15,3%) o número de internações na faixa populacional dos 25 aos 59 anos. Destas, 16% foram por causas externas, as quais representam o maior número (MS / SVS / DASIS-SIM, 2011).

Com base no resultado desse diagnóstico, os atores responsáveis pela formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem planejaram as ações necessárias para promover a conscientização do público masculino quanto à necessidade de buscarem os serviços de saúde de forma preventiva, ou assim que identificassem sintomas de doenças ou os agravos à saúde.

Ademais, delinearão eventos para desenvolver e executar iniciativas de ensino e capacitação dos agentes de saúde com o objetivo de se combater as principais barreiras institucionais que impediam os homens de utilizarem os serviços de saúde por meio da Atenção Básica.

3.4.2. Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

Após a formulação da PNAISH fez-se necessário transformar seus princípios “em ações, o que não é tarefa fácil, em se tratando de uma política formulada no âmbito federal para todo território nacional, que supõe relações entre as três esferas de governo” (Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva - 2012).

Para isso, foi elaborado o Plano de Ação Nacional (PN 2009-2011).

Esse plano, “estava em consonância com a Constituição Federal de 1988, as Leis 8.080 e 8.142, de 1990, o Pacto pela Saúde, o Mais Saúde e documentos referentes ao Sistema de Planejamento do SUS” (PAN – 2009-2011), e foi estruturado com base nos seguintes Eixos:

“Eixo I: Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à 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 de 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 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.

Eixo V: Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem: Fortalecer a atenção básica e melhorar o atendimento, a qualidade e a resolubilidade 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 à 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 pesquisas 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.*

Além disso, segundo Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva (2012):

“...O PN contém processos institucionais que constituem tanto uma estrutura de incentivos quanto uma organização do tempo na forma de um cronograma, visando à produção local de processos de planejamento de ações. Os Estados, o Distrito Federal e 26 Municípios elaboraram PA próprios para receber recursos financeiros da União”.

Dessa forma, o Plano norteou formulação de Planos de Ação (PA) nas esferas Estadual e Municipal. E instruiu os gestores quanto ao planejamento local de ações e estratégias voltadas para o público masculino de 20 a 59 anos, incluindo-as em seus respectivos Planos de Saúde.

Além disso, orientou quanto a elaboração e financiamento de Projetos-piloto nos 26 Estados, DF e em 26 Municípios – um por Estado e - selecionados pelo Ministério da Saúde.

Foram enviados pelos estados e municípios 67 projetos-pilotos para análise e validação pela Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH), tendo em vista que poderia haver "um certo grau de incerteza quanto à convergência de ações dos implementadores e, por extensão, da perfeita adequação entre formulação original e implementação efetiva" (Arretche 2001).

Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva (2012) observam que

“Na estrutura de incentivos criada pelo MS, previu-se um modelo de PA que contemplasse algumas metas específicas do PN, no âmbito local. A primeira meta é a implantação da PNAISH, de modo que os PA deveriam explicitar que ações seriam realizadas, por quem seriam executadas e qual o tempo para realizá-la. Para esta meta, as ações previstas nos PA em geral dizem respeito à sensibilização de gestores e profissionais de saúde, bem como divulgação da PNAISH – para a população em geral ou na rede de serviços de saúde.”

Para isso, foram repassados pelo Ministério da Saúde recursos financeiros no valor de R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) por meio da Portaria nº 3.209, de 18 de dezembro de 2009⁷.

Ao final de 2010, por meio da Portaria nº 1.008, de 4 de maio de 2010,⁸ foram transferidos recursos no mesmo valor para fins da execução de ações de implantação, implementação para novos municípios que haviam aderido à política; e para fortalecimento e/ou aperfeiçoamento de iniciativas para implantação e implementação daqueles que aderiram à PNAISH desde sua formulação.

Para os mesmos fins, por meio da Portaria nº 2.708, de 17 de novembro de 2011⁹, foram repassados recursos financeiros no valor de R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) para os Estados e R\$ 55.000,00 (cinquenta e cinco mil reais) para os Municípios constantes do anexo dessa Portaria.

Para além disso, essa portaria estabeleceu requisitos básicos para a formulação dos projetos que os Municípios deveriam para avaliação pelo Ministério da Saúde, cujo conteúdo deveria ser direcionado ao público masculino, na faixa etária de 20 (vinte) a 59 (cinquenta e nove) anos.

Os projetos deveriam abordar um ou vários temas abaixo:

I - acesso e acolhimento do público masculino nos serviços de saúde;

II - saúde sexual e reprodutiva;

III - paternidade e cuidado; e

⁷ Portaria nº 3.209, de 18 de dezembro de 2009 : Apoia a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro

⁸ Portaria nº 1.008, de 4 de maio de 2010 - Expansão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro.

⁹ Portaria nº 2.708, de 17 de novembro de 2011 - Apoia a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro único.

IV - prevenção de violências e acidentes.” (Portaria nº 2.708/2011).

Durante o período de 2009 a 2011 todos os Estados e Municípios beneficiados com os recursos, deveriam cumprir as ações estratégicas determinadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, bem como as incluir no Plano de Saúde e nas Programações Anuais, cujos resultados deveriam compor o respectivo Relatório Anual de Gestão (2010).

De acordo e o RG de 2010, foram realizadas diversas ações para promover a implantação e implementação da PNAISH em 2009, entre elas “...a distribuição de cartilhas para SES, SMS, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e Colegiados Regionais e Estaduais, enfocando temas como a promoção da saúde do homem, desenvolvimento de hábitos saudáveis, diagnóstico e tratamento do câncer, por meio de custeio via programa Mais Saúde (RG 2010).

No que se refere ao financiamento, a Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem é executado por meio da ação de nº 8752 (Implementação de Políticas de atenção à saúde do Homem) que faz parte do Programa nº 1312 - Promoção da Capacidade Resolutiva e Humanização na Atenção à Saúde.

A execução da ação 8752, nos período de 2009 a 2011, se deu, conforme abaixo:

Tabela 8 – Execução da ação de nº 8752 - Implementação da PNAISH

Ano	Fonte (C/D)	PL	Autorizado	Empenhado	Liquidado (Favorecido)	Pago	RP Inscrito	RP Pago
2009	151 - CSLL	4.695.000,00	4.695.000,00	4.546.780,43	4.546.780,43	651.717,76	2.388.295,00	2.388.295,00
2010	151 - CSLL	5.100.000,00	5.100.000,00	5.100.000,00	5.100.000,00	3.573.874,34	3.895.062,67	3.545.062,66
2011	151 - CSLL	7.200.000,00	7.200.000,00	7.189.955,86	7.189.955,86	93.350,08	1.853.775,67	1.353.125,65

Fonte: SIGA BRASIL, 2012
Elaboração própria

Tabela 1 – Refere-se à Execução financeira da ação 8752 – Implementação de PNAISH, no período de 2009 a 2011.

No que tange aos recursos financeiros transferidos no período de 2009 a 2011, via Fundo a Fundo, para execução das diversas ações planejadas, sabe-se que são

mínimos, tendo em vista os objetivos que se pretende alcançar com a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Percebe-se, no entanto, com base na Tabela 1, que durante esses anos, os recursos previstos, autorizados, empenhados e liquidados não sofreram alterações significativas. No entanto, na etapa de pagamento das despesas, em todos os anos, houve algum tipo alteração. Além disso, os valores foram transferidos por meio de restos a pagar pago.

Isso, aparentemente, pode ter sido resultado de ineficiência na implementação da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, o que poderá ser objeto de estudo no futuro.

3.4.3. Avaliação da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

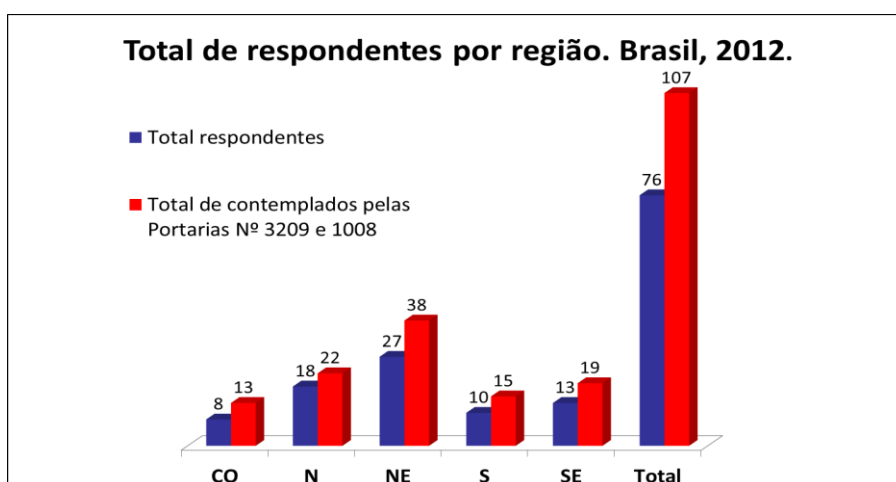
Para se demonstra o nível de execução da PNAISH, em 2012 ocorreu a Pesquisa de Avaliação das Ações Iniciais de Implementação da PNAISH em 26 Estados, DF e 27 Municípios selecionados, com base nas diretrizes estabelecidas pelas Portarias 3.209/2009 e 1.008/2010.

Essa verificação foi resultado de um arranjo institucional formado entre o Área Técnica de Saúde do Homem/SAS, DECIT/SCTIE e a Fiocruz. /MS.

A pesquisa foi realizada por meio de um formulário com questões estruturadas disponibilizado em meio eletrônico, através do FormSUS¹⁰ disponível no período de 20 a 27 de março e posteriormente prorrogado até 03 de abril de 2012.

A população alvo foram todas as Secretarias Estaduais e Municipais que receberam recursos das Portarias Nº 3.209 de 18 de dezembro de 2009 e 1.008 de 04 de maio de 2010 (N = 107). Ou seja, 21 Estados e 55 Municípios do total de 26 Estados e o Distrito Federal e 80 Municípios.

Gráfico 4 – Total de respondentes da pesquisa por região



Fonte: Apresentação Área Técnica Saúde do Homem/SAS/MS - 2012

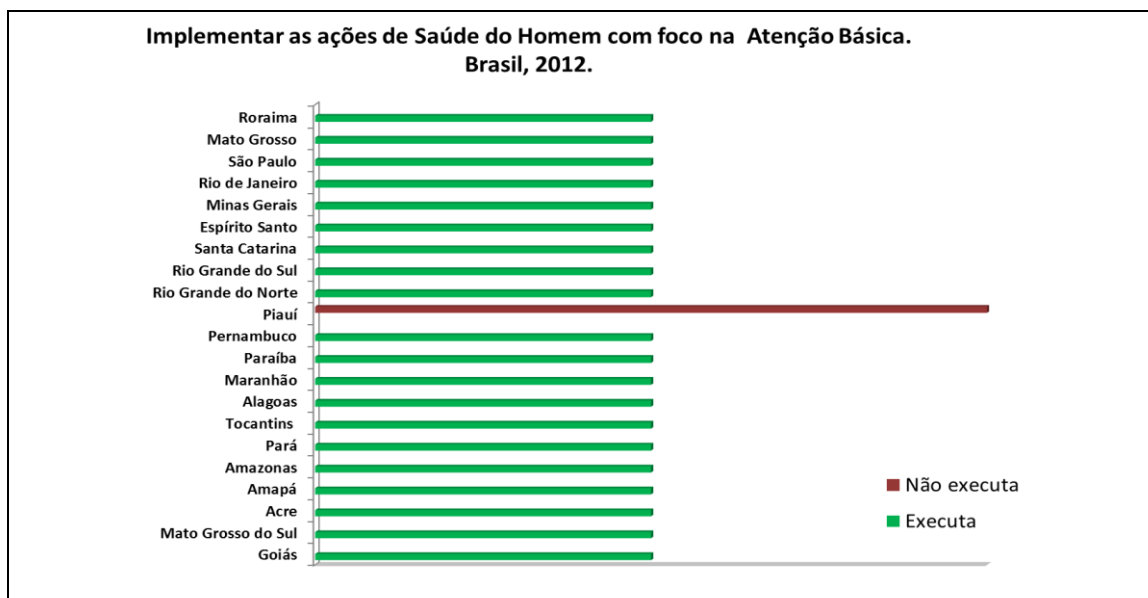
¹⁰ FormSUS. Ferramenta de Consulta Pública do Sistema Único de Saúde. Consulta Pública do Sistema Único de Saúde. Documento: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Área: DAPES-Saúde do Homem. Brasília: MS; 2008.

Abaixo são demonstrados os resultados alcançados em relação às diretrizes estabelecidas pelas respectivas portarias para implantação e implementação da PNAISH.

Sobre elaborar, pactuar, implantar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem 100% dos Estados (n=21) e 100% dos Municípios (n=55) que participantes da pesquisa responderam positivamente a essa diretriz. (Apresentação ATSH – 2012).

No que diz respeito a implementar as ações de Saúde do Homem com foco na AB dos 21 Estados respondentes, 25 responderam que executam a ação.

Gráfico 5 – Implementação de ações de Saúde do Homem com foco na AB



Fonte: Apresentação Área Técnica Saúde do Homem/SAS/MS - 2012

Quanto aos 55 Municípios, 96% dos respondentes declararam que realizaram executaram a respectiva ação.

No que se refere a realizar capacitação para profissionais priorizando a Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família:

Tabela 9 - Capacitação para profissionais priorizando a AB/ESF - Estados

Região	Estado (Cópia)	Situação
CO	Goiás	Executa
CO	Mato Grosso do Sul	Executa
CO	Mato Grosso	Não executa
N	Roraima	Não executa
N	Acre	Executa
N	Amapá	Executa
N	Amazonas	Executa
N	Pará	Executa
N	Tocantins	Executa
NE	Alagoas	Executa
NE	Maranhão	Executa
NE	Paraíba	Executa
NE	Pernambuco	Executa
NE	Piauí	Executa
NE	Rio Grande do Norte	Executa
S	Rio Grande do Sul	Executa
S	Santa Catarina	Executa
SE	Espírito Santo	Executa
SE	Minas Gerais	Executa
SE	Rio de Janeiro	Executa
SE	São Paulo	Executa

Fonte: Apresentação Área Técnica Saúde do Homem/SAS/MS - 2012

Por sua vez, dos Municípios respondentes, 5% disseram que não executaram a ação de capacitação para profissionais priorizando a AB/ESF.

Em relação à diretriz cuja determinação foi realizar um atendimento/ano em no mínimo 20% da população masculina de 40 a 59, dos 21 pesquisados, 18 Estados responderam que executam essa ação.

Tabela 10 – Realização de um atendimento/ano em no mínimo 20% da população masculina de 40 a 59 anos - Estados

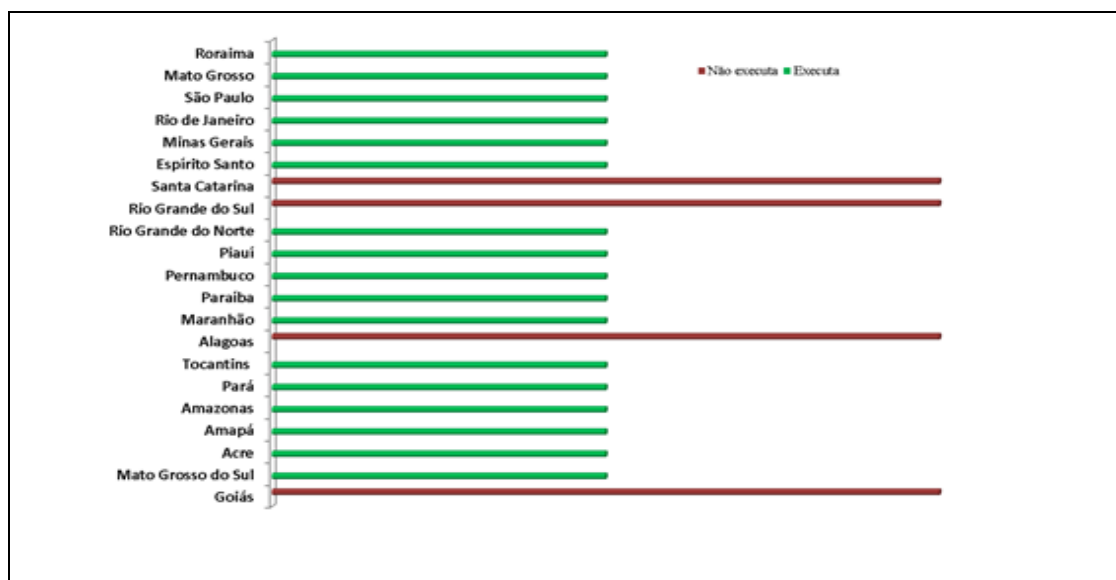
Região	Estado (Cópia)	Situação
CO	Goiás	Executa
CO	Mato Grosso do Sul	Não respondeu
CO	Mato Grosso	Executa
N	Roraima	Executa
N	Acre	Executa
N	Amapá	Executa
N	Amazonas	Executa
N	Pará	Executa
N	Tocantins	Executa
NE	Alagoas	Executa
NE	Maranhão	Executa
NE	Paraíba	Não Executa
NE	Pernambuco	Executa
NE	Piauí	Executa
NE	Rio Grande do Norte	Executa
S	Rio Grande do Sul	Executa
S	Santa Catarina	Executa
SE	Espírito Santo	Não Executa
SE	Minas Gerais	Executa
SE	Rio de Janeiro	Não executa
SE	São Paulo	Não executa

Fonte: Apresentação Área Técnica Saúde do Homem/SAS/MS – 2012

Dos 55 Municípios, 54 Secretarias Municipais de Saúde (SMS) disseram que executaram essa ação.

No que diz respeito à ampliação do acesso ao Planejamento Familiar (Lei 9.363) com incentivo à vasectomia à nível ambulatorial (Portaria 1.945) dos 21, apenas 4 Estados não realizaram a ação.

Gráfico 6 - Ampliação do acesso ao Planejamento Familiar (Lei 9.363) com incentivo à vasectomia à nível ambulatorial (Portaria 1.945) – Estados

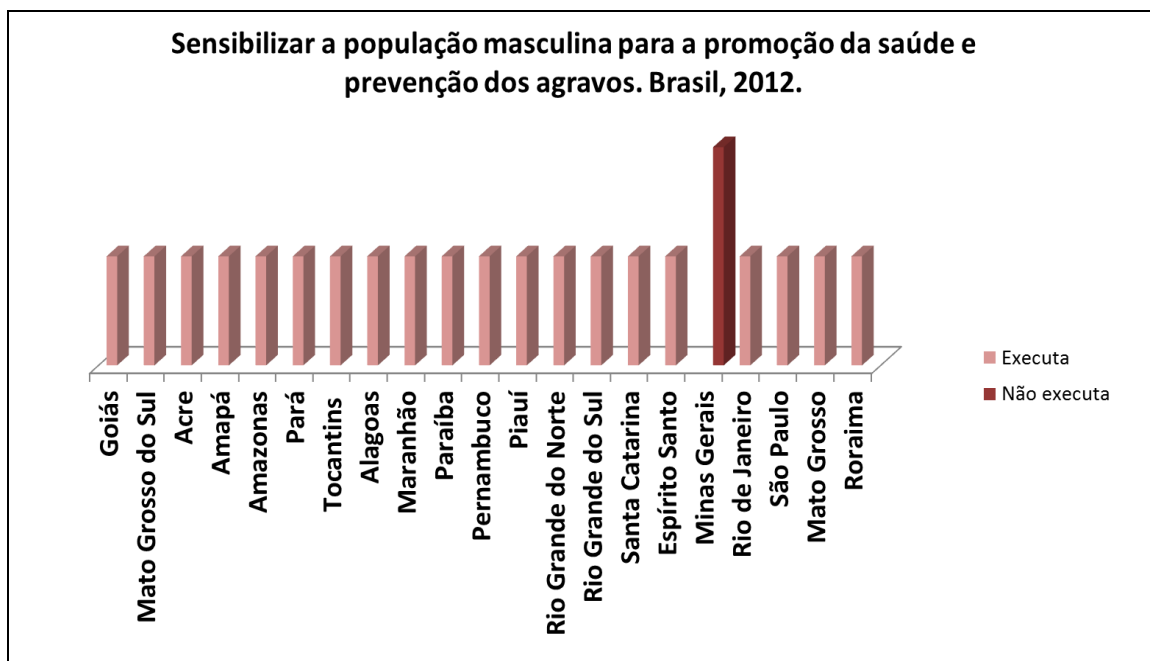


Fonte: Apresentação Área Técnica Saúde do Homem/SAS/MS – 2012

Essa ação não foi determinada para o cumprimento por parte dos Municípios.

No que se refere à diretriz de sensibilização da população masculina para a promoção da saúde e prevenção dos agravos, apenas 1 Estado dos pesquisados não executa a ação.

Gráfico 7 - Sensibilização da população masculina para a promoção da saúde e prevenção dos agravos – Estados

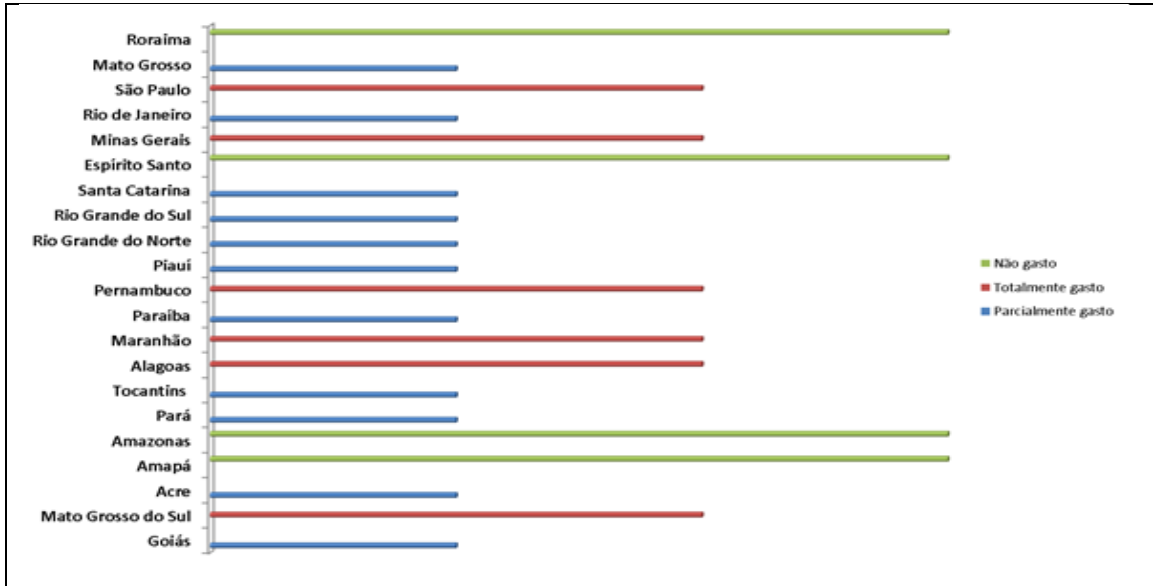


Fonte: Apresentação Área Técnica Saúde do Homem/SAS/MS – 2012

Dos 55 Municípios, apenas uma SMS não executou essa.

Em relação à ação sobre o recurso repassado para implantação e implementação da PNAISH nos Estados, quatro não gastaram, seis gastaram totalmente e onze gastaram parcialmente.

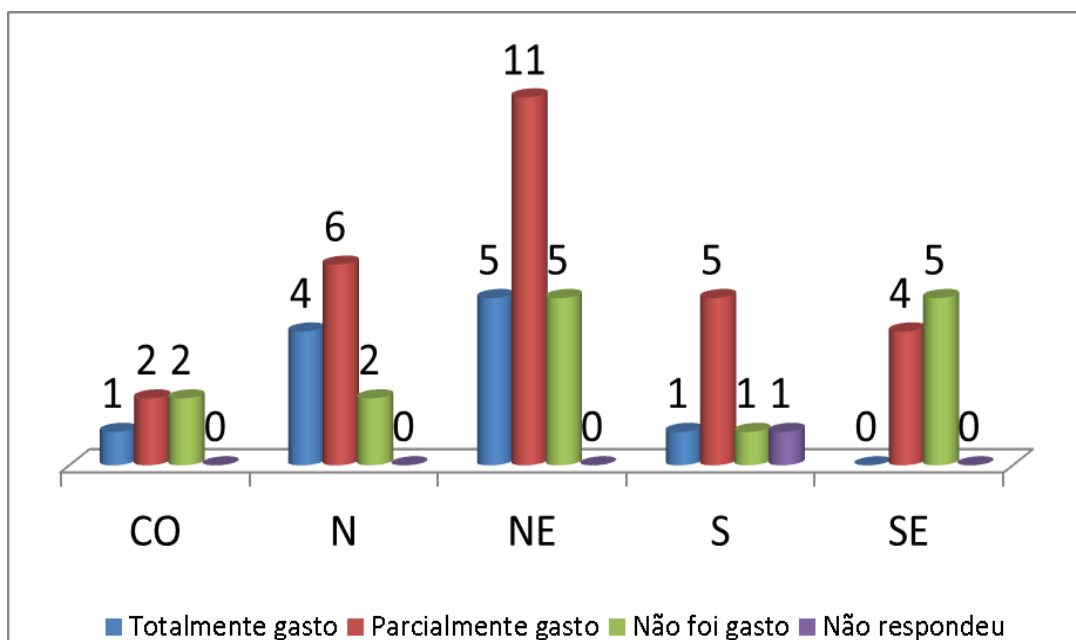
Gráfico 8 - Recurso repassado para implantação e implementação da PNAISH - Estados



Fonte: Apresentação Área Técnica Saúde do Homem/SAS/MS - 2012

Nos Municípios, onze gastaram os recursos transferidos totalmente, vinte e oito parcialmente, 15 não gastaram e um não respondeu.

Gráfico 9 - Recurso repassado para implantação e implementação da PNAISH - Estados



Fonte: Apresentação Área Técnica Saúde do Homem/SAS/MS – 2012

Após análise das informações resultantes da pesquisa pela a Área Técnica Saúde do Homem e pelos Conselhos de Saúde de cada esfera, constatou-se se que a Política estava sendo elaborada, pactuada e implantada em 100% dos Estados (n=21) e 100% dos Municípios (n=55) contemplados pelas Portarias nº 3.209/2009 e 1.008/2010 que participaram dessa avaliação.

Além disso, no que se refere ao Art. 1º “As prioridades do Pacto pela Saúde, no componente Pacto pela Vida, para o biênio 2010 – 2011” – Inciso XI - Saúde do Homem – do Pacto pela Saúde 2008 – 2011, esses atores consideraram que a meta foi atingida.

Contudo, outras pesquisas realizadas em 2012 e publicadas por meio de diversos artigos identificaram outros fatores que não foram explicitados de forma mais detalhada na avaliação realizada pela ATSH no mesmo ano.

Para fins desse estudo serão utilizados dois exemplos de pesquisa¹¹¹², mas sendo destacadas apenas questões voltadas ao Eixo II: **Promoção de saúde:** Elaborar

¹¹ Artigo: “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 vol.17 nº .10 - Rio de Janeiro – Outubro de 2012 .

estratégias que visem aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde; e ao 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.

Em relação ao primeiro artigo “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” (2012) os autores do artigo Leal, Figueiredo e Silva demonstraram com base em pesquisa realizada que em 5 localidades, um em cada Macro Região do país, para a realização da coleta de dados primários: Goiânia (GO), Petrolina (PE), Rio Branco (AC), Rio de Janeiro (RJ) e Joinville (SC) que

“Nos cinco municípios uma grande diferença em termos do conhecimento das diretrizes contidas na PNAISH por parte dos gerentes e dos profissionais da assistência; a diferença também foi observada em relação à implantação da política na rotina dos serviços. Os entrevistados têm pouca ou nenhuma familiaridade com a política. Alguns explicitam que nunca leram qualquer documento referente à PNAISH. A grande maioria afirma não ter participado de capacitação específica sobre saúde do homem.”

[...]

As sensibilizações e as capacitações foram ofertadas em geral aos profissionais de nível superior que atuam nos serviços de saúde.

[...]

Os entrevistados lamentam que não se ofereça treinamento para sua atuação nos serviços de saúde: afirmam que a ausência de capacitação é a maior dificuldade para a implantação da PNAISH, seguida da falta de um conhecimento mínimo sobre a atenção à saúde dos homens (incluindo como a saúde do homem funciona e para onde os pacientes devem ser encaminhados). Mencionam também

¹² Artigo: Artigo: “ 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 vol.17 nº .10 - Rio de Janeiro – Outubro de 2012 .

como dificuldades a ausência de material didático e de apoio para orientar as suas ações na "ponta". As informações que possuem sobre a saúde do homem, e mesmo sobre a PNAISH, são bastante superficiais; eles não se sentem capacitados para dar conta da temática no âmbito dos serviços. Muitas vezes os próprios materiais de divulgação da política são a única fonte de informação que os profissionais têm sobre o tema.... A sensibilização dos profissionais para as questões de saúde do homem, mesmo sem a estruturação de atividades específicas, pode ter um importante impacto no acolhimento e acesso dos homens aos serviços de saúde, especialmente aqueles que buscam, nas unidades de saúde, programas que já são desenvolvidos, como o Hiperdia, o programa de DST/AIDS e o programa de planejamento familiar”.

No que diz respeito ao Artigo: “ 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” (Knauth, Couto e Figueiredo – 2012) explicam que nos mesmos 5 municípios alvo da pesquisa

“não há, de fato, ações continuadas voltadas à população masculina na faixa etária investigada (20 a 59 anos). Da mesma forma, não foi possível identificar ações que contemplem, de modo efetivo, os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem, conforme aponta a literatura, bem como os determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, destacados nos princípios e diretrizes da PNAISH7. Assim, as atividades existentes e direcionadas aos homens são pontuais, com pouca articulação com as diretrizes propostas na PNAISH e geralmente voltadas para ações clínico-assistenciais.”

Outro aspecto identificado quanto à efetividade da implantação da PNAISH nos locais objetos dessa pesquisa se refere ao acesso do público masculino aos poucos serviços oferecidos na Atenção Básica.

“Os homens identificados pelos profissionais da saúde como frequentadores dos serviços são divididos em duas

categorias: trabalhadores e idosos. O primeiro grupo, minoritário, é formado por homens entre 30 e 50 anos e se caracteriza por estar exercendo atividade remunerada, ser trabalhador e ter pouco tempo disponível para ir ao serviço de saúde”.

Esse fator é apontado como uma das razões da baixa procura dos serviços de saúde pelos homens. Por isso faz-se necessário que

“...A ampliação do horário de funcionamento das unidades de saúde é percebida como uma medida que pode atrair um maior número de usuários do sexo masculino. Isto pode ser constatado, por exemplo, em um dos serviços observados onde a ampliação do horário de atendimento trouxe melhoras na organização das atividades, dentre as quais se destaca a ampliação do acesso dos homens ao serviço, o que se expressa no incremento da presença deles.”

É importante salientar que essa pesquisa foi realizada pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com recursos do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS) e teve como objetivo avaliar as ações iniciais da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH),.

Dessa forma, foi um estudo solicitado pelos responsáveis pela formulação da PNAISH a nível nacional, para analisar, dentre outros fatores, como no nível local, a política foi entendida e implementada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do estudo realizado, percebeu-se que criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visando o enfrentamento e a superação das barreiras socioculturais e institucionais que impedem os homens de buscarem a resolutividade dos problemas de saúde ainda na fase inicial de adoecimento, não é suficiente.

Para além da criação dessa política, faz-se necessário um sistema de saúde bem estruturado fisicamente, equipamentos apropriados, profissionais capacitados, serviços integrados, comprometimento dos gestores em cada nível da federação.

Ademais, ações contínuas de comunicação e sensibilização do público masculino por meio de cartilhas, publicidade, mídias, seminários, interface com os locais onde os homens frequentam: empresas, sindicatos, associações não governamentais, eventos sociais.

Sabe-se que isso não é suficiente para que os homens deixem de se sentirem invulneráveis e percam o medo de descobrirem que têm uma doença grave quando procuram os serviços de saúde.

Mas, poderá contribuir para a superação dos obstáculos relacionados à questão saúde-doença dos homens, bem como cooperar para reduzir a descrença que têm a respeito da eficácia das ações de promoção da saúde e prevenção da doença.

Para tanto, é imprescindível o aporte de recursos financeiros, e o monitoramento do respectivo uso. Pois, como foi demonstrado neste trabalho, os valores transferidos no período de 2009 a 2011 para os Estados e Municípios que aderiram à política, foram pouco significativos, tendo em vista os objetivos estabelecidos na formulação da PNAISH.

Ademais, até a realização desse estudo, ainda não havia ocorrido a aprovação de recursos para 2012 e 2013 que permitissem aos atuais e novos Municípios darem continuidade a expansão da implementação ou implantarem a PNAISH.

Em relação aos impactos que se pretende causar quando se estrutura uma política pública, no caso da PNAISH não foi possível de serem identificados, pois se trata de uma política formulada recentemente e que se encontra na fase de implementação.

Contudo, como demonstrado, foram realizadas pesquisas para se verificar o ciclo de estruturação da PNAISH: formulação, implementação e avaliação.

Com base nessa avaliação, os responsáveis pela formulação a nível central da política e os respectivos implementadores a nível local, planejaram novas ações e estratégias.

Tanto no que diz respeito à promoção de novas iniciativas para a conscientização e sensibilização dos homens no que diz respeito às questões relacionadas à sua saúde; quanto à ampliação do acesso dessa população aos serviços de saúde.

Ademais, planejaram ações para o desenvolvimento e capacitação dos agentes de saúde que trabalham diretamente com o público masculino. Bem como definiram mecanismos para solicitar aos gestores do SUS a promoção de ações para a melhoria do atendimento desse “novo” usuário dos serviços de saúde tanto no que se refere ao acesso como à objetividade no tratamento.

Espera-se que este trabalho contribua para a execução dessas ações.

7. REFERENCIAS

1. Arretche M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Barreira MCRN, Carvalho MCB, editores. Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais. São Paulo: IEE, PUC-SP; 2001. p. 43-56. <http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/Arretche_2002.pdf> Acesso em 18.10.2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Mais Gestão – É Mais Saúde: Governança para Resultados do MS. Brasília: MS; 2009. –
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria Nº 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 2009; 28 ago.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Plano de Ação Nacional (2009-2011) - Matriz de Planejamento do Plano de Ação Nacional (2009-2011); 2009.
5. CONASS. Coleção Para Entender a Gestão do SUS – Atenção Básica e Promoção da Saúde. Brasil. 2011
6. Gomes R, Leal AF, Lima AMP, Knauth D, Moura ECD, Nogueira da Silva GS, Couto MT, Urdaneta M, Figueiredo WS. Avaliação das ações iniciais da implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem – Relatório Final. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2012.
7. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saúde Pública. 2007; 23(3):565-574. <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>> Acesso em 16.07.2013.
8. Gomes R, Leal AF, Knauth DR, Nogueira da Silva GS. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. Ciência da Saude Colet 2012; 17(10): 2589-2596. <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/08.pdf>> Acesso em 15.10.2013.
9. Figueiredo W. - Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária - Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):105-109, 2005.<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>> Acesso em 16.07.2013.
10. Ferreira M.R. – Desafios da política de atenção à saúde do homem: análise das barreiras enfrentadas para sua consolidação - Revista Eletrônica Gestão & Saúde Vol.04, Nº. 01, Ano 2013 p.1833 – 1847. <

www.gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/.../264/pdf> Acesso em 22.07.2013.

11. Organismo Mundial da Saúde - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Edição – EdUSP. Brasil. 1996.

12. Knauth D.R, Couto M.T., Figueiredo W.S - A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2012. < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/11.pdf>> Acesso em 19.08.2013.

13. Leal, Figueiredo e Nogueira - 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 - Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2012 < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000010> Acesso em 25.09.2013.

14. Machin R., Couto M.T., Silva G. S., Schraider L.B., Gomes R., Figueiredo R.G., Santos W., Valença O.A., Pinheiro T.F. - Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária - Ciência & Saúde Coletiva, 16(11):4503-4512, 2011. < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200023&script=sci_arttext> Acesso em 17.07.2013.

15. Motta G.C, Morosini M.V.G – Atenção Primária à Saúde - Dicionário da educação profissional em saúde – Fundação Oswaldo Cruz – Brasil. 2006. < <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>> Acesso em 26.07.2013.

16. Salvador E.. [et al.].– Financeirização, fundo público e política social – SP: Cortez, 2012.

17. Santos L. – SUS e a Lei Complementar 141 Comentada – Campinas, SP: Saberes Editora, 2012.

18. Santos L. - A saúde que queremos é a saúde que podemos? Portal CONASEMS – Brasil - sem data de publicação.< <http://www.conasems.org.br/index.php/comunicacao/artigos/1965-a-saude-que-queremos-e-a-saude-que-podemos-por-lenir-santos>> Acesso em 08.10.2013.