



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DISCIPLINA: INT5162 – ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**

**BRUNA MARTINS  
FABIANE NUNES LEMOS  
RAFAELA SILVA LOPES**

**SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA EM FLORIANÓPOLIS:  
FRAGILIDADES E FORTALEZAS NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FLORIANÓPOLIS  
2011**

**BRUNA MARTINS  
FABIANE NUNES LEMOS  
RAFAELA SILVA LOPES**

**SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA EM FLORIANÓPOLIS:  
FRAGILIDADES E FORTALEZAS NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina Estágio Supervisionado II (INT5162) do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de Enfermeira.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Flávia Regina Souza Ramos

**FLORIANÓPOLIS  
2011**

BRUNA MARTINS  
FABIANE NUNES LEMOS  
RAFAELA SILVA LOPES

**SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA EM  
FLORIANÓPOLIS: FRAGILIDADES E  
FORTALEZAS NA PERSPECTIVA DE  
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

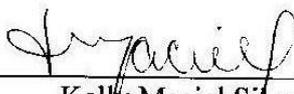
Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª UC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

**Banca Examinadora**



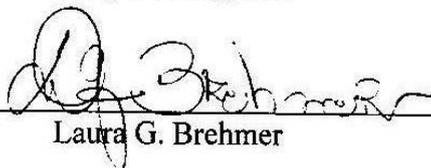
---

Flávia Regina de Souza Ramos



---

Kelly Maciel Silva



---

Laura G. Brehmer

Florianópolis, 01 de julho de 2011.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

**DISCIPLINA: INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**  
**PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE**  
**CONCLUSÃO DE CURSO**

O Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado, *“Saúde do homem na atenção básica em Florianópolis: fragilidades e fortalezas na perspectiva de profissionais da Estratégia da Saúde da Família”* demonstra sua excelente qualidade como iniciativa acadêmico-científica, destacando-se por seu texto bem elaborado e apresentação cuidadosa; por um objeto de pesquisa bem delimitado e amparado em referencial teórico compatível; procedimentos metodológicos adequados e bem relatados e, finalmente, uma análise interessante e motivada pelo diálogo com diferentes autores, referencial teórico e dados empíricos. Cumpre destacar a contribuição do estudo, tanto por sua temática afinada a problemas concretos do cuidado em saúde a população masculina, como por trazer resultados reveladores de dimensões culturais e organizacionais deste cuidado. A rigorosa conduta das autoras foi evidenciada em todas as etapas do estudo e culminou com um trabalho acadêmico que cumpre todos os requisitos para a conclusão do curso de Enfermagem, comprovando a oportuna intenção do curso em privilegiar as competências de investigação no profissional enfermeiro, aliadas ao compromisso com a promoção da saúde e com a qualidade do cuidado à saúde.

Profª Drª Flávia Regina Souza Ramos

Florianópolis, 15 de julho de 2011

## EPÍGRAFE

**A imaginação é mais importante que a ciência, porque a ciência é limitada, ao passo que a imaginação abrange o mundo inteiro. (Albert Einstein)**

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus pelas graças concedidas a todo o tempo de vivências durante a graduação e pelas oportunidades surgidas, aos nossos familiares, em especial aos nossos pais pelo incentivo, compreensão e por todo o amor incondicional, o que nos motiva a seguir nossa caminhada. Agradecemos ainda, aos nossos namorados e companheiros por nos apoiar nas decisões e compartilhar dos mais diversos momentos e sentimentos despertados nas experiências vividas, como as alegrias, tristezas e os momentos mais difíceis.

Agradecemos aos Professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, em especial a Prof. Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos e o Prof. Dr. Jonas Salomão Spricigo, por nos ter concedido pequenos e rápidos momentos de orientação e esclarecimentos para elaboração do tema proposto.

Agradecemos com todo o entusiasmo e orgulho a nossa orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Flávia Regina Souza Ramos a qual nos acolheu e aceitou nos orientar durante todo o planejamento, execução e conclusão deste trabalho, nos proporcionando conhecimento e experiências que jamais serão esquecidas e que contribuíram significativamente à nossa formação profissional.

Às nossas supervisoras Kelly Maciel Silva e Andreza Silva Malaquias, Enfermeiras do campo de estágio, agradecemos pelos momentos de aprendizado prático diariamente e por nos conceder espaço e apoio para colocarmos em prática nosso conhecimento e experiências conquistadas ao longo da graduação. Aos demais profissionais do Centro de Saúde Coloninha somos gratas por nos ter acolhido e contribuído para o nosso aprendizado nesta importante etapa final.

Muito obrigada, a todos!

## RESUMO

MARTINS, Bruna; LEMOS, Fabiane Nunes; LOPES, Rafaela Silva. **Saúde do homem na atenção básica em Florianópolis: fragilidades e fortalezas na perspectiva de profissionais da Estratégia Saúde da Família**, 2011. 70p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Flávia Regina Souza Ramos

O presente trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem, (disciplina Estágio Supervisionado II) trata de um estudo que objetivou identificar as fragilidades e fortalezas na perspectiva de profissionais de nível superior, integrantes da Equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Atenção Básica de Saúde, instituída pelo Ministério da Saúde – Brasil no ano de 2008. É um estudo de abordagem qualitativa que utilizou entrevista com profissionais de saúde integrantes da ESF em um Centro de Saúde (CS) em Florianópolis. A análise foi organizada em torno de três eixos principais, quais sejam, às potencialidades e fragilidades de profissionais da Estratégia Saúde da Família na saúde do homem, às vivências masculinas no cuidado com a saúde e às percepções da equipe quanto a políticas públicas de saúde voltadas ao usuário masculino na Atenção Básica. Assim foi possível concluir que a Equipe de saúde reconhece as peculiaridades sócio-culturais desta população, assim como a necessidade e importância da implementação de uma Política específica, porém encontra dificuldades em atuar em sua implementação na atenção básica, ou de efetivas ações que concretizem a equidade e integralidade no cuidado a saúde. Os profissionais de saúde precisam desenvolver um maior conhecimento deste universo masculino, até então pouco explorado ou considerado, quando da organização dos serviços, já que estes novos conhecimentos serão instrumentos importantes para as práticas de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde do homem; Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem; Estratégia Saúde da Família; profissionais de saúde; Atenção Básica.

## LISTA DE SIGLAS

|               |  |
|---------------|--|
| <b>SUS</b>    | Sistema Único de Saúde                                 |
| <b>PNAISH</b> | Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem |
| <b>ESF</b>    | Estratégia Saúde da Família                            |
| <b>NASF</b>   | Núcleo de Apoio a Saúde da Família                     |
| <b>DCNT</b>   | Doenças Crônicas Não-Transmissíveis                    |
| <b>SMS</b>    | Secretaria Municipal de Saúde                          |
| <b>CS</b>     | Centro de Saúde  |
| <b>APS</b>    | Atenção Primária a Saúde                               |
| <b>ACS</b>    | Agentes Comunitários de Saúde                          |
| <b>MS</b>     | Ministério da Saúde                                    |
| <b>UBS</b>    | Unidade Básica de Saúde                                |
| <b>ESB</b>    | Equipes Saúde Bucal                                    |
| <b>ACD</b>    | Auxiliar de Consultório Dentário                       |
| <b>THD</b>    | Técnico em Higiene Dental                              |
| <b>OMS</b>    | Organização Mundial de Saúde                           |
| <b>DST</b>    | Doença sexualmente transmissível                       |
| <b>SBU</b>    | Sociedade Brasileira de Urologia                       |
| <b>HU</b>     | Hospital Universitário                                 |
| <b>UFSC</b>   | Universidade Federal de Santa Catarina                 |
| <b>ONG</b>    | Organização Não-Governamental                          |
| <b>TCLE</b>   | Termo de consentimento livre e esclarecido             |

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| <b>Quadro 01</b> – População residente no Brasil por faixa etária e sexo (2009).....         | 10 |
| <b>Quadro 02</b> – População residente em Santa Catarina por faixa etária e sexo (2009)..... | 10 |
| <b>Quadro 03</b> – População residente em Florianópolis por faixa etária e sexo (2009).....  | 11 |
| <b>Quadro 04</b> – Artigos publicados no período de 2005 a 2010.....                         | 24 |

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>9</b>  |
| <b>2. OBJETIVOS</b> .....  | <b>13</b> |
| 2.1 OBJETIVO GERAL .....   | 13        |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....  | 13        |
| <b>3. O PROBLEMA DE PESQUISA, SEU MARCO TEÓRICO-POLÍTICO E SUA ABORDAGEM NA LITERATURA</b> ..... | <b>14</b> |
| 3.1 A SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA – REFERÊNCIAS TEÓRICAS E POLÍTICAS .....                  | 14        |
| 3.2 A SAÚDE DO HOMEM NA LITERATURA .....   | 23        |
| <b>4. METODOLOGIA</b> .....  | <b>38</b> |
| 4.1 TIPO DE PESQUISA .....   | 38        |
| 4.2 LOCAL E PARTICIPANTES DA PESQUISA .....  | 38        |
| 4.3 COLETA DE DADOS .....  | 39        |
| 4.4 ANÁLISE DOS DADOS .....  | 39        |
| 4.5 ASPECTOS ÉTICOS .....  | 40        |
| <b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....  | <b>41</b> |
| <b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS - TCC</b> .....   | <b>60</b> |
| <b>REFERÊNCIAS - TCC</b> .....   | <b>61</b> |
| <b>APÊNDICES</b> .....   | <b>64</b> |
| <b>ANEXOS</b> .....  | <b>64</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

A partir das vivências ao longo do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tivemos a oportunidade de conhecer o Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas públicas de saúde e suas regulamentações elaboradas em âmbito teórico e implementadas nos contextos da atenção. Portanto, percebemos que este sistema está em constante processo de aperfeiçoamento buscando operacionalizar seus princípios e diretrizes com eficácia nas ações e serviços em saúde. Assim sendo, há a necessidade de contínua avaliação e reflexão embasadas em estudos científicos sobre esses processos em desenvolvimento.

Como exemplo de um dos avanços no SUS, no ano de 2008 foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com os gestores do SUS, sociedade civil organizada, sociedades científicas, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional, da qual é considerada uma das prioridades do governo.

Este sistema é regido por princípios e diretrizes dispostas na Lei orgânica, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dentre os mais importantes princípios dispostos nesta lei, estão à *universalidade* de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a *integralidade* de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; a *equidade*, sendo a igualdade de assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Estes princípios devem nortear a oferta de serviços a toda a população, daí a necessidade de implementar uma política que se dirija para à questão e as demandas de saúde do ser masculino, até então não direcionadas especificamente em relação a outras políticas consideradas como prioritárias. (BRASIL, 2000).

O SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, também sendo de iniciativa privada de forma complementar. Este pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988, seus princípios apontam para a democratização nas ações e serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização. (BRASIL, 2000).

Sendo assim, decidimos investigar e identificar as fortalezas e fragilidades dos profissionais de nível superior integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação à saúde da população masculina, tendo como foco a PNAISH, visto que estes profissionais são elementos chave para que aconteça a promoção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde da população adscrita. Sentimos a necessidade de investir em pesquisa relacionada à saúde do homem, tanto para conhecer as demandas e características do usuário masculino, quanto para identificar o nível de conhecimento dos profissionais acerca das necessidades e características deste público, profissionais estes, que atuam ativamente na sua implementação. É necessário que a sociedade e o SUS presente nas instituições públicas ou privadas, reconheçam que os agravos do sexo masculino constituem-se verdadeiros problemas de saúde pública em nosso país.

O homem adulto (idade entre 20 a 59 anos) está em menor número na população (no país, estado e município) em relação às mulheres, podendo ser observado que a morbimortalidade masculina é maior do que na população feminina. Segundo os dados do IBGE (2009) a população residente masculina no Brasil, em Santa Catarina e em Florianópolis, na faixa etária a partir de 30 anos, os homens estão em menor número, indicando que há grande influência da morbimortalidade masculina em relação às mulheres.

Tabela 01 - População Residente no Brasil por Faixa Etária e Sexo – 2009.

| <b>Faixa Etária</b> | <b>Masculino</b> | <b>Feminino</b> | <b>Total</b> |
|---------------------|------------------|-----------------|--------------|
| 20 a 29             | 17.597.650       | 17.570.313      | 35.167.963   |
| 30 a 39             | 14.259.769       | 14.852.679      | 29.112.448   |
| 40 a 49             | 11.665.684       | 12.614.307      | 24.279.991   |
| 50 a 59             | 8.334.691        | 9.235.659       | 17.570.350   |
| Total               | 51.857.794       | 54.272.958      | 106.130.752  |

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas - 2009. Disponível em: [tabnet.datasus.gov.br](http://tabnet.datasus.gov.br) (acesso em 2010).

Tabela 02 - População Residente em Santa Catarina por Faixa Etária e Sexo – 2009.

| <b>Faixa Etária</b> | <b>Masculino</b> | <b>Feminino</b> | <b>Total</b> |
|---------------------|------------------|-----------------|--------------|
| 20 a 29             | 556.152          | 544.358         | 1.100.510    |
| 30 a 39             | 467.229          | 470.915         | 938.144      |
| 40 a 49             | 433.711          | 446.045         | 879.756      |
| 50 a 59             | 308.961          | 321.609         | 630.570      |
| Total               | 1.299.520        | 1.782.927       | 3.548.980    |

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas - 2009. Disponível em: [tabnet.datasus.gov.br](http://tabnet.datasus.gov.br) (acesso em 2010).

Tabela 03 - População Residente em Florianópolis por Faixa Etária e Sexo - 2009.

| Faixa Etária | Masculino | Feminino | Total   |
|--------------|-----------|----------|---------|
| 20 a 29      | 38.501    | 38.746   | 77.247  |
| 30 a 39      | 33.784    | 35.286   | 69.070  |
| 40 a 49      | 27.457    | 30.744   | 58.201  |
| 50 a 59      | 20.753    | 24.259   | 45.012  |
| Total        | 120.495   | 129.035  | 249.530 |

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas – 2009. Disponível em: [tabnet.datasus.gov.br](http://tabnet.datasus.gov.br) (acesso em 2010).

Segundo o sistema de vigilância em saúde do Ministério da saúde (2005) as principais causas de morte na população masculina brasileira são: doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular e homicídios. Entre o ano de 1980 e 2005 as taxas de variação da ocorrência destas causas de mortalidades aumentaram para: homicídios - 101,4%; diabetes *mellitus* - 103,6%; neoplasia de próstata - 95,1%; suicídios - 39%; neoplasia do cólon, reto e ânus - 50,6%; hepatite por vírus - 76%; ou seja, embora o homicídio seja hoje a terceira principal causa de morte entre os homens brasileiros é, por outra faceta, a causa que apresenta o maior crescimento, na série histórica da taxa de mortalidade. Sendo assim, destacamos a importância e necessidade de assumir um “olhar” sensibilizado para estratégias mais adequadas e específicas aos problemas e necessidades do ser masculino, no que compete ao SUS.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS) – Departamento de Saúde do Adulto, esta tem, particularmente nos últimos três anos, priorizado suas ações na ESF como eixo norteador da Atenção em Saúde em Florianópolis. Como forma de consolidar o eixo prioritário de ações na Atenção a Saúde, a Secretaria de Saúde editou em agosto de 2007 a Portaria SS/GAB nº 283/2007 que estabelece a Política Municipal de Saúde no Município centrada na Estratégia de Saúde da Família. Especificamente na Saúde do Adulto, a Secretaria Municipal tem como missão, “Planejar, coordenar e fortalecer as ações de atenção à saúde do adulto e saúde do homem na rede municipal de Florianópolis, alinhadas às necessidades locais e em conformidade com as diretrizes e políticas ministeriais”. Seus objetivos são: planejar e elaborar planos de ação conforme perfil da população; apoiar as ações da ESF e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na assistência ao adulto, garantindo o fluxo de referência e contra-referência; implementar ações de educação em saúde para o auto-cuidado; implantar a Política de Saúde do Homem no município de

Florianópolis, com estratégias de promoção da saúde com vistas à redução de agravos e melhoria na qualidade de vida do homem; trabalhar de forma articulada com ações intra e inter-setoriais e participar da capacitação de recursos humanos. Entre seus eixos de ação, a linha de cuidado do adulto vem sendo constituída a partir da: atenção integral à saúde do adulto em face das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT); atenção integral à saúde do homem; educação em saúde para o autocuidado; promoção à saúde e prevenção nos diferentes níveis de atenção. (FLORIANÓPOLIS, 2010).

O estudo proposto foca na complexidade da implementação da PNAISH bem como a importância da equipe de saúde nesse processo, a partir deste foco o estudo se dirige para um contexto específico (o local de estudo) e para questões motivadoras, que podem ser assim sintetizadas:

- Quais os conhecimentos e ações em saúde do homem que os profissionais de saúde de nível superior (Enfermeiro, Médico, Dentista) integrantes da ESF, conhecem e estão realizando sem ser proposta específica da nova Política em um Centro de Saúde (CS) na cidade de Florianópolis.
- Quais as fragilidades e fortalezas para a implementação da PNAISH, sob a perspectiva multiprofissional da ESF, na Atenção Básica.
- Quais as expectativas dos profissionais da ESF, em relação à nova política?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as fragilidades e fortalezas para a implementação da PNAISH na Atenção Básica de Saúde em Florianópolis, na perspectiva de profissionais com nível superior da ESF (enfermeiro, médico e dentista).

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Reconhecer as potencialidades e fragilidades da atenção à saúde do homem na perspectiva de equipes multiprofissionais;
- Identificar as percepções das equipes multiprofissional acerca das vivências do homem no cuidado com a saúde;
- Identificar os conhecimentos e práticas dos profissionais da ESF, de nível superior, acerca da saúde do usuário masculino;

### **3. O PROBLEMA DE PESQUISA, SEU MARCO TEÓRICO-POLÍTICO E SUA ABORDAGEM NA LITERATURA**

#### **3.1 A SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA – REFERÊNCIAS TEÓRICAS E POLÍTICAS**

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável, tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006).

A Atenção Primária de Saúde (APS) é integrante do SUS e tem como dever, baseando-se em seus princípios e diretrizes, assistir o ser masculino em sua singularidade e individualidade de acordo com as suas necessidades. A ESF faz o elo entre as diretrizes da Atenção Básica junto ao SUS com a prática cotidiana nos serviços de saúde na atenção primária, portanto, a importância da equipe multiprofissional na implementação das ações em saúde de acordo com as políticas públicas de saúde e as metas de saúde estabelecidas pelo SUS.

A ESF visa à reorganização da Atenção Básica no País, de modo que se orienta pelos princípios gerais da Atenção Básica além de possuir seus próprios princípios gerais: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as

Equipes Saúde da Família atuam; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania. (BRASIL, 2006).

Para a implementação das ESFs são necessários: a existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes (média recomendada de 3.000 habitantes), com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família; existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (MS), dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família; garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS). São itens necessários à incorporação de profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes; no caso das Equipes Saúde Bucal (ESB), modalidade 2: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF, às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes; existência de Unidade de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para atendimento das equipes de Saúde Bucal. (BRASIL, 2006).

As atribuições comuns a todos os profissionais da ESF são as seguintes: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando

grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário; realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis; promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; participar das atividades de educação permanente; realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. (BRASIL, 2006).

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais:

#### Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- Supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;
- Facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;
- Realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;

- Solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- Organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento do CS. (BRASIL, 2006).

#### Enfermeiro:

- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias no CS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, auxiliar de consultório dentário (ACD) e técnico em higiene dental (THD);
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento do CS. (BRASIL, 2006).

#### Médico:

- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

- Realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
- Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;
- Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;
- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento do CS. (BRASIL, 2006).

#### Cirurgião Dentista:

- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
- Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;
- Realizar supervisão técnica do THD e ACD;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento do CS. (BRASIL, 2006).

A ESF tem as ferramentas de trabalho necessárias e adequadas para implementar ações que tragam benefícios eficazes e resolutivos para o homem nas suas necessidades em saúde, precisa do apoio e das iniciativas dos gestores do sistema de saúde para implementar as ações direcionadas ao ser masculino e atender as suas demandas de forma resolutiva.

Os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território. As responsabilidades de cada esfera de governo:

- No âmbito **Federal, Ministério da saúde:** contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no País, por meio do apoio à Atenção Básica e do estímulo à adoção da estratégia de Saúde da Família como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde; prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família; estabelecer diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica; apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica; articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial de medicina, enfermagem e odontologia, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica; monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica, no âmbito nacional, divulgando anualmente os resultados alcançados, de acordo com o processo de pactuação acordado na Comissão Intergestores Tripartite; elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica de âmbito nacional; promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do

setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no país.

- No âmbito **Estadual**: contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à Atenção Básica e estímulo à adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes para a Atenção Básica; pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria; estabelecer, no Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da Atenção Básica no seu território; prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família, com orientação para organização dos serviços que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos; estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia Saúde da Família no âmbito estadual ou do Distrito Federal; disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes; articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família.
- No âmbito **Municipal**: inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde; organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União; programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local; alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão; elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal; estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território. (BRASIL, 2006).

Visando à operacionalização da Atenção Básica como descrito acima, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase,

o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes *mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. (BRASIL, 2006).

Como estratégia, a promoção da saúde tem sido muito abordada nos últimos anos, pois a saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários. (BRASIL, 2010)

Nas últimas décadas, tornou-se mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que a doença seja produtora de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e da população. Além disso, a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidados marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas. (BRASIL, 2010).

No esforço por garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados, e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades, entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e das necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes. Nesse sentido, a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde é oportuna, posto que seu processo de construção e de implantação/implementação – nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde. (BRASIL, 2010).

O objetivo geral da Política Nacional de Promoção à Saúde é promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Alguns dos objetivos específicos desta política são: incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica; ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de

orientação/opção sexual, entre outras); promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde; estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no país; e valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade. (BRASIL, 2010).

De acordo com os dados de morbimortalidade do sistema de vigilância em saúde do MS (2005), as causas de morte na população masculina brasileira vêm aumentando consideravelmente nos últimos 25 anos, como por doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas (homicídios e suicídio), tornando-os causas principais de morte nos dias atuais. Portanto, conclui-se a necessidade de construção de ações de saúde focada na saúde do homem, especialmente na atenção primária. As áreas estratégicas para a atuação da atenção básica junto à promoção a saúde existentes são necessárias e eficazes, porém deixam de incluir o ser masculino como ser individualizado. Com isso deixa-se de promover a saúde do homem, o que evitaria seus agravos de saúde e elevaria a procura aos serviços de saúde, o estímulo ao auto-cuidado e a compreensão de si mesmo enquanto ser vulnerável.

Em consideração à situação de agravos da saúde do homem brasileiro e como garantia da integralidade e equidade da atenção à saúde, o Ministério da saúde no ano de 2008 desenvolveu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem como uma das prioridades do governo da qual foi instituída no ano de 2009 pela Portaria GM nº. 1944.

Esta Política está alinhada com a Política Nacional da Atenção Básica, estratégias de humanização e conseqüentemente com os princípios do SUS. Seu objetivo é fortalecer e qualificar a atenção primária, promovendo ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organizações dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Com isso, pretende-se possibilitar o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. (BRASIL, 2008).

Segundo esta Política, as instituições e organizações de saúde privilegiam as ações para a criança, o adolescente, a mulher e para o idoso, contribuindo para a não procura aos serviços de saúde pelo sexo masculino devido à falta de uma estratégia específica para esta população. Também é considerada a concepção equivocada do homem como um ser invulnerável e da doença como uma fragilidade, o que leva a dificuldade em reconhecer suas necessidades. É comum a alegação de que, por ser, na maioria das vezes, o responsável pelo

sustento da família, e também pelo tempo de trabalho diário, é difícil a procura dos homens pelos serviços de saúde o que contribui para fomentar a visão hegemônica da masculinidade. (BRASIL, 2008).

Com isso, o governo propôs princípios para a política: a humanização e qualidade, promoção, reconhecimento, respeito à ética e aos direitos do homem como cidadão sob suas peculiaridades sócio-culturais. A partir destes princípios, propõe-se elaborar e incentivar ações que contribuam para a mudança quanto à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde da sua família. (BRASIL, 2008).

As diretrizes que regem a Política são a integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade. Estas norteiam ações, planos, programas, projetos e atividades que: visem à melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe saúde da família; estimulem a intersetorialidade público e privado, compondo compromissos e responsabilidades; levem informações e orientações à população masculina, aos familiares e a comunidade, sobre a promoção, prevenção, tratamento dos agravos e enfermidades do homem; captem ou realizem busca ativa da população masculina para atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos; capacitem profissionais de saúde para atendimento do homem; disponibilizem insumos, equipamentos e materiais educativos; monitorem e avaliem continuamente os serviços e o desempenho dos profissionais de saúde, com a participação dos usuários; relacionem os três níveis de gestão e o controle social. (BRASIL, 2008).

Podemos concluir que os objetivos gerais desta política é a promoção da saúde da população masculina do Brasil, contribuindo para a redução da morbimortalidade, enfrentando os fatores de risco através da facilitação ao acesso às ações e aos serviços de assistência em todos os níveis de atenção.

### 3.2 A SAÚDE DO HOMEM NA LITERATURA

Segue abaixo em forma de tabela os artigos publicados no período de 2005 a 2010 que nos deram embasamento teórico acerca da Saúde do Homem e sua relação com às Políticas Públicas de Saúde no Brasil. A busca foi realizada através do site scielo.org, no período de outubro de 2010 a março de 2011, de acordo com os descritores saúde do homem e PNAISH, com o objetivo de selecionar artigos relacionados com Atenção Básica de Saúde, saúde do homem e políticas públicas de saúde no Brasil.

Tabela 04 – Artigos publicados no período de 2005 a 2010.

| Fonte  | Descrição do Estudo/Resultados dos artigos publicados de 2005 a 2010  |
|--|---|
| Figueiredo, Gomes, Couto, Pinheiro, Machin, Schraiber, Valença e Silva, 2010 | Pesquisa sobre relações entre masculinidades e cuidado em saúde, abordando o reconhecimento de necessidades por homens usuários de atenção primária e respostas dos serviços. É parte de pesquisa realizada em quatro estados brasileiros, com oito serviços amostrados por conveniência. Triangulou-se observação etnográfica com entrevistas semi-estruturadas com 182 usuários de 15 a 65 anos e com 72 profissionais. A análise temática dos registros etnográficos e das entrevistas foi baseada nos referenciais de gênero e em estudos do trabalho em saúde. Os resultados apontam como a medicalização das necessidades de saúde marca usuários, profissionais e serviços, ocultando questões vinculadas à masculinidade. Permitem caracterizar a atenção primária como voltada para as mulheres, reproduzindo no funcionamento dos serviços e nos desempenhos profissionais as desigualdades de gênero, em que para as mulheres há a disciplina do cuidado e para os homens, impropriedades para assistir e cuidar.  |
| Couto, Pinheiro, Valença, Machin, Silva, Gomes, Schariber e Figueiredo, 2010 | Este trabalho apresenta estudo de caráter etnográfico acerca da relação entre homens e a assistência à saúde na Atenção Primária, realizado em oito serviços de quatro estados brasileiros. Seu objetivo é compreender a (in)visibilidade dos homens no cotidiano da assistência a partir da perspectiva de gênero, que discute os mecanismos promotores de desigualdades presentes no trabalho em saúde. Foram identificadas, nesse contexto, diferentes dimensões desta (in)visibilidade: os homens como alvo de intervenções no campo das políticas públicas de saúde; como usuários que enfrentam dificuldades na busca por atendimento e no estímulo à sua participação efetiva; como sujeitos do cuidado (de si e de terceiros). O trabalho reforça a importância dos estudos de gênero e sua relação com a saúde, na medida em que discute a produção das iniquidades sociais (re)produzidas pelas desigualdades de gênero presentes no imaginário social e nos serviços de saúde.   |
| Nascimento e Gomes, 2008   | O trabalho tem como objetivo central analisar os sentidos que homens jovens atribuem à masculinidade. Por meio dessa análise, discussões acerca de uma atenção integral a esses sujeitos no campo da saúde podem ser desenvolvidas. O desenho metodológico se caracteriza por um estudo de caso sob a perspectiva das ciências sociais, ancorado numa abordagem hermenêutica dialética, envolvendo 19 jovens do sexo masculino, na faixa etária de 15 a 17 anos. Em relação aos resultados, observou-se que os jovens, em seus depoimentos, associam ser homem a: ser provedor, dominador, heterossexual e cuidador. Essa associação, por sua vez, não ocorre de uma forma mecânica, mas mediante um processo dialético que reflete a complexidade subjetiva na incorporação ou na rejeição das marcas identitárias. Dentre as conclusões do estudo, destaca-se a necessidade de a saúde dar voz aos homens jovens acerca de sua identidade para que se possa obter um maior envolvimento deles nas ações de prevenção e promoção da saúde, assegurando que esses sujeitos que – tradicionalmente não são vistos como |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
|                                  | agentes dos cuidados em saúde – protagonizam uma trajetória e uma relação diferenciada com esta área.  |
| Laurenti, Jorge e Gotlieb, 2005  | São abordados aspectos das diferenças entre a saúde do homem e da mulher, enfocando questões ligadas a fatores biológicos (sexo) e comportamentais (gênero). Sobre mortalidade masculina e a resultante menor esperança de vida estão apresentadas; são discutidos o envelhecimento populacional e suas conseqüências, do ponto de vista da saúde, sendo estas mais intensas no homem. O panorama atual no Brasil segue o padrão observado em outros países. Os coeficientes de mortalidade masculina são cerca de 50% maiores e, considerando as idades, a maior razão de sexo acontece no grupo etário de 20 a 39 anos (3 mortes masculinas para cada feminina). Na distribuição segundo causas, sobressaem mortes por doenças do aparelho circulatório seguidas por aquelas relativas a acidentes e violências. Na morbidade, medida pelas internações (excluídas aquelas por parto), há um equilíbrio entre o número de hospitalizações masculinas e femininas. As distribuições das altas segundo os motivos de internação, para ambos os sexos, apresentam semelhanças, com exceção das relativas a causas externas e aos transtornos mentais e comportamentais, respectivamente, com razões iguais a 2,3 e 1,9 internações masculinas para cada feminina. São estudados ainda a AIDS e o alcoolismo, como exemplos de importantes agravos na saúde masculina. |
| Gomes e Nascimento, 2006         | O estudo tem como objetivo analisar a produção bibliográfica sobre a relação homem-saúde, no campo da saúde pública. A partir dessa análise, pretende-se problematizar as idéias mais recorrentes nas considerações sobre as especificidades do ser homem no processo saúde-doença. O método consistiu-se numa revisão bibliográfica de artigos de saúde pública, realizada a partir de uma abordagem de pesquisa qualitativa. Sexualidade masculina, masculinidade e reprodução e masculinidade e poder foram os temas encontrados na análise. Concluiu-se que ainda são necessárias investigações sobre as masculinidades relacionadas a gênero, nacionalidade, classe, idade, etnia e orientação sexual.  |
| Araújo, Gomes e Nascimento, 2007 | O estudo tem como objetivo analisar as explicações presentes em discursos masculinos para a pouca procura dos homens por serviços de saúde. O método do estudo baseia-se numa abordagem de pesquisa qualitativa. A representação do cuidar como tarefa feminina, as questões relacionadas ao trabalho, à dificuldade de acesso aos serviços e a falta de unidades especificamente voltadas para a saúde do homem são os principais motivos expressos pelos sujeitos para a pouca procura pelos serviços de saúde. Conclui-se, dentre outros aspectos, que o imaginário social que vê o homem como ser invulnerável acaba contribuindo para que ele menos se cuide e mais se exponha a situações de risco.  |
| Carrara, Russo e Faro, 2009      | Este artigo trata do lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem pelo governo brasileiro, em 2008. Analisamos as ações da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) nos anos que precederam o lançamento dessa política, e sua atuação durante sua implantação, focalizada na caracterização da <i>disfunção erétil</i>  |

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
|                                      | <p>como problema de saúde pública. Examinamos em seguida o documento "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)", disponibilizado pelo Ministério da Saúde em agosto de 2008. A partir desses dados, buscamos discutir o modo como o discurso dos especialistas (no caso, os médicos urologistas) se articula ao discurso militante dos movimentos sociais, tendo como objetivo a medicalização do corpo masculino. Argumentamos que tal objetivo, sustentado na afirmação do direito à saúde, implica a ideia de uma masculinidade em si "insalubre", e visa, ao contrário das políticas voltadas para as mulheres e outras minorias, ao "desempoderamento" do sujeito à qual se dirige.</p>   |
| <p>Magnani, Dias e Gontijo, 2009</p> | <p>Estudo antropológico sobre a percepção cultural de um grupo de residentes no Município de Bambuí, Minas Gerais, Brasil, em relação à experiência de doença de Chagas e ao impacto das ações de saúde na vida social. Foi realizada uma pesquisa etnográfica baseada no instrumento de entrevista aberta, buscando identificar a percepção individual de 35 habitantes de Bambuí (chagásicos e não) que viveram na região desde os anos quarenta, quando as ações de saúde foram promovidas para combater a doença de Chagas. Dentro de uma ampla análise da percepção social do efeito das ações de saúde implementadas, procurou-se observar as representações culturais do processo do adoecer. O estudo pretende contribuir para que as intervenções de saúde possam atuar de forma integral, incluindo os aspectos sócio-culturais com a população à qual se dirigem. A perspectiva cultural assume um importante papel para evitar sofrimento social.</p>  |
| <p>Toneli, Souza e Müller, 2010</p>  | <p>Este artigo tem o objetivo de apresentar parte dos resultados da pesquisa multicêntrica "Masculinidades e Práticas de Saúde", em que foram investigados, junto à população masculina de Florianópolis (SC), os significados sobre saúde/doença e práticas de cuidados com a saúde por ela desenvolvidas. Para tal, foram realizados sete grupos focais com homens usuários dos serviços de saúde, entrevistas com os profissionais que compõem a equipe técnica de saúde sexual e reprodutiva do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), bem como 260 entrevistas com homens. Investigou também, junto à equipe de profissionais do serviço (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, gestores em saúde), as discursividades de gênero em relação aos cuidados com a saúde e promoção do acesso de homens aos serviços. A proposta filosófico-metodológica de Judith Butler sobre gênero inteligível, performatividade e suas implicações na constituição de sujeitos em saúde foi o vetor de análise do material empírico da pesquisa, sem perder de vista o projeto biopolítico em que estes enunciados são possíveis de serem formulados, principalmente no que se refere ao SUS e a seus princípios de universalidade, integralidade e equidade. A categoria gênero é elemento de grande importância no padrão dos riscos de saúde nos homens e na forma como estes percebem, usam e cuidam de seus corpos, tanto como possibilidade de transformação de valores como na reiteração dos vigentes.</p> |
| <p>Figueiredo,</p>                   | <p>O texto discute como os serviços de atenção primária podem contribuir para uma</p>  |

|                      |  |
|----------------------|--|
| 2005                 | prática saudável por parte da população masculina. Tal objetivo implica a discussão de estratégias que envolvem os homens como sujeitos confrontados com as diferentes dimensões da vida; os serviços na maneira como eles se organizam para atender os usuários considerando suas particularidades; e os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços e vice-versa. Como fundamentação teórica, prevalecem os conceitos de gênero e de necessidade em saúde. Esses conceitos são relacionados à experiência prática desenvolvida no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, localizado no bairro do Butantã, na cidade de São Paulo.   |
| Eyken e Moraes, 2009 | O monitoramento dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares vem sendo indicado em todo o mundo. Nesse sentido, o objetivo do estudo foi estimar a prevalência de tabagismo, sobrepeso/obesidade, atividade física insuficiente, hipertensão arterial e pressão arterial limítrofe entre homens adscritos à Estratégia Saúde da Família em área urbana de Juiz de Fora, Minas Gerais, Região Sudeste do Brasil. Foi realizado um inquérito domiciliar com 217 homens, entre 20 e 49 anos, selecionados por meio de amostragem sistemática baseada em listagem de moradores desta faixa etária. O sobrepeso/obesidade foi o fator de risco de maior frequência (43,3%; IC95%: 36,6-50,2). Os sedentários e irregularmente ativos fisicamente totalizaram 28% (IC95%: 22,2-34,6). O consumo de cigarros era hábito de 25,3% (IC95%: 19,7-31,7) da população. Foram classificados como hipertensos 24% (IC95%: 18,4-30,2) dos entrevistados e 19,4% (IC95%: 14,3-25,2) com pressão arterial limítrofe. A simultaneidade de dois ou mais fatores de risco foi encontrada em 45,2% da população. A magnitude das prevalências sugere que é preciso intensificar as estratégias de promoção de saúde voltadas para a população masculina. |

Fonte: [www.scielo.org.br](http://www.scielo.org.br) (2010-2011).

A partir do final do século passado é observado maior interesse e necessidade por parte da área da saúde em ter um olhar sensibilizado e focado à atenção aos homens, tornando-os protagonistas de estudos e de intervenções para que possam ser atendidos e correspondidos de forma integral e igualitária conforme as premissas do SUS. Os estudos que se voltam para esse tipo de atenção apontam que, em geral, os segmentos masculinos não costumam adotar medidas de proteção contra doenças, nem buscar ajuda quando tem a sua saúde comprometida. Pesquisadores costumam advogar que o enfrentamento desses problemas não pode desconsiderar a influência de certas construções hegemônicas da masculinidade na adoção de condutas e ações que não facilitam a promoção e prevenção da saúde do homem, por parte de homens e de serviços e ações em saúde prestadas por profissionais da Atenção Primária e gestores da saúde (NASCIMENTO E GOMES, 2008).

Para compreensão da problemática relacionada à serviços e políticas de saúde com a saúde do homem e suas necessidades, devemos conhecer culturalmente a masculinidade e

para tal precisamos identificá-las como marcas identitárias, no âmbito das relações de gênero, como um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera que o homem tenha numa determinada cultura. A masculinidade como a feminilidade, além de se relacionar a outros aspectos estruturais, como raça e classe social, estão sempre vinculadas a contradições internas e rupturas históricas. Há múltiplas masculinidades e, em seu conjunto, pode haver uma que ocupa um lugar de hegemonia, entendida como um modelo a ser seguido nas relações de gênero e como uma posição sempre disputada, sem, contudo se constituir num tipo de caráter fixo no tempo e no espaço. (NASCIMENTO E GOMES, 2008).

O gênero é um referente sócio-histórico que, baseado nas diferenças entre os sexos, estrutura material e simbolicamente a vida social, estabelece entre homens e mulheres, ou entre pares de cada qual, relações de valor desigual, com o domínio histórico do masculino. Este processo recobre o corpo biológico em seus usos historicamente construídos, de que decorrem não apenas carecimentos diversos para homens e mulheres (e adoecimentos), como também reconhecimentos diversos de suas necessidades de saúde. Em sentido mais geral, como exemplo, no plano terapêutico sob medicalização, pode-se afirmar que, quer as desigualdades de gênero, quer as relações entre o exercício das masculinidades e os adoecimentos ou sofrimentos são dimensões ainda ausentes nos serviços de saúde. (FIGUEIREDO, et. al., 2010).

Em estudo junto a homens jovens em capacitação para o mercado de trabalho, identificou-se as seguintes marcas identitárias do ser masculino: de provedor, dominador, heterossexual e cuidador, entre outras. O ser provedor é uma marca identitária da masculinidade que se articula a duas esferas concretas: o trabalho e a família, constituindo-se como duas instâncias de referência para a inserção e o reconhecimento de ser homem. O fato dos homens negligenciarem sua saúde por conta do trabalho reflete, assim, uma identidade que se ancora na sustentabilidade/materialidade fornecida pelo trabalho, para atingir o seu destino de formar uma família. Esse ponto de vista nos faz pensar que o exercício da masculinidade deve assegurar uma díade entre a reprodução social e biológica que perpassa a família, sendo viabilizada por uma esfera sócio-econômica. O ser dominador se refere às relações entre homens e mulheres, subentendo-se que há um domínio do primeiro sobre o segundo. O cuidado masculino foi associado ao ser provedor (sustentar a família) e ao ser protetor (homem que protege a mulher e filhos) e o cuidar de si mostrou-se como uma possibilidade de o homem cuidar dele primeiro para poder cuidar de sua família, e para buscar no feminino a concretização do desejo sexual masculino. Foi observado que os sentidos dados à masculinidade e à produção de modelos culturalmente construídos podem gerar agravos à

saúde dos homens jovens, a exemplo da maior exposição aos riscos relacionada ao estímulo de dominar e subjugar os outros. (NASCIMENTO e GOMES, 2008).

Assim, observa-se que as marcas identitárias da masculinidade identificadas pela pesquisa realizada por Nascimento e Gomes (2008) podem gerar agravos à saúde dos homens jovens. A exemplo disto, destacamos que o ser dominador pode se expor mais aos riscos, fazendo com que, no cenário da lógica de dominação masculina, as vítimas não sejam apenas as mulheres. Nessa mesma direção, outra marca identitária da masculinidade que podemos tomar como exemplo é a de ser provedor, vista culturalmente quase como uma característica exclusiva de ser homem, pode fazer com que os homens negligenciem sua saúde por conta do trabalho.

Segundo Gomes e Nascimento (2006), a relação homem-saúde é definida (a) como: modelos hegemônicos de masculinidade que podem dificultar a adoção de hábitos e convicções mais saudáveis; o homem, quando influenciado por ideologias hegemônicas de gênero, pode colocar em risco tanto a saúde da mulher quanto a sua própria. Segundo Araújo, Gomes e Nascimento (2007), o imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança. Portanto, aproximá-lo das representações do universo feminino possivelmente implicaria desconfiar acerca dessa masculinidade socialmente instituída.

Segundo Eyken e Moraes (2009), os homens são a população mais vulneráveis pela questão de morbimortalidade em relação ao tabagismo, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, obesidade, sobre-peso, inatividade física, álcool, violência e acidentes de trânsito. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% do total de mortes no mundo. A projeção da OMS é que esse grupo de doenças seja a primeira causa de morte em todos os países em desenvolvimento até 2010. Mais de 80% dos homens entrevistados da pesquisa realizada por Eyken e Moraes (2009), apresentavam pelo menos um dos fatores de risco estudados. Segundo Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005), a vida média masculina é, comparativamente em relação às mulheres, menor em todas as regiões do Brasil. Essa é uma questão importante para a saúde da família e, por extensão, para uma comunidade saudável. Na Estratégia de saúde da família ou na atenção à saúde do adulto devem ser levantadas algumas questões específicas para o homem, como, por exemplo, ações educativas em relação às violências e aos cânceres de próstata e de pulmão. (LAURENTI, JORGE E GOTIEB, 2005).

É de se destacar, e de grande interesse para a saúde, que a proporção de idosos é menor entre os homens, devendo ser ressaltado o importante papel das equipes de saúde da família como facilitadoras da realização do inquérito e algumas das potencialidades na vigilância dos fatores de risco para as doenças e agravos não-transmissíveis. (EYKEN E MORAES, 2009).

Gênero, em associação com outros referenciais, como geração, classe e raça/etnia, conforma estereótipos e expectativas que são reproduzidos nos níveis institucionais (na saúde) e findam por invisibilizar as necessidades de saúde dos homens negando-lhes, inclusive, a possibilidade de atuação como sujeitos de direitos na relação com os serviços de saúde, sendo que a invisibilidade é vista como de origem social. Considera-se que a APS é a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde no país e representa um esforço para que o SUS se consolide, tornando-o mais eficiente, fortalecendo os vínculos entre serviço e população e contribuindo para a universalização do acesso. É ainda, a garantia de integralidade e equidade na assistência. Portanto, há a necessidade de compreender a “invisibilidade” dos homens na APS com base na perspectiva de gênero. (COUTO, et. al., 2010).

Como maneira de evitar a redução das ações e serviços a uma única forma de conceber o masculino, com base no protagonismo masculino juvenil, consideramos necessário que jovens sejam envolvidos na resignificação destas ações. Segundo Nascimento e Gomes (2008), alguns esforços têm sido feitos neste sentido, pois a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem recomendado a adoção de estratégias visando a um maior engajamento de homens, principalmente jovens. Para tal, propõem um conjunto de passos articulados entre si, tais como: campanhas mais ancoradas no masculino; qualificação dos profissionais de saúde; diferentes fomentos à forma de participação masculina; organização de grupos operativos com homens, especialmente jovens, dentro dos serviços de saúde numa perspectiva de gênero; encontros de *rapazes* e *moças* para se problematizar os modelos de masculinidade e feminilidade, bem como suas implicações no âmbito dos cuidados de saúde, dentre outras. Junto a essas estratégias, reiteramos que a escuta de homens jovens acerca de suas próprias identidades pode ser um caminho. Na medida em que ocorre essa escuta, além de se obter elementos para que haja maior adesão às informações sobre a saúde, podemos conseguir um maior envolvimento desses sujeitos nas ações de prevenção e promoção da saúde. (NASCIMENTO e GOMES, 2008).

As necessidades de saúde e sua apresentação por homens aos serviços e como são tomadas pelos profissionais, constituem questões das relações entre o exercício das masculinidades e as práticas de cuidado em saúde. Os estudos sobre as necessidades não

abordam usualmente as masculinidades. Já aqueles sobre masculinidades e saúde tendem a recortes particulares (sexualidade e reprodução) ou a adoecimentos e acesso aos serviços, sem examiná-los na ótica das necessidades. Relativamente aos serviços, são necessários abordagens das necessidades de coletivos humanos territorializados ou solicitações aos serviços, pois com a modernidade esse reconhecimento dar-se-á pela linguagem das doenças, medicalizadora dos carecimentos, criados na vida social e transportados para o âmbito da medicina. A medicalização é marca sócio-histórica que apaga a socialidade da doença e da medicina, reduzindo-as a questões biomédicas e impedindo que sejam enunciados carecimentos que não encontram possibilidade discursiva nessa linguagem. Existentes na vida cotidiana, tais carecimentos geram conflitos no uso e produção dos serviços. Reduzem-se reparações da força física às necessidades de saúde de um corpo humano concebido como máquina, expressando a construção da racionalidade e ciências modernas desse corpo. (FIGUEIREDO, et. al., 2010).

Essa forma de apreender e transformar as necessidades de saúde tornar-se hegemônica, fazendo com que o conjunto de trabalhos na saúde seja colonizado pelo do médico, assim se instala a primazia da anatomo-patologia na leitura e enunciação das necessidades, em detrimento da consubstancialidade do corpo com as dimensões humanas do emocional, do subjetivo e do interativo. Daí apontar-se, em termos críticos, a existência de uma redução de natureza biomédica e que atinge também as qualificações de gênero dos carecimentos. Em relação ao usuário, aos serviços e ações de saúde, mesmo inseridos em contextos sociais diversos, a percepção dos usuários sobre a saúde se aproxima: embora não neguem que os homens têm necessidades de saúde, destacam várias dificuldades em procurar os serviços. Na pesquisa realizada por Figueiredo, et. al., (2010), foi identificado que os homens preferem retardar ao máximo a busca por assistência e só o fazem quando não conseguem mais lidar sozinhos com seus sintomas. Das razões apontadas, destacam-se as relacionadas ao trabalho, mas também é comum argumentarem a maior capacidade física masculina, atributo que os faz sentirem-se invulneráveis e imunes ao adoecimento, também se comparam às mulheres, às quais se dizem superiores por sua força física ou vigor. (FIGUEIREDO, et. al., 2010).

As relações entre masculinidade e cuidado em saúde têm sido analisadas com base na perspectiva de gênero, focalizando as dificuldades dos homens na busca por assistência de saúde e as formas como os serviços lidam com as demandas específicas dos homens, o que pode ampliar as dificuldades. Alguns estudos qualitativos identificam barreiras para a

presença masculina nos serviços de saúde. As dificuldades dos homens têm a ver com a estrutura de identidade de gênero (a noção de invulnerabilidade, a busca de risco como um valor), a qual dificultaria a verbalização de suas necessidades de saúde no contexto da assistência. As percepções dos homens sobre os serviços de APS apontam que estes se destinam às pessoas idosas, às mulheres e às crianças, sendo considerados pelos homens como um espaço feminilizado, o que lhes provocaria a sensação de não pertencimento àquele espaço. (FIGUEIREDO, et. al., 2010).

Segundo Couto, et. al. (2010), as mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção (40,3% mulheres e 28,4% homens), enquanto os homens procuram mais serviços de saúde por motivo de doença (36,3% homens e 33,4% mulheres), dando destaque para a maior procura de pronto-socorro, farmácia e ambulatório de sindicato por parte dos homens. Os serviços de saúde destinam menos tempo de seus profissionais aos homens e oferecem poucas e breves explicações sobre mudanças de fatores de risco para doenças aos homens quando comparado com as mulheres. (COUTO, et. al., 2010).

Na caracterização dos serviços, chama a atenção, que nas unidades pesquisadas segundo Couto, et. al. (2010), os ambientes não favorecem a presença e permanência dos homens, já que todos se apresentam como espaços demarcadamente femininos, como exemplo, nas áreas comuns e de grande circulação, como recepção e sala de espera, há sempre muitos cartazes, produzidos pelo Ministério da Saúde, veiculando mensagens de promoção da saúde. Temas como promoção do aleitamento materno, pré-natal, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/AIDS são comuns e apresentam forte conotação feminina, excetuando alguns sobre o uso correto do preservativo e sobre hanseníase. Somado a isto nota-se o reforço da feminilização dos ambientes das unidades tanto pelos materiais de educação em saúde como pelos puramente decorativos que são produzidos internamente (pelos funcionários). Em suma, marcas pessoais influenciadas pelo imaginário de gênero são visivelmente transpostas para o ambiente público/institucional da saúde. (COUTO, et. al., 2010).

A presença dos homens no cotidiano dos serviços são, em diferentes faixas etárias, sozinhos ou acompanhados, como usuários ou acompanhantes, na posição de filho, pai, esposo/companheiro; em participações episódicas ou uso continuado de atividades; enfim, de diversas formas, eles estão presentes nas unidades. Na configuração dessa presença é preponderante a frequência de idosos e crianças. Esse dado é facilmente relacionado aos focos da APS que, historicamente voltada ao segmento materno-infantil, passou a incorporar de modo mais expressivo, a partir da década de 1980, o segmento dos idosos. A presença dos

homens aumenta em determinadas atividades, especialmente nas consultas médicas, atendimentos em odontologia e atividades disponibilizadas em alguns dos serviços, como fisioterapia, Programa de Tuberculose e Hanseníase, e a saúde mental. A presença de homens, só ou em grupo, busca também, as salas de vacina. Os homens participam menos de consultas de enfermagem – que se orientam, sobretudo, para o acompanhamento do pré-natal e da puericultura – e de atividades educativas. (COUTO, et. al., 2010).

Segundo Couto, et. al. (2010), a caracterização da presença dos homens nos serviços indica que estes costumam priorizar o aspecto curativo, a restauração da integridade corporal e sua funcionalidade adequada. Essas características também os diferencia das mulheres, pois procuram o serviço quando já apresentam doença manifesta, valorizando mais as práticas de cura, não reconhecendo necessidades de orientações preventivas. A prevenção ou promoção da saúde são práticas tidas como obrigatórias "naturalmente" para as mulheres. Esta é a primeira representação usualmente lembrada no uso mais freqüente dos serviços que fazem as mulheres, podendo ser compreendida como parte da concepção tradicional de gênero, em que as mulheres seriam mais frágeis e mais complicadas em sua saúde e também por ser atribuição feminina o cuidar de si próprias e deles. (FIGUEIREDO, et. al., 2010).

As demandas referidas pelos homens são bastante específicas: dores, febres ou contusões, ferimentos e doenças crônicas como hipertensão arterial ou diabetes, e quando na condição de não doente, os entrevistados referem uso da atenção primária relacionado a atestados de saúde. Já como recurso de contracepção, é por meio de suas parceiras que acessam o preservativo, cabendo a elas, em suas falas, esse tipo de cuidado. As usuárias costumam mostrar-se, de um lado, mais à vontade quanto à comunicação com os profissionais, ao uso do espaço e às formas de interação; de outro, mais adaptadas aos moldes de funcionamento do serviço. Os homens têm suas necessidades nas práticas sexuais como situações a serem mais consideradas no cuidado à saúde e para as quais eles deveriam buscar mais os serviços, situação que também ocorre quando se referem à vida emocional. Invisíveis, essas possíveis valorizações de necessidades deixam de ser trabalhadas pelos serviços, no sentido de estimular e concretizar o ideal de cuidados projetado. (COUTO, et. al., 2010).

Alguns serviços prestados ao expandirem o horário de funcionamento para além do horário habitual, foi observado uma maior presença de homens nessas unidades. Isso se aplica especialmente para homens aparentando terem saído de seus trabalhos, o que endossa a discussão acerca do trabalho como aspecto que restringe o acesso e o uso dos serviços pelos homens, mesmo amparado por um atestado médico, o trabalhador intui que faltas no serviço despertam desaprovação e adia o quanto possível a procura por cuidados de saúde. Deste

modo, uma das explicações para a baixa presença dos homens no serviço de saúde gira em torno disso, segundo relatos informais da enfermagem e da administração.

A concentração de homens nesses horários aponta ainda para uma potencial eficácia da estratégia de se criar horários alternativos para o atendimento, sobretudo dos trabalhadores. Quando comparamos a presença de homens e mulheres e o uso que fazem dos serviços, percebemos como elas representam melhor do que eles a clientela, tanto em termos de frequência, quanto de familiaridade com o espaço e a lógica de organização elas são maioria nas consultas, nas salas de espera, nas filas, nos grupos, nas áreas de circulação etc. (COUTO, et. al., 2010).

Segundo Couto, et. al. (2010), a falta de atenção ao público masculino reflete uma desqualificação dos homens para esta perspectiva assistencial. Nesse sentido, não se valoriza e nem se vê como adequado ou pertinente que os homens sejam alvo de intervenções na lógica organizacional dos serviços, quando se trata da APS, o que remete para sua desqualificação no campo das políticas públicas de saúde, aspecto que consideramos como uma forma de invisibilidade dessa população. Na lógica dos serviços de segmentação da clientela, destaca-se a existência do programa de saúde da mulher, efetivado por diversas atividades, ao passo que nenhum programa ou atividade é voltado para a atenção aos homens, fato que agrava a perspectiva da integralidade da atenção, até mesmo em oposição crítica à histórica segmentação dos programas. Essa invisibilidade está presente na forma em que são pensadas as estratégias e a organização da assistência por gestores e na postura dos profissionais.

Os desempenhos dos profissionais, liderados pelos médicos, são bastante centrados em uma cultura tecnologicamente armada, paradoxalmente com pouca valorização da prevenção ou da promoção da saúde, como se vê na atenção primária de modo geral, assim, há uma reprodução da cultura de gênero, segundo a qual saúde diz respeito mais às mulheres. Nota-se outro aspecto dos serviços: a comunicação e práticas educativas, substrato da prevenção, são quase sempre exercidas de forma instrucional e autoritária, indicando o que as pessoas devem ser ou fazer, pouco ocorrendo formas dialogadas de comunicação e interesse nas potencialidades próprias dos usuários, como aponta a literatura. Reproduzem-se antigos padrões da educação sanitária, com estímulo aos cuidados pela ameaça de morte e explorando os medos da população. (FIGUEIREDO, et. al., 2010).

Os profissionais não reconhecem a participação deles próprios nessa construção cultural do adoecimento e do cuidado, sequer percebendo que, no plano das práticas assistenciais, eles atuam do mesmo modo que atribuem aos usuários, valorizando patologias e

casos graves, mas, convergindo com a opinião dos usuários, percebem e praticam os serviços como espaço principalmente das mulheres. Alegam, por vezes, que os homens não se "ajustam ou cabem" àquele contexto, em razão, sobretudo, de políticas externas a eles, profissionais, e que sempre se voltaram para as mulheres. Os homens já estão presentes na atenção primária, mas sempre aguardam seu atendimento ao lado da porta de saída. Há, portanto, uma real necessidade da produção de cuidados quanto à requalificação de sua resposta assistencial quando se quer agir de forma integral, sem que se abra mão das tecnologias já existentes, havendo resgate de questões retiradas na redução biomédica, entre elas as especificidades das masculinidades no trato da saúde dos homens. (FIGUEIREDO, et. al., 2010).

Esta deficiência no acolhimento ao público masculino e à suas demandas, não torna a APS, pela política de saúde atual e, sobretudo pela ESF, a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde (especialmente para as camadas populares). Buscando criticar e modificar, quer os gestores quer os profissionais, as tradicionais concepções de gênero relativas ao processo saúde-adoecimento, o direito à ampliação de cobertura por meio dessa estratégia da atenção básica dificilmente se cumpre no caso dos homens. Alguns usuários não encontram nos serviços a escuta de suas demandas, especialmente se essas forem expressas de formas diferentes daquelas já consagradas no contexto da assistência, tradicionalmente femininas. (COUTO, et. al., 2010).

É imprescindível reconhecer que gênero é, dentre outras categorias, ordenadora de práticas sociais e, como tal, condiciona a percepção do mundo e o pensamento. Deste modo, atributos relacionados ao masculino - como invulnerabilidade, baixos autocuidado e adesão às práticas de saúde (especialmente de prevenção), impaciência, entre outros - atualizados no cotidiano dos serviços pelos profissionais e pelos próprios usuários, tornam estes espaços "generificados" e potencializam desigualdades sociais, invisibilizando necessidades e demandas dos homens e reforçando o estereótipo de que os serviços de APS são espaços feminilizados. Não são de responsabilidade exclusiva dos profissionais que fazem os serviços, já que os homens, ao responderem às conformações de um padrão de masculinidade tradicional, (re)produzem o imaginário social que os distancia das práticas de prevenção e promoção. (COUTO, et. al., 2010).

O aspecto comportamental influi significativamente na saúde humana, sendo que a expressão *estilo de vida* vem sendo cada vez mais utilizada, e o estilo do homem, sob várias óticas, se diferencia daquele da mulher. A estratégia de prevenção e promoção da saúde tem de levar em conta a mudança comportamental, em toda a população, tendo em mente as

diferenças de gênero em relação ao hábito de fumar, ao alcoolismo, ao tipo de dieta, ao ambiente de trabalho, à atividade física, ao peso corporal, entre outros. Fica bastante claro que a presença de muitas doenças que afetam a população, muitas vezes mais acentuadamente a masculina, tem mecanismos bastante conhecidos e aceitos cientificamente; o difícil, muitas vezes, é como incorporá-los à prática diária. (LAURENTI, JORGE e GOTLIEB, 2005).

Na organização de intervenções sanitárias, a comunidade “alvo” deve ter papel não somente nas ações, mas também deve ser procurado um diálogo nas várias etapas de planejamento, discutindo comportamentos e conceitos. (MAGNANI, DIAS e GONTIJO, 2009). O desafio lançado para as UBS é estudar o desenvolvimento de trabalhos voltados para os homens em uma perspectiva de gênero, pois somente desta forma será possível aumentar a visibilidade das necessidades específicas da população masculina, compreendida em um contexto sociocultural, a partir de ações mais efetivas para o cuidado de saúde. (FIGUEIREDO, 2005).

Como mais uma conquista e percepção das necessidades e mudanças na saúde brasileira, e do ponto de vista da história das políticas de saúde voltadas a "populações específicas", podemos considerar a recente criação, pelo Ministério da Saúde brasileiro, de um Programa de Saúde do Homem como momento significativo no longo e paradoxal processo que se desenrola em torno da medicalização do corpo masculino. O objetivo principal do programa é enfraquecer a resistência masculina à medicina de uma forma geral, ou seja, medicalizar os homens, para tanto, uma ação educativa bem feita modernizaria os homens brasileiros, dissipando o pensamento mágico que os (des) orienta e que os torna presas de seus próprios preconceitos. (CARRARA, RUSSO E FARO, 2009).

A questão não é de "cultura", portanto, mas do modo como a cultura está implicada em relações de poder bem concretas. Para os homens, articular reivindicações a partir de uma posição generificada e tornar-se visíveis enquanto "homens" significa colocar-se no mesmo plano que as mulheres. Perderiam assim a posição de representantes universais da espécie e arriscariam a perder também suas prerrogativas na hierarquia de gênero. Talvez seja por isso mesmo que eles não o fazem, não havendo (ainda) organizações "masculinistas", como existem organizações "feministas". O que nos leva à conclusão de que a política de aproximação com o Ministério da Saúde e os formuladores de políticas públicas, já que a preocupação com a saúde sexual (explicitada, por exemplo, no objetivo de "estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas") ultrapassa em grau de importância, pelo menos no documento, outros problemas possíveis, dentre os quais poderíamos citar, além da violência, os relacionados à saúde mental. Por outro

lado, a linguagem dos especialistas convive com uma outra, típica dos chamados movimentos sociais (lembremos que o documento afirma como um dos objetivos do programa "incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas"), produzindo um discurso híbrido em que caminhos diversos parecem levar a um mesmo objetivo final - a medicalização do corpo masculino. (CARRARA, RUSSO E FARO, 2009).

A politização e sensibilização do homem, portanto, tem por objetivo torná-lo consciente dessa vulnerabilidade e só então é possível a consciência política.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva que utilizou a entrevista como técnica de coleta de dados. Segundo Uwe Flick (2005), a investigação qualitativa é particularmente importante para o estudo das relações sociais, dada a pluralidade dos universos de vida. Esta pluralidade exige uma nova sensibilidade para o estudo empírico das questões. Atualmente, o que se exige são narrativas limitadas no tempo, no espaço e na situação. As características da investigação qualitativa são: a adequação dos métodos e teorias; perspectivas dos participantes na sua diversidade; reflexão do investigador sobre o estudo; e variedade de métodos e perspectivas na investigação qualitativa.

### 4.2 LOCAL E PARTICIPANTES DA PESQUISA

Este estudo foi desenvolvido no período de março de 2011 a junho de 2011 em um CS situado em Santa Catarina, na cidade de Florianópolis do qual é integrante do distrito continente da SMS da cidade. O CS é constituído por três áreas de abrangência cobertas por três Equipes Saúde da Família, no período da pesquisa, uma das três equipes, estava incompleta faltando um profissional médico e um enfermeiro apenas.

O CS presta serviços de: clínica geral, serviços de Enfermagem (consultas e procedimentos básicos e complexos); odontologia; programa capital criança; programa saúde na escola; grupos de educação em saúde como combate ao tabagismo, de gestantes, de crianças, de saúde mental e de diabéticos; visitas domiciliares; serviço de farmácia; vacina, entre outros. Seu horário de funcionamento é das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00; tem como ponto de referência o Hospital Estadual Florianópolis.

Os participantes do estudo foram profissionais integrantes das três equipes da ESF do CS em questão, após permissão dos mesmos para participarem do estudo. Entre os participantes integrantes das equipes de ESF, o foco de pesquisa foram os profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e dentista), pois estes são os profissionais responsáveis pelo planejamento, gerenciamento, coordenação, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas na Atenção Básica, além destas atribuições foi levado em consideração o tempo de pesquisa. Portanto, a totalidade da amostra foi de sete profissionais de nível superior: dois Enfermeiros, dois médicos e três dentistas.

### 4.3 COLETA DE DADOS

Aconteceu por meio de entrevistas semi-estruturadas individuais com todos os profissionais integrantes das equipes em questão, de nível superior, após aceitação e preenchimento com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice A). O roteiro da entrevista foi desenvolvido a partir dos objetivos do estudo (Apêndice B).

A data e o local foram escolhidos pelo sujeito de pesquisa para a realização das entrevistas. Estas foram gravadas em aparelho digital (após autorização pelos sujeitos) e, após, transcritas a íntegra e organizadas com identificação por profissional.

Segundo Tim May (2004), os métodos para gerar e manter conversações com pessoas sobre um tópico específico ou um leque de tópicos e as interpretações que os pesquisadores fazem dos dados resultantes, constituem os fundamentos do ato de entrevistar ou das entrevistas. As entrevistas geram compreensões ricas das biografias, experiências, opiniões, valores, aspirações, atitudes e sentimentos das pessoas. Entretanto, para alcançar isso, os pesquisadores sociais precisam entender a dinâmica das entrevistas, aprimorar a própria utilização do método e entender os diferentes métodos de conduzir entrevistas, além de ter consciência de seus pontos fortes e limitações. (MAY, 2004).

Considera-se que esses tipos de entrevistas permitem que as pessoas as respondam mais nos seus próprios termos do que as entrevistas padronizadas, mas ainda forneçam uma estrutura maior de compatibilidade do que nas entrevistas focalizadas. Se um pesquisador tem um foco específico para as suas entrevistas no contexto do emprego de outros métodos, a entrevista semi-estruturada pode ser útil. Existe nessa modalidade um maior espaço ao entrevistador no método semi-estruturado e uma necessidade de entender o contexto e o conteúdo da entrevista, embora possam ser utilizados entrevistadores treinados, os próprios pesquisadores podem muito bem conduzir as entrevistas desse tipo (MAY, 2004).

### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise foi orientada pelos estágios descritos por Howard Becker (1979). O autor lista quatro estágios distintos de análise cuja meta geral é a categorização dos dados coletados de modo que os eventos, as relações e as interações observadas possam ser entendidos ou explicados no contexto de uma estrutura teórica desenvolvida. Portanto, ao analisar realizamos as seguintes etapas (BECKER, 1979):

- 1- A organização dos dados coletados - após transcrição foram organizados em arquivos individuais, datados e identificados;
- 2- A pré-análise - com leituras sucessivas para apreensão dos temas, sinalização de excertos e identificação de categorias e sub-categorias, de acordo com relevância dos conteúdos; relevância esta definida tanto pelos objetivos do estudo como pela ocorrência entre os diferentes sujeitos;
- 3- Análise - categorização final, pelo agrupamento das sub-categorias em temas significativos para a compreensão do objeto;
- 4- Discussão dos achados e seu cotejamento com a literatura e marco das políticas da Atenção Básica e Saúde do Homem, com composição de uma síntese analítica dos achados e da contribuição dos mesmos para o campo de conhecimento na Saúde e na Enfermagem;

Não importa a qualidade com que os dados sejam analisados, os resultados devem ser bem apresentados e comunicados de maneira que seja tanto persuasiva como bem argumentada e acessível ao público, embora o testemunho e o registro concreto das ações possa causar problemas quando chega a publicação (Becker, 1979). O resultado final do seu trabalho é um texto que tenta persuadir o público da autenticidade das suas descrições das análises. (MAY, 2004).

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi primeiramente encaminhado à SMS para que a mesma avaliasse e autorizasse a realização do estudo. Após o parecer da secretaria, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Anexo 1).

Atendendo aos princípios éticos dos direitos humanos dos sujeitos da pesquisa, o desenvolvimento da pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta investigações envolvendo seres humanos, (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados apresentados a seguir estão no formato de um artigo respeitando o Regulamento da Disciplina Estágio Supervisionado II, esta decisão objetiva estimular a pronta publicação das pesquisas desenvolvidas. O artigo tem como título: *Saúde do Homem na atenção básica em Florianópolis: Fragilidades e fortalezas na perspectiva de profissionais da Estratégia Saúde da Família*, o qual organiza e analisa os dados obtidos em todo o processo da pesquisa.

### **SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA EM FLORIANÓPOLIS: FRAGILIDADES E FORTALEZAS NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Bruna Martins  
Fabiane Nunes Lemos  
Flávia Regina Souza Ramos  
Rafaela Silva Lopes

**Resumo:** O estudo objetivou identificar as fragilidades e fortalezas na perspectiva dos profissionais com nível superior, integrantes da Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), acerca da implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem na Atenção Básica de Saúde, instituída pelo Ministério da Saúde – Brasil no ano de 2008. Estudo de abordagem qualitativa, utilizou de entrevistas com os profissionais de saúde integrantes da ESF em um Centro de Saúde em Florianópolis. A análise apresentou elementos com relação às vivências masculinas no cuidado com a saúde, às potencialidades e fragilidades profissionais da ESF na saúde do homem e às percepções da equipe quanto a políticas públicas de saúde voltadas ao usuário masculino na Atenção Básica. Conclui-se que Equipe de saúde reconhece as peculiaridades sócio-culturais desta população, assim como a necessidade e importância da implementação de uma Política específica, porém encontra dificuldades em atuar em sua implementação na atenção básica, ou de efetivas ações que concretizem a equidade e integralidade no cuidado a saúde.

**Palavras-chave:** Saúde do Homem; Política Nacional de Atenção Integral a saúde do Homem; Estratégia Saúde da Família (ESF); profissionais de saúde; Atenção Básica.

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, instituída em 2008, está alinhada com a Política Nacional da Atenção Básica, estratégias de humanização e consequentemente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu objetivo é fortalecer e qualificar a atenção primária, promovendo ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organizações dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Com isso, pretende-se possibilitar o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. (BRASIL, 2008).

Segundo esta Política, a falta de uma estratégia específica para esta população e o fato das instituições e organizações de saúde privilegiarem ações para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, contribuem para a não procura aos serviços de saúde pelos homens. Também é considerada a concepção equivocada do homem como um ser invulnerável e da doença como uma fragilidade, o que leva a dificuldade em reconhecer suas necessidades. É comum a alegação de que, por ser, na maioria das vezes, o responsável pelo sustento da família, e também pelo tempo de trabalho diário, é difícil a procura dos homens pelos serviços de saúde, o que reforça a visão hegemônica da masculinidade. Diferentes estudos, sob enfoques teóricos diversos, concordam com esta invisibilidade dos homens nos serviços de saúde, especialmente de atenção básica, acirrando as desigualdades presentes na oferta destes serviços (COUTO, et. al., 2010; FIGUEIREDO, et. al., 2010).

Segundo Couto, et. al. (2010), as relações entre masculinidade e cuidado em saúde têm sido analisadas com base na perspectiva de gênero, focalizando as dificuldades dos homens na busca por assistência de saúde e as formas como os serviços lidam com as demandas específicas dos homens, o que pode ampliar as dificuldades de acesso.

Em relação à busca por assistência à saúde e às representações masculinas de saúde-adoecimento e cuidado, são identificadas barreiras para a presença masculina nos serviços de saúde. As dificuldades dos homens têm a ver com a estrutura de identidade de gênero (a noção de invulnerabilidade, a busca de risco como um valor), a qual dificultaria a verbalização de suas necessidades de saúde no contexto da assistência. As percepções dos homens sobre os serviços de Atenção Primária de Saúde (APS) apontam que estes se

destinam às pessoas idosas, às mulheres e às crianças, sendo considerados pelos homens como um espaço feminilizado, o que lhes provocaria a sensação de não pertencimento àquele espaço. Por outro lado, a falta de atenção ao público masculino reflete uma desqualificação dos homens para esta perspectiva assistencial. Não se valoriza e nem se vê como adequado ou pertinente que os homens sejam alvo de intervenções na lógica organizacional dos serviços, quando se trata da APS, o que remete para sua desqualificação no campo das políticas públicas de saúde. Essa invisibilidade está presente na forma em que são pensadas as estratégias e a organização da assistência por gestores e na postura dos profissionais. (FIGUEIREDO, et. al., 2010).

Para superar esta ausência histórica dos homens na APS o governo propôs princípios para a política, como a humanização e qualidade, promoção, reconhecimento, respeito à ética e aos direitos do homem como cidadão sob suas peculiaridades sócio-culturais. A partir destes princípios, propõe-se elaborar e incentivar ações que contribuam para a mudança quanto à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde da sua família.

As diretrizes que regem a Política são a integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade. Estas norteiam ações, planos, programas, projetos e atividades que: visem à melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe saúde da família; estimulem a intersetorialidade público e privado, compondo compromissos e responsabilidades; levem informações e orientações à população masculina, aos familiares e a comunidade, sobre a promoção, prevenção, tratamento dos agravos e enfermidades do homem; captem ou realizem busca ativa da população masculina para atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos; capacitem profissionais de saúde para atendimento do homem; disponibilizem insumos, equipamentos e materiais educativos; monitorem e avaliem continuamente os serviços e o desempenho dos profissionais de saúde, com a participação dos usuários; relacionem os três níveis de gestão e o controle social. (BRASIL, 2008).

Conclui-se que o objetivo geral da PNAISH é a promoção da saúde da população masculina no Brasil, contribuindo para a redução da morbimortalidade e enfrentando os fatores de risco, através da ampliação do acesso às ações e aos serviços de assistência a saúde em todos os níveis de atenção para o usuário masculino.

Considerando a implantação recente desta política e o desafio de superar entraves culturais e da própria organização do trabalho no cotidiano dos serviços, é importante conhecer as percepções e experiências dos profissionais sobre a saúde do homem e os reais

desafios para a implementação da PNAISH. Esta preocupação mobilizou a realização do presente estudo, que objetivou identificar as fragilidades e fortalezas de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), de nível superior, para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem na Atenção Básica de Saúde. A partir deste foco, a implementação da Política em questão e a importância da equipe de saúde nesse processo, o estudo se dirigiu para um contexto específico, por acreditar-se que, mesmo tratando-se de um cenário restrito, os resultados podem ajudar a discutir esta problemática no contexto da atenção básica, por relativas aproximações ou similaridades de experiências.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, tendo como sujeitos de pesquisa profissionais de nível superior, integrantes de 3 Equipes Saúde da Família de um Centro de saúde em Florianópolis, totalizando 7 profissionais, sendo eles: 2 médicos, 2 Enfermeiros e 3 Dentistas. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada e individual com questões abertas relacionadas aos objetivos do estudo, realizada no período de abril a maio de 2011.

Os dados coletados foram analisados segundo os quatro estágios reconhecidos por Becker (1979), de modo a que a categorização produzida permita que os eventos, as relações e as interações observadas possam ser entendidos ou explicados no contexto de uma estrutura teórica desenvolvida. Assim, os dados coletados foram organizados após transcrição em arquivos individuais, datados e identificados; a pré-análise foi realizada com leituras sucessivas para apreensão dos temas, sinalização de excertos e identificação de categorias e sub-categorias, de acordo com relevância dos conteúdos, relevância esta, definida tanto pelo objetivo do estudo como pela ocorrência entre os diferentes sujeitos; a análise, como categorização final, através do agrupamento das sub-categorias em temas significativos para a compreensão do objeto, discussão dos achados e seu cotejamento com a literatura e marco das Políticas da Atenção Básica e Saúde do Homem; composição de uma síntese analítica dos achados e da contribuição dos mesmos para o campo de conhecimento na Saúde e na Enfermagem. Para apoio a estas operações foi utilizado o software ATLAS-Ti, de tratamento de dados qualitativos.

Atendendo às normas que regem pesquisas que envolvem seres humanos, notadamente a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi autorizado pela Secretaria Municipal de saúde (SMS) de Florianópolis, e após, foi encaminhado e aprovado

pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSC (Processo nº 1702/2011) e os participantes expressaram sua adesão por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise revelou três eixos a partir dos quais se organizam e são discutidos os resultados: potencialidades e fragilidades dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na atenção à saúde do homem; percepção das equipes multiprofissionais acerca das vivências masculinas no cuidado com a saúde; e políticas públicas de saúde e a saúde do homem: perspectivas das equipes multiprofissionais de saúde na atenção básica.

### **1. Potencialidades e fragilidades dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na atenção à saúde do homem**

As potencialidades identificadas nas falas dos profissionais apresentam pontos fundamentais para alcançar maior efetividade nos serviços e ações em saúde, em especial na saúde masculina sendo estas: ter poder de questionar e apresentar estratégias para melhor adesão dos homens aos serviços de saúde; ser uma equipe multiprofissional ciente de suas atribuições em relação ao cuidado; e conhecer as demandas e clientela adstrita em seu território.

Os profissionais conseguiram levantar possíveis ações a serem implantadas de acordo com a sua realidade local, quais sejam: grupos de educação em saúde abordando doenças sexualmente transmissíveis; conquista de vínculo para melhor adesão aos serviços de saúde pelos homens; trabalho intersetorial, abrangendo o ambiente de trabalho desses usuários; maior inclusão dos homens nas consultas de planejamento familiar; levar informação a esta população, através dos Agentes Comunitários de Saúde que estão inseridos ativamente na comunidade onde atuam. Para identificarem tais possibilidades os profissionais reconhecem demandas próprias do ser masculino e a subjetividade envolvida no seu cuidado, conseguindo formular estratégias para alcançar esta população e prestar uma assistência integral e igualitária de acordo com as suas demandas, porém sente dificuldade e despreparo para implementá-las definitivamente em seu território. Mas, nos espaços cotidianos de assistência ações pontuais, de sensibilização e aproximação são pensadas e experimentadas.

*(...) a maioria dos tratamentos não tem sucesso, até pela falta de vínculo com a equipe. Eles têm dificuldade de vir, mesmo quando expressam, existe uma resistência*

*em retornar, não dá seguimento a isso, então a gente vê que não existe uma boa resolutividade. É o que também se verifica na hipertensão e na diabetes ... é a mesma questão. (Médico)*

*(...) pensar em estratégias maiores de vínculo com o homem até por conta dessa dificuldade dos homens virem até a unidade, então, por exemplo, controle de pressão... eu tenho a tendência a solicitar mais o controle de pressão aos homens, porque eu sei que a medida em que eles sentem a responsabilidade de vir controlar a pressão na unidade, eles vão passar a conhecer melhor a equipe e os profissionais, isso talvez, fortaleça mais o vínculo. (Médica)*

Algumas destas proposições são bem concretas e direcionadas, como a inclusão do homem em ações já existentes ou novas ações grupais de educação para necessidades detectadas (como planejamento familiar e grupos focados em DSTs, respectivamente). Outras proposições são genéricas e apenas apontam para caminhos ainda não operacionalizados, como quando se referem à criação de vínculos ainda em construção ou a ações planejadas em articulação com outros setores e que, de certa forma, expressam antigas dificuldades, como da incorporação da saúde do trabalhador na atenção básica.

*(...) pela questão também de estarem no mercado de trabalho, as mulheres também estão, mas os homens parecem que é mais difícil de sair pra consultar... pra ver essas questões de prevenção, então isso também deveria ser levado em conta, de repente atividades nas empresas poderiam atingir um número maior desta população. (Enfermeira 1)*

*(...) eu acho que seria mais informação, melhorar o acesso com os horários, a formação de grupos, capacitação dos profissionais, porque quando eles forem capacitados, profissionais de maneira geral, como ACS, pra levar essas informações pra eles, mostrar a importância da prevenção. (Dentista 3)*

Segundo Figueiredo (2005), ações de prevenção e promoção à saúde dos homens estão vinculadas às especificidades de cada local, às características da equipe multiprofissional responsável pelo serviço, como também às necessidades de saúde sentidas nas práticas assistenciais prestadas. Entretanto, a equipe de saúde deverá desenvolver trabalhos voltados para os homens em uma perspectiva de gênero, e não generalizar à outros

usuários já vinculados às ações e serviços de saúde, pois esta experiência pode estimular no desenvolvimento de ações que contribuam para práticas cotidianas mais saudáveis por parte da população masculina.

Os profissionais expuseram, ainda, a importância de uma equipe aberta a novas ações, reconhecendo que é o elemento chave para implementar novas políticas e aplicar novos programas. Uma equipe interessada e unida, que “se complementa” é vista como uma potencialidade do serviço de saúde.

*(...) eu percebo o interesse da equipe, os agentes comunitários de saúde da minha equipe são bem participativos, e vontade também, porque tem que ter vontade, pois não adianta só capacitar, a equipe tem que ter comunicação e se entender. (Dentista 1)*

*(...) a equipe trabalha em conjunto, então vai ter uma receptividade boa por parte de toda a equipe, eu acredito. Com relação ao médico e a enfermeira, a gente trabalha sempre junto, tem um vínculo, intercala as consultas, têm os encaminhamentos, então a equipe toda acaba trabalhando junta. (Enfermeira 1)*

Ainda como parte das potencialidades identificadas nas expressões dos entrevistados se encontra o fato dos profissionais da ESF reconhecerem as demandas e a realidade do seu território. Para superar dificuldades e ser capaz de planejar e intervir, duas condições mostram-se fundamentais e são referidas pelos profissionais, quais sejam: o reconhecimento da importância de implementar uma política nacional específica ao usuário masculino; o reconhecimento das necessidades de saúde e características dos usuários masculinos em geral e em seu território.

*(...) a política vem com a intenção de melhorar questões de como a equipe pode planejar estratégias de incentivo a esses homens de virem à unidade ou dar um olhar mais humanizado para o homem, por que saúde da mulher, da criança... já tem isso. (Dentista 2)*

*(...) pelo fato de existir essa demanda oculta na unidade é possível que com o nosso maior conhecimento da política passe a existir assim um maior vínculo da população masculina com a unidade. (Enfermeira 1)*

*Os homens estão sujeitos a maior risco relacionado à acidentes, são mais descuidados com a sua própria saúde, eles fumam mais, eles também precisam fazer exames de rotina, exames de próstata, falta informação para eles da importância disto. (Dentista 1)*

Em contraposição a este conjunto de condições favoráveis ou potencialidades, são notáveis as fragilidades percebidas na atenção a saúde do homem, especialmente enquanto este não é visto como usuário inserido nas rotinas diárias de trabalho na unidade de saúde, tornando-se um usuário oculto. Embora reconheçam que os homens possuem necessidades, os profissionais apontam dificuldades para atuarem sobre elas, colocando o usuário masculino como único responsável pela não procura aos serviços em saúde. Portanto, os profissionais percebem-se competentes na elaboração de estratégias para melhor adesão do homem nos serviços do CS, quando considera que consegue identificar as demandas e necessidades deste usuário, porém também identifica dificuldades ou percebe-se sem instrumentos para ampliar o acesso e atuar sobre as necessidades desta população, dentro da atual forma de organizar o trabalho.

*(...) o ponto fraco talvez seja em relação ao usuário mesmo, que ele venha procurar esta política. Eu não sei como se vai fazer para buscar, porque a maioria trabalha, fica difícil ter horário, acho que tem que ter a política pra funcionar, não sei como fazer, porque as pessoas vão ser as mesmas, com as mesmas rotinas e com as mesmas dificuldades para consultar. (Médico)*

*(...) a medida que o olhar se volta pra esse novo cliente, esse novo cliente passa a nos procurar mais eu acredito. (Dentista 3)*

*(...) quanto ao ponto fraco: falta de preparo, falta de sensibilização para um olhar para o homem, às vezes a gente se queixa que o homem não vem marcar consultas, ele é relapso, o homem não se cuida, já temos aqueles “preconceitos”, mas será que é o homem que não se cuida ou será que é a gente (equipe de saúde) que não está tendo um olhar para saber quais fatores que estão interferindo nisso, então estamos despreparados para atuar nessa área. (Dentista 1)*

Os serviços de saúde também são considerados pouco aptos em absorver 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. (GOMES, NASCIMENTO E ARAÚJO, 2007).

As dificuldades encontradas são relacionadas com a implementação de políticas públicas e a dependência destas para atuar em seu território. Os profissionais parecem reconhecer o usuário masculino em sua singularidade de cuidado, mas não consegue aplicar ações eficazes que tragam esse usuário homem para mais perto da equipe saúde da família de seu território. Quando ele procura os serviços, mas não é visto e reconhecido, prejudica-se um possível vínculo ainda frágil. A atenção básica é estruturada em políticas de atenção integral à saúde, em especial à mulher, idoso, criança, gestantes, portanto os profissionais estão habituados a agir conforme o que está instituído e operante no seu dia-a-dia de trabalho, o que dirige e limita seu olhar apenas para estes grupos e demandas. O conhecimento sobre a especificidade das necessidades e situação de saúde dos homens mostrou-se tanto como potencialidade como quanto fragilidade, ou seja, é elemento fundamental e ainda desafia os profissionais.

*(...) é o primeiro passo para poder implantar alguma coisa que vai ser ferramenta de execução desta política, vai ter que conhecer a política e saber como colocar em prática. Não tive nenhuma capacitação sobre a política. (Dentista 3)*

*(...) a gente não tem um trabalho para reconhecer o enfoque (do homem) na nossa área... são os outros programas, como da mulher, da criança. Então acho que é muito no “achômetro” quando se trata do homem, porque a gente não tem estratégias. (Dentista 1)*

*(...) a gente acaba tendo que ter o olhar direcionado muitas vezes pelo que é imposto. A atenção básica já é tradicionalmente organizada para atender a mulher no ciclo gravídico-puerperal. Então é a mulher, o RN, a criança, os outros ficam um pouco de fora. (Enfermeira 2)*

Segundo Couto, et. al. (2010), existe a presença dos homens no cotidiano dos serviços, em diferentes faixas etárias, sozinhos ou acompanhados, como usuários ou acompanhantes, na posição de filho, pai, esposo/companheiro, enfim, de diversas formas eles estão presentes nas unidades. Na configuração dessa presença é preponderante a frequência de idosos e crianças, pois isto é facilmente relacionado aos focos da Atenção Primária de Saúde (APS) que, historicamente é voltada ao segmento materno-infantil e passou a incorporar de modo mais expressivo, a partir da década de 1980, o segmento dos idosos. Os autores consideram que os ambientes na Atenção Básica não favorecem a presença e permanência dos homens, sendo perceptível o reforço da feminilização dos ambientes das unidades tanto pelos materiais de educação em saúde como pelos puramente decorativos que são produzidos internamente (pelos funcionários). Em suma, marcas pessoais influenciadas pelo imaginário de gênero são visivelmente transpostas para o ambiente público/institucional da saúde.

Outra dificuldade apresentada pelos profissionais são os recursos humanos. A falta de funcionários é apontada como uma das principais causas para a não efetividade e qualidade das ações e serviços possíveis de serem implantadas.

*Acho que as maiorias das unidades faltam funcionários suficientes, até pra gente fazer grupos de promoção a saúde, com adolescentes e tudo, teria que ter mais funcionários para dar dando conta. O problema maior é os recursos humanos. (Dentista 1)*

## **2. Percepções das equipes multiprofissionais acerca das vivências do homem no cuidado com a saúde**

Partindo da análise da coleta dos dados, é visível o reconhecimento do profissional de saúde acerca de uma cultura intrinsecamente vinculada aos papéis sociais e imagem do ser masculino, que o faz negligenciar seu auto cuidado. Neste reconhecimento, o déficit de auto cuidado do ser masculino é remetido a uma comparação entre os gêneros, também carregada de estereótipos culturalmente construídos, como a seguir:

*Ele já tem aquela característica do gênero de procurar só o sistema de saúde quando a doença já está instalada. Ele não faz uma prevenção e aí ele procura já na média complexidade e nos serviços especializados. (Médica)*

*Por características históricas eles não têm o auto-cuidado. A mulher tem mais isso, então o homem não tem muito essa coisa da prevenção, do cuidar de si. Então acho*

*que isto deveria ser levada em consideração como estratégias. Porque não adianta só fazer a política e não ter estratégias pra trazer essa população até as unidades de saúde.* (Enfermeira 2)

*Acho que o homem não se cuida tanto como a mulher, em relação à alimentação, à uso de cigarro e álcool, é mais frequente no homem. Em relação ao trânsito também se vê que morre mais homens de acidentes de trânsitos, adultos jovens, do que mulheres. Por assassinatos e violência também... tudo isso acomete mais o homem do que a mulher.* (Dentista 2)

Como foi referido pelos participantes, não é de hoje que o homem tem formas diferentes de enfrentar seus problemas ou necessidades de saúde e este fato é relacionado à identidade cultural do ser masculino. Daí emerge a preocupação com uma apreensão mais integral de sua saúde, assumindo que a cultura interfere em seu modo de cuidar de si. Por outro lado é preciso lembrar que toda essa problemática rodeia um ponto chave, de que o homem só procura a unidade de saúde quando precisa de um cuidado especializado ou de cuidados imediatos, negligenciando a prevenção e a promoção da saúde. A seguir um exemplo de modelo biomédico relacionado a questões de gênero:

*Geralmente os homens que mais procuram o posto é os que já tem doença crônica, hipertensão, diabetes M., ou que estão com algum sintoma e querem investigar.* (Médico)

*As DST's eu atendo bem mais homens com DST do que mulheres, não sei se é porque o sintoma fica mais fácil, os sinais ficam mais fáceis de identificar do que nas mulheres às vezes.* (Médico)

O aspecto comportamental influi significativamente na saúde humana e o *estilo de vida* do homem, sob várias óticas, se diferencia daquele da mulher. Daí que as estratégia de prevenção e promoção da saúde tem de levar em conta toda a população, especialmente quando muitas doenças que afetam mais acentuadamente a população masculina têm suas intervenções de controle preconizadas mas pouco incorporadas à prática diária. (LAURENTI, JORGE e GOTLIEB, 2005).

Segundo Carrara, Russo e Faro (2009), para os homens, articular reivindicações a partir de uma posição generificada e tornar-se visíveis enquanto "homens" significa colocar-se no mesmo plano que as mulheres. No entanto, há que se atentar para o limite de uma ação que se limite ao objetivo de enfraquecer a resistência masculina às ações e serviços em saúde.

A criação desta política vai muito além de cuidados imediatos, como o exame de próstata, por exemplo, mas busca estabelecer mudanças culturais que auxiliam na inserção de um novo pensar nas relações de gênero. Ao ultrapassar o simples diagnóstico das doenças, pressupõe o respeito à diversidade dentro do próprio gênero e um novo olhar pelo profissional dentro do modelo de atenção básica.

Essa política parte da constatação de que os homens, por uma série de questões culturais e educacionais, só procuram o serviço de saúde quando perderam sua capacidade de trabalho. Com isso, perde-se um tempo precioso de diagnóstico precoce ou de prevenção, já que chegam ao serviço de saúde em situações limite. Em geral, os homens têm medo de descobrir que estão doentes e acham que nunca vão adoecer, por isso não se cuidam. Não procuram os serviços de saúde e são menos sensíveis às políticas. Isso coloca um desafio ao SUS, já que vai exigir do sistema mudanças estruturais para que o sistema esteja mais sensível, inclusive com o treinamento de profissionais para que olhem de forma mais atenta a essa população. (BRASIL, 2008.)

A partir de tais citações é visível a importância que as questões do gênero possuem na temática do cuidado do ser masculino, daí que aprofundar esta problemática é primordial para promover e implementar ações eficazes, norteadas por esta política. Por outro lado, é destacado que os homens retornam ao serviço quando atingem a 3ª idade, devido a doenças cardiovasculares e outras relacionadas ao envelhecimento, exatamente por sentirem mais fortemente as necessidades das ofertas de saúde. (BRASIL, 2008).

*Eles vêm pouco, aqui o que predomina mais são mulheres e idosos, essa faixa etária procura pouco. (Enfermeira 2)*

*Acredito eu que também pelo trabalho deles, pelo horário, mas não só porque hoje em dia a mulher também ela em muitas casas ela é provedora, ela trabalha e não é por isso que ela deixa de vir à unidade de saúde. (Dentista 3)*

Porém, cresce a visão da relação entre cultura, gênero e saúde em experiências que incluem o homem adolescente e privilegiam a dimensão do cuidado de si desta população. Assim, aponta-se para mudanças culturais em curso e novas possibilidades a serem ampliadas,

observando aberturas já presentes.

*(...) dentro da população masculina, os adolescentes masculinos procuram muito a unidade, até por ter é ter questões de conflitos familiares em casa, por indefinições do futuro profissional, até história de violência doméstica, então eu vejo assim, que talvez seja interessante alguma coisa voltada especificamente para o adolescente masculino. (Médica)*

Esta faixa etária específica parece já ter conquistado alguns avanços em relação ao seu acesso aos serviços de saúde, como exemplificado pelas transformações e vivências da sua sexualidade que podem ser mobilizadoras do cuidado de si, da promoção da saúde e que, também, podem sinalizar para um desvio com relação a cultura dominante.

*(...) é uma faixa etária que se agente conquistar o vínculo maior, tende a se tornar depois um adulto masculino com maior vínculo e um idoso com mais vínculo também, então eu tenho uma preocupação especial com o adolescente masculino. (Médica)*

O gênero é um referente sócio-histórico que, baseado nas diferenças entre os sexos, estrutura material e simbolicamente a vida social, estabelece entre homens e mulheres, ou entre pares de cada qual, relações de valor desigual, com o domínio histórico do masculino. Este processo recobre o corpo biológico em seus usos historicamente construídos, de que decorrem não apenas carecimentos diversos para homens e mulheres (e adoecimentos), como também reconhecimentos diversos de suas necessidades de saúde. (NASCIMENTO E GOMES, 2008).

Como maneira de evitar a redução das ações consideramos necessário que jovens sejam envolvidos na resignificação das ações em saúde. Alguns esforços têm sido feitos neste sentido, pois a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem recomendado a adoção de estratégias visando a um maior engajamento de homens, principalmente jovens. Para tal propõem um conjunto de passos articulados entre si, tais como: campanhas mais ancoradas no masculino; qualificação dos profissionais de saúde; diferentes fomentos à forma de participação masculina; organização de grupos operativos com homens, especialmente jovens, dentro dos serviços de saúde numa perspectiva de gênero; encontros de *rapazes* e *moças* para se problematizar os modelos de masculinidade e feminilidade, bem como suas implicações no âmbito dos cuidados de saúde, dentre outras. (NASCIMENTO E GOMES, 2008).

É preciso salientar que não cabe responsabilizar unicamente o homem pela baixa procura pelos serviços de saúde. Os profissionais revelam que não estão preparados para atender as necessidades iniciais desta população, que ainda desconhecem o perfil do homem na sua área de abrangência, que os serviços carecem de horários de funcionamento adequados ao acesso do usuário trabalhador e que ainda é limitada qualquer ação ou meta que extrapole o objetivo de cura, não visualizando assim a prevenção e a promoção de saúde do homem.

*(...) a gente vê no dia-a-dia que ele é uma parte dos usuários que têm dificuldade de acesso em função do trabalho, pois a maior parte dos homens estão trabalhando na hora em que a unidade de saúde está funcionando. (Dentista 2)*

Segundo Figueiredo, et. al. (2010), os profissionais não reconhecem a participação deles próprios nessa construção cultural do adoecimento e do cuidado, sequer percebendo que, no plano das práticas assistenciais, eles atuam do mesmo modo que atribuem aos usuários, valorizando patologias e casos graves, mas, convergindo com a opinião dos usuários, percebem e praticam os serviços como espaço principalmente das mulheres. Alegam, por vezes, que os homens não se "ajustam ou cabem" àquele contexto, em razão, sobretudo, de políticas externas a eles, profissionais, e que sempre se voltaram para as mulheres. A maior oportunidade de uso, dando acesso aos homens, termina por ser compreendida como devendo estar a cargo do comportamento individual de cada possível usuário. Há, portanto, uma real necessidade da produção de cuidados quanto à requalificação de sua resposta assistencial quando se quer agir de forma integral, sem que se abra mão das tecnologias já existentes, havendo resgate de questões retiradas na redução biomédica, entre elas as especificidades das masculinidades no trato da saúde dos homens.

### **3. Políticas públicas de saúde e a saúde do homem: perspectivas das equipes multiprofissionais de saúde na atenção básica**

Com base nas entrevistas coletadas observa-se algumas dificuldades que as equipes multiprofissionais enfrentam para atingir o usuário homem, entre as quais se destaca o desconhecimento da PNAISH, enfatizado por praticamente todos os profissionais:

*(...) a falta de conhecimento sobre esta política é um ponto fraco, quando nós*

*tivermos um maior contato com a política acho que facilitará essa falta de conhecimento agora da importância, de como está sendo as ações para que se concretize esta nova política. (Enfermeira 1)*

*Na verdade eu não sei nada, ainda não foi divulgado nada para os profissionais da atenção básica, ou pelo menos não aqui para a Unidade X, e eu também não vi por nenhum outro meio, nem site, nem houve nenhuma comunicação do CFM que eventualmente a gente recebe por e-mail. (Médica)*

*(...) a gente não tem um trabalho para reconhecer o enfoque da nossa área são os outros programas como da mulher, da criança, então acho assim, é muito no “achômetro” quando se trata do homem, porque a gente não tem estratégias, “coitado” a gente nem pensa no homem. (Dentista 1)*

*Os poucos homens que atendemos se queixam muito pelo horário de trabalho e a gente cobra a vinda deles. (Dentista 1)*

Mesmo com esse desconhecimento da PNAISH, os profissionais demonstram interesse em melhorar os serviços oferecidos na unidade e reconhece a importância desta política, mas afirmam que a mesma só pode ser iniciada e implementada se os profissionais estiverem capacitados para tal trabalho. Esse conhecimento e capacitação só chegam até a unidade por meio de trabalhos realizados pela Secretaria de Saúde, ainda não existindo uma iniciativa dos profissionais em antecipar um planejamento ou preparo neste sentido.

*Isto é um problema, pois a gente é um profissional de saúde e não sabe praticamente nada... o que eu sei, ouvi falar foi em uma leitura inicial, mas muito vagamente. (Dentista 1)*

*A educação permanente é preciso, pois a gente é capacitado só uma vez e “deu”, portanto tem que ter uma educação permanente em relação à saúde do homem para a gente atuar enquanto equipe. (Dentista 1)*

Ainda como dificuldades que as equipes multiprofissionais enfrentam para atingir os objetivos da Política, destaca-se a dificuldade de acesso pelos homens aos serviços de

saúde na Atenção Básica devido ao horário de trabalho coincidir com o horário de funcionamento da unidade, favorecendo para a não concretização dos ideais da Política.

*(...) a gente vê no dia-a-dia que ele é uma parte dos usuários que têm dificuldade de acesso em função do trabalho, pois a maior parte dos homens estão trabalhando na hora em que a unidade de saúde está funcionando, então a gente percebe essa dificuldade que o homem tem de acesso. (Dentista 2)*

Cabe ainda considerar que algumas das dificuldades presentes nos serviços ofertados à população masculina poderiam ser melhor enfrentadas por meio de uma efetiva participação e controle social. Na organização de intervenções sanitárias, a comunidade “alvo” deve ter papel não somente nas ações, mas também deve ser procurado um diálogo nas várias etapas de planejamento, discutindo comportamentos e conceitos. (MAGNANI, DIAS e GONTIJO, 2009).

Alguns critérios são essenciais para implementação efetiva da PNAISH. Uma equipe de ESF completa é de suma importância para a efetividade dos serviços em saúde, assim como a capacitação dos profissionais e a divulgação em geral da PNAISH.

*Nós temos reuniões de área frequentes - semanais, estamos conseguindo, apesar das dificuldades de falta de recursos humanos (RH), falta da equipe de enfermagem (Enfermeiro e Técnico de enfermagem) e de um médico na equipe, nós estamos conseguindo desempenhar nosso trabalho enquanto equipe. (Dentista 3)*

*Acho que a maior dificuldade é a falta de recursos humanos mesmo, pois quando a equipe de saúde está completa qualquer política tem maior sucesso; quando a equipe está desfalcada tendemos mais ao fracasso. Mas eu acredito que assim que a equipe estiver completa a gente não vai encontrar grandes dificuldades de implementação dessa política. (Enfermeira 1)*

*Não houve nenhum tipo de preparo específico para isso, nem houve discussão dentro da equipe a respeito da saúde do homem. Acho que possivelmente isso vai acontecer a medida em que a gente for conhecendo a nova política. (Médica)*

*(...) apesar de estar dentro da saúde bucal nunca vi um panfleto informativo ou um*

*folder, pouca coisa relacionada a isso. Isto tem que chegar até a unidade de saúde, pois se não chega para mim como profissional eu não sei se está chegando para a população geral, está idéia da política. (Dentista 2)*

Os profissionais da ESF manifestam uma posição de pouca governabilidade em relação às dificuldades que enfraquecem a implementação e objetivos da PNAISH.

*(...) um dos pontos fracos seriam a burocratização do sistema, a gente acaba tendo que ter o olhar direcionado muitas vezes pelo que nos é imposto... (Enfermeira 1)*

Embora as categorias da análise 1 e 3 se assemelham, elas possuem suas particularidades sendo que a categoria 1 enfatiza unicamente as potencialidades e fragilidades dos profissionais em relação ao usuário masculino. A categoria 3 sustenta a perspectiva dos profissionais em relação às Políticas Públicas de Saúde que envolve o homem.

Qualquer movimento prepositivo, de auto organização para a implementação desta política passa, necessariamente pelo conhecimento, discussão e diagnóstico local. Enquanto este movimento não é deflagrado e dirigido pela coordenação central da SMS, os profissionais parecem aguardar um direcionamento ou orientação, preocupando-se com as condições que terão para tal e com as defasagens a serem sanadas. Ao falarem sobre o assunto esperam contribuir por meio da problematização do cotidiano de seu trabalho.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As análises empreendidas demonstram que é imprescindível reconhecer as fragilidades e potencialidades da Equipe Saúde da Família para implementação de novas ações, para que estas possam ser otimizadas para efetividade dos serviços. A inclusão do homem nos serviços de saúde é condição para a concretização de diretrizes como a integralidade e a equidade de acesso. Para isso é fundamental conhecer a população adstrita em seus referentes de gênero, reconhecendo a construção cultural de sua situação de saúde. Segundo Gomes e Nascimento (2006), não se pode esquecer que a baixa presença e pouca conexão com as atividades oferecidas pelo serviço, por parte dos homens, não são de responsabilidade exclusiva dos profissionais que fazem os serviços, já que os homens, ao responderem às conformações de um padrão de masculinidade tradicional, reproduzem o imaginário social que os distancia das práticas de prevenção e promoção (GOMES E NASCIMENTO, 2006).

Os profissionais de saúde precisam desenvolver um maior conhecimento deste universo masculino, até então pouco explorado ou considerado, quando da organização dos serviços, já que estes novos conhecimentos serão instrumentos importantes para as práticas de saúde. Os próprios profissionais reconhecem esta necessidade de capacitação, ao mesmo tempo que expressam motivação e interesse em construir novas alternativas de ação para esta demanda. As fortalezas mais evidentes se referem ao próprio trabalho e funcionamento da equipe, a partir das experiências em desenvolvimento desde a lógica assistencial da ESF e do vínculo com a comunidade. Se este foi um aprendizado essencial e concretizado, é também o subsídio para que estes profissionais apontem as condições de que precisam, como equipes completas, capacitação, direcionamento central com oportunidade de construção local de alternativas, por outro lado, fragilidades importantes, como falta de reconhecimento da população masculina adstrita; pouca resolutividade nas intervenções a saúde do homem; despreparo da equipe em estabelecer vínculo com esse usuário; dificuldade em reconhecê-lo em sua complexidade de atenção; visualizá-lo como único responsável pela não procura aos serviços em saúde; dificuldade em incluí-los nas ações do processo de trabalho na Atenção Básica, ainda requerem intervenções planejadas. O conhecimento acerca da complexidade e especificidade das necessidades de saúde dos homens parece ser, para os profissionais, o maior potencial e, ao mesmo tempo, o que lhes denota insuficiência e incerteza.

## REFERÊNCIAS

BECKER, H. **Uma teoria da ação coletiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)**. Brasília, DF: 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196. Aspectos éticos envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

CARRARA, S. RUSSO, J.A.; FARO, L. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino**. Physis: Revista de Saúde Coletiva: Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, janeiro 2009.

COUTO, M.T. PINHEIRO, T.F. VALENÇA, O. MACHIN, R. SILVA, G.S.N. GOMES, R. SCHARIBER, L.B. FIGUEIREDO, W.S. **O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero**. Ed. Interface, vol. 14 n.º33; Botucatu: 2010.

FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária**. Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):105-109: São Paulo, 2005.

FIGUEIREDO, W. S. SCHRAIBER L. B. GOMES, R. COUTO, M. T. PINHEIRO T. F.;MACHIN, R. VALENÇA, G. S. N. SILVA, O. **Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens.** Ed. Cad. Saúde Pública, vol.26 nº. 5: Rio de Janeiro, 2010.

GOMES, R. NASCIMENTO, E.F. ARAÚJO, F.C. **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.** Cadernos de Saúde Pública: Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, março 2007.

GOMES, R. NASCIMENTO, E. F. **A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica.** Caderno de Saúde Pública v.22 n.5: Rio de Janeiro, 2006.

LAURENTI, R. JORGE, M.H.P.M. GOTLIEB, L.D. **Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina.** Ciência e Saúde Coletiva: Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, março 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** Décima Revisão, 1996.

NASCIMENTO, E. GOMES, R. **Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens.** Cad. Saúde Pública, 24(7):1556-1564; Rio de Janeiro: 2008.

MAGNANI, C. DIAS, J.C.P. GONTIJO, E.D. **Como as ações de saúde pensam o homem e como o homem as repensa: uma análise antropológica do controle da doença de chagas.** Cadernos de Saúde Pública: Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1947-1956, setembro 2009.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS - TCC

A partir do trabalho de pesquisa realizado nos instrumentalizamos acerca da saúde do homem utilizando como principal fonte a PNAISH e artigos já publicados sobre o presente assunto. Por ser uma Política de Saúde nova que está começando a buscar estratégias para sua eficaz implementação e por ter poucas pesquisas sobre esse assunto tão importante, fomos instigadas a buscar mais conhecimento, o que fez nosso interesse crescer a cada dia.

No campo de estágio realizamos nosso trabalho de pesquisa, que utilizou como instrumento a entrevista semi-estruturadas individuais com cada integrante de nível superior da Equipe de ESF correspondentes ao CS. Além disso cursamos a disciplina Estágio Supervisionado II, onde consolidamos nossa formação como enfermeiros, exercitando as competências previstas pelo Curso de Graduação em Enfermagem conforme o plano de ensino. A boa recepção e acolhimento dos profissionais da unidade contribuiu para a realização das atividades previstas e para os resultados positivos da pesquisa e também das nossas práticas.

Com o estudo desenvolvido foi possível concluir que a Equipe de saúde reconhece as peculiaridades sócio-culturais da população masculina, assim como a necessidade e importância da implementação de uma Política específica, porém encontra dificuldades em atuar em sua implementação na atenção básica, ou de efetivas ações que concretizem a equidade e integralidade no cuidado a saúde. Ao falarem sobre o assunto os profissionais participantes da pesquisa esperam contribuir por meio da problematização do cotidiano de seu trabalho.

Existe uma necessidade de estudos relacionados à saúde do homem de diferentes aspectos sociais e aos profissionais de saúde que estarão lidando com este público. Essa é uma forma de maior instrumentalização acerca deste universo masculino até então pouco explorado, e estes novos conhecimentos serão importantes para as práticas de saúde e para a implementação eficaz da PNAISH.

## REFERÊNCIAS - TCC

BECKER, H. **Uma teoria da ação coletiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diagnóstico Completo da Saúde do Homem**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33353&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33353&janela=1)>. Acesso em: 06 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: 2005.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília - DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção à saúde**. Brasília, DF: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, DF: 2008.

CARRARA, S. RUSSO, J.A. FARO, L. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino**. Physis: Revista de Saúde Coletiva: Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, janeiro 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 196 - Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. 1996.

COUTO, M.T. PINHEIRO, T.F. VALENÇA, O. MACHIN, R. SILVA, G.S.N. GOMES, R. SCHARIBER, L.B. FIGUEIREDO, W.S. **O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação: Botucatu, vol. 14, n. 33, abril 2010.

EYKEN, E.B.B.D.V. MORAES, C.L. **Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudoeste do Brasil**. Cadernos de Saúde Pública: Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 111-123, janeiro 2009.

FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária**. Ciência & Saúde Coletiva: São Paulo, v. 10, n.1, p. 105-109, 2005.

FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde do Adulto**. Disponível em: <<http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+do+adulto&menu=6>>. Acesso em: 12 dez. 2010.

FLICK, U. **Métodos Qualitativos na Investigação Científica**. Editora: Monitor – Projectos e Edições, LTDA. 1ª ed., Portugal, Lisboa: 2005.

GOMES, R. NASCIMENTO, E.F.N. **A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica**. Caderno de Saúde Pública: Rio de Janeiro, v. 22 n. 5, maio 2006.

GOMES, R. NASCIMENTO, E.F. ARAÚJO, F.C. **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**. Cadernos de Saúde Pública: Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, março 2007.

IBGE (Org.). **Censo e Estimativas**. Disponível em: <tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 05 set. 2010.

LAURENTI, R. JORGE, M.H.P.M. GOTLIEB, L.D. **Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina**. Ciência e Saúde Coletiva: Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, março 2005.

MAGNANI, C. DIAS, J.C.P. GONTIJO, E.D. **Como as ações de saúde pensam o homem e como o homem as repensa: uma análise antropológica do controle da doença de chagas**. Cadernos de Saúde Pública: Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1947-1956, setembro 2009.

MAY, T. **Pesquisa Social: questões, métodos e processos**. Trad. Carlos Alberto Silveira Neto Soares. Porto Alegre: Artmed, 3ed., 2004.

NASCIMENTO, E.F. GOMES, R. **Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens**. Caderno de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 24(7), p. 1556-1564, julho 2008.

Portaria SS/GAB nº 283/2007: Secretaria Municipal de Florianópolis: 2010.

SCHRAIBER, L.B. FIGUEIREDO, W.S. GOMES, R. COUTO, M.T. PINHEIRO, T.F. MACHIN, R. SILVA, G.S.N. VALENÇA, O. **Necessidades de Saúde e masculinidades: Atenção primária no cuidado aos homens**. Caderno de Saúde Pública: Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p.1-18, maio 2010.

TONELLI, M.J.F. SOUZA, M.G.C. MULLER, R.C.F. **Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC**. Physis: Revista de Saúde Coletiva: Rio de Janeiro, v. 20 n. 3, p. 973-994, maio 2010.

# APÊNDICES

## Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa, cujas informações são descritas abaixo:

O projeto de pesquisa intitulado **Saúde do homem na atenção básica em Florianópolis: fragilidades e fortalezas na perspectiva de profissionais da Estratégia Saúde da Família** é desenvolvido pelas pesquisadoras Bruna Martins (RG nº: 5.145.503 – SSP/SC – CPF nº: 068.618.809-81), Fabiane Nunes Lemos (RG nº: 43130860/SSP-SC - CPF nº: 05895930999) e Rafaela Silva Lopes (RG nº: 5289557- CPF nº: 06671771910) e desenvolvido sob orientação da pesquisadora Prof. Dra. Flávia Regina Souza Ramos (RG nº: 5719132 - SSP/SC - CPF nº: 346.027.041-15). Trata-se de pesquisa aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. É desenvolvida com o apoio/financiamento das pesquisadoras.

O projeto de pesquisa tem como OBJETIVO GERAL: Identificar as fragilidades e fortalezas de profissionais da Estratégia Saúde da Família de nível superior integrantes da Equipe Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem na Atenção Básica de Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Levantar informações sobre a situação de saúde do homem e as ações propostas pela Secretaria Municipal de Florianópolis quanto à implementação da PNAISH na Atenção Básica; Identificar o conhecimento e percepções dos profissionais de nível superior que fazem parte da ESF e NASF acerca da saúde do ser masculino no CS – Coloninha; Identificar, verificar e analisar a relação entre as diretrizes da política, a implementação proposta pelo município e os conhecimentos e práticas já existentes da equipe multiprofissional de nível superior das equipes da saúde da família;

O estudo será realizado em uma etapa e você está sendo convidado a participar da seguinte atividade: **Entrevista individual**, que é uma forma de coletar dados a partir das compreensões das biografias, experiências, opiniões, valores, aspirações, atitudes e sentimentos expressados e respondidos pelo sujeito de pesquisa (entrevistado) no momento da entrevista. O registro dos dados colhidos será feito através de gravações, caso haja seu consentimento, e, após, transcritas a íntegra. Os textos digitados serão apresentados ao entrevistado para conferência do seu conteúdo.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos sujeitos e a Instituição participante de todo processo investigativo. Sua participação não envolve riscos físicos, mas você poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento feito a você e que por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e o nome do participante não será divulgado em nenhum momento, a imagem individual e institucional serão protegidas, assim como serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato com uma das pesquisadoras pessoalmente (formas de contato abaixo informadas). Os registros, anotações e documentos coletados ficarão sob a guarda das pesquisadoras, em seu setor de estudo, na UFSC. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos.

Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Eu ....., fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Em caso de necessidade, contate com: Prof. Dra. **Flávia Regina Souza Ramos**. Endereço: Travessa Angela Chaves, 81 - Lagoa da Conceição - Florianópolis - SC - Cep: 88.062-350. Telefone (residencial): (48) 3211.8908. Telefone (UFSC): (48) 3721.9399. Fax (48) 3721-9787. Celular: (48) 9911.2880. E-mail: [flaviar@ccs.ufsc.br](mailto:flaviar@ccs.ufsc.br)

### **Apêndice B – Entrevista: Instrumento de coleta de dados**

- 1) O que você sabe sobre a Política de Atenção Integral a Saúde do Homem?
- 2) Que características o usuário masculino apresenta que você considera importantes para planejar a oferta de serviços de saúde?
- 3) Quais necessidades dos usuários homens da área de abrangência deste CS você pode reconhecer e destacar?
- 4) O que você pensa sobre o preparo ou capacitação das equipes da ESF para a implementação da nova Política em seu município?
- 5) Existe alguma prática que você realiza nas rotinas do seu trabalho que são direcionadas para o ser masculino?
- 6) Você pode reconhecer pontos fortes ou favoráveis da sua equipe para a implementação desta política nesta realidade local? Quais são eles? E quais seriam os pontos fracos ou que desfavorecem estas ações?

# ANEXOS

## Anexo A - Parecer n.º 1702/11

### Parecer Consubstanciado Nº: 1702/11

---

**Data de Entrada no CEP:** 14/02/2011

**Título do Projeto:** Saúde do Homem na atenção básica em Florianópolis: fragilidades e fortalezas na perspectiva de uma equipe multiprofissional

**Pesquisador Responsável:** Flávia Regina Souza Ramos

**Pesquisador Principal:** Bruna Martins, Fabiane Nunes Lemos, Rafaela Silva Lopes

**Propósito:** Projeto de Conclusão de Curso

**Instituição onde se realizará:** Outras

### Objetivos (Preenchido pelo pesquisador)

---

O objetivo geral é identificar as fragilidades e fortalezas de uma equipe multiprofissional de nível superior integrantes da Equipe Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de apoio a saúde da família (NASF), em um Centro de Saúde (CS) de Florianópolis, para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) na Atenção Básica de Saúde. Os objetivos específicos são: Levantar informações sobre a situação de saúde do homem e as ações propostas pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis quanto à implementação da PNAISH na Atenção Básica; identificar o conhecimento e percepções dos profissionais de ensino superior que fazem parte da ESF e NASF acerca da saúde do ser masculino no CS; Identificar, verificar e analisar a relação entre as diretrizes da política, a implementação proposta pelo município e os conhecimentos e práticas já existentes da equipe multiprofissional de ensino superior da Estratégia Saúde da Família;

### Sumário do Projeto (Preenchido pelo pesquisador)

---

**Breve introdução/Justificativa:** Como um dos resultados do avanço do SUS, foi elaborada e implementada a partir de 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com os gestores do SUS. A partir desta nova Política, uma série de desafios passam a requerer novos enfrentamentos. Há necessidades como, a construção de novos conhecimentos científicos sobre a saúde do homem e, a identificação da relação entre o ser masculino e os serviços de saúde prestados na atenção básica a esta população. No trabalho em saúde, o profissional assume compromisso com a implementação das políticas públicas, exigindo capacitação política e técnica para plena conquista do direito constitucional à saúde. Estes profissionais são elementos chaves para que aconteça a promoção e proteção da saúde da população, daí a necessidade de colaborar com uma política que se dirija para à questão e as demandas de saúde do ser masculino, até então negligenciadas em relação a outras prioridades.

**Tamanho da Amostra: (indique como foi estabelecido):** Totalidade da amostra: 11 profissionais de ensino superior (sendo 3 equipes da estratégia saúde da família e 9 integrantes do NASF que cobre a Unidade em questão). A pesquisa prevê um critério de satisfação a partir da obtenção de dados de 8 profissionais. O foco de pesquisa selecionado visa a Equipe Saúde da Família e o NASF, pois estas fazem o elo entre as diretrizes da atenção básica junto ao SUS, com a prática cotidiana nos serviços de saúde na atenção primária. Portanto a importância da equipe multiprofissional na implementação das ações em saúde e metas do Ministério da Saúde.

**Participantes / Sujeitos: (quem será o objeto da pesquisa):** Profissionais do Centro de Saúde (CS) Coloninha, especialmente aqueles com ensino superior e integrantes das 3 equipes da estratégia saúde da família do CS, compostas por: 1 médico, 2 enfermeiros e 3 dentistas; e Integrantes do NASF que cobre o CS em Florianópolis: 1 Psiquiatra, 1 nutricionista, 1 psicólogo, 1 Educador Físico e 1 Farmacêutico. Estes estão envolvidos diretamente com a população coberta, em especial a população masculina, pelo serviço prestado a esta população. O caráter da participação será

**Infraestrutura, do local onde será realizada a Pesquisa:** O estudo será desenvolvido junto ao Departamento de Enfermagem da UFSC, para efeitos das atividades de tratamento e análise dos dados, bem como, elaboração do relatório final. A etapa de coleta de dados se realizará na Unidade Básica da Colônia, na Cidade de Florianópolis - SC. A infraestrutura da UFSC, especialmente do grupo de pesquisa da pesquisadora responsável, estará disponível para apoio às necessidades do projeto.

**Procedimentos / intervenções: (de natureza ambiental, educacional, nutricional, farmacológica):** A coleta de dados se dará por meio de entrevistas semi-estruturadas individuais a partir de um questionário elaborado com base na nova Política em questão, com cada integrante da Equipe de Estratégia Saúde da Família e integrantes do NASF correspondentes ao CS - Colônia, sendo apenas dos profissionais de nível superior, e após aceitação e preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A data e o local será escolhido pelo sujeito de pesquisa para a realização das entrevistas. Estas serão gravadas em aparelho digital (quando autorizado pelos sujeitos) e, após, transcritas à íntegra. Os textos digitados serão apresentados aos entrevistados para conferência do seu conteúdo.

**Parâmetros avaliados:** Por se tratar de pesquisa qualitativa, não serão utilizados parâmetros.

**"Outcomes":** As contribuições do estudo se evidenciam por sua atualidade e pela possibilidade de aplicação direta de seus resultados, incluindo a ampliação da capacidade institucional em responder a atual necessidade de implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, na atenção básica, bem como suas fragilidades e fortalezas na capacitação dos profissionais sobre a nova política. .

**Comente sobre os riscos para os participantes deste estudo:** O estudo proposto não oferece riscos ou possibilidade de danos ao ser humano, exceto aquelas já inerentes ao processo de entrevista. Não envolve nenhum experimento ou nova técnica de coleta de dados.

**Descreva como os participantes serão recrutados incluindo modos de divulgação e quem irá obter o consentimento:** Todos os participantes serão convidados diretamente pelos membros da equipe de pesquisadores, por intermédio de apresentação e encaminhamento da chefe da Unidade (Colônia). No primeiro encontro serão fornecidas todas as informações sobre o estudo e apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido, que será obtido somente pelas pesquisadoras.

**Estão os participantes legalmente capacitados para assinar o consentimento? Sim**

**Quais os procedimentos que deverão ser seguidos pelos participantes/sujeitos se eles quiserem desistir em qualquer fase do estudo?** A desistência não acarretará qualquer dano e ao desistente será fornecida cópia dos dados que porventura já tenham sido informados pelo mesmo, para que possa avaliar e se manifestar pela possibilidade de retirar do estudo as informações, de modo parcial ou completo. Será assegurado o respeito integral a tal decisão.

### Último Parecer enviado

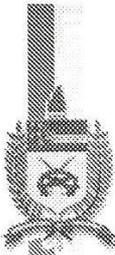
Enviado em: 23/02/2011

### Comentários

O projeto é um trabalho de conclusão de curso de Enfermagem, envolvendo três acadêmicas; os preceitos básicos foram atendidos e as exigências legais cumpridas; só recomendo um maior cuidado na gráfica do texto; desta forma encaminho para aprovação.

### Parecer

Aprovado "ad referendum"



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 1702

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

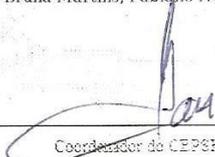
**APROVADO**

**PROCESSO:** 1702      **FR:** 401147

**TÍTULO:** Saúde do Homem na atenção básica em Florianópolis: fragilidades e fortalezas na perspectiva de uma equipe multiprofissional

**AUTOR:** Flávia Regina Souza Ramos, Bruna Martins, Fabiane Nunes Lemos, Rafaela Silva Lopes

FLORIANÓPOLIS, 28 de Fevereiro de 2011.

  
 Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Portela de Souza  
 Coordenador do CEPSH/UFSC