



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS
DE SAÚDE**

**CONCEPÇÕES E EVIDÊNCIAS: ANÁLISE LÓGICA DO ACESSO NO PLANO DE AÇÃO
2009-2011 DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NO
BRASIL**

Alberto Yassuo Yoshiara

Salvador – BA

Mai de 2013

Alberto Yassuo Yoshiara

CONCEPÇÕES E EVIDÊNCIAS: ANÁLISE LÓGICA DO ACESSO NO PLANO DE AÇÃO
2009-2011 DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NO
BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Avaliação de Tecnologias em Saúde

Orientação: Prof. Dr. Jorge Alberto Bernstein Iriart

Salvador -BA

Mai de 2013



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva**

Alberto Yassuo Yoshiara

**“Concepções e Evidências: Análise Lógica do Acesso no Plano de Ação
2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
no Brasil.”**

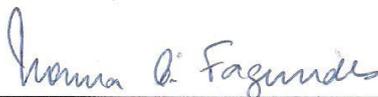
A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 28 de maio de 2013

Banca Examinadora:



Prof. Jorge Alberto Bernstein Iriart /ISC/UFBA



Profa. Norma Carapiá Fagundes /EE/UFBA



Profa. Sônia Cristina Lima Chaves /FQ/UFBA

Salvador
2013

Yoshiara AY. Concepções e Evidências: Análise Lógica do Acesso no Plano de Ação 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Brasil [dissertação de mestrado]. Salvador, Bahia: ISC-UFBA; 2013. 71 páginas.

Resumo

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) é, desde sua institucionalização, uma intervenção que se propõe original e inovadora, refletindo a necessidade dos homens com base em indicadores de morbimortalidade em piores condições quando comparados às mulheres, questão atribuída às especificidades socioculturais e de gênero. Efetiva-se operacionalmente a proposta, com a publicação do Plano de Ação Nacional 2009-2011 instituindo a lógica de trabalho e estratégias pactuadas a serem seguidas na implementação dos Planos de Ação de estados e municípios. Longe de um discurso isento de críticas, a proposta traz consigo também os debates e pressupostos críticos constituídos nos movimentos sociais, questões sobre a necessidade de saúde, medicalização como padrão de uso e acesso aos serviços, e as representações constitutivas do cuidado e a educação em saúde. Neste contexto é que o estudo propôs-se a avaliar a plausibilidade lógica da PANSH 2009-2011 e sua proposta de operacionalização frente a PNAISH e às necessidades de Saúde dos Homens, bem como o conhecimento acumulado sobre os temas relacionados ao acesso, acolhimento e fatores socioculturais e gênero associados, no Brasil e em parte do mundo. Para tanto, propôs-se a utilização da análise lógica do Plano em questão, segundo a abordagem de BROUSSELLE e CHAMPAGNE (2011) partindo-se de uma investigação descritiva e qualitativa de documentos, literatura científica, informações e a modelização da intervenção proposta nacionalmente. Aferiu-se assim as dificuldades e lacunas do desenho da planificação quanto a problemática central do acesso de Homens ao serviço de saúde, o que sugere também uma baixa capacidade de assegurar os efeitos pretendidos, dificuldade de aplicações em municípios e estados, bem como as possíveis barreiras, dificuldades ou entraves que poderão ser encontradas por estes na elaboração de seus Planos Municipais e Estaduais. Assim, é que se julga fundamental a realização de avaliações sobre a política e seu mérito, bem como aos planos de ação e a reflexão sobre as estratégias adotadas para cumprimento dos objetivos.

Descritores: análise lógica, saúde do homem, avaliação em saúde.

Yoshiara AY. Concepts and Evidence: Logical Analysis of Access in the Action Plan 2009-2011 of National Men'S Health Integral Attention Policy in Brazil. [dissertation]. Salvador, Bahia: ISC-UFBA; 2013. 71 pages.

Abstract

The National Men's Integral Health Attention Policy (PNAISH) has since its institutionalization, an intervention that aims original and innovative, reflecting the need of men based on indicators of morbidity and mortality in worse conditions than women, question assigned to the specific socio-cultural and gender. To the effective operationally the proposal, there was publication of National Action Plan 2009-2011 instituting the logic of work and agreed strategies to be followed in the implementation of the Action Plans of States and Municipalities. Far from a blameless speech, the proposal also brings the debates and critical assumptions made in social movements, questions about the need for health, medicalization as usage patterns and access to services, and the representations constitutive of care and health education. In this context the study was designed to assess the plausibility logic of PANSH 2009-2011 and its proposed operation against PNAISH and needs of Men's Health, as well as the accumulated knowledge on issues related to access, and host factors sociocultural and gender associated, in Brazil and in the world. Therefore, it was proposed the use of logical analysis of the plan in question, according to the approach BROUSSELLE and Champagne (2011) starting from a descriptive and qualitative research documents, scientific literature, information and modeling of the proposed intervention nationally. Then well measured up the difficulties and shortcomings of the design planning as the central issue of Men's access to health services, also suggesting a low capacity to ensure the desired effect, difficulty of applications in municipalities and states, as well as possible barriers, difficulties or barriers that may be encountered by those in the preparation of its Local and State Plans. So, is it judged critical to conduct reviews of the policy and its merits as well as the plans of action and reflection on the strategies adopted to achieve the objectives.

Descriptors: logical analysis, men's health, health evaluation.

Lista de Abreviaturas e Siglas

- APS: Atenção Primária em Saúde, 21, 30, 50
ASCOM: Assessoria de Comunicação Social, 34
ATSH: Área Técnica de Saúde do Homem, 11, 34, 40
CFM: Conselho Federal de Medicina, 12, 43
CGRs: Colegiados de Gestão Regional, 10
CIBs: Comissões Intergestoras Bipartite, 10
DeCS: Descritores em Ciências da Saúde, 15
ESF: Estratégia de Saúde da Família, 24, 36
ISMH: International Society of Men's Health, 11
MS: Ministério da Saúde, 6, 11, 19, 38, 50
NHS: National Health System, 11, 40
NSC: National Screening Committee, 12, 39, 40, 43
PANSH: Plano de Ação Nacional de Saúde do Homem, 6, 7, 10, 11, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 24, 29, 33, 37, 44, 45
PMAQ/AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 38
PNAISH: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 23, 36, 38, 44, 45
PNH: Política Nacional de Humanização, 19, 21, 28
PSA: Antígeno Prostático Específico, 40, 43, 44
SESs: Secretarias Estaduais de Saúde, 38, 40, 41
SMSs: Secretarias Municipais de Saúde, 38, 40, 41
SUS: Sistema Único de Saúde, 5, 47
UBS: Unidade Básica de Saúde, 36
UNESCO: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 11

Sumário

1. Introdução	8
2. Objetivos	12
2.1. Objetivo Geral	12
2.2. Objetivos Específicos	12
3. Metodologia.....	13
3.1. Sobre a Análise Lógica.....	13
3.2. Plano de Ação Nacional 2009 – 2011	15
3.3. Plano de análise	16
4. Aspectos Éticos	17
5. Resultados e Discussão	18
5.1. Adesão, Acesso e a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem	18
5.2. Acesso, acolhimento e o Plano de Ação Nacional 2009-2011	23
5.2.1. Eixo II: Promoção da saúde	28
5.2.2. Eixo III Informação e comunicação	40
5.2.3. Eixo V: Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem	44
6. Considerações Finais	53
7. Referências.....	56
ANEXOS	63
ANEXO A –. Modelo Lógico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.....	64
ANEXO B- Modelo Lógico do Plano de Ação Nacional 2009-2011, com foco no acesso de homens ao serviço de saúde.	65
ANEXO C – Modelo lógico da Educação Permanente em Saúde no PANSH 2009-2011.	66
ANEXO D – Modelo lógico dos objetivos principais do PANSH 2009-2011.....	67
ANEXO E – Plano de Ação Nacional (2009-2011).	68
ANEXO F – Materiais infográficos	69

1. Introdução

Na maior parte do mundo é possível verificar indicadores de morbimortalidade desfavoráveis à saúde do homem quando comparados ao das mulheres (COURTENAY, 2003; LAURENTI *et al.*, 2005; FIGUEIREDO, 2005). LAURENTI *et al.* (2005) evidenciam em trabalhos sobre o tema, que os indicadores tradicionais mostram esta situação em praticamente todas as idades bem como para quase que a totalidade das causas e, ainda, uma menor esperança de vida para os homens em todas as idades.

No que se refere aos indicadores de morbidade ou utilização dos serviços de saúde, o Brasil não possui oficialmente, de maneira específica e exclusiva, dados sobre a saúde do usuário masculino antes que este adentre ao sistema de saúde na média e alta complexidade. Em geral, a demanda aos serviços, e as pesquisas e inquéritos populacionais tem ocorrido para e com as mulheres. (LAURENTI *et al.* 2005)

A premissa é que uma diversidade de doenças e problemas de saúde acomete mais aos homens, traduzindo-se por maior morbidade e mortalidade desse sexo, uma questão de necessária importância ao se pensar em saúde da família e, por extensão, de toda uma comunidade. Ainda, no Brasil, verifica-se que houve diminuição da mortalidade geral, porém quando comparada ao sexo feminino, esta se deu de forma mais lenta e menor no sexo masculino, que, por sua vez, apresenta uma vida média e longevidade comparativamente menor em todas as regiões. (LAURENTI *et al.* 2005)

LAURENTI *et al.*, (2005) apontam que no Brasil, as políticas e programas voltam-se principalmente às questões complexas de populações vulneráveis, que de alguma forma não possuíam assegurados os seus direitos, onde,

De fato, em geral, há programas de saúde que contemplam a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, não existindo, porém, com exceção dos programas de saúde do trabalhador, aqueles voltados especificamente para o homem adulto. Não que seja desejável existir um programa somente dirigido a ele mas, no programa de saúde da família ou do sub-programa de 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 *et al.*, 2005)

Desta forma, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), ao ser instituída¹ no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), traz consigo o reconhecimento de uma gama de fatores que incidem sobre a problemática de saúde para este segmento populacional (sejam elas as barreiras socioculturais ou institucionais) para além dos indicadores de morbimortalidade tão amplamente divulgados em todo o país. A inovação creditada a esta política brasileira vem do contexto de ser esta a primeira na América latina a incluir a preocupação sobre o Homem, considerando o embasamento nas demais políticas de atenção voltadas a segmentos populacionais pré-existentes, em consonância com o Pacto pela Saúde. (CARRARA, RUSSO, FARO; 2009)

Neste intuito a PNAISH propõe-se a qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção (BRASIL/MS/SAS/DAPE, 2009; p.13). Ao evidenciarem-se as necessidades desta população em específico a partir dos principais fatores de morbimortalidade (doenças cardiovasculares, circulatórias, causas externas, entre outras), evidenciam-se também os determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade masculina, a exemplo dos estudos comparativos em que os homens são mais vulneráveis às doenças que as mulheres, principalmente no rol das enfermidades crônicas, além de morrerem mais precocemente. (LAURENTI *et al.*, 2005)

Para propósito da implantação da PNAISH elabora-se, no ano de 2009, o Plano de Ação Nacional 2009-2011 (PANSH 2009-2011) em conjunto aos gestores, sociedades médicas², universidades e sociedade civil, compreendendo eixos complementares, objetivos, metas, ações, indicadores e responsáveis entre os entes federados, para o desenvolvimento de projetos-piloto em 26 municípios e estados respectivamente selecionados pelo Ministério da Saúde (MS), além do Distrito Federal.

O texto concernente à implementação da política traz como intuito a integração às demais políticas existentes, “numa lógica hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime” (BRASIL/MS/SAS/DAPE, 2009; p.47). Além disso, a política considera os princípios³ da humanização e da qualidade, isto é, segundo as

¹ portaria ministerial nº. 1944 de 27 de agosto de 2009.

² Urologia, Cardiologia, Gastreenterologias, Pneumologia, Saúde da Família. (BRASIL/MS/SAS/DAPE, 2009; p.17)

³ Esta proposição implica na consideração de oito elementos: 1) Universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; 2) Articulação com as diversas áreas do governo, com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina; 3) Informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades do homem; 4) Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes; 5) Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem; 6) Disponibilidade de insumos,

peculiaridades socioculturais da população masculina, na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos seus direitos.

Permite-se, frente ao exposto considerar a novidade e a abrangência da intervenção proposta, o que requer uma gama de pressupostos teóricos e práticos para sua efetividade e implementação. É frente a isso, somados aos problemas concernentes ao tempo recente de existência oficial da proposta, à gestão, ao planejamento, à política, à sociedade e cultura, entre outros, que se torna fundamental a realização de reflexões e avaliações sobre a política, sua intervenção e seu mérito.

Tomando-se por base a sistematização proposta por CHAMPAGNE, *et al.* (2011) podemos colocar algumas questões sobre o modelo lógico teórico da PNAISH: O modelo lógico teórico subjacente ao plano é bem fundamentado no que diz respeito ao acesso/acolhimento? Está baseado em uma teoria adequada? (Plausibilidade do modelo teórico da intervenção) Esse modelo constitui-se na melhor forma de modificação de comportamentos e estratégias frente à temática? (Validade da hipótese de intervenção); Em que medida a PNAISH incorpora o contexto sociocultural em que os homens estão inseridos (relações de gênero, construções de masculinidades e representações dos sujeitos sobre saúde, doença e cuidado), relacionadas ao acesso destes aos serviços de saúde?

Neste estudo, nos limitaremos à análise da questão do acesso dos homens aos serviços de saúde na PNAISH, mais precisamente no Plano de Atenção Integral à Saúde do Homem 2009-2011, através de 03 eixos (II, III e V) que sugerem ações voltadas para o acesso/acolhimento da população masculina. Os termos acesso e adesão são citações importantes no objetivo geral e objetivos específicos da PNAISH enquanto o acesso é prioritário na PANSH 2009-2011 em seus objetivos e ações, sugerindo serem estas as prioridades de enfrentamento da política e por consequência do plano de ações.

Na busca pela resposta a estas questões o propósito desse estudo é realizar uma análise lógica do PANSH 2009-2011 da PNAISH. Isso implica em indagar em que medida seu desenho é capaz de assegurar os efeitos pretendidos; se permite aplicações, possui barreiras, dificuldades ou entraves.

Desta forma, a avaliação da teoria do plano de ação da PNAISH no Brasil, no sentido da explicitação pode conduzir à compreensão dos fundamentos das ações,

equipamentos e materiais educativos; 7) Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários; e 8) Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (BRASIL/MS/SAS/DAPE, 2009; p.47-48)

podendo propiciar o desenvolvimento de uma proposta viável, efetiva e prática para implementação dos Planos de Saúde nos estados e municípios.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a plausibilidade lógica do plano de ação nacional 2009-2011 da PNAISH no que diz respeito ao acesso dos homens aos serviços de saúde.

2.2. Objetivos Específicos

2.2.1. Identificar as principais evidências quanto ao acesso/acolhimento/adesão, efeito de políticas voltadas para o homem; ou seja, elaborar o modelo conceitual da política com base nas evidências científicas em estudo de revisão teórica/sistemática;

2.2.2. Avaliar a teoria do plano de ação da PNAISH no Brasil com foco na incorporação de fatores socioculturais e das relações de gênero no acesso aos serviços de saúde;

2.2.3. Avaliar a coerência lógica do plano de ação da PNAISH quanto aos objetivos e meios para o alcance de resultados;

2.2.4. Identificar fraquezas e fortalezas na constituição da política no que diz respeito ao acesso/acolhimento/adesão com base nas evidências;

3. Metodologia

Foi realizado um estudo avaliativo do tipo análise lógica da intervenção, descritivo e qualitativo, a partir de técnicas de investigação a exemplo da análise documental e referencial, que pode ser utilizada como um instrumento viável no sentido de descrever e mapear políticas institucionais permitindo o apontamento, indicação e sistematização de diferenças, contradições, confluências e *insight* sobre o conteúdo dos discursos e práticas vigentes.

O componente de análise qualitativa teve como suporte a revisão de literatura baseada em artigos e resumos publicados e disponibilizados de forma impressa ou digitalmente catalogados em sítios de busca (Scielo, google acadêmico), bancos de textos como LILACS, Medline, Cochrane, PubMed, Journal of Men's Health, banco de teses da CAPES, através da busca sistemática dos descritores *saúde do homem, masculinidade, homem e saúde, Men's Health, masculinities*. Foram levantadas ainda informações e documentos estratégicos relevantes que dão suporte à Saúde do Homem a partir das páginas oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Ministério da Saúde (MS), International Society of Men's Health (ISMH), National Health System (NHS).

3.1. Sobre a Análise Lógica

O presente estudo tomou por base os trabalhos de CHAMPAGNE e BROUSSELLE, entre outros, onde, através da ferramenta da análise lógica, pretendeu-se avaliar o mérito do Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, ou seja, determinar a adequação entre os seus diferentes objetivos e os meios implementados ou que se pretendem implementar (recursos, serviços ou atividades) para atingi-los. (CHAMPAGNE, *et al.*, 2011)

Para tanto, os autores consideram que “é preciso testar ao mesmo tempo a validade teórica da intervenção e sua validade operacional”. (CHAMPAGNE, *et al.*, 2011. P. 56). Ainda, que,

a análise lógica busca responder a duas perguntas:

1. A intervenção é baseada em uma teoria adequada? (Esta primeira pergunta destina-se a aferir a plausibilidade do caminho causal do modelo teórico da intervenção.)
2. A qualidade e a quantidade dos recursos e das atividades são suficientes? Esses recursos e essas atividades estão bem organizados? (Esta pergunta atém-se à apreciação da validade operacional e remete à noção de alocação ótima dos recursos em relação ao que se conhece.) (CHAMPAGNE, *et al.*, 2011. p. 56)

A análise lógica é uma forma de analisar e melhorar a teoria da intervenção comparando a teoria do programa ou da intervenção implementada com o conhecimento científico ou conselhos de especialistas (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000). É utilizada também para avaliar a adequação da teoria de intervenção e seu impacto potencial, podendo ajudar a compreender melhor as fortalezas e fraquezas da intervenção (BROUSSELLE *et al.*, 2006, 2007).

Uma das etapas essenciais da análise lógica é a modelização, visto que permite testar a plausibilidade das hipóteses fundamentais do modelo, determinando seu mérito. Entende-se que as intervenções, com frequência, não se baseiam em fundamentos teóricos explícitos, o que viabiliza a análise lógica como caráter somativo e mesmo possível a compor a concepção de uma determinada intervenção. (CHAMPAGNE, *et al.*, 2011)

Deste modo, CHAMPAGNE, *et al.*(2011), consideram que o avaliador deve determinar a coerência entre os objetivos da intervenção e os meios implementados para alcançá-los, emitindo juízo “*sobre as hipóteses teóricas que dão base à ação dirigida para as causas do problema (hipóteses causais) e, por outro lado, sobre os meios acionados para corrigir a situação indesejável (hipóteses de intervenção)*” (p. 105), revelando a ineficácia de uma intervenção, através da constatação de que seus fundamentos teóricos não são suficientemente sólidos.

CHAMPAGNE, *et al.* (2011) referem que os estudos que têm por objeto a análise lógica podem ser divididas em três tipos:

No primeiro, é colocada a questão do caráter avaliável ou não de uma intervenção. O postulado de base é que só vale a pena avaliar as intervenções bem fundamentadas. No segundo, procura-se saber, utilizando-se o mérito como critério de julgamento somativo, se a intervenção é apropriada ou não. Finalmente, no terceiro tipo de estudo, o mérito é considerado um determinante da eficácia de uma intervenção. (CHAMPAGNE, *et al.* 2011. p. 105)

Para tanto, faz-se necessária a descrição e contextualização do objeto de estudo, a fim de proceder com a modelização do PANSH 2009-2011 e seu

emparelhamento crítico com o modelo conceitual construído sobre o referencial teórico levantado.

3.2. Plano de Ação Nacional 2009 – 2011

De forma a operacionalizar a PNAISH, foi lançado no ano de 2009 o instrumento intitulado “Matriz de Planejamento do Plano de Ação Nacional (2009-2011)⁴” propondo a expectativa de “servir de subsídio para o desenvolvimento de estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem em Planos de Saúde”, por parte da gestão de estados e municípios, “respeitando as especificidades e diversidades locais/regionais”.

De caráter normativo, o PANSH fora destinado em seu texto explicativo, aos gestores, às “Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs)”, aos “Colegiados de Gestão Regional (CGRs)” e Conselhos, para que “estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem” fossem inseridas nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, dentro de suas especificidades e diversidades.

O contexto da portaria de instituição da PNAISH e da implantação do PANSH é o de norteamento *a priori* dos 26 estados, DF e 26 municípios (capitais ou municípios que seguem os critérios de inclusão do PANSH 2009-2011) na criação de Projetos-piloto construídos de forma conjunta entre estados e municípios. Para tal fim, e no período delimitado pelo PANSH 2009-2011, houve destaque de metas prioritárias e a estimativa de valores para sua execução, com repasse financeiro aos entes federativos contemplados, após a validação dos Projetos-pilotos pela Área Técnica da Saúde do Homem (ATSH).

Desta forma, na sequência e para efeitos deste estudo, foram descritos e comentados os eixos II, III e V dos 09 (nove) eixos componentes do PANSH 2009-2011, que sugerem ações diretas com foco no acesso/acolhimento dos homens aos serviços de saúde em estados e municípios, bem como parte das associações com os demais eixos que repercutem no objeto de estudo. Com base nos documentos oficiais da PNAISH, seus manuais, portarias, fora construído um modelo teórico-lógico da política⁵ com foco no acesso, e do plano⁶. Em seguida baseado na revisão da literatura e documentos de outra procedência procedeu-se a análise lógica frente ao modelo conceitual.

⁴ Texto introdutório e matrizes disponíveis em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_saude_homem.pdf.

⁵ Anexo A.

⁶ Anexo B.

Para construção do modelo teórico lógico e dos argumentos pertinentes a análise lógica, procedeu-se nova busca de estudos de revisão teórica/sistemática, bem como metanálises para as principais evidências quanto aos procedimentos considerados mais eficazes. Foram selecionadas três artigos de revisão teórica sobre acesso de um total de 49 (quarenta e nove) artigos encontrados. Sobre acolhimento de um total de 25 (vinte e cinco) referências, selecionou-se 09 (nove) artigos de revisão teórica. Ainda, realizou-se a busca por evidências de procedimentos considerados prioritários para implementação dos serviços de saúde, em especial o rastreamento do Câncer de Próstata e seus procedimentos diagnósticos e curativos, através de sites e documentos disponíveis pelo o Instituto Nacional do Câncer (INCA)⁷, National Health System (NHS), UK National Screening Committee (NSC), Conselho Federal de Medicina (CFM), além do Caderno de Atenção Básica nº 29 - Rastreamento.

3.3. Plano de análise

Para análise de coerência, consideraram-se a proposição da PNAISH, os objetivos do programa e os meios empregados para alcançá-los, e se os componentes do programa possuem plausibilidade no alcance de resultados específicos. Para tanto, foram apropriadas e adaptadas de BROUSSELLE e CHAMPAGNE (2011) a análise, a título de explicação, segmentada nas seguintes fases: 1. Explicação do problema e referências básicas do programa – em que se pretende compreender, descrever e delimitar objetivos, público-alvo e beneficiários; 2. Estruturação lógica do programa para alcance de resultados (recursos, ações, produtos, resultados intermediários, resultado final e impactos); 3. Identificação de fatores de contexto que podem influenciar na implementação do programa; 4. Comparação entre o modelo lógico do programa e o modelo conceitual elaborado a partir da revisão da literatura.

⁷ Recomendações do Instituto Nacional do Câncer sobre o Câncer de Próstata em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_prostata.pdf

4. Aspectos Éticos

Considerando que o presente estudo tomou por base um *corpus* de referencias bibliográficas e documentais, de forma teórica, é que se julgou a não necessidade de emissão ao Comitê de ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia ou qualquer outra instituição equivalente.

5. Resultados e Discussão

5.1. Adesão, Acesso e a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem

Compreende-se “acesso” como um termo controverso, de conceitualização e interpretação complexa, que varia entre autores e muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto, sendo empregado de forma imprecisa e pouco clara com relação aos serviços de saúde (GOLD, 1998; GODDARD e SMITH, 2001; TRAVASSOS e MARTINS, 2004). Tal complexidade e controvérsia, assumida no âmbito da PNAISH e PANSH 2009-2011 ao problematizar e considerar o foco no acesso do homem ao serviço de saúde, no entanto, torna-se vaga e superficial visto o posicionamento e direções teóricas pouco claras para construção de propostas e projetos de políticas e ações aos serviços de saúde.

A PNAISH associa em seu objetivo geral à “facilitação do acesso às ações e aos serviços de atenção integral à saúde como meio para redução da morbidade e mortalidade”, no intuito de “promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil”. Porém é possível considerar que tanto a teoria da PNAISH, quanto do PANSH 2009-2011, não se posiciona claramente neste sentido, mantendo o sentido geral e aberto, o que fragiliza a construção pragmática de Planos e, conseqüentemente, levanta barreiras para operacionalização nos estados e principalmente nos municípios.

A primeira questão complexa encontra-se no texto introdutório da PNAISH. O texto levanta a problemática da “menor adesão” aos tratamentos de doenças crônicas, direções apontadas pelas pesquisas qualitativas em causas da “baixa adesão”, a “não adesão” às medidas de atenção integral, o que pode apontar que o homem está presente aos cuidados dos serviços de saúde, porém não aceita ou pouco se mantém nestes, comparado *a priori* às mulheres. Isto possivelmente se dá pelo sentido atribuído ao termo “adesão”. (p.13)

Uma busca simples no dicionário Houaiss⁸ da língua portuguesa denota a acepção ampla, que vai desde o simples ato, processo ou efeito de aderir, até a

⁸ Dicionário Houaiss da Língua portuguesa, acesso digital através do link: <http://200.241.192.6/cgi-bin/houaissnetb.dll/frame?palavra=ades%E3o>. ato, processo ou efeito de aderir; 1. ação de ligar-se fisicamente, e de modo estreito, a alguma coisa; 2. aceitação dos princípios de (uma idéia, uma doutrina, um modo de vida etc.); apoio, aprovação, reconhecimento; 2.1. inscrição em partido político, associação, etc. 3. *Derivação: por extensão de sentido.* manifestação de aprovação, aceitação ou admiração por (alguma coisa); 4. *Rubrica: física* ação de forças atrativas intramoleculares de curto alcance que se manifestam entre corpos, cujas superfícies se encontram em contato, e se opõem à sua separação; aderência; 5. *Rubrica: termo jurídico.* ato pelo qual uma pessoa, instituição ou Estado, antes alheio a um negócio ou processo, passa a participar deste por consentimento próprio; 6. *Rubrica: medicina.* união de tecidos brandos entre si, provocada pelo desenvolvimento de tecido conjuntivo no local em que ocorreu uma inflamação.

“aceitação de princípios, manifestação de aprovação, aceitação ou admiração” por, no caso os serviços de saúde e o próprio cuidado. Ainda, o termo é representado juridicamente como “ato pelo qual uma pessoa, instituição ou Estado, antes alheio a um negócio ou processo, passa a participar deste por consentimento próprio”.

O texto da PNAISH afirma que “grande parte da não adesão às medidas de atenção integral [...] decorre das variáveis culturais”, visto que os estereótipos de gênero introjetados nas práticas são percebidos como baseadas em um sistema de crenças e valores sobre a construção da masculinidade, enraizados em nossa cultura patriarcal, sob o conceito de invulnerabilidade masculina (pensamento mágico sobre a impossibilidade de adoecimento), na doença como sinal de fragilidade, na preocupação histórica de posicionamento do homem como provedor. (BRASIL/PNAISH, 2009. p. 14).

Sugere-se assim, na introdução do texto da Política, a importância da adesão no sentido de participação consciente do homem aos serviços de saúde através de sua presença nos serviços de assistência integral à saúde. A existência das barreiras geradas pela reprodução dos estereótipos de gênero passa a ser problematizada ao se entender a adesão como uma necessidade de atuação consentida e experienciada.

Por outro lado, na metodologia de construção da Política, o termo “adesão a programas assistenciais de saúde” é sugestão de desconstrução do foco programático para uma “perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma baseado na atenção integral”. Esta perspectiva aponta para cinco eixos importantes para promoção de mudanças comportamentais visando à consolidação de ações: promoção, prevenção, proteção da saúde, qualidade de vida, e a ênfase na educação. (BRASIL/PNAISH, 2009. p.19)

Implicitamente, o termo adesão pode ser entendido no mesmo sentido exposto nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A consulta simples pelo termo gera um total de vinte e sete utilizações, principalmente de interações físicas e biológicas, onde três (cooperação do paciente, adesão a diretivas antecipadas e adesão a medicação) são de utilização dos cuidados ou serviços de saúde, mas, ainda assim voltados à cooperação voluntária a uma atenção prescritiva ou com significado de diretivas de cuidado clínico.

Porém, o termo adesão apesar de não explicitar o sentido claro e expresso de sua utilização assim como o termo acesso, passa a inexistir no restante do texto teórico da política, e em seus objetivos, princípios e diretrizes. O mesmo ocorre com sua citação direta no PANSH. Ao invés disso, o termo acesso passa a ter maior importância e a substituir o termo adesão em um aparente propósito operacional.

Na PNAISH, o termo acesso aparece por vezes associado e por outras, dissociado do conceito de qualidade, criando outra situação complexa. Nos estudos de DONABEDIAN (1973) citado por TRAVASSOS e MARTINS (2004) e SANCHESZ e CICONELLI (2012), há equivalência do substantivo acessibilidade (caráter ou qualidade do que é acessível) ao substantivo acesso (ato de ingressar, entrada) visto que ambos os termos são utilizados para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

DONABEDIAN (1988), no entanto, prefere o termo acessibilidade (descrevendo os aspectos sócio-organizacionais, e geográficos) considerando que este abrange uma gama maior de significados, além de estar mais relacionado à oferta de serviços, possibilitando maior resposta às necessidades da população do que à simples disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço sugerido pelo termo acesso.

Na proposição da PNAISH, suscita-se a necessidade de entendimento de dois grupos de determinantes que, sob a lente de pesquisas qualitativas, estruturaram-se como barreiras entre a população masculina e os serviços e ações de saúde as barreiras socioculturais e institucionais. (BRASIL/PNAISH, 2009. p. 13-14)

Esta compreensão das barreiras é uma preocupação importante em todo o texto da PNAISH, visto sua proposta estratégica em direcionar ações e medidas que possibilitem a promoção do acesso masculino aos serviços de ação primária, com a prevenção e promoção “como eixos necessários e fundamentais de intervenção”, considerando tanto a heterogeneidade das possibilidades de ser homem quanto o processo constante e permanente de transformação destas construções da masculinidade histórica e socioculturalmente aceitas. (BRASIL/PNAISH, 2009. p. 15).

Assim, a construção da PNAISH tem por base explicativa para as barreiras de acesso dos homens ao serviço a concepção prevalente de que uma “masculinidade hegemônica é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde”, e a reprodução da compreensão de que o papel social do “cuidado” é ainda considerado feminino tanto em responsabilidade quanto em sua reprodução e resposta social (BRASIL/PNAISH, 2009. p. 15).

Apesar do exposto, nenhum “diagnóstico” fora apontado com relação às concepções dos profissionais de saúde ou a estruturação da rede de serviços, o que pode reforçar a ideia da construção da PNAISH centrada no usuário, não somente na problematização, como da necessidade da corresponsabilização com vistas à operacionalização da política, na produção de percepções equivocadas tanto dos serviços quanto da própria população em geral, como apontam também COUTO e GOMES (2012).

Esta proposição parece posicionar a PNAISH, em um primeiro momento, em discussão similar a da proposta de indicador de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde denominado "cobertura efetiva" pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O indicador é definido como a proporção da população que necessita e recebe efetivamente um determinado procedimento de saúde, em um determinado período.

Desta forma, o acesso é visto e avaliado quantitativamente ao se diagnosticar a existência de variações no acesso (no sentido de uso) a procedimentos específicos e não para explicá-los. Em outros momentos, a PNAISH e o PANSH 2009-2011 parecem aproximar-se da teoria e de conceitos similares ao de ANDERSEN (1995). Este autor conceitua o acesso como um dos elementos dos sistemas de saúde ligado à organização dos serviços (entrada no serviço de saúde e continuidade do tratamento).

TRAVASSOS E MARTINS (2004) afirmam que ANDERSEN (1995) incorpora explicitamente o conceito de utilização de serviços de saúde, tornando-o multidimensional, composto por dois elementos: acesso potencial e acesso realizado. Inclui também efeitos dinâmicos e recursivos do uso de serviços na saúde, introduzindo os conceitos de acesso efetivo (resulta do uso de serviços que melhora as condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços) e acesso eficiente (grau de mudança na saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços de saúde consumidos).

A inclusão de efeitos na saúde e na satisfação das pessoas acaba ampliando ainda o conceito de acesso realizado (uso). Porém, tanto o acesso realizado não se explica pelos determinantes do acesso potencial, como o seu impacto na saúde e na satisfação (acesso efetivo) não se explica apenas pelos determinantes do uso de serviços.

Neste caso a influência do acesso no uso de serviços é mediada por fatores individuais, definidos como: fatores predisponentes (fatores que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para obterem cuidados de saúde), entendimento potencialmente similar ao implícito na PNAISH.

Questões sobre a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, apontadas pela PNAISH, relacionam o homem e seu trabalho com problemas organizacionais (cita-se a marcação de consultas e filas) e estruturais dos serviços, bem como a necessidade de resolução dos problemas de uma maneira rápida e em uma menor quantidade de consultas (BRASIL/PNAISH, 2009. p. 14).

Alguns autores, a exemplo de TRAVASSOS e MARTINS (2004) diferenciam o conceito de utilização e uso dos serviços, sendo o uso relacionado ao contato direto ou indireto com os serviços enquanto a utilização é considerada como processo resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. A questão da utilização como sugerida pelos autores não fica explícita na teoria da PNAISH, que cita tanto os usuários quanto os profissionais de saúde como dados quantitativos (de recursos humanos), sem especificidades dentro de sua necessidade de qualificação, participação e decisão⁹.

Sobre os atributos sócio-organizacionais, DONABEDIAN (1988) sugere dimensões como condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo, que influenciam significativamente o acesso à saúde. A acessibilidade geográfica possui componentes da função do tempo e do espaço, como a distância física entre o usuário e os serviços.

Visto a importância do acesso para efetivação da PNAISH, são bem vindas as contribuições como as de PINEAULT e DAVELUY (1986), na discussão de dimensões possíveis de serem analisadas. Estes consideram em linhas gerais, que os determinantes da utilização dos serviços de saúde os fatores relacionados:

a) à necessidade de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença); b) aos usuários (características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas); c) aos prestadores de serviços (características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento); d) à organização (recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), modo de remuneração, acesso geográfico e social); e) à política (tipo de sistema de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema) (PINEAULT e DAVELUY, 1986).

A revisão referencial sobre acesso, apesar de mostrar as diversas interpretações utilizadas em diferentes contextos, principalmente em se tratando dos serviços de saúde aponta também a possibilidade de melhoria da teoria da PNAISH, afim de uma operacionalização mais viável em se tratando de posições claras e direções para sua implantação pelos estados e municípios, bem como o fortalecimento do processo de avaliação para tomada de decisões.

⁹ O sentido expresso no texto da política vincula “trabalhadores de saúde” com “educação permanente” na maior parte de suas citações, indicando o problema da “maioria dos profissionais de saúde não está capacitada para tratamento adequado (...) das disfunções sexuais masculinas”, aparecendo somente no plano como um dado não qualitativo.

De maneira geral, na PNAISH e, por consequência no PANSH 2009-2011, o conceito de acesso é utilizado de maneira pouco precisa constatando-se uma nítida insuficiência teórica sobre conceito. O termo “adesão” aparece quatro vezes no caderno da PNAISH (BRASIL/PNAISH, 2009. p.13, 14 e 19) como um dos principais problemas, sendo que não há menção do termo no PANSH 2009-2011 nem explicitação do que exatamente está se entendendo por adesão aos serviços.

A PNAISH identifica barreiras organizacionais e socioculturais, porém deixa lacunas que dificultam a compreensão devido à necessidade de priorizar onde se sugere investir esforços enquanto problemática de acesso/adesão. Não está explícito também o entendimento de quais dimensões do acesso (de disponibilidade, uso, utilização, entre outros) são priorizados para construção do plano ou de planos de ação, nem a opção sugerida aos estados e municípios para sua orientação lógica. É implícito que a necessidade da “população-alvo” não foi estabelecida por sua representação na construção das diretrizes e da consolidação política, visto o tempo necessário para esta construção (um tempo político e não um tempo social) muito mais curto que o necessário para construção de diálogos multidirecionais (usuários, profissionais de saúde, gestão, entre outros).

Esta necessidade é exemplificada no que sugere CAMPOS (2003), para o qual o acesso funciona como "dispositivo¹⁰" transformador da realidade. Ou seja, o ingresso universal do usuário no sistema de saúde só é garantida, se alcançada através da consciência de cidadania. Por sua vez, esta consciência ressignificada nas necessidades socialmente determinadas em saúde, reforma o pensamento social, determinando a consciência sanitária.

O texto da política mostra de forma sutil a abordagem sobre as necessidades da população masculina, mas é sentida uma falta de profundidade, o que torna superficial a direção das ações, além do que a falta de maior embasamento e densidade teórica na política e no plano dificultam a operacionalização pelos estados e municípios.

5.2. Acesso, acolhimento e o Plano de Ação Nacional 2009-2011

Uma ação, em tese considerada importante no PANSH por sua citação direta é melhorar o acolhimento. No Plano¹¹ o termo é entendido como parte do

¹⁰ dispositivo aqui representado no sentido de aquilo que propicia, faz advir.

¹¹ Anexo E.

gerenciamento da oferta de serviço na facilitação e ampliação do acesso juntamente às ações de redução do tempo de espera, adequação e flexibilização do horário de atendimento. Neste caso, apresenta insuficiência teórico-conceitual e além da noção vaga de como é entendido o conceito no plano, sugerido como a recepção do homem no serviço, visto que os objetivos citados junto ao acolhimento são dimensões atribuídas ao próprio termo na Política Nacional de Humanização- HumanizaSUS (PNH, 2004¹²).

O termo acolhimento aparece como um conceito importante aos serviços de saúde como eixo na Política Nacional de Humanização (2008) e na Política de Educação Permanente em Saúde (2004)¹³, carregando em si uma ampla discussão. Nestes textos, o termo acolhimento é geralmente associado e compreende o termo “vínculo” em seus sentidos inter-relacionais e de possibilidades humanizadoras. Por trazer em si uma diversidade de entendimentos e utilizações, as acepções ao termo, e termos correlacionados serão aqui descritos a título de reflexão.

No Dicionário Aurélio, o termo relaciona-se com o “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”. O verbo acolher tem o sentido de “dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber: atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a”. Já o termo vínculo é apresentado como “tudo o que ata, liga ou aperta; ligação moral; gravame, ônus, restrições; relação, subordinação; nexos, sentido”.

No dicionário Houaiss, o termo acolhimento não é expresso. Acolher, no entanto, aparece como “oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico, ter ou receber (alguém) junto a si. Receber, admitir, aceitar. Dar crédito, levar em consideração”. Vínculo é definido como “aquilo que ata, liga ou aperta: que estabelece um relacionamento lógico ou de dependência, que impõe uma restrição ou condição”.

FRACOLLI e ZOBOLI (2004) citam que os verbos “acolher” e “vincular” sugerem importantes conceitos para concretização da responsabilização e otimização tecnológica das resolubilidades que impactam efetivamente nos processos sociais de produção da saúde e da doença, possibilitando o aparecimento de instâncias de acolhimento nos serviços de saúde.

Mesmo ao mostrarem que muitas vezes o acolhimento traduza-se na recepção do usuário no serviço, GOMES DA SILVA e ALVES (2008) consideram que esta ação vai além de receber bem. Refere-se como seus atributos a prestação de atendimento de qualidade, humanizado e com resolutividade dos problemas de saúde

¹²Conforme publicado na cartilha HUMANIZA-SUS (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf).

¹³Brasil. Portaria nº198/GM/MS de 2004 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS.

daqueles que procuraram o serviço de saúde, incluindo todo o desenvolvimento de trabalho em saúde.

Os serviços, no entendimento do acolhimento como uma ação restrita à triagem administrativa e repasse de encaminhamentos (quando não se caracteriza por uma recepção burocrática), sem adequada avaliação do risco, agravo e grau de sofrimento explícito ou velado, fazem com que esta se torne uma barreira aos usuários visto que aumenta a prática excludente, tornando inadequada a produção da integralidade, adesão terapêutica e prevenção e controle do adoecimento. (SANTOS e SANTOS, 2011)

FRACOLLI e ZOBOLI (2004); GOMES DA SILVA e ALVES (2008); CARVALHO e MARSICANO (2008); MITRE, ANDRADE e COTTA (2012) em seus estudos, detectam na realidade dos serviços a prática do acolhimento como que para satisfazer o usuário superficialmente naquilo que se espera (modo de resposta às necessidades/queixas expressas pela clientela), o que em sua maioria não se traduz na busca de resolutividade ou encaminhamento dos problemas com baixa governabilidade.

Observa-se tendência a entender e optar-se pelo favorecimento do atendimento da demanda espontânea e a proposta como um pronto-atendimento e não como um processo de trabalho ou construção de relações. Percebe-se o aumento quantitativo do acesso (produção de procedimentos), porém sem a garantia de qualidade do cuidado (CARVALHO e MARSICANO, 2008).

FRANCO, BUENO e MERHY (1999); SOLLA (2005); TAKEMOTO e SILVA (2007); GOMES DA SILVA e ALVES (2008); TESSER, POLI NETO e CAMPOS (2010) refletem que a postura responsável e confiável de toda equipe de saúde, da entrada até a saída do serviço é um importante condicionante para um ambiente acolhedor, além de dispositivo capaz de reorganizar o processo de trabalho em saúde das unidades na garantia objetiva de acesso universal, resolutividade e humanização. Neste sentido, entende-se que o acolhimento resulta das práticas de saúde no sentido da responsabilização do serviço pelo cuidado do usuário.

Neste sentido, a dificuldade em garantir a universalidade do acesso, na perspectiva da integralidade tem fortalecido a opção do acolhimento como dispositivo tecnológico para superar o entendimento do processo de trabalho em saúde centrado na doença e não no usuário, conforme discutem FRANCO *et al.* (1999); SOLLA (2005); GOMES DA SILVA e ALVES (2008); CARVALHO e MARSICANO (2008); TESSER, POLI NETO e CAMPOS (2010).

SOLLA (2005) complementa ainda que as atividades de acolhimento objetivam a ampliação e qualificação do acesso aos usuários, humanizando o

atendimento e agindo como força motriz para reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde, no Sistema Municipal de Saúde e no SUS como um todo. Isto só será possível, segundo a visão de SCHOLZE *et al.* (2009); TESSER, POLI NETO e CAMPOS (2010) se a proposta de acolhimento for realmente voltada para autonomia na garantia de mudanças efetivas, e melhoria das relações dos serviços de saúde com os usuários baseado no direito de acesso aos serviços de saúde como preconizada na constituição.

Nesta mesma direção, SCHOLZE *et al.* (2009) cita o acolhimento como uma das diretrizes da PNH, onde é proposta como processo constitutivo das práticas de saúde, sendo parte das metas do SUS e de seus parâmetros de avaliação. Isto reforça a ideia da necessidade de humanização na APS como determinante do acesso aos usuários, não apenas pelo aumento no número de unidades ou profissionais na rede de saúde, mas na inclusão de toda equipe no processo de atenção, podendo minimizar a sobrecarga dos profissionais pela demanda gerada e o despreparo destes frente a ampliação qualitativa da universalidade.

CARVALHO e MARSICANO (2008); TESSER, POLI NETO e CAMPOS (2010); MITRE, ANDRADE e COTTA (2012) lembram que o acolhimento proposto pela PNH no Brasil sugere formas de atenção à demanda espontânea que não impliquem simplesmente maior acesso à consulta médica, mas alicerça-se no protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (usuários, profissionais de saúde e gestores) enfatizando a necessidade de reorganização dos serviços com mudanças na forma de gestão, na ampliação dos espaços interdisciplinares e democráticos de discussão das necessidades.

Isto, segundo SANTOS e SANTOS (2011) possibilita a otimização do cuidado em saúde, na possibilidade de priorização das situações de maior vulnerabilidade, bem como potencialização do processo de educação em saúde, do exercício e construção da cidadania, em ações usuário-centradas. Desta forma, a perspectiva em que o usuário tem a possibilidade de deter o poder de suas escolhas na definição das finalidades e meios do trabalho em saúde é que se constitui, segundo AYRES (2004), em uma nova interface dialógica, potencial de reconstrução das práticas de saúde.

Neste sentido, o modelo lógico de educação permanente¹⁴ construído a partir do PANSH 2009-2011 mostra uma linha vertical de educação em saúde, na constituição de um escopo de profissionais “capacitados”, confundindo o termo “permanente” do conceito da Política de Educação Permanente, com o conceito

¹⁴ Anexo C.

previamente apreendido de “continuada”, lembrando o acúmulo de competências técnicas e instrumentais que propiciam uma ação.

O PANSH 2009-2011¹⁵ constitui-se de um quadro contendo a sinopse e a visualização de ações prioritárias e seus objetivos dispostos em nove eixos a serem executados no triênio proposto. Compreende também as Orientações Gerais para Implantação das estratégias e os textos das portarias subsequentes (Portarias nº 1945/09 e nº 1946/09, de atualização da Tabela de procedimentos do SUS e do provimento de recursos adicionais para ações de média e alta complexidade, respectivamente).

O quadro sinótico, composto por seis colunas (objetivo geral, objetivo específico, meta, ação, indicador e responsabilidade), dispõe os nove eixos de forma a organizar uma lógica de distribuição de atividades e metas conforme as responsabilidades institucionais elencadas na PNAISH.

Este dispositivo, no entanto, não colabora com a elaboração prática e objetiva de projetos por parte dos estados e municípios. A primeira questão é a sua construção textual, que agrupa uma grande quantidade de informação, supostamente de caráter explicativo, mas que acaba por dificultar seu entendimento imediato.

Uma segunda questão associada provém da exposição das informações contidas no quadro. O PANSH apresenta direções e conceitos diferentes da teoria da PNAISH, muitas vezes conflitantes. O exemplo é a ausência da citação do termo “adesão” e a proposição do termo “acolhimento” em duas oportunidades, como parte das ações do eixo II, e como explicação de meta no eixo V.

Com relação à teoria subjacente ao PANSH, observa-se a fragilidade ocasionada pela inclusão de novos termos e complexidades causadas em consequência dos problemas da PNAISH. Apresenta, portanto questões substancialmente diferentes às apontadas pela PNAISH, apesar de manter o acesso como um dos problemas principais. O foco teórico parece desviar-se da preocupação com a entrada e utilização dos serviços pelos homens via atenção básica, reforçando a qualificação de especialidades e estruturação da atenção secundária e terciária, e, ainda, desconsiderando a diversidade constituída pela masculinidade¹⁶.

O plano acaba provocando reduções de entendimento, ao objetivar metas quantitativamente operacionais e consolidar um padrão de masculinidade baseado em um “homem genérico”, heterossexual, sem questões de trabalho/emprego e que voluntariamente deve dirigir-se ao encontro das equipes/unidades de saúde. No

¹⁵ Anexo E, ver documento completo disponível online <http://www.saude.gov.br>.

¹⁶ Anexo D.

PANSH, a diversidade de masculinidades é tratada somente como um dos objetivos no eixo IV, no fomento de pesquisas para levantamento da questão.

Outras construções configuram o encadeamento lógico das ações acabando por privilegiar as ações de média e alta complexidade, configurada pela estratégia de aumento de recursos por procedimento do SUS e a qualificação de profissionais especializados neste nível. Esta configuração pode ser observada no modelo lógico construído a partir da reflexão dos objetivos principais do PANSH 2009-2011¹⁷.

Ainda, cita a estratégia da Atenção Básica em Saúde como prioritária, mas prevê de maneira superficial a qualificação dos profissionais que atuam na considerada porta de entrada no sistema. Desta forma, dificulta a implementação dos serviços para Saúde do Homem neste nível, por prever a Educação em Saúde voltada para mudança de atitudes e comportamentos.

Isto quer dizer que, apesar de respeitar aparentemente o princípio federativo da autonomia dos estados e municípios, a não sugestão de modelo específico, um padrão de adequação de “Atenção à Saúde do Homem” (posteriormente vinculadas às propostas recém-constituídas: PMAQ-AB, COAP¹⁸, RENASES¹⁹), deixa em aberto a interpretação de indicadores quantitativos e principalmente de rotina, que não se atentam a produção substancial de impactos pela preocupação na “garantia” dos recursos. Isto acaba por induzir a adequação dos projetos Estaduais e Municipais a critérios diferentes dos objetivos e evidências científicas, enfraquecendo sua validade de conteúdo e sua validade pragmática.

Em sequencia, faz-se necessária a descrição dos eixos selecionados para este estudo e análise do embasamento teórico das ações propostas.

5.2.1. Eixo II: Promoção da saúde

O Eixo 2, Promoção de Saúde, é direcionado como de responsabilidade institucional das Secretarias Municipais de Saúde e tem o subtema e objetivo geral “Elaborar estratégias para aumento de demanda masculina aos serviços de saúde com base nos principais problemas” afim de “contribuir para o aumento numérico da demanda masculina aos serviços de saúde”, sugerindo a avaliação e o controle pela meta mínima de 5% de homens de 20 à 59 anos atendidos pelos serviços.

¹⁷ Anexo D.

¹⁸ Decreto nº 7508/2011. Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP)

¹⁹ Portaria RENASES nº 841 de 08 de maio de 2012.

É necessário retomar aqui um dos cerne da teoria que embasa a PNAISH, como orientação para construção dos eixos: a não presença do homem nos serviços de saúde explicada através da existência de barreiras sócio culturais e institucionais. Neste eixo, tal direcionamento é evidente visto o objetivo estratégico de aumento de demanda masculina, de forma numérica aos serviços de saúde.

Para tanto, são propostas quatro ações estratégicas:

1. Desenvolvimento de iniciativas de educação, informação e comunicação (homens/mulheres/adolescentes/crianças) para a sensibilização e a conscientização visando à mudança de atitude da população masculina;
2. Gerenciamento da oferta de serviços para: facilitar e ampliar o acesso, reduzir o tempo de espera, adequar/flexibilizar o horário de atendimento e melhorar o acolhimento nas unidades de saúde das áreas selecionadas;
3. Visitas das equipes da ESFs a locais com alta concentração de homens; e
4. Organização de Grupos Educativos para homens pelas equipes da ESF.

A primeira ação estratégica deste eixo será analisada junto às ações 3 e 4, já que todas tem como ponto central a educação em saúde. A primeira ação parte da premissa da ausência do homem no serviço de saúde, o que dificulta tanto a experiência do cuidado por parte destes, quanto à dos profissionais de saúde em desenvolverem suas atividades com esta população, bem como a finalidade da atenção neste sentido.

Sugere-se a “responsabilização” e “culpabilização” masculina pelo seu risco à saúde, por seu adoecimento e mortalidade. Isto se baseia na ideia da construção histórica, cultural e social do homem como não protagonista de seu próprio cuidado (FIGUEIREDO, 2005; BESEN *et al.*, 2007; FIGUEIREDO e SCHRAIBER, 2008, 2011; CARRARA *et al.*, 2009; GOMES *et al.*, 2011; MITRE, ANDRADE e COTTA, 2012). Esse foco sobre o indivíduo e seu comportamento tem sua origem na tradição, na intervenção clínica e no paradigma biomédico (BESEN *et al.*, 2007).

CARVALHO (2004); VERDI e CAPONI (2005); ALVES e AERTS (2011); MITRE, ANDRADE e COTTA (2012) consideram que neste caso, as estratégias e ações de promoção de saúde, bem como as de educação em saúde, são conduzidas desconsiderando a autonomia individual, visto que a responsabilização dos indivíduos (ao não adotarem condutas e hábitos saudáveis de vida) gera além da culpabilização, a “subalternidade” às medidas médicas.

Ao sugerir que os homens não cuidam de sua saúde, incita-se aos profissionais de saúde a busca destes onde quer que estejam e, ainda a conscientizá-

los de sua vulnerabilidade através de ações de educação em saúde no intuito de provocar mudanças de comportamento ²⁰(MEYER *et al.* 2006; BESEN *et al.*, 2007).

A proposta das ações na PANSH, na tentativa de considerar os postulados da autonomia individual, gera uma situação contraditória por sua proposta de operacionalização. Por um lado há uma concepção generalista de que todos os homens são livres e autônomos, e portanto, potencialmente passíveis de exercer o poder sobre a própria saúde, desde que instruídos por meio de educação. Por outro lado, infere-se uma educação que, verticalizada e sem referenciais das necessidades destes homens livres e autônomos (visto a não participação destes em sua proposição), acaba por objetivar uma mudança (imediate e unilateral) de comportamentos individuais a partir de informações estimadas sobre saúde tomadas como decisivas em um contexto onde a forma de comunicação é basicamente cognitivo/racional (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007; MEYER *et al.* 2006).

Assim, preconiza-se que as barreiras culturais que dificultam o acesso dos homens aos serviços de saúde sejam sanadas com o fornecimento massivo de informações e iniciativas de educação. Nesse caso, o lócus de responsabilidade e a unidade de análise/intervenção são o indivíduo, que é visto como o último responsável (senão o único) por seu estado de saúde (ALVES & AERTS, 2001).

Ou seja, uma aprendizagem significativa somente ocorre quando, além dos aspectos individuais, há a interação social entre o ambiente e as pessoas em um determinado contexto, envolvidas dialogicamente em uma problemática (BOURDIEU, 2008). Sendo assim, é possível antever o viés da condução de processos educativos conduzidos sob a ótica exclusiva da mudança de comportamentos individuais. (CARVALHO *et al.*, 2004; CHIESA *et al.*, 2007)

É possível, a este respeito, apreender do campo educacional e mesmo da educação em saúde, vários estudos em que se apontam os limites e as dificuldades de ações educativas voltadas para conscientização e a mudança de comportamento da população (AYRES, 2002; AYRES *et al.*, 2003; CARVALHO, 2004; FERNANDES e BACKES, 2010; PINAFO *et al.*, 2011). Algumas das principais questões referem-se no condicionamento ainda persistente de uma postura baseada na transmissão de conhecimento desconsiderando a compreensão de mundo dos grupos populares. Isso acaba por construir uma atitude portadora de uma “verdade salvadora” que se impõe ao invés de ser proposta a estes grupos (FREIRE, 2006. P 82).

FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO e LEITE (2010) sugerem que as práticas de educação em saúde atualmente podem ser encontradas conceitualmente com base

²⁰ Anexo B.

em dois modelos que, segundo os autores, não se excluem: O modelo tradicional e o modelo dialógico. Sobre o modelo tradicional, entre as diversas ponderações, uma das principais é a consideração de uma educação constituída em saber verticalizado, com base na transmissão de informações preconizando a atuação dos educadores e a passividade dos educandos na prevenção de doenças através da mudança de atitudes e comportamentos. Os autores consideram que este modelo está fortemente enraizado nas práticas educativas realizadas pelos profissionais de saúde.

Na prática, experiências já evidenciam os problemas deste tipo de ações, que acabam por produzir pouco ou nenhum resultado quanto a mudanças de atitudes e comportamentos visto que se baseiam no entendimento desta construção como base no indivíduo em uma relação vertical e não no encontro de um coletivo de pessoas que buscam a significação dos significados através do diálogo. (FREIRE, 1992; 2006)

O fator educação, assim, tem um sentido controverso a depender da política utilizada pela instituição executora das ações. Ao relacionar a velocidade de resposta a uma necessidade, tendencia-se a reprodução vertical de conhecimentos e informações sem considerar o significado para as pessoas em seu cotidiano.

Isto só reforça o entendimento de que o processo de educação em saúde focado na reprodução de conhecimentos de forma unidirecional, baseadas no risco e no medo, e ainda dissociados das necessidades dos educandos tem sido comprovadamente ineficaz no sentido da mudança de atitude e comportamentos. Assim como a aquisição de informações, mesmo que pertinentes, mas sem a ressignificação adequada, tornam-se simples informações a serem reproduzidas, descontextualizadas (AYRES, 2002; FERNANDES & BACKES, 2010; MITRE, ANDRADE e COTTA, 2012).

Neste sentido, não se pode reduzir ao entendimento de que a maior quantidade de informação²¹ traduz-se em maior protagonismo, visto que os comportamentos e práticas cotidianas fazem parte do contexto de uma complexa rede de relações sociais, e, portanto em uma diversa e mutável racionalidade. A sensibilização e conscientização são exemplos de ações onde ainda a reprodução de um “saber-fazer especializado” (certo) transmitido em detrimento de um “não saber-fazer popular” (errado), implicando em poucas mudanças e ainda, na perda de autonomia individual (TESSER, POLI NETO, CAMPOS, 2010; MITRE, ANDRADE e COTTA, 2012; AYRES, 2002) ilustra neste mesmo sentido, sua primeira lição aprendida na experiência de atendimento a pessoas com HIV/AIDS: terrorismo não

²¹ Anexos A e B.

funciona. Nesta experiência, o autor confirma que esta atitude acaba por afastar as pessoas do problema, ao invés de aproximá-las, aumentando as barreiras de acesso.

O modelo dialógico descrito por FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO e LEITE (2010), por outro lado, constitui-se em um desafio ao propor a coparticipação na construção do conhecimento, com base no diálogo e papéis ativos de educandos e educadores, em uma aprendizagem crítico-reflexiva da realidade. WHITE e WITTY (2009) reforçam que fornecer informações e melhorar a consciência dos homens sobre questões de saúde não resultam necessariamente em uma mudança de comportamento, especialmente quando ainda são encontradas barreiras econômicas, sociais e estruturais.

Neste aspecto, há necessidade de aprofundamento na fundamentação teórica que subsidiem as ações para um resultado que considere as questões apontadas. Não basta simplesmente sugerir visitas aos locais onde os homens concentram-se, como na ação número 3. Este tipo de sugestão pode resultar em gasto desnecessário de tempo e recursos se não houver maior fundamentação teórica na abordagem de educação em saúde que será utilizada. Para tanto é fundamental o preparo prévio dos profissionais que realizarão esta abordagem dialógica (FIGUEIREDO, 2005; MACHADO *et al*, 2007; WHITE e WITTY, 2009; SANCHEZ e CICONELLI, 2012).

De mesmo modo, nas ações de número 3 e 4, as visitas a serem realizadas em locais de aglomeração de homens devem ser refletidas e estrategicamente planejadas. Novamente isto acaba por demandar uma qualificação apropriada aos profissionais, que, mais sensíveis às necessidades da população, podem ser aceitos como parte da comunidade, com apropriação suficiente para desenvolver suas intervenções minimizando a unidirecionalidade, concepções tradicionais e o consequente reforço dos estereótipos de gênero (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2010).

MACHADO *et al* (2007), consideram que a Promoção da Saúde, neste sentido, deve envolver o processo de capacitação da comunidade para que esta possa atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para tanto, é imprescindível que em sua práxis, sejam incorporados valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria que se constitui numa combinação de estratégias, envolvendo vários atores: Estado, comunidade, família e indivíduo.

Caso isto não ocorra ou seja reproduzido o processo de educação tradicional, onde há transmissão sem o sentido de ressignificação, é possível que a abordagem, principalmente em locais de lazer (tais como ambientes de práticas esportivas, bares, entre outros) seja reduzida a uma prática desmotivante, puramente técnica e automática, diferente do que apontam WHITE e WITTY (2008) sobre experiências

exitosas no Reino Unido. Estas visitas podem ser consideradas impositivas de um “saber” a um suposto “não saber” à população masculina, gerando a subalternidade, a visão de controle sobre a autonomia individual e uma consequente postura defensiva por parte dos homens. (VERDI e CAPONI, 2004; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2010)

É necessário também considerar os locais de trabalho, onde há alta concentração de homens (WILKINS, PAYNE, GRANVILLE, BRANNEY, 2008). Um primeiro aspecto é a vinculação dos homens as unidades que abrangem estes locais, estimulando o diálogo com ações estratégicas e motivadoras a exemplo do que FIGUEIREDO (2005) e WHITE e WITTY (2008) citam em seus estudos (ações informativas e educativas, estimulando a participação e troca de experiências de homens em locais de eventos esportivos, lazer e serviço). É necessário verificar a relação da dimensão de disponibilidade geográfica do acesso ao serviço de saúde aos homens como descritas por SANCHEZ e CICONELLI (2012), em uma lógica criativa, frente aos *loci* de trabalho e moradia, na viabilização do resultado do cuidado, uma vez que o foco das equipes de saúde é comumente o domicílio, devido à territorialização. RAMOS e LIMA (2003) mencionam neste aspecto, uma estreita relação entre o acesso geográfico e o acolhimento na escolha e vinculação a um serviço de saúde.

Com o mesmo olhar deve-se compreender a ação que sugestiona a formação de grupos de ações educativas que devem ser conduzidas de modo a não reforçar a reificação do saber técnico em detrimento do saber popular, a prática reducionista e fragmentada centrada na produção de atos e não do cuidado, e na necessidade de rigidez sobre conteúdos programáticos em detrimento das necessidades reais e questões da população (CARVALHO, 2004; VERDI e CAPONI, 2005; FIGUEIREDO, 2005; MACHADO *et al*, 2007; FERNANDES e BACKES, 2010).

É evidente que a relação com o universo masculino é uma questão complexa, assim como complexa é a relação entre profissionais/equipes de saúde e usuários. As experiências cotidianas subsidiaram o advento da PNH e a Política de Educação Permanente em Saúde, que trazem à tona a preocupação do estabelecimento de relações de confiança, e pertencimento dos profissionais de saúde a o *locus* privilegiado do cotidiano do cuidado à saúde.

BOURDIEU (1996) ressalta que, o maior efeito da “violência simbólica²²” exercida pelo processo de educação não é a perda da cultura familiar e a inculcação de uma nova cultura exógena, mas o reconhecimento, por parte da população, da

²² Entendida como imposição de significações arbitrárias como legítimas e a inculcação de um arbitrário cultural segundo um modo arbitrário de imposição e de inculcação (educação) (p. 25-29). In: Bourdieu P. A Reprodução: Elementos para uma teoria do sistema de ensino.

superioridade e legitimidade da cultura dominante, no caso, institucional. Esse reconhecimento se traduzira numa desvalorização do saber e do saber fazer tradicionais, em favor do saber e do saber fazer socialmente legitimados. (p. 171 - 173)

Neste caso, é possível que esta legitimidade associe uma cultura dominante de saúde em base calcada no conhecimento do profissional de saúde, comumente medicalizado e, de negação às concepções populares do cuidado a saúde.

Estudos mostram que os profissionais de saúde tendem a reproduzir ações condicionadas, e, muitas vezes sem a necessária reflexão sobre a consideração do outro no processo educativo. Nesta mesma direção, é possível considerar que, o despreparo calcado em uma teoria dominante sobre os estereótipos de gênero e no reforço do conhecimento biomédico, como “porto seguro” para suas ações e julgamentos, tal processo seja reproduzido como ação educativa. (SCHOLZE, *et al.*, 2009; FERNANDES e BACKES, 2010; PINAFO *et al.*, 2011)

Assim, uma das soluções possíveis é buscar em conceitos como “alteridade²³” o sentido para a compreensão de necessidades do usuário, estabelecendo diálogos, uma comunicação de via dupla em detrimento da mudança aparentemente simples de comportamento. (SPOSATI E LOBO, 1992; AYRES, 2001; SCHOLZE, DUARTE JUNIOR, FLORES E SILVA, 2009)

Neste sentido, os autores consideram que um marco teórico baseado na alteridade é “capaz de instrumentalizar o trabalhador de saúde para desenvolver o acolhimento, sem deixar de garantir sua própria humanização” abrindo “possibilidades de enfrentamento das situações do cotidiano dos serviços de saúde, acolhendo o outro como sujeito em seu sofrimento, em lugar de constituir-se em torno da doença com objeto”. Ainda, considera que possibilita ao profissional de saúde a “construir seu trabalho [...] evitando ser etnocêntrico na perspectiva biomédica e preservando sua saúde mental, de modo a responsabilizar-se por seus esforços em conjunto com o outro” e oportunizando aprendizagem através de insucessos (SCHOLZE, DUARTE JUNIOR, FLORES E SILVA, 2009).

Porém, como lacuna, as capacitações previstas aparecem no plano somente no eixo 6. As ações previstas neste eixo, no entanto, estão voltadas em conteúdo de treinamento técnico²⁴, calcado nas seguintes questões biomédicas: disfunção sexual, diagnóstico de patologias e câncer no trato genital masculino. Ainda, em detrimento de ser uma capacitação de profissionais de atenção básica para estruturação do acesso

²³ No sentido de fomentar o protagonismo de decisões e ações inter-sujeitos (SPOSATI E LOBO, 1992)

²⁴ Anexos C e D.

ao serviço do homem, volta-se para atenção especializada, baseada em conteúdos verticais e desconsiderando o conteúdo de gênero.

A ação 2, gerenciamento da oferta de serviços para: facilitar e ampliar o acesso, reduzir o tempo de espera, adequar/flexibilizar o horário de atendimento e melhorar o acolhimento nas unidades de saúde das áreas selecionadas possui uma proposta vaga. O primeiro aspecto é a finalística do gerenciamento de oferta no sentido de facilitar e ampliar o acesso. O acesso aqui é tratado de forma ampla e geral, no sentido das dimensões de disponibilidade e acolhimento como encontrado nos estudos de ADAY e ANDERSEN (1974); JESUS e ASSIS (2010) e PECHANISKY e THOMAS (1981), porém isto não é afirmado no plano visto sua insuficiência teórica neste sentido.

Levando em consideração a disponibilidade geográfica como dimensão, por sua vez, o Plano desconsidera questões como distância, opções de transporte e disposição de mobilização tanto da equipe como dos usuários dos serviços de saúde; fatores que sobremaneira refletem no acesso (SEPÚLVEDA OLIVEIRA *et al*, 2012).

Considerando a disponibilidade organizacional, o PANSH considera o objetivo de reduzir o tempo de espera. A ação não indica as sugestões ou caminhos possíveis para este fim, visto a quantidade de opções, gerando a necessidade de aplicação empírica, cabendo aos serviços à implementação sistemática ou não em uma lógica de “tentativa e erro”. O mesmo pode ser apontado quando a ação tende a adequar/flexibilizar o horário de atendimento.

A redução no tempo de espera para atendimento nas unidades de saúde e a pontualidade principalmente do profissional médico é importante medida a ser considerada, visto que são citações frequentes na concepção dos usuários dos serviços de saúde (RAMOS e LIMA, 2003; ARAÚJO e LEITÃO, 2005; FIGUEIREDO, 2005). A redução do tempo de espera é uma ação que deve também ser bem planejada, visto que existe um número variado de formas de ser executada. Algumas iniciativas buscam a redução do tempo de espera via agendamento, organização do tempo necessário para determinado procedimento/consulta, bem como dias específicos para determinada faixa populacional (ARAUJO e LEITÃO, 2005).

TESSER, POLI NETO e CAMPOS (2010) referem que nos sistemas nacionais de saúde de países de implantação originária da Atenção Primária à Saúde (APS), onde esta é vista como porta de entrada, há um sistema integrado em rede de atenção ambulatorial, hospitalar, valorizando a capacidade clínica para resolver problemas de saúde. Comparam que no Brasil a APS não veio a superar o padrão dominante em que a organização estatal (em geral médica) tende a produzir uma relação ritualizada, enrijecida e burocratizada com os usuários.

Nesse sentido, o processo de trabalho do profissional de saúde costuma resumir-se aos programas, protocolos e procedimentos padrão, que pode ser descrito como de uma repartição ou ambulatório (com horários rígidos, comumente comerciais, com guichês de recepção (com recepcionistas ou similares), com cardápio de serviços organizados em forma de agenda, centrada em consultas médicas e, quando muito, de enfermagem, com número de vagas limitadas, preenchidas por ordem de chegada.

TESSER, POLI NETO e CAMPOS (2010) reforçam, que em um sentido oposto, quanto menos ritualizadas as ações mais flexíveis os profissionais, e quanto mais juntos trabalham maior será a possibilidade de troca de saberes para realizar o acolhimento, o que requer “comunicação, interpretação e negociação permanente entre a equipe e com os usuários, estimulando o vínculo, acalmando ansiedades e buscando soluções”.

Apesar da importância da flexibilização do horário de funcionamento das unidades de saúde, presente no discurso de usuários conforme aponta o estudo de ARAÚJO e LEITÃO (2005) e SCHRAIBER, GOMES e COUTO (2005), nenhuma das referências selecionadas para este estudo aponta evidências para maior acesso, enquanto utilização, na adoção desta estratégia. RAMOS e LIMA (2003) apontam, por outro lado, que a organização do serviço, a competência profissional no sentido do estabelecimento de confiança e vínculo como o usuário acabam sendo fatores mais importantes para utilização dos serviços, mesmo distantes.

Neste caso, generaliza-se uma sugestão aparentemente simples, mas que focada em uma operacionalização muitas vezes acrítica, acaba por surtir pouco efeito e até mesmo aumentar as barreiras de acesso às unidades de saúde. Isto pode ocorrer visto que a gestão municipal pode adotar esta sugestão como indicador de qualidade dos serviços, sem discussão da política que orienta funcionamentos, sem a base de evidências produzidas neste sentido, e sem o devido planejamento e negociações necessárias para este fim.

No sentido da preocupação com a não procura dos serviços pelos homens não se faz menção a seu pertencimento aos locais de produção da saúde. Dentro da lógica da invisibilidade apontada por FIGUEIREDO (2005), pode-se estimar o *locus* da unidade de saúde como feminina. Porém, apesar de viável e possivelmente aceita, não são apontadas evidências que garantam o aumento da frequência do homem, na lógica objetiva do acesso, pela adequação da decoração (a uma estética menos “feminizada”). SANTOS e SANTOS (2011) apontam, no entanto evidências para questões como entraves à escuta qualificada, à acomodação dos usuários e profissionais, à privacidade devido a situações de infra estrutura inadequada e ausência de projetos de ambiência são evidências.

MITRE, ANDRADE e COTTA (2012) evidenciam em seu estudo que foram encontradas situações de negligência frente a ambiência para o acolhimento, e que o uso de tecnologia informacional, apesar de agilizar a recepção ao facilitar o agendamento e os registros de procedimentos realizados, acaba por burocratizar o acolhimento e interferir negativamente no estabelecimento de uma relação entre o profissional e o usuário satisfatória e primordial para a escuta

É possível que a “feminização” das unidades, e este entendimento por profissionais de saúde, possa contribuir para a sensação de não pertencimento do homem aos locais de produção de saúde, conforme referências de FIGUEIREDO (2005). E também que a leitura do homem como um ser mais pragmático, objetivo, possa direcionar o homem a uma lógica de resolução imediata dos problemas, buscando a resposta mais resolutiva, no local que possivelmente a proverá, ou seja, os centros de especialidades, pronto-atendimentos e hospitais, em que acabam, em lógica, impactando nos indicadores de morbimortalidade.

Neste caso, esta construção histórico-cultural, acaba tornando-se o mote de justificativa para o foco à atenção secundária e terciária, visto a especialização e tecnologia e, ainda, o crédito ao profissional de medicina, muitas vezes ausente na atenção básica. Neste sentido ocorre a decisão da política em fortalecer estes *loci* em detrimento do que inicialmente foi sugerido, da prevenção de risco aos problemas associados ao ser homem.

TESSER, POLI NETO e CAMPOS (2010); SANTOS e SANTOS (2011) apontam que um dos vieses da medicalização é o uso desnecessário dos serviços de saúde por parte dos usuários (através do aumento da realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos), contando ainda com redução da perspectiva terapêutica, com a desvalorização da abordagem do modo de vida, e com fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde doença, o que resulta muitas vezes em danos à sua própria saúde.

TESSER, POLI NETO e CAMPOS (2010); SANTOS e SANTOS (2011) refletem ainda que o aumento da demanda em uma perspectiva medicalizada tem sido associada a reprodução de cuidados fragmentados, centrados em tecnologias duras, com profissionais atuando individualmente mesmo que em equipes, com resposta clínica e prescritiva, com limitação de atendimento à ordem de chegada e com solicitação de exames complementares muitas vezes desnecessárias. Isto se deve na prática, segundo os autores, à falta de preparo dos trabalhadores para lidar com questões complexas; educação predominantemente teórica e desarticulada das necessidades reais; dificuldade de trabalhos interdisciplinares gerando disputas; e

também de penetração nas redes sociais de apoio a cuidados prolongados que requerem corresponsabilidade da própria comunidade.

É possível, no entanto, que uma maior procura das unidades de saúde por parte dos homens, suscite a participação deste como parte integrante do cotidiano do trabalho em saúde. Desde que a experiência do profissional sobre o cuidado do homem seja construída junto aos usuários, uma lógica de organização para atenção poderá se constituir no estímulo aos usuários e profissionais de saúde como provedores de sua necessidade na garantia do acesso como dispositivo de equidade em saúde (SEPÚLVEDA OLIVEIRA *et al*, 2012).

MITRE, ANDRADE e COTTA (2012) apontam em seu estudo, evidências que sugerem ao adotar-se a diretriz acolhimento, profissionais mostrando-se mais sensíveis às necessidades e à responsabilização com a saúde dos usuários, mesmo que se observe a manutenção do modelo assistencial centrado na clínica e a organização de trabalho na consulta médica.

Porém, é razoável dizer que estas são iniciativas desvinculadas do processo de legitimação da unidade como espaço de pertencimento do usuário. Melhores iniciativas são consideradas aquelas que tornam participativas as decisões, mesmo em nível organizacional, visto que o envolvimento da comunidade gera a compreensão dialógica, ao mesmo tempo em que há apreensão do cuidado em saúde como corresponsabilidade (SEPÚLVEDA OLIVEIRA *et al*, 2012).

Uma crítica possível a estas ações é a da não vinculação com qualquer “modelo de boas práticas”, protocolos rígidos e fechados ou algo similar. Gera-se a impressão de um diagnóstico inicial dos problemas de maneira vertical, sem a presença das necessidades específicas dos municípios, culminando com a responsabilização de execução à gestão municipal, sem que esta tenha, muitas vezes, sequer identificado o problema.

Sobre este aspecto, o estudo de MITRE, ANDRADE e COTTA (2012) discute os achados ao confrontar protocolos tutelares como os protocolos para critérios de risco. Confirmam em seus resultados, que estes garantem priorização do atendimento a partir da identificação de riscos de grupos ou indivíduos que apresentam maior vulnerabilidade de morrer, adoecer, ter comprometimento de qualidade de vida ou limitação de autonomia funcional.

Neste sentido, a opção por um protocolo para critério de risco, acaba por interromper a ordem de entrada nos serviços por critérios simplesmente burocráticos e administrativos em contrapartida ao risco de manter a avaliação do profissional de saúde sobre a queixa-conduta, centrada nos aspectos clínicos dos problemas apresentados pelo usuário e definidos em protocolos, o que leva o usuário a exagerar

em sua queixa na compreensão de que o profissional que o recebeu é o decisor sobre aquele a ser atendido e por qual profissional, perpetuando sua insatisfação e limitando sua autonomia.

A sugestão é dada por estudos, onde a sensibilização, a participação e compreensão dos profissionais e usuários sobre os protocolos ameniza tais riscos, além da necessidade de compreensão do profissional sobre a importância da flexibilização do uso (extensão em horários noturnos, atenção não centrada na doença, entre outras sugestões) para ampliação e qualificação da escuta no ato de acolher.

A meta específica de atenção de homens pelos serviços é de 5% da população masculina de 20 a 59 anos. A meta leva em consideração uma população de homens livres e ativos que deverão procurar a assistência dos serviços de saúde de forma voluntária, visto que o sentido atribuído à problemática é a não frequência dos homens aos serviços de saúde na atenção primária, interpretação que é levada como justificativa para ampliação do acesso aos serviços.

Para isso, a ênfase nos processos educativos objetivando a mudança de atitudes e comportamentos de risco. Porém, o PANSH não menciona na estruturação das redes de atenção, os padrões considerados ideais para esta atenção, nem a garantia de qualificação aos profissionais neste nível. Nesta direção, a garantia de acesso é proposto como de responsabilidade institucional da gestão municipal, tanto enquanto oferta de serviço (no sentido da disponibilidade), na estruturação da lógica de atenção, quanto na qualificação da rede de serviços para absorção desta demanda populacional, de base demográfica.

Com isso, é possível antever a necessidade de fortalecimento das unidades para o real reconhecimento da população masculina que possivelmente usufruirá dos serviços de saúde localmente em sua região de abrangência. É necessária a reflexão sobre estratégias a serem utilizadas quanto a captação e atenção à demanda masculina da região de abrangência das unidades de saúde. Para isto é preciso que cada unidade conheça seu público alvo e também a capacidade própria de gerir a atenção à saúde desta população. (SEPÚLVEDA OLIVEIRA et al, 2012)

De mesma forma, ao identificar fatores causais e de risco para a problemática que infere na piora dos indicadores de saúde, a política não traz sugestões práticas de implementação dos Planos de Saúde, mostrando fragilidades para sua incorporação.

Estas questões poderiam ser resolvidas através de estudos mais aprofundados, que tragam um demonstrativo das intervenções possíveis e com resultados exitosos. Isto não significa necessariamente a montagem de protocolos ou receitas fechadas, e sim, um pacote de ações evidenciáveis que poderiam apontar um

norte para construção de projetos-piloto mais condizentes com as realidades municipais.

5.2.2. Eixo III Informação e comunicação

Este eixo, de responsabilidade atribuída à ATSH em parceria com a ASCOM, tem como subtema “Sensibilizar os homens e suas famílias, incentivando o autocuidado e hábitos saudáveis, através de ações de informação, educação e comunicação”. Possui um único objetivo geral “estimular o autocuidado na população masculina” a percepção de que este autocuidado baseia-se na tomada de consciência da população, que deve ser estimulada através da divulgação e conhecimento, considerando-se a especificidade do “público-alvo”.

Como em outros programas de atenção a populações vulneráveis, fomenta-se a criação de uma “Semana de Promoção da Saúde do Homem” nos anos de 2009, 2010 e 2011 e, ainda, o estímulo à participação efetiva do planejamento da vida sexual e reprodutiva, através de campanha de sensibilização do homem quanto ao seu papel na família.

Como dimensão do acesso, o fato de saber adquirir e/ou, possuir informações e lidar com elas pode determinar a lacuna entre a oportunidade de utilização e a real utilização dos serviços de saúde. Esta dimensão leva em consideração o conceito de que estar bem informado é o resultado do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo (empoderamento e letramento para tomada de decisões de saúde) (SANCHESZ & CICONELLI, 2012).

KELLY-SANTOS e ROZEMBERG (2005) alertam sobre a tendência à generalização do público-alvo destas informações, um modelo de comunicação “naturalizado” pelos produtores de impressos em seu próprio entendimento e desconsiderando a população. Ou seja, é ainda hegemônico o conceito de que a informação deve abranger um maior quantitativo possível de pessoas (preocupação “distributiva”), vinculado à ideia de que, desta forma garante-se acesso às informações sobre os serviços de saúde e determinantes de saúde-doença.

O eixo tem um foco normativo e operacional fundamentado na garantia de recursos e ações. Isto provavelmente se dá dentro do processo de divulgação e distribuição de material de campanha, para a execução efetiva das “Semanas de Promoção da Saúde do Homem”, com metas físicas e quantitativas. FREITAS e REZENDE FILHO (2011); KELLY-SANTOS e ROZEMBERG (2005) confirmam que

este modelo está fortemente enraizado nas práticas de saúde pública tradicionais, objetivando controlar e adaptar (como estratégia de controle social). Para tanto, as informações são ditames das normas de conduta moral, social e higiênica direcionadas à modificação de comportamento em benefício de uma vida mais saudável (o resultado esperado), na valorização do saber biomédico por uma população carente de informações sobre cuidados e manutenção da saúde, e na adesão desta aos procedimentos médico-sanitários.

Assim, as ações vinculam-se ao cumprimento dos objetivos específicos tais como: “Elaborar material de divulgação da Política para o público em geral, em particular para os homens, com vistas à mobilização, respeitando as especificidades de comunicação; Lançar a Semana de Promoção da Saúde do Homem; Estimular os homens a participarem efetivamente do planejamento da vida sexual e reprodutiva; Produzir materiais para a informação e a conscientização da população masculina”.

Apesar das ações estarem objetivamente correlacionadas à execução dos objetivos previstos e às metas estipuladas é necessário abordar brevemente algumas questões quanto ao teor do material informativo (folders, cartilhas e campanhas), divulgado e disponível no portal da saúde²⁵. Não é objeto deste estudo a análise dos aspectos gráficos e o estudo da qualidade artística, mas são possíveis algumas considerações sobre o sentido expresso deste material publicado.

É possível considerar o contexto da divulgação e a ideia dos agravos de morbi/mortalidade como um alerta para, a percepção do risco de “ser homem”, gerando certa comoção e concordância por parte da população. As peças publicitárias veiculadas nas redes abertas de televisão apelam para o aspecto emocional do “espectador”, mostrando estatísticas da problemática do homem, enquanto a música e as imagens vão se alternando na presença alegre e no desaparecimento triste de personagens masculinos que culminam em uma cena final, onde uma criança é vista em um brinquedo de balanço em movimento, solitária e triste, passando a se alegrar conforme “surge” o personagem masculino a prover mais movimento, junto à mensagem “Homem que se cuida não perde o melhor da vida”.

Quanto às peças fotográficas (cartaz e folder²⁶), apresentam em caixa alta os dizeres “Homem que se cuida não perde o melhor da vida” em branco, sobre fundo azul. Há também representação de um parque gramado com brinquedos infantis coloridos, árvores ao fundo e uma criança do sexo masculino em atitude de brincar

²⁵ Informações e materiais para campanha e divulgação da saúde do homem disponíveis através do link: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co_seq_campanha=3504.

²⁶ Anexo F.

com uma bola de futebol e outra sobre a bicicleta (somente no folder). Em primeiro plano o personagem homem jovem caucasiano representa uma ação de esforço ao empurrar e amassar os dizeres: hipertensão, diabetes, tabagismo, alcoolismo, cirrose.

O material gráfico traz ainda o nome da política, os dizeres “Dê atenção à sua saúde: - adote uma alimentação saudável; - não fume e evita bebidas alcoólicas; - pratique exercícios físicos; - procure a unidade básica de saúde mais próxima.”, além do endereço digital e número telefônico do disque saúde.

O folder apresenta em seu interior a base composta pela grama verde, três brinquedos infantis (dois de escalar sendo um com algumas crianças e outro vazio, três balanços vazios), uma figura feminina vestida de azul empurrando um carrinho de bebê, uma criança sobre uma bicicleta. As informações informam sobre os riscos que os homens correm comparado às mulheres, da necessidade de que os homens procurem os serviços de saúde, do direito social dos homens e do por que da criação da Política.

No entanto, ao indicar o que se propõe como serviço aos homens no SUS, as informações tornam-se gerais e inespecíficas, apontando a prevenção da saúde através de “mais facilidade, maior e melhor atendimento para a população masculina nas Unidades Básicas de Saúde – UBS e na Estratégia Saúde da Família – ESF” com destaque para frase “procure atendimento na unidade básica de saúde mais próximo de sua casa”. Ainda, indica o treinamento de 32 mil equipes de saúde da família e a realização de campanhas voltadas para a saúde do homem “com a distribuição de cartilhas sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs/Aids) e de cânceres e hábitos de vida mais saudáveis”, sugerindo as prioridades da política.

É possível perceber, no geral, que o material traz o simbólico dentro da contextualização da reprodução dos estereótipos de gênero vigentes. Considera uma sutil alusão ao mérito do homem que cuida de sua própria saúde, em oposição àqueles que por se descuidar, causam tristeza entre outras emoções, e traz a si e às pessoas que o rodeiam, situações negativas a uma vida feliz. O material impresso, por exemplo, traz em evidência o nome de doenças, com fontes e cores de destaque sendo “esmagados” pela representação masculina, sugerindo o foco centrado na saúde como a ausência de doenças e as prioridades preconizadas pela PNAISH. Apesar dos indicadores, há pouca menção às questões intersetoriais (sugerindo uma menor importância em termos de priorização) e de foco em agravos externos, principalmente acidentes e violência.

Mesmo generalizando a diversidade de homens em uma representação universal, o material gráfico, assim como a campanha em vídeo não menciona as ações e estratégias que devem ser adotadas para garantia do cuidado, assim como é

superficial a orientação para que estes sejam direcionados pelo sistema de saúde, via atenção básica. Considerando que a publicação e divulgação deste material coadunam ao momento da publicação da PNAISH, fica a questão da necessidade fundamental de preparação dos profissionais para acolherem esta população e seu cuidado.

Dentro do que se propõe, parece cumprir seu papel de primeiro choque. Mas é necessária uma análise adequada dos resultados obtidos através da divulgação deste material, bem com evidências fortes deste tipo de ação com a população brasileira de homens nesta mesma direção, como a exemplo do estudo de WAKEFIELD, LOKEN e HORNIK (2010).

KELLEY-SANTOS e ROZEMBERG (2005) referem que é comum na saúde pública a generalização de populações em campanhas publicitárias e informativas. Com a Saúde do Homem, não poderia ser diferente. Encontra-se claramente a generalização neste eixo, como em todo o PANSH, na representação de um homem jovem, branco, heterossexual. Esta concepção torna difícil a identificação de todos os homens, visto a diversidade de construção de masculinidades, e se constitui em problemática ao deixar de refletir as necessidades de atendimento real a todos os homens.

As peças publicitárias possibilitam também questionar se há capacidade de oferta adequada de serviços de saúde, visto que o sucesso da campanha poderia sugerir aumento da demanda ocorrido na sequência da veiculação em massa. Cria-se assim uma expectativa e um futuro promissor, ou um descrédito no cumprimento dos objetivos da campanha. A realidade, atrelada a ainda “não suficiente” qualificação dos profissionais e as políticas institucionais acabam elevando ainda mais as barreiras entre o usuário e os serviços.

Estas informações generalizadas, ao não proporcionarem a identificação de toda população masculina com o modelo escolhido, podem gerar algumas representações enviesadas por parte da sociedade. Pode, por exemplo, fortalecer o discurso sobre este homem que “teima” em não cuidar de sua saúde generalizando o mote de serem estes todos os homens. O profissional de saúde, por sua vez, ao perceber-se despreparado, acaba por reproduzir as informações e conceitos, mesmo que seja como justificativa cômoda a não preocupação do homem com sua saúde e, por consequência motivo suficiente para “remediar” o despreparo sentido.

Por parte da população, é possível o aproveitamento do tema central das peças publicitárias para reforçar os estereótipos de gênero. Isto ocorre de apropriação livre de fragmentos de discurso pela população em geral como meio de causar

constrangimento a este ou aquele homem, por possuir os fatores de risco. Acaba-se neste aspecto, por reforçar os conceitos de invulnerabilidade e do poder masculino.

As “semanas temáticas” por sua vez são comumente utilizadas como divulgação de partida para os programas de atenção municipais. Associa-se a estes eventos o fortalecimento do argumento para empresas que acabam por explorar os meios para comercializar seus produtos. Quanto à distribuição, segue-se a mesma tônica dos eixos de responsabilidade estadual e municipal. Não há instrução com foco estratégico para subsidiar objetivos que impactam na condição de saúde masculina, somente o cumprimento de metas numéricas de distribuição e realização.

5.2.3. Eixo V: Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem

Este eixo “Implantação e expansão” traz como subtema “Fortalecer a atenção básica e melhorar o atendimento, a qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde”. Atrelados ao subtema, seis objetivos gerais e respectivas ações são propostas, sugerindo responsabilidades institucionais às áreas e representações conforme objetivos específicos.

O primeiro objetivo geral do eixo, “melhorar a qualidade e a resolubilidade dos serviços” demonstra a preocupação da política em construir “Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde do Homem” para elaboração de Caderno de Atenção Básica (semelhante ao que já foi feito para outros programas e políticas) e condução dos três níveis de atenção “quanto ao acolhimento, triagem, atenção às necessidades e fluxos de atendimento”.

Para este fim, duas ações são relacionadas: a “Constituição de um Grupo de Trabalho²⁷ [...] encarregado da elaboração de Diretrizes de Atenção.” e a “Elaboração conjunta do Caderno”. Este, provavelmente um dos motes centrais da Política a fim de assegurar a condução finalística da atenção à população e implementação dos serviços.

Importante salientar que, publicada a portaria nº 1944, esta traz em seu artigo terceiro as diretrizes “a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas à população masculina”. Diretrizes estas de abrangência de política e, portanto, de amplitude global, abertas a reconfigurações.

²⁷ Cita-se na ação os componentes deste GT: o Departamento de Atenção Básica (DAB), o Departamento de Atenção Especializada (DAE) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), mediante consultoria externa. Deixa aberto com relação a composição por instituições afins e reforça o convite as sociedades médicas.

De mesmo modo, estimam-se as metas a cumprir dentro da temporalidade de publicação da política com prorrogações no sentido da publicação do Caderno de Atenção Básica de Saúde do Homem. É válido lembrar aqui, que a PNAISH nesta ação vem se construindo sobre a Política Nacional de Atenção Básica, mais particularmente do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB), juntamente às Redes Temáticas (Cegonha²⁸, Atenção Psicossocial²⁹, Urgência e Emergência³⁰, de Atenção a Pessoas com Doenças Crônicas³¹ e de Cuidados à Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite³²).

Seu segundo objetivo geral “fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem”, de responsabilidade das SESs e SMSs, cita claramente a garantia do acesso e a qualidade da atenção como focos, partindo das “Diretrizes Nacionais” citadas em ação anterior, na construção de rotinas de atenção nos serviços de atendimento à população masculina, incluindo informações e orientações sobre gênero e saúde para os profissionais de saúde e a incorporação de uma meta de um atendimento por ano em no mínimo 20% da população masculina de 40 a 59 anos.

Para efetivar este objetivo geral de eixo, propõem-se em segmentação dois objetivos específicos: “Incentivar as unidades básicas de saúde a atender os homens de acordo com as Diretrizes de Atenção” e “Estimular que a população masculina de 40 a 59 anos seja atendida, no mínimo, uma vez por ano, nas unidades básicas de saúde, com vistas a identificar fatores e comportamentos de risco e proporcionar atenção adequada, segundo as Diretrizes de Atenção”. Ambas, possuem em seu escopo as duas mesmas ações para seu cumprimento.

Este objetivo centra suas ações às unidades básicas de saúde sobre o aumento de demanda masculina e na garantia à população de uma faixa específica de 40 a 59 anos. Uma leitura crítica sugere o entendimento de que este é o principal alvo do plano de ações, já que o ataque aos fatores de risco através de cuidados com a alimentação e nutrição, sedentarismo, tabagismo, entre outros, são um embate comprovado e preventivo às doenças crônicas degenerativas não transmissíveis. Por outro lado, esta identificação de fatores e comportamentos pode gerar a associação

²⁸ Portaria nº 1459/GM/MS de 24 de junho de 2011 que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS.

²⁹ Portaria nº 3088/GM/MS de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

³⁰ Portaria nº 1600/GM/MS de 07 de julho de 2011, que Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

³¹ Portaria nº 252/GM/MS de 19 de fevereiro de 2013, que Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

³² Decreto nº 7612/CC/PR, de 17 de novembro de 2011 que Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite e Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012 que Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

direta às doenças e distúrbios sexuais e sexualmente transmissíveis, o que não fica claro sem a condução das “Diretrizes de Atenção³³”.

É possível perceber a sugestão do primeiro objetivo específico de incorporação na rede e unidades da temática de saúde do homem em resposta a questão da in experiência das unidades/profissionais de saúde em lidar com as necessidades desta “nova³⁴” população.

Já o segundo objetivo específico, conduz-nos à reflexão do agravo específico na faixa etária estipulada para atenção. Apesar das fortes evidências que comprovam um melhor prognóstico e possibilidade de tratamento com diagnóstico precoce, há possibilidade da interpretação e opção pelo rastreamento. Este rastreamento ou “screening” deixa, por um momento, os agravos e mortalidade que mais acometem aos homens (o que seria a preocupação fundamental e estratégica, visto os indicadores de saúde), para orientar a identificação de “fatores e comportamentos de risco e proporcionar atenção adequada”, argumentos que permitem sugerir uma reserva específica para o enfoque urogenital, para atenção especializada à medida que se explicita os objetivos gerais na sequência.

Espera-se que um programa de rastreamento ou “screening” tenha por base critérios a serem considerados, tais como as recomendações do National Screening Committee do Reino Unido (NSC). Para o início de um programa de rastreamento o NSC considera o preenchimento e definição:

1. das condições da doença (importância, epidemiologia e história natural da doença, fatores de risco detectáveis, marcadores da doença, período de latência até início da fase sintomática, custo-efetivo das intervenções preventivas, mutações, história de vida e implicações psicológicas);
2. do teste a ser utilizado (simples, seguro, preciso e validado como rastreamento; valores para população alvo devem ser conhecidos e acordados; aceitabilidade da população; política acordada para prosseguimento dos casos detectados, investigação e opções disponíveis; critérios e clareza quanto as mutações);
3. do tratamento da condição de saúde (existência de tratamento para condições iniciais e evidências comparativas de melhores resultados que os obtidos por tratamentos tardios; existência de políticas baseadas em evidências e tratamentos oferecidos comprovadamente eficientes; o manejo clínico devem estar claro para todos os prestadores de cuidados de saúde antes do início do programa de rastreamento);
4. do programa de rastreamento (deve possuir força e qualidade de evidência na comprovação da redução de morbidade/mortalidade; deve trazer dados claros e práticos para compreensão e escolhas individuais; evidências de aceitação social, clínica e ética tanto por profissionais quanto pela população, benefícios do programa de rastreamento devem compensar os danos físicos e psicológicos -causada pelo teste, procedimentos de diagnóstico e tratamento; relação balanceada de custo-efetividade, uso efetivo dos recursos; entre outros.). (UK National Screening Committee, 1998).³⁵

³³ Até o momento da publicação deste estudo, não houve a sinalização de lançamento ou publicação das diretrizes.

³⁴ Considerando o entendimento de que não se percebe a presença masculina nos serviços de atenção básica.

³⁵ Critérios para rastreamento sugeridos pelo NSC, in: <http://www.screening.nhs.uk/criteria>.

Sobre a adoção de rastreamento ou “screenings”, mais especificamente para o câncer de próstata, existe ainda muita controvérsia. Em seu terceiro relatório, de 2002/2003, o UK National Screening Committee considera que o rastreamento para o câncer de próstata não deve ser introduzido e que os homens não devem ser conduzidos a realizarem os exames de PSA de maneira semelhante à forma como as mulheres são conduzidas a realização de exames de mamografia. Apontam que não existem evidências fortes o suficiente do benefício do referido exame, conforme os critérios do NSC³⁶ e que há possibilidade de que muito homens solicitem os exames de PSA na crença de que o exame possa comprovar ou aumentar a chance de cura e mesmo aliviar as ansiedades em um possível resultado negativo.

O mesmo ocorre com o exame de toque retal. O INCA, baseando-se nas recomendações da Canadian Task Force on Preventive Health Care, considera que não há evidências suficientemente fortes para adoção rotineira de exames de rastreamento do câncer da próstata, para incluir ou excluir o toque retal e satisfatória evidência para excluir o PSA e o ultrassom transretal do exame periódico de homens assintomáticos acima de 50 anos. Existe ainda debates controversos que ser repetem nos principais centros produtores de evidências, favoráveis ou não ao rastreamento, defendidas pelos serviços de saúde preventiva e sociedades de urologia. (HOAG E SO, 2012)

O INCA reforça que o U.S. Preventive Service Task Force (USPSTF) dos EUA demonstra em revisão de 2007 das recomendações de 2002, não existir evidência suficiente para recomendar ou não o exame rotineiro do câncer de próstata com PSA e toque retal, uma vez que as evidências de sua efetividade são inexistentes, de baixa qualidade ou conflitantes e que o balanço entre benefícios e danos não pode ser determinado. Em 2012³⁷, o USPSTF reforça a não recomendação, mostrando pequena ou nenhuma redução da mortalidade por câncer de próstata quando da realização de rastreamento nos Estados Unidos da América, mantendo-se em aproximadamente 01 morte a cada 1000 homens da faixa de 55 a 69 anos, em dois países da Europa e nenhuma redução de significância estatística em 5 de 7 países.

O NHS atualizou em 2010³⁸ que mantém a decisão de não possuir programa de rastreamento ao câncer de próstata até o momento, porém esclarece a população

³⁶ Documento do service nacional de saúde escocês, NHS, Reino Unido, in: <http://www.sehd.scot.nhs.uk/publications/3rdannualreportscotland1.pdf>.

³⁷ Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. In: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=36923#Section424>.

³⁸ Atualização sobre o rastreamento do câncer de próstata, in: <http://www.screening.nhs.uk/cms.php?folder=2940#fileid9765>.

quanto a existência e funcionamento do Programa de Gestão de Risco de Câncer de Próstata³⁹.

WILKINS, PAYNE, GRANVILLE e BRANNEY (2008) sugerem, a partir da avaliação de qualidade do cuidado aos pacientes com câncer em 2004, que homens com câncer de próstata forneceram respostas menos positivas quando comparados aos outros tipos de cânceres provavelmente pela dificuldade de tratamento efetivo, resultando em um elevado nível de sofrimento. Os autores descrevem ainda, que homens com câncer de próstata tem referido as piores experiências com o serviço de saúde desde 1999, um parâmetro importante a ser avaliado por sua persistência.

O terceiro objetivo, “facilitar o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária, quando necessário” aos homens da faixa compreendida pela política, é de responsabilidade tripla, ATSH, SESs e SMSs.

Os indicadores deste objetivo apontam para o problema percebido, ao entender o acesso por meio de percentual de pessoas atendidas no segundo nível em relação àquelas encaminhadas. Desta forma pode-se dizer que o foco da ação é permitir a atenção com profissionais capacitados de maneira a resolver os problemas necessários neste segundo nível, diminuindo o tempo para ser atendido e constituindo lista de espera.

GOMES DA SILVA e ALVES (2008) refletem que em serviços de alta demanda e pouca oferta, consideram essencial a implantação de um projeto de acolhimento, categorizando os usuários de acordo com suas necessidades e vulnerabilidades, a partir da Classificação de risco⁴⁰, estimulando o trabalho dos profissionais (qualificação e capacitação) focada na qualidade e resolutividade dos problemas e necessidades trazidas pelo usuário.

A segunda ação preconiza adequação do quadro de recursos humanos dos serviços de segundo nível ambulatorial. Novamente entende-se caber ao município e suas unidades, frente ao perfil de seus usuários, definir quais são estes profissionais e sua quantidade. Quanto à lista de espera e o tempo de atendimento, será necessário vislumbrar o que se espera no Caderno de Atenção Básica, visto o foco nas doenças e agravos e os embates das clínicas específicas.

A questão a ser inferida é a possibilidade de se criarem “Centros de Referência em Saúde do Homem”, possibilidade presente e que contraria, de certa forma o princípio da Universalidade. Nesta fragmentação, apesar de existir, o acesso

³⁹ Programa de Gestão de risco de câncer de próstata, in: <http://www.screening.nhs.uk/prostatecancer>.

⁴⁰ Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS. Acolhimento e Classificação de Risco, cartilha de 2004 in: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>.

centraliza-se em determinadas regiões, criando novas barreiras ou aumentando as existentes, a exemplo da distância do usuário aos serviços, acesso geográfico, transporte, entre outros.

Com foco no acesso e adesão, o quarto objetivo “estimular nos serviços de saúde, públicos e privados, uma rede de atenção à saúde do homem que garanta linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade”, visa a garantia de “atenção efetiva” aos homens encaminhados às unidades de saúde secundárias e terciárias com base na análise de situação de saúde (através dos Relatórios de Situação e estudos de suficiência/insuficiência das redes regionais) na identificação de lacunas e propostas de ações.

As ações deste nível focam a experiência do usuário e do profissional de saúde, na garantia da aplicação das Diretrizes de Atenção por parte das unidades de saúde em percentuais de utilização. Deste modo, realiza-se um panorama simplificado das regiões que informam a assistência a saúde nos municípios e nos estados.

Uma terceira ação, “Realização de estudos para verificar o funcionamento das redes regionais na atenção à saúde do homem, identificando a suficiência/insuficiência das mesmas”, desvela o perfil de avaliação do nível. A questão aqui é o amplo leque de pesquisas a serem realizadas, mas não fica claro como as SESs e SMSs devem realizar estes estudos.

No entendimento que nem todos os municípios e estados possuam perfil avaliativo ou possuam profissionais qualificados a esta atividade, espera-se um protocolo que favoreça a comparação destas suficiências/insuficiências. Do contrário, é possível realizar o intento, mas sem a capacidade de comparação das necessidades como focos prioritários, gerando uma possibilidade competitiva entre estados e municípios na geração de dados e recebimento de recursos.

O quinto objetivo geral deste eixo, “promover a ampliação e a qualificação da atenção ao planejamento reprodutivo masculino”, compreende dois objetivos específicos e entende o acesso como disponibilização e oferta de procedimentos (contracepção cirúrgica voluntária, exames, tratamento de patologias do trato geniturinário masculino). São ações de responsabilidade dos três entes federativos.

O primeiro objetivo específico diz respeito a “Promover a oferta de contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica”, a partir da “Realização das vasectomias a nível ambulatorial”. Para o intento, estimulou-se financeiramente a ampliação da quantidade de procedimentos com aumento de 148% por procedimento ambulatorial e 20% por procedimento realizado em nível hospitalar, equiparando os valores.

Isto implica dizer que os municípios que, de uma forma ou de outra, já realizavam e estavam estruturados, com profissionais qualificados execução destes procedimentos, nos termos da legislação específica, passaram, a partir de setembro de 2009, automaticamente a receber os valores assegurados. No entanto, os municípios que não entenderam a proposta ou não possuem condição de implementar os seus serviços, estarão no mínimo, deixando de receber este recurso e direcionando aos municípios a que se destinam seus usuários.

O segundo objetivo específico “Promover o número de consultas e procedimentos para o diagnóstico e tratamento das doenças do trato genital masculino” fomenta questões. De maneira similar ao primeiro objetivo específico, aumenta o financiamento de maneira percentual, ampliando não só o quantitativo de consultas e procedimentos, mas do recurso destinado ao diagnóstico, ao apoio diagnóstico e cirurgias de neoplasia de próstata, patologias e cânceres do trato genital masculino. Não se questiona a necessidade gerada pelo diagnóstico e tratamento destas patologias e disfunções. Porém, no tocante a preocupação concernente à política, restringe o amplo espectro dos principais problemas e agravos epidemiológicos, gerando uma estratégia que reduz a atenção à saúde do homem ao seu aparelho geniturinário.

Isto vai de encontro com a análise situacional para identificação dos principais problemas dos estados e municípios. A recomendação para a construção dos Planos Estaduais e Municipais é primeiramente compreender o perfil epidemiológico dos principais problemas localmente. Em seguida, é necessário qualificar profissionais e destinar investimento na investigação do perfil de homens na abrangência das unidades de saúde, bem como seu comportamento de utilização dos serviços.

Para construção de estratégias de ação, é necessário que tanto as unidades quanto os municípios estabeleçam os fluxos, utilizando para isto a base de procedimentos validados principalmente por melhores evidências. Deve-se fortalecer o esclarecimento e aumentar a quantidade de opções para escolha do próprio usuário, através de fóruns, oficinas e seminários, caso este se encaixe em um perfil de cuidados e/ou riscos específicos.

O foco centrado e vertical em determinados agravos e problemas já tem demonstrado em outros programas e políticas, não surtir os impactos desejados sobre os indicadores de saúde da população, principalmente quando se solicita de uma resposta financiada e específica dos entes federativos. A dificuldade surge então da preocupação de gestores e profissionais técnicos em responder a esta “encomenda” sugerida pelos principais objetivos da PAISH e PANSH 2009-2011, bem como, muitas vezes, uma interpretação simplificada ou mesmo a ausência deste processo de

interpretação, visto os prazos de cumprimento de metas geradas sem a construção por planejamento adequado.

Sobre o rastreamento diagnóstico em saúde do homem, o Caderno de Atenção Básica nº 29 – “Rastreamento”, recomenda o foco da prevenção a mortalidade cardiovascular, com indicações para rastreamento de dislipidemia e verificação da pressão arterial (no caso para ambos os sexos) a partir dos 35 anos. No caso do câncer de próstata, apesar de, epidemiologicamente sua importância (segunda causa de morte, atrás apenas do câncer pulmonar), não ser recomendada o rastreamento, visto as justificativas do INCA e parecer do CFM, que por sua vez baseiam-se nas diretrizes do NSC do Reino Unido e no posicionamento da Organização Mundial de Saúde.

O que ocorre é a “confusão” gerada entre os termos rastreamento e “diagnóstico precoce”, em conjunto com a *práxis* de rastreamento para os CA de colo de útero e Mama para as mulheres. Esta “confusão” induz ambos, usuários e serviços a entenderem que todos os homens de determinada faixa (no caso da PNAISH dos 20 aos 59, ou especificamente dos 40 aos 59 anos) devem se prevenir contra o CA de próstata, ou seja, fazerem parte de um rastreamento para esta patologia.

Basicamente, existem evidências fortes relacionadas ao diagnóstico precoce⁴¹ do CA de próstata, porém não se compreende na totalidade sua história natural, variando desde tumores agressivos até aqueles de crescimento lento que podem nem causar sintomas, tampouco o óbito. O Caderno de Atenção Básica, assim como os documentos do INCA, CFM e NSC consideram os limites do teste de PSA como marcador para este câncer e a falta de evidência que comprovem os benefícios para a qualidade de vida, custos e impacto na mortalidade dos homens, podendo ainda a levar ao excesso de diagnóstico e conseqüente exagero em tratamento.

O importante é que exista sim a entrada e encaminhamento facilitado a todo homem interessado em prevenir, diagnosticar e tratar esta condição. Sendo, para tanto, este deve ser orientado adequadamente sobre as condutas, de maneira individualizada e ainda, esclarecidos e explicados os benefícios e riscos do rastreamento. Desta forma, decide-se conjuntamente, usuário e profissional, pela intervenção escolhida e esta decisão passa a ser documentada.

O sexto objetivo geral “Trabalhar com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) para proteger o homem contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e

⁴¹ O diagnóstico precoce aparece como a única recomendação padrão ouro para o CA de próstata, assim como a outros cânceres e um leque de problemas, patologias e disfunções, embasados pelos estudos populacionais dos principais centros de controle epidemiológicos em todo o mundo.

Aids”, parece vir como um reforço ao Programa Nacional de DST/aids sugerindo uma interface para trabalho cooperativo.

6. Considerações Finais

O PANSH 2009-2011 teve por objetivo ser um documento orientador de implementação das ações e estratégias da PNAISH, mas revela em seu construto uma operacionalização difícil. O desenvolvimento dos eixos, mesmo que relacionando ações e objetivos, mostra-se vago e limitado, por apontar direções e finalísticas, mas se abster quanto ao *modus operandi*.

Uma das principais fragilidades estruturais é a falta de clareza no direcionamento teórico, eixo fundamental para o estabelecimento da *práxis* e orientação do entendimento a que se propõe o Plano. Em sua construção, os termos acesso, acolhimento e adesão ora parecem sinônimos, ora são tratados como entes distintos sem a necessária definição dos conceitos.

Desta forma, a construção de Planos Estaduais e Municipais, fica a revelia das interpretações subjetivas dos profissionais envolvidos em sua construção, e mais, àqueles que sancionarão a sua execução. De mesmo modo, esta fragilidade impede uma avaliação adequada, propiciando um embate teórico que não se constrói de maneira justa, visto que provoca a concorrência de Planos de estados e municípios que já possuem portfólio de projetos para a área, ou já possuem tradição na atenção a saúde do homem, com municípios e estados que começam, somente a partir da portaria 1.944/2009, de maneira súbita a formar seu escopo técnico e qualificado para atenção à demanda.

A consequência disso é a preocupação do gasto orçamentário sem o devido planejamento em ações superficiais ou mesmo a dificuldade de realização de intervenções por parte dos municípios e estados, que quando muito organizam seminários de sensibilização ou palestras “educativas” que reproduzem a “culpabilização” ao usuário masculino.

Entre as várias lacunas há uma não interligação entre as proposições diagnosticadas na PNAISH e o que se apresenta como finalística do Plano. São apresentados indicadores epidemiológicos de salutar importância em todos os campos de patologias e agravos, porém como objetivo de ações no 6º Eixo, parece consolidar a ótica do homem como extensão de seu aparelho geniturinário.

Por outro lado, envolve-se a faixa etária de 40 à 59 anos para identificação de fatores e comportamentos de risco, supostamente direcionando para atenção embasada na educação em saúde vertical e medicalizada, uma vez por ano, para no mínimo 20% desta população. Soma-se a isso a poucas evidências para indicação de rastreamento diagnóstico ao Câncer de Próstata à todos os homens como forma de

prevenção, apesar da indicação de um melhor prognóstico para uma detecção precoce. O mesmo ocorre com os procedimentos utilizados (toque retal, PSA e Ultrassonografia Transretal) que, apesar de somados aumentarem significativamente a acuidade diagnóstica, possuem desde a apresentação de falso positivo a risco cirúrgico).

Neste sentido, sugere-se a oferta do serviço individualizada e o fluxo de referência e contrarreferência garantido aos homens que desejam, por demanda espontânea, sujeitar-se aos procedimentos diagnósticos e tratamentos (na perspectiva do sugerido pelo Programa utilizado no Reino Unido). E que esta escolha seja informada e esclarecida, sob orientação dos profissionais que compõem a rede de atenção em um dispositivo como o prontuário eletrônico.

Sobre a população masculina, o viés é o olhar da representação heterossexual. Desconsidera-se no Plano a diversidade de construções da masculinidade, mas ao mesmo tempo objetiva-se a atenção à Saúde do Homem para 5% da população masculina de 20 à 59 anos. Dentro de uma perspectiva de atenção adequada, optando-se por esta representação de homem genérico, há possibilidade da fragmentação e da inadequação dos serviços para a “minorias” fora do padrão estipulado pela PANSH 2009-2011.

COUTO e GOMES (2012) reforçam a observação de que não há nenhuma referência à diversidade entre as ações prioritárias na PANSH 2009-2011, reconhecendo ainda que há um descompasso entre a teoria (proposta na PNAISH) e a ação institucional (homem genérico).

Tal visão proporciona ainda a reprodução do estereotipo de gênero traduzindo-se por equívocos por parte da equipe e barreiras levantadas entre os usuários e os serviços de saúde. Principalmente em ações tidas como iniciais, em que se espera um movimento mais aberto e amplo em busca das necessidades e da equalização de respostas institucionais.

E, quanto a equalização das necessidades (entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários), ou seja, a medida em que exista maior proximidade das unidades de saúde e usuários, a proposta da educação em saúde deve compreender o equilíbrio dos saberes (especialista e popular), estimulando o diálogo e a construção de um processo de corresponsabilização e protagonismo (em lugar da culpabilização), na garantia de autonomia e de uma atenção em saúde que objetiva a integralidade.

Sugere-se uma maior atenção aos planejadores de projetos em saúde do homem, no que se refere a inserção dos processos educacionais envolvidos para operacionalização da política em todos os níveis. A existência da Política de Educação Permanente e a recente Política de Educação Popular em Saúde indicam a ampla

discussão e a importante demanda de uma razão instrumental, na superação da educação verticalizada ainda muito presente e reproduzida no dia-a-dia do trabalho em saúde. A apropriação dos conceitos pelos atores envolvidos fortalece e permite uma maior capilaridade das ações em todas as instâncias. Este fomento pode gerar apreensão das necessidades sentidas e percebidas, gerando projetos e ações direcionadas por prioridades estratégicas, ou seja, na resolução do problema mais simples possível, raiz geradora do maior número de resoluções secundárias.

A PNAISH e a PANSB 2009-2011 não deixam de ter sua importância nem tampouco se enfraquecem como eixo motriz das necessidades urgentes da população masculina. Em seus papéis de ampliar a visão social sobre as questões dos homens, bem como a discutir e até mesmo diagnosticar os problemas específicos, parece trazer mais força aos embates e as propostas humanizadoras e educativas, bem como a apontar que a resolução dos problemas da maioria dos usuários também é a resolução do problema da Atenção à Saúde do Homem.

A maturidade virá a esta política em específico, com todas as críticas e respostas em suas reformulações. O surgimento e fortalecimento através da participação social e o conhecimento de gestores, trabalhadores de saúde poderá levar ao diálogo das necessidades gerais não somente dos homens, mas de toda a sociedade para finalmente, consolidarem-se em todas as instâncias do SUS.

7. Referências

- ALVES G.G., AERTS D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1):319-325, 2011
- ANDERSEN R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav** 1995; 36: 1-10.
- ARAUJO M.A.L., LEITÃO G.C.M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2005; 21(2):396-403.
- AYRES J.R.C. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude Soc**. 2004; 13(3): 16-29.
- AYRES J.R.C.M, *et al.* Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.12, p.113-28, 2003.
- AYRES J.R.C.M. Educational practices and the prevention of HIV/Aids: lessons learned and current challenges, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.6, n.11, p.11-24, 2002.
- AYRES J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface (Botucatu)** [online]. 2002, vol.6, n.11, pp. 11-24.
- AYRES J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1):63-72, 2001.
- BESEN C.B., *et al.* A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**. v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007.
- BOSI M.L.M., AFFONSO K.C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Cad. Saúde Pública** [periódico na Internet]. 1998 Abr [citado 2012 Mar 27]; 14(2): 355-365. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000200020&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000200020>.
- BOURDIEU P. Conferência do Prêmio Goffman: A dominação Masculina Revisitada. In: Lins D (organização). **A dominação Masculina Revisitada**. Campinas, SP: Papirus, 1998.
- BOURDIEU P. **Razões Práticas**: Sobre a teoria da ação. 8 ed. Campinas, SP: Papirus. 1996.
- BOURDIEU P., PASSERON J.C. **A Reprodução**: elementos para uma teoria do sistema de ensino. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- BRASIL. GM. **Portaria nº 1944**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. 27 de agosto de 2009
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília, DF: 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Plano de Ação Nacional (2009-2011)**. 2009. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_saude_homem.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza/SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008

BROUSSELLE A. (org.). **Avaliação: Conceitos e métodos**. RJ: Editora FIOCRUZ, 2011.

BROUSSELLE A., CHAMPAGNE F. Program theory evaluation: Logic analysis. In: **Evaluation and Program Planning**. volume 34. Issue 1. February 2011.p. 69-78. Disponível digitalmente em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718910000455>.

BURSZTYN I. Estratégias de mudança na atenção básica: avaliação da implantação piloto do Projeto Homens Jovens e Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.10 [citado 2011-12-20], pp. 2227-2238. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001000004&lng=pt&nrm=iso>.

CAMPOS G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec; 2003.

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** [online]. 2009, vol.19, n.3 [citado 2011-12-20], pp. 659-678. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300006&lng=pt&nrm=iso>.

CARVALHO S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.669-78, 2004a.

CARVALHO S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(4):1088-1095, jul-ago, 2004.

CONEJO S.P. **Homem e obesidade – excessos e faltas: corpos que contam histórias**. São Paulo, 2009. Dissertação. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

CONTANDRIOPOULOS D, LEMIRE M, DENIS J-L. AND TREMBLAY É, **Knowledge Exchange Processes in Organizations and Policy Arenas: A Narrative Systematic Review of the Literature**. Milbank Quarterly, 2010. 88: 444–483. doi: 10.1111/j.1468-0009.2010.00608.x

COURTENAY W.H. Key Determinants of the Health and the Well-Being of Men and

Boys. **International Journal of Men's Health**, Vol. 2, No. 1, January 2003, pp. 1-00.

COUTO M.T. *et al.*. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu)** [online]. 2010, vol.14, n.33 [citado 2011-12-20], pp. 257-270. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=pt&nrm=iso>.

COUTO M.T., GOMES R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciênc. saúde coletiva** [serial on the Internet]. 2012 Oct [cited 2013 Mar 25]; 17(10): 2569-2578. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

DONABEDIAN A. **Aspects of Medical Care Administration**. Boston NE: Harvard University Press. 1973.

DONABEDIAN A. **Los espacios de la salud**: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Ed. Biblioteca de la Salud. 1 ed espanhola, México, 1988.

FERNANDES M.C.P., BACKES V.M.S. Educação em Saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 jul-ago; 63(4): 567-73.

FIGUEIREDO M.F.S., RODRIGUES-NETO J.F., LEITE M.T.S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 117-21.

FIGUEIREDO W.S., SCHRAIBER L.B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, suppl.1 [citado 2011-12-20], pp. 935-944 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700025&lng=pt&nrm=iso>.

FIGUEIREDO W.S., SCHRAIBER L.B. Masculinidades e Saúde: construindo gênero e (des)cuidando da saúde. in: **IIIº Colóquio Internacional de estudios sobre varones y maculinidades**, 2008. Medellin: 2008. Disponível em: www.karisma.org.co/documentos/01c/RIM/resource/.../00137.pdf.

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

FRACOLLI L.A., ZOBOLI E.L.C.P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2004; 38(2):143-51.

FRANCO T.B., BUENO W.S., MERHY E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**: 1999;15(2):345-53.

FREIRE P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido**. 3a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

FREITAS F.V., REZENDE FILHO L.A. Modelos de Comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. **Interface Comunicação Saúde Educação**. v.15, n.36, p.243-55, jan./mar. 2011.

GODDARD M., SMITH P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. **Soc Sci Med**. 2001; 53:1149-62.

GOLD M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. **Health Serv Res**. 1998; 33:625-52.

GOMES A.J.S., RESENDE V.R. O pai presente: o desvelar da paternidade em uma família contemporânea. **Psic.: Teor. e Pesq.** [online]. 2004, vol.20, n.2 [cited 2012-01-31], pp. 119-125. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722004000200004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-3772. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000200004>.

GOMES DA SILVA L., ALVES M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n.1, p. 74-84, jan/mar. 2008.

GOMES R. *et al.* A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.11 [citado 2011-12-20], pp. 4513-4521. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200024&lng=pt&nrm=iso>.

GOMES R., *et al.* O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados Brasileiros. **Physis**, 2011, vol.21, no.1, p.113-128.

GOMES R.; MOREIRA M.C.N.; NASCIMENTO E.F., *et al.* Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 983-992, 2011.

GOMES R.; NASCIMENTO E.F., ARAUJO 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. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.3 [citado 2011-12-20], pp. 565-574. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=pt&nrm=iso.

GUTIERREZ D.M.D., MINAYO M.C.S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. saúde coletiva** [serial on the Internet]. [cited 2012 Jan 31]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700062&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700062>.

HOAG N.A.; SO A.I. The confusion surrounding prostate cancer screening faced by family physicians: **Can Urol Assoc J**. 2012; 6(3):194-5. <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.12123>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

JESUS W.L.A. ASSIS M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. Saúde Colet.** 15(1): 161-170, 2010.

KELLY-SANTOS A.; ROZEMBERG B. Comunicação por impressos na saúde do trabalhador: a perspectiva das instâncias públicas. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.4, p.929-38, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400016&lng=pt&nrm=iso>.

LAURENTI R., MELLO-JORGE M.H.P., GOTLIEB S.L.D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciênc. Saúde Colet.** 2005, 10:35-46.

LIMA L.R.F., SILVA L.M.V. Ampliação do acesso à atenção oftalmológica: um estudo sobre a avaliabilidade da campanha "De Olho na Visão", Goiás, 2004. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, suppl.2 [citado 2011-12-20], pp. 2059-2064 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900010&lng=pt&nrm=iso>.

MACHADO M.F.A.S., *et al.*. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):335-342, 2007

MACHIN R. *et al.*. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.11 [citado 2011-12-20], pp. 4503-4512. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200023&lng=pt&nrm=iso>.

MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ A. Dialógica, etnografia e educação em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 399-405, 2010.

MEYER D.E.E, *et al.* "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6):1335-1342, jun, 2006.

MITRE S.M., ANDRADE E.I.G., COTTA R.M.M. Avanço e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (8): 2071-2085; 2012.

MOURA S.M.S.R., ARAUJO M.F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 2004, vol.24, n.1 [citado 2012-01-31], pp. 44-55. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000100006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-9893.

MULLER R.C.F. **Por uma política feminista de desidentificação de homens com o sujeito universal**: considerações sobre a política nacional de saúde do homem. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 9: Diásporas, diversidades, deslocamentos. UFSC: Florianópolis, SC. 2010. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278293666_ARQUIVO_trabalho_completoRitaMullerazendogenero.pdf.

NASCIMENTO A.R.A., TRINDADE Z.A., GIANORDOLI-NASCIMENTO I.F. Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. **Psico-USF (Impr.)** [online]. 2011, vol.16, n.2 [citado 2011-12-20], pp. 203-213. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712011000200009&lng=pt&nrm=iso>.

OMS (Organización Mundial de la Salud), 1981. **Preparación de Indicadores para Vigilar los Progresos Realizados en el Logro de la Salud para Todos en el Año 2000**. Ginebra: OMS.

Pinafo E, *et al.*. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2 p. 201-221, jul./out.2011

PINEAULT R., DAVELUY C. Les indicateurs d'utilisation des services de santé. In: _____, editors. **La planification de la santé: concepts, méthodes et stratégies**. Montréal. Agenced'Arc; 1986. p. 191 - 202.

PINHEIRO R.S., VIACAVA F.; TRAVASSOS C. *et al.*. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 687-707, 2002.

Ramos D.D., Lima M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [serial on the Internet]. 2003 Feb [cited 2013 Apr 27] ; 19(1): 27-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100004>.

SANCHEZ R.M., CICONELLI R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Pan. Salud Publica**. 2012; 31(3): 260-268

SANTOS I.M.V., SANTOS A.M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev. de Salud Pública**. Vol13 (4), Agosto 2011.

SCHOLZE A.S., DUARTE JUNIOR C.F., FLORES E SILVA Y. Health work and the implementation of user embracement in primary healthcare: affection, empathy or alterity?. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.303-14, out./dez. 2009.

SCHRAIBER L.B., *et al.*. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Maio 2010, vol.26, no.5, p.961-970.

SEPÚLVEDA OLIVEIRA L., NASCIMENTO ALMEIDA L.G., SEPÚLVEDA OLIVEIRA M.A., *et al.*. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciênc Saúde Colet.** 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63024420021>. Acesso em 27 de abril de 2013.

SOLLA J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, 5 (4): 493-503, out/dez, 2005.

SOUZA E.C.F *et al.*. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, suppl.1 [citado 2011-12-20], pp. s100-s110. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=pt&nrm=iso>.

SPOSATI A.; LOBO E. Controle social e políticas de saúde "Controle Social e Políticas de Saúde". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 4, Dec. 1992 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000400003&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Ago. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000400003>.

TAKEMOTO M.L.S., SILVA E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2007; 23(2):331-340.

TESSER C.D., POLI NETO P., CAMPOS G.W.S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva Coletiva**, 15 (supl. 3): 3615-3624, 2010.

TRAVASSOS C., MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S190-S198, 2004

TRAVERSO-YÉPEZ MA. Dilemmas on Health promotion in Brazil: considerations on the national policy. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, - Comunic., Saúde, Educ. v.11, n.22, p.223-38, mai/ago 2007.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement.** Ann Intern Med. 2012 Jul 17;157(2):120-34. **PubMed**. Disponível em [http://annals.org/article.aspx?articleid=1216568]

UK NATIONAL SCREENING COMMITTEE. **The criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriate ness of a screening programme. Health Departments of the United Kingdom.** 1998. Disponível em <www.nsc.nhs.uk/pdfs/criteria.pdf >.

VERDI M., CAPONI S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva da bioética. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.14, n.1, p.82-8, 2005.

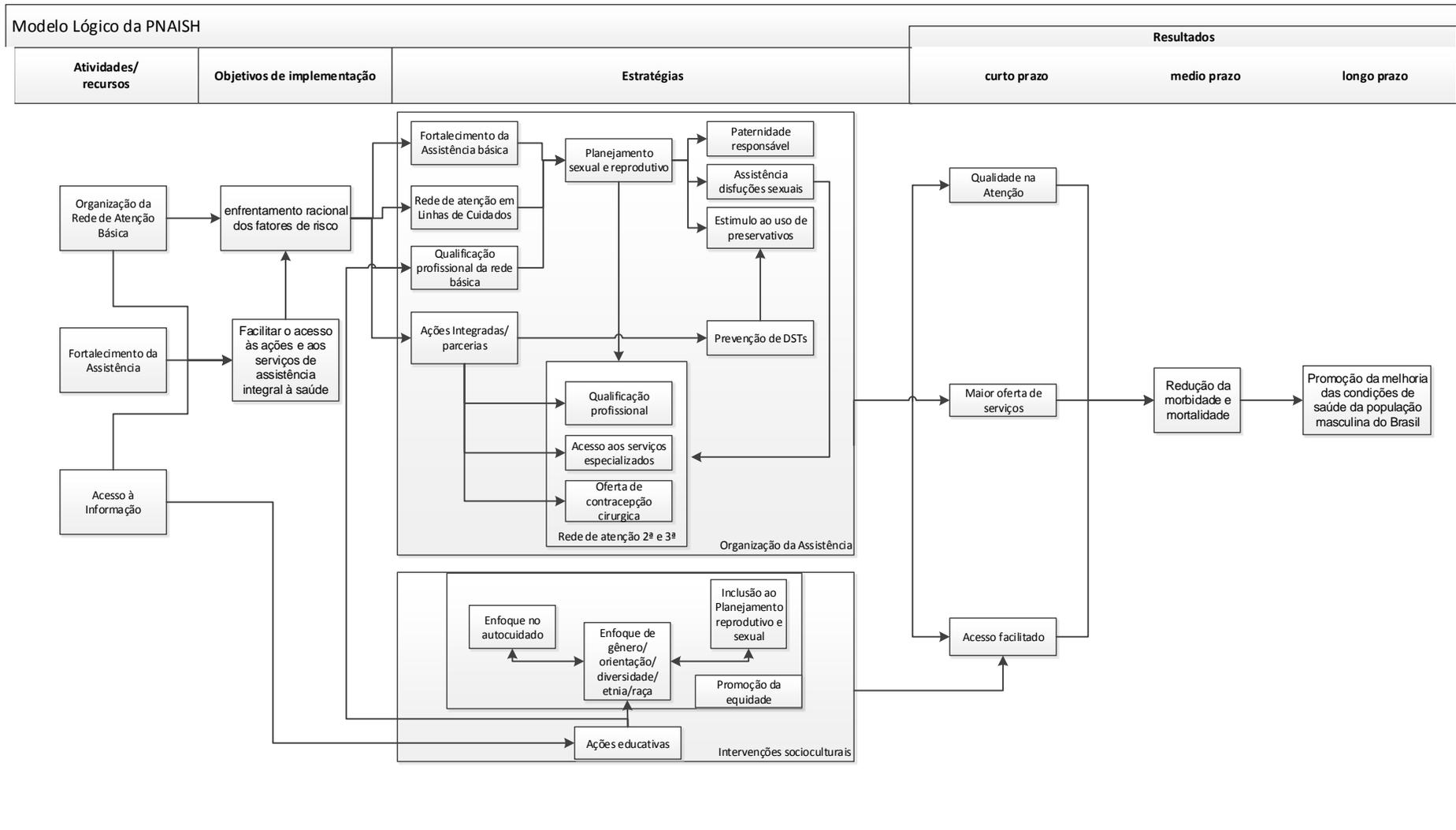
WAKEFIELD M.A., LOKEN B., HORNIK R.C. Use of mass media campaigns to change health behavior. **Lancet**: 2010; 376: 1261–71. Published Online. October 7, 2010.

WHITE A., WITTY K. Men's under use of health services – finding alternative approaches. **Journal of Men's Health**. Vol. 6, No. 2, pp. 95–97, June 2009.

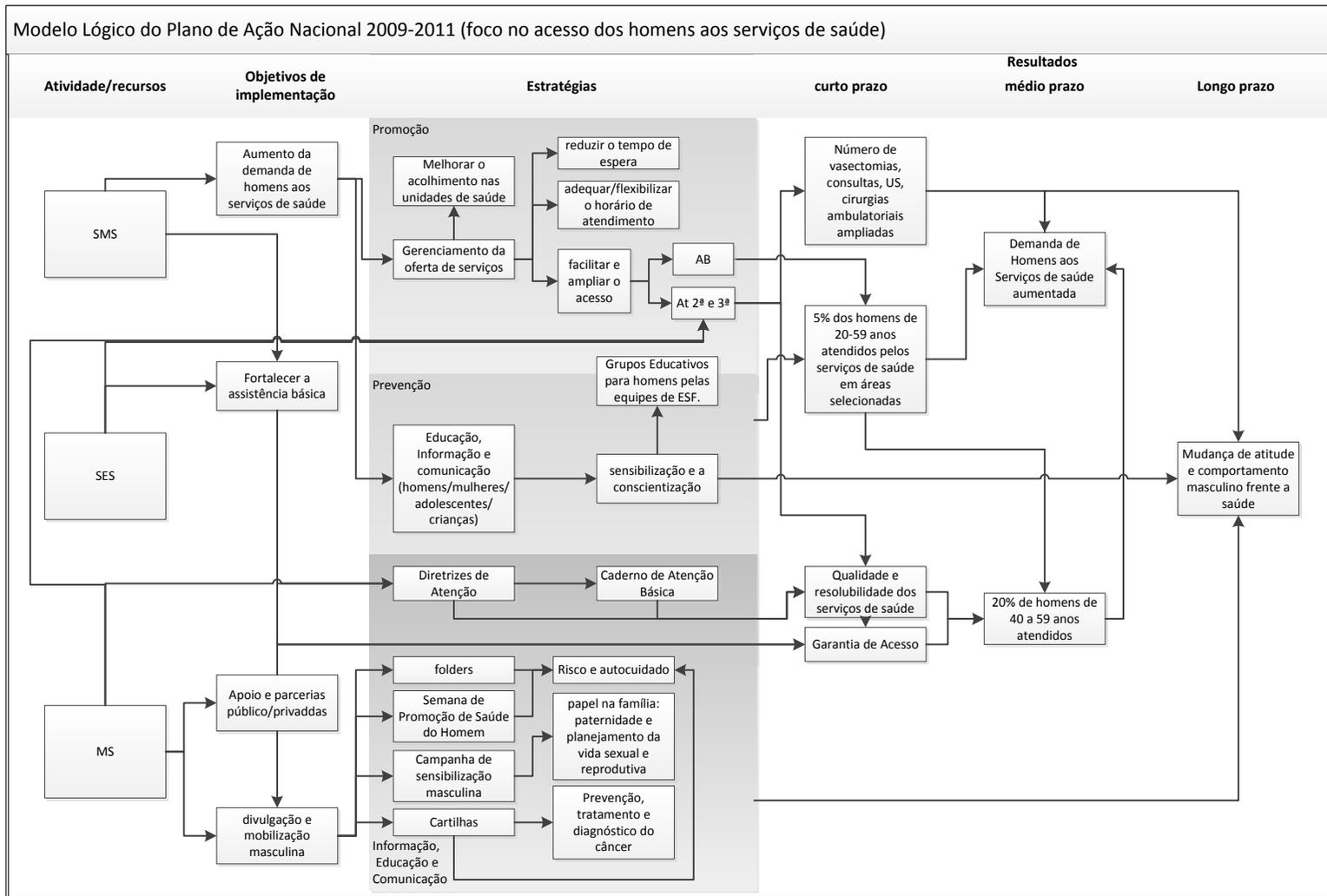
WILKINS D., PAYNE S., GRANVILLE G., BRANNEY P. **Gender and access to health services study**: final report. London: Department of Health; 2008.

/ ANEXOS

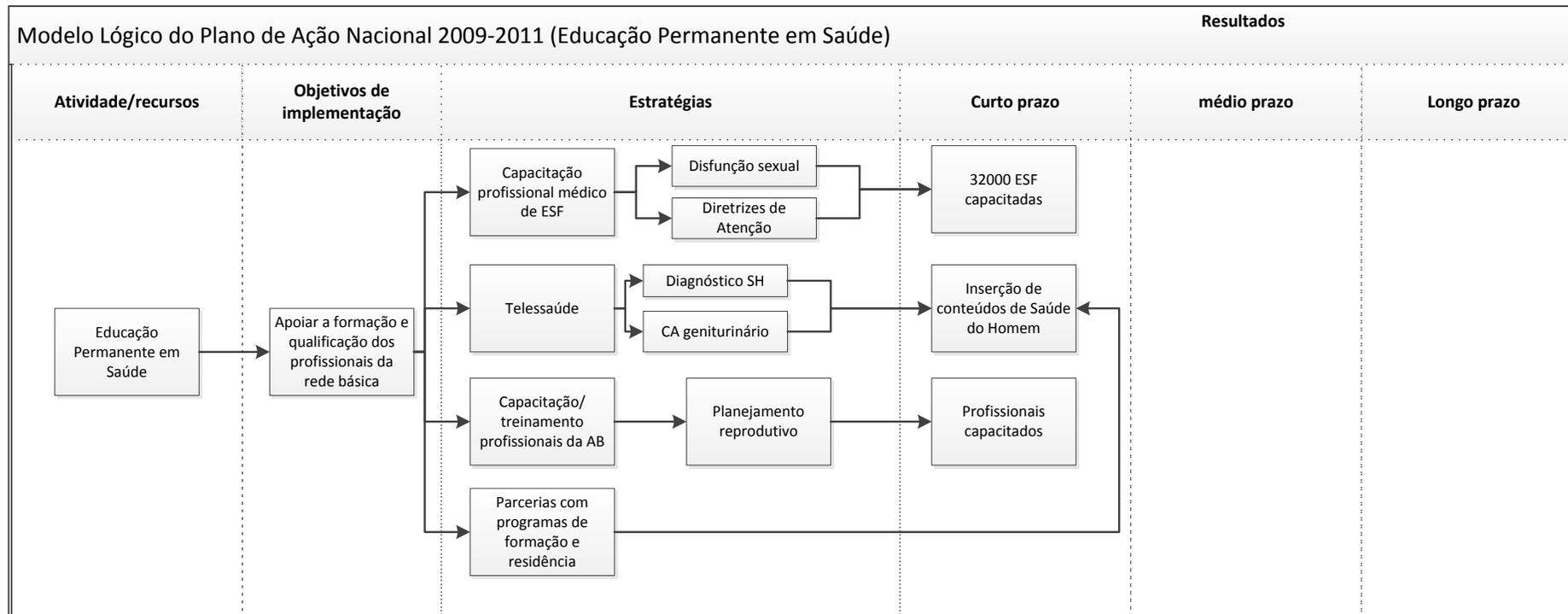
ANEXOS



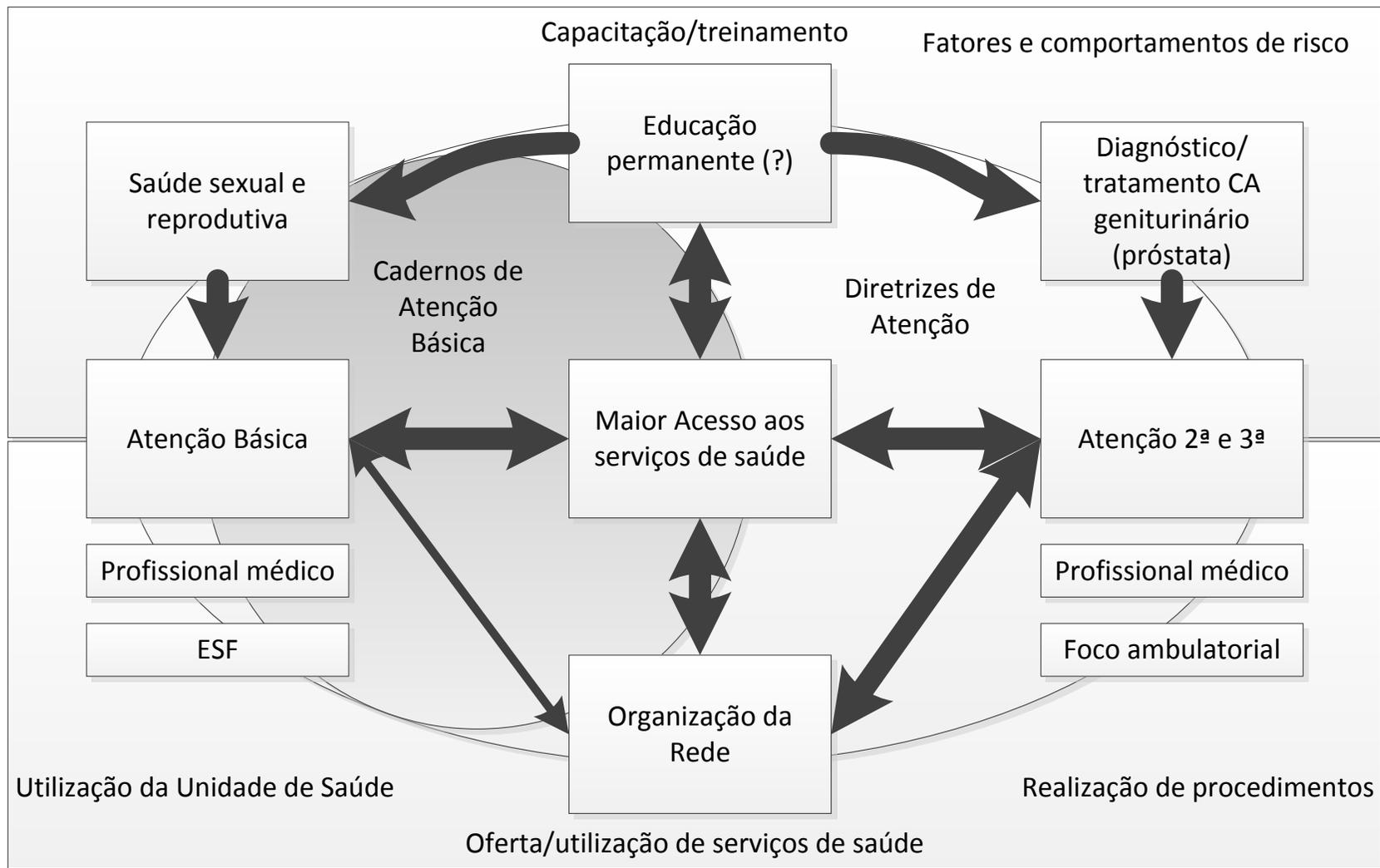
ANEXO A – Modelo Lógico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.



ANEXO B- Modelo Lógico do Plano de Ação Nacional 2009-2011, com foco no acesso de homens ao serviço de saúde.



ANEXO C – Modelo lógico da Educação Permanente em Saúde no PANSH 2009-2011.



ANEXO D – Modelo lógico dos objetivos principais do PANSH 2009-2011.

ANEXO E – Plano de Ação Nacional (2009-2011).

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Disque Saúde
0800 61 1997
Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério
da Saúde



**Política Nacional de Atenção Integral
à Saúde do Homem**

Plano de Ação Nacional

2009-2011

ANEXO F – Materiais infográficos

www.saude.gov.br
DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

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

Dê atenção à sua saúde

- Adote uma alimentação saudável
- Não fume e evite bebidas alcoólicas
- Pratique exercícios físicos
- Procure a unidade básica de saúde mais próxima

**HOMEM
QUE SE
CUIDA
NÃO PERDE
O MELHOR
DA VIDA**

**HIPERTENSÃO
DIABETES
TABAGISMO
ALCOOLISMO
CIRROSE**

SUS 30 ANOS
Ministério da Saúde
BRASIL
UM PAÍS QUE CUIDA DE VOCÊ
GOVERNO FEDERAL

A) Frente do flyer.



B) Cartaz.



C) Frente e verso do flyer.

ANEXO G – Capa do Caderno da Política

