



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARCOS GONÇALVES DE SOUZA

**A SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM NOVA
BRASÍLIA – CAMPINA GRANDE - PB**

**CAMPINA GRANDE- PB
2016**

MARCOS GONÇALVES DE SOUZA

**A SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM NOVA
BRASÍLIA – CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido ao Departamento de
Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba em cumprimento
à exigência para obtenção do grau de
Bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Prof.^a. Dra. Alessandra Ximenes da Silva

**CAMPINA GRANDE- PB
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S729s Souza, Marcos Gonçalves de
A saúde do homem na estratégia saúde da família em Nova
Brasília – Campina Grande - PB [manuscrito] / Marcos Gonçalves
de Souza. - 2016.
21 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, 2016.
"Orientação: Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva,
Departamento de Serviço Social".

1. Saúde do homem. 2. Estratégia saúde da família. 3.
Política de saúde do homem. 4. Serviço social. I. Título.

21. ed. CDD 362.1


MARCOS GONÇALVES DE SOUZA

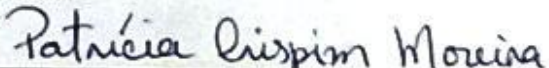
**A SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM NOVA
BRASÍLIA – CAMPINA GRANDE - PB**

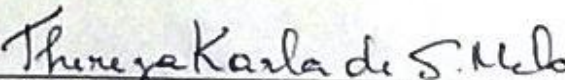
Trabalho de Conclusão de Curso submetido
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba em
cumprimento à exigência para obtenção do
grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 03/11/16

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dra. Alessandra Ximenes da Silva
Departamento de Serviço Social - UEPB
Orientadora


Prof.^a Me. Patricia Crispim Moreira
Departamento de Serviço Social - UEPB
Examinadora


Prof.^a Me. Thereza Karla de Sousa Melo
Departamento de Serviço Social - UEPB
Examinadora

Campina Grande-PB
2016

A Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família em Nova Brasília – Campina Grande – PB.

RESUMO

O trabalho analisa a política de saúde do homem e como essa vem sendo implementada na estratégia de saúde da família “Wesley Cariri Targino” em Nova Brasília, Campina Grande/Paraíba. Para tanto, leva-se em consideração a política nacional de atenção integral à saúde do homem. Foram utilizadas pesquisa bibliográfica e a documental, assim como, a observação no campo durante o estágio supervisionado em Serviço Social no período de junho 2014 a junho de 2015. Para dar conta da temática, tratou-se sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira, a construção da política de saúde e a implementação da política de saúde do homem na estratégia saúde da família. O estudo aponta a incipiência da implementação da política havendo necessidade de uma melhor organização de serviços de saúde e também a realização de trabalho educativo para a população masculina na perspectiva de abordar e debater os preconceitos ainda existentes sobre o tema na sociedade brasileira.

Palavras-chaves: Saúde do Homem; Estratégia Saúde da Família; Política Nacional Integral à Saúde do Homem.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho analisa a política de saúde do homem e como essa vem sendo implementada na estratégia saúde da Família (ESF) Wesley Cariri Targino UBSF Nova Brasília, Município de Campina Grande/PB. O interesse pelo tema surgiu a partir do estágio supervisionado em Serviço Social, realizado no período de 2014 a 2015, através de pesquisa bibliográfica e observação no referido campo de estágio.

Para tal análise, fez-se necessário abordar a Reforma Sanitária Brasileira, ou seja, o processo de construção da Política de Saúde no Brasil, a partir, principalmente, da década de 1980.

Quatro aspectos são fundamentais para a realização dessa análise. O primeiro foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Várias contradições ocorreram no processo de implantação dessa política no Brasil, apontando desafios para ser a porta de entrada também dos homens no serviço de saúde.

O segundo refere-se à discussão do gênero na sociedade brasileira. A construção da masculinidade trata de estereótipos de homem e mulher, construídos historicamente,

socialmente e culturalmente, mostrando rebatimentos no processo de adoecimento e mortalidade da população masculina.

O terceiro aborda a Política Nacional Integral de Saúde do Homem, seus princípios e diretrizes junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O último aspecto trata da nossa experiência no campo de estágio, com o objetivo de analisar a política de saúde do homem e como essa vem sendo implementada na Estratégia Saúde da Família (ESF) através das ações e serviços especificamente destinados à população masculina, dentro dos princípios e diretrizes da Política Nacional Integral de Saúde do Homem, sua implementação e contribuição. Também observamos os aspectos que configuram-se obstáculos ao acesso na instituição.

Para tanto, foram realizadas pesquisas bibliográfica e documental, no que diz respeito à Reforma Sanitária Brasileira e à política de saúde do homem, tendo como referência a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Foi também realizada a observação no campo de estágio. Estas foram devidamente registradas no diário de campo.

Nosso estudo aponta principalmente a necessidade de priorizar a Política de Saúde do homem nos serviços de saúde. Aponta-se a necessidade de haver uma estrutura para o atendimento, uma melhor organização dos serviços e também a realização de um tratamento educativo junto à população masculina com o objetivo de trabalhar os preconceitos existentes na sociedade brasileira sobre a questão.

2. A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Na década de 1980, o direito à saúde era para aqueles cidadãos que contribuía para o Sistema do Instituto Nacional de Previdência Social, prevalecendo assim a lógica da cidadania regulada. Em momentos de intensas mudanças, pretendia-se mais que uma reforma setorial, mas sim, uma reforma social, para que o anseio do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania do país. Com a participação de novos protagonistas, na busca da redemocratização do país, buscava-se na área da saúde uma nova assistência, com base democrática e universal, visando construir um projeto de Reforma Sanitária, dando prioridade a estrutura de um Sistema Único de Saúde (SUS) (BRAVO, 2001). Participaram desse processo: os profissionais de saúde; o Centro de Estudo de Saúde (CEBES); os Movimentos Sociais Urbanos e partidos políticos de esquerda. Dentre as principais reivindicações propostas pela Reforma Sanitária foram, de acordo com (BRAVO) apud Montinelli (2011 p.18):

- A compreensão de saúde como um direito de todos e dever do Estado;
- Implantação de um Sistema Unificado de Saúde;
- Universalização do acesso à saúde;
- A descentralização, vindo privilegiar o planejamento e administração das esferas locais, obedecendo cada nível de governo;
- A participação e controle do poder local com os conselhos de saúde e o financiamento.

Foi com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 com a participação do setor de saúde, gestores e da sociedade organizada, que se propôs a proteção social, com a garantia do direito à saúde integral. A saúde define-se, assim, não só pela ausência de doença, mas pelas condições de alimentação, habitação, educação, trabalho e lazer e o acesso aos serviços de saúde.

O movimento da Reforma Sanitária apresenta algumas proposições, entre as quais se destacam: 1) A saúde como um direito de todos os cidadãos, independentemente de ter contribuído ou não, ser trabalhador ou não trabalhador, defendia a não discriminação ou exclusão de qualquer cidadão ao acesso à assistência pública de saúde; 2) as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo, integrado em um único sistema; 3) e a descentralização da gestão financeira e administrativa que viesse a aproximar-se do controle social e das ações de saúde.

A Conferência teve como temas centrais: a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde; o financiamento setorial, expondo a necessidade de estrutura tanto do Sistema Único de Saúde, bem como fazer a Reforma Sanitária Brasileira (BRAVO, 2001).

Com a Constituição de 1988, incorporou-se parte das propostas do movimento sanitário, à saúde passa a ser concebida como um direito e não mais como favor, tendo como base a promoção, a proteção, a prevenção e a recuperação da saúde. Contudo, percebe-se alguns dilemas e retrocessos quanto a sua implementação diante da conjuntura social, política e econômica de crise e as propagações dos ideais neoliberais a partir dos anos de 1990.

2.1 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Com a Constituição de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como direito social, em seu artigo 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado. Esta conquista foi proveniente das diversas lutas e esforços por parte do Movimento da Reforma Sanitária. Em 1988 Foi promulgada, a Constituição reconhecendo a saúde como direito social.

O artigo 196 da Constituição Federal, diz que é dever do Estado e seria garantido mediante políticas econômicas e sociais, visando a redução de riscos e doenças e de outros agravos universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

As ações e serviços em saúde podem ser organizadas em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população e evitar a fragmentação das ações em saúde.

A regionalização é um dos princípios organizativos do SUS, que representa a articulação entre gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso a integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o SUS seria organizado a partir de três diretrizes: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. O SUS foi regulamentado através da Lei 8080/90. Que trata da promoção, proteção e recuperação da saúde, além de tratar sobre a organização e funcionamento dos serviços correspondentes. Com essa visão, a saúde passa a ter uma dimensão política maior, diretamente com articulação com a democracia, com a participação popular, planejamento, formulação, controle e deliberação das políticas, com subsídio para que a saúde fosse estruturada, transparente e condizente de acordo com a realidade dos sujeitos sociais.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2008, p55)

De acordo com Corbo (apud Montinelli, 2011) os princípios e diretrizes que orientam o SUS são: a universalidade, a integrabilidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização, a equidade, a participação popular.

O princípio da universalidade indica que todos os indivíduos possuem direito aos serviços públicos de saúde, livres de qualquer exigência, contribuição prévia ou quaisquer restrição.

O princípio da equidade indica que as ações devem ser orientadas pelo respeito aos direitos igualmente atribuídos à população, mas também considerar diferenças e desigualdades historicamente construídas. Requer políticas apropriadas e condizentes com a realidade dos sujeitos, possibilitando intervenções que levem em consideração às peculiaridades, diversidades e necessidades das pessoas, objetivando reduzir assim às desigualdades.

O princípio da integralidade das ações requer que os serviços sejam ofertados de modo que possibilite a proteção, a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, garantindo o acesso e a assistência de qualidade nos diversos níveis de atenção, evidenciando as problemáticas em sua totalidade, permitindo viabilizar uma atuação de forma interdisciplinar.

A lei esclarece que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a somatória da organização social e econômica de um país.

Desse modo, apresenta a concepção ampliada de saúde e de seus determinantes, o que possibilitou na construção do SUS, que consiste num conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo poder público (Art. 4º da constituição).

O direito à saúde, instituído na Constituição Federal de 1988, regulamenta-se pela Lei 8080/90, dispondo sobre a organização e funcionamento dos serviços, a qual foi permeada pelos vetos feitos pelo ex presidente Collor de Mello, nos artigos que tratavam do financiamento e da participação popular. Portanto, a Lei 8142/90, resgata as proposições referentes as transferências governamentais e do financiamento do campo da saúde que, juntamente com a Lei 8.080/90 irá compor a Lei Orgânica da Saúde (LOS), buscando assegurar a integridade das ações. Os serviços de saúde do SUS passaram a estruturar-se em três níveis de assistência à:

- Nível de atenção básica (primária); nível secundário e terciário. Quanto ao nível de atenção básica, é caracterizado por desenvolver ações de saúde de forma individual ou coletiva, com base na prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde. Seus serviços são prestados através de trabalho interdisciplinar, baseando-se numa relação de maior proximidade com os usuários, tendo como princípios fundamentais a comunidade, a participação popular e a humanização, com ênfase na Estratégia Saúde da Família, considerada como reorientadora do Modelo de atenção à saúde no País. (BRASIL, 2010).

- Nível secundário: assistência ambulatorial e especializada, fazendo parte dessa

atenção os serviços de maior densidade tecnológica. Realiza assistência clínica especializada, exames de diagnóstico em patologia clínica e radiologia, realização de procedimentos terapêuticos especializados, entre outras atividades. Por fim,

- Nível terciário (SOUZA, 2001): destaca que fazem parte desse nível os serviços e procedimentos especializados que envolvem tecnologias de alto custo.

O princípio da descentralização prevê que a administração da política pública de saúde se efetiva de acordo com os níveis de governo (Federal – Estadual - Municipal). As ações serão desenvolvidas em consonância com as diferentes esferas governamentais e articuladas por meio da regionalização e hierarquização que se objetiva proporcionar à população de uma área ou região de saúde delimitada o acesso aos serviços disponíveis na rede de saúde, compartilhando responsabilidades pela atenção à saúde da população entre gestores estaduais e municipais através de uma rede de serviços organizados em níveis de complexidade, para garantir que a população tenha o acesso a todo tipo de atendimento que for necessário.

O princípio da participação popular visa a gestão participativa, onde a sociedade civil passa a planejar, organizar, fiscalizar a política de saúde de acordo com a prioridade e necessidade de cada usuário. Esse direito é operacionalizado através de órgãos como: conselhos e conferências nas esferas de governo Federal, Estadual e Municipal.

Nos anos 1990, com as ideias neoliberais, contemplamos o redirecionamento do papel do Estado, destacando-se a redução do Estado na esfera social, expressando a deteriorização das políticas públicas. Este projeto neoliberal propôs à esfera pública (BRAVO, 2001) Com isso, a política neoliberal fere e mutila os direitos sociais e políticos conquistados antes pelos trabalhadores. Verifica-se, assim, o sucateamento na saúde, educação e na previdência, minando os espaços de representação da sociedade civil, vindo a comprometer os avanços e a concretizar os anseios da sociedade legalmente instituídos.

Em 2002, com a posse do presidente Luíz Inácio Lula da Silva, verificou-se que as propostas definidas por seu governo deram continuidade a contrarreforma do Estado, iniciada por Fernando Henrique Cardoso, ex-presidente, ferindo os direitos sociais conquistados, muito embora não se possa negar os avanços conquistados pelo governo Lula (SILVA, 2009).

Bravo (2009) destaca que havia uma expectativa que o governo Lula fortalecesse o projeto da Reforma Sanitária, no entanto, as políticas permaneceram sob custódia do mercado e continuaram fragmentadas. Nesse sentido, a concepção da seguridade social afirmada na Constituição de 1988 não foi atendida e as políticas de saúde, assistência e previdência continuam a conduzir-se de forma focalizada.

As conquistas no âmbito desse cenário, em especial no que tange à universalização, vão perdendo espaço para a privatização e focalização das ações nesta área. Além da tendência à refilantropização, impedindo a sociedade a contribuir ou mesmo assumir as responsabilidades dos custos com a saúde, a exemplo das Organizações Não governamentais (ONGS), e a utilização de cuidadores para realizar as atividades necessárias, como forma de poupar gastos. Observa-se nessa conjuntura que os preceitos constitucionais não estavam sendo efetivados e o governo federal relegava a regulamentação e fiscalização das ações em saúde.

Dessa forma, alguns autores (BRAVO, 2001; FAUSTO 2007) consideram que o sistema de saúde pública e mais especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), por ser um modelo específico de organização de atenção incentivado para as diferentes realidades do país, tem provocado críticas quanto a sua estrutura e efetivação, pois esta tem se configurado como um pacote mínimo, que atende basicamente situações emergenciais e de alto custo.

3. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi criada no Brasil pela portaria de nº 1944/2004. Essa política estabelece como prioridade a proteção à população jovem e adulta masculina, sendo lançada em 27 de agosto de 2009, no governo do então presidente Luíz Inácio Lula da Silva. A política foi desenvolvida entre os gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional. O documento citado passou por consulta pública, logo após foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em julho de 2009 (PNAISH, 2008 apud CARRARA, et al 2009).

A política foi elaborada através princípios, diretrizes e de objetivos, definindo responsabilidades institucionais e avaliações e monitoramento.

A política de atenção à saúde do homem a ser implantada no Sistema Único de Saúde vai muito além da prevenção do câncer de próstata e exige mudanças culturais. Os homens bebem, fumam mais e estão mais expostos aos riscos da inatividade física, consumo de gorduras e peso que as mulheres. A taxa de mortalidade é quinze vezes maior entre os 20 e 29 anos, em especial na violência (ROCHA, 2008, p.2)

Para reverter o quadro de morbimortalidade, o Plano de Ação Nacional (2009-2011) foi estruturado e formulado por gestores, sociedades médicas, universidades e sociedade civil, contemplando também a realização de projetos pilotos em 27 municípios selecionados pelo Ministério da Saúde, vindo a abranger estados e o Distrito Federal (BRASIL, 2008).

A humanização e a qualidade da atenção integral são princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Demanda serviços pautados na promoção, no reconhecimento da ética e dos direitos do homem, vindo a considerar as peculiaridades sociais, econômicas, culturais e políticas. Para que se cumpram esses princípios, necessita-se que considere os pré-requisitos:

1 – Captação precoce dos homens no cuidado de saúde; 2 – Capacitação dos profissionais de saúde; 3 – Acesso do público masculino aos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção; 4 – estruturar redes de serviços às diversas áreas do setor sanitário, governamentais ou não governamentais, setor privado e sociedade civil, de forma que todos sejam participantes da política e cuidado com a vida; 5 – Disponibilização de insumos, equipamentos e material educativo; 6 – Monitorar e avaliar os serviços desenvolvidos, assim como o desempenho dos profissionais na realização de suas atividades; 7 – Informação e orientação à população alvo, aos familiares e à comunidade sobre a saúde; 8 – elaboração e análise de indicadores que possibilitem os gestores verificar os impactos das ações e serviços de saúde, como forma de redefinir estratégias, em caso necessário (BRASIL, 2008, p.35).

Dentro dessa perspectiva, a política de saúde do homem apresenta diretrizes que precisam reger a elaboração de projetos, planos, atividades e programas. A referida política elabora suas diretrizes com base na integralidade, factibilidade (exequibilidade), coerência e viabilidade dos quais são destacadas:

a) As políticas de saúde devem ser orientadas pelos princípios da humanização e da qualidade; b) compreender a saúde do homem como um conjunto integrado de ações de promoção, prevenção, assistência, recuperação da saúde, devendo-se priorizar a atenção básica com foco na ESF; c) Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social; d) A execução da PNAISH deve estar articulada com as demais políticas, programas e projetos do ministério da saúde; e) efetuar ações numa perspectiva intersetorial, especificamente no campo da educação, como forma de propiciar a construção de novas formas de ser, pensar e agir; reorganizar as atividades da sociedade civil organizada com a co-responsabilidade das ações governamentais; g) Inserir na educação profissional permanente dos trabalhadores do SUS temas que se relacionem com a saúde do homem; h) reorganizar as atividades de saúde através de uma proposta inclusiva; i) aperfeiçoar os sistemas de informações que facilitem o processo de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas; j) desenvolver estudos e pesquisas que contribuam para a concretização das ações da PNAISH de forma mais efetiva (BRASIL, 2008, p..37)

A política nacional de atenção integral à saúde do homem trata de pontos relacionados com as barreiras sócio culturais e institucionais, as quais interferem no acesso da população masculina aos serviços de atenção e busca o acesso do público mediante a ESF, com fins de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais para intervenção.

No que se refere à barreira institucional, é notória a dificuldade nos serviços assistenciais. Onde tratados de forma breve, o documento enfatiza as chamadas “variáveis culturais”.

Estereótipos de gênero, enraizados na cultura patriarcal, produzem práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. “A doença é considerada sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua condição biológica. Julga-se invulnerável, o que contribui para que ele cuide menos de si, expondo-se à situações de risco” (PNAISH, 2008, p.6).

Destaca-se que a PNAISH explicita que a atenção à saúde do homem deve considerar masculinidades criadas na sociedade e suas heterogeneidades, pois fazem parte de um processo dinâmico de intensa e constante construção e transformação. A população masculina deve ser compreendida em suas diferenças por idade, local de moradia (seja urbana ou rural), situação carcerária, condição social e econômica, condição étnico-social, pela deficiência, orientação sexual e as diversas identidades de gênero. Tal aspecto é de suma importância, visando contemplar uma atenção integral e sem discriminação ou exclusão de raça, etnia, religiosa ou classe social, de forma a possibilitar uma atenção à saúde pautada na humanização e equidade (BRASIL, 2008).

Pontua-se que a política do homem não deve competir com a política da mulher, mas sim trabalhar em consonância com a busca da melhoria no atendimento e ampliação de recursos e maior divulgação da política, capacitando profissionais para melhor conhecer a política e trabalhar em conformidade com o que ela preconiza. Fundamenta-se em desmistificar preconceitos, ideologias dominantes que oprimem homens e mulheres, ideias que são transmitidas de pais para filhos e que continuam a reproduzir disparidades e perpetuar o termo machismo presente no ser homem, como também nas mulheres, contribuindo significativamente para a manutenção do status quo, pleno de injustiças, tanto nas relações homem-mulher, como entre etnias e classes sociais (SAFIOTTI, 1987).

Para se alcançar o avanço do SUS, não é bastante a regulamentação, é necessário superar a evidência biológica que historicamente esteve presente no setor da saúde. É necessário que se tenha uma visão de totalidade, dentro das políticas de saúde-doença, tratar

das enfermidades para além da saúde-doença. A concretização do acesso da população masculina aos serviços de saúde é um dos principais desafios a serem alcançados pela política de saúde do homem. Para que ocorra, é preciso a acessibilidade, interação, entre os usuários e os serviços. As necessidades de saúde e a oferta de procedimentos pelos serviços de saúde, pois a burocracia existente no atendimento para acessar e permanecer na rede de cuidados, pode criar barreiras a serem enfrentadas pelos usuários do SUS que também expressam um determinado grau de vulnerabilidade pragmática presente nas práticas de saúde e na organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

O planejamento de ações é importante para diagnosticar melhor a realidade social, conhecer as particularidades e o perfil da população das áreas de abrangência. É importante para afirmar o compromisso da integralidade que implica em estreitar a relação entre atenção básica e os outros níveis de atenção, atuando de forma contínua e complementar.

A categoria gênero em questão de saúde é importante no que diz respeito a possibilitar olhar além dos dados epidemiológicos e evidenciar os demais conceitos e elementos que cercam a problemática no cotidiano, além de suas maiores dificuldades e desafios ao acesso aos serviços pelo próprio homem. A política de atenção integral à saúde do homem vem traçar a categoria de gênero na sua análise, uma vez que, constata-se que o público masculino pouco procura os serviços de atenção básica através da ESF, só procurando quando as enfermidades estão bem complexas, precisando de altos custos para tratamento ou até mesmo sem solução.

A atenção básica ESF é lugar favorável para cuidar e reeducar esses homens. Vem a ser o canal de acesso dos homens aos serviços de saúde. É importante que os profissionais do setor sejam articulados com todos os profissionais envolvidos com reforço no trabalho interdisciplinar, como também dar prioridade às intervenções continuadas. É preciso que haja mudanças de atitudes e da auto percepção de homem em relação à sua saúde, chegando a procurar abandonar crenças e padrões de (in)vulnerabilidade, estes ancorados em valores sociais e culturais sobre o ser masculino na sociedade contemporânea.

Assim sendo, organizar uma rede de atenção à saúde, tendo a ESF como porta de entrada para os homens à atenção básica, implica em:

- Incorporar o homem no planejamento reprodutivo e no compartilhamento dos cuidados da saúde da família;
- Construir parcerias com a sociedade civil organizada para promover a saúde do homem, dentre outras iniciativas (RUSSO-CARRERA; FARO, 2009).

4. A POLÍTICA NACIONAL INTEGRAL SAÚDE DO HOMEM E A ESTRATÉGIA SAÚDE FAMILIAR.

Houve um avanço da municipalização na década de 1990, com um conjunto de medidas, no nível federal, com a finalidade de fortalecer a atenção básica em saúde e de estímulo à responsabilização dos municípios para com essas ações em sua extensão territorial. O Programa Saúde da Família (PSF), nesse contexto, torna-se uma estratégia fundamental e prioritária para a estruturação de sistemas municipais de saúde, objetivando orientar o modelo de atenção, bem como produzir novas dinâmicas nos serviços e ações da área da saúde, em especial na atenção básica (BRASIL, 1998 apud MONNERAT, et al 2006).

As principais iniciativas do Ministério da Saúde com o objetivo de promover uma reorganização na atenção à saúde com destaque para a atenção básica, se expressam através da criação do Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, com intuito de instigarem os municípios a adotarem propostas de organização da saúde no âmbito local, introduzindo a noção de cobertura integral à família (MATTA; FAUSTO, 2007).

Em 2006, através da portaria do Ministério da Saúde GM nº 648/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, passa a utilizar a denominação ESF, por concebê-la como a estratégia eleita para proporcionar a reorientação do sistema de atenção à saúde (CORBO; et al 2007).

A ESF constitui um dos pilares da saúde pública no Brasil, objetivando dar uma nova dinâmica ao SUS, com o foco na atenção básica, articulado com os demais níveis de atenção. A estratégia requer trabalho embasado numa equipe multidisciplinar, enfatizando a atenção à família, tendo como eixo de ação, além da prática curativa, a prevenção e promoção da saúde.

[O objetivo do PSF] é a organização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que vai além das práticas curativas (BRASIL, 1998 apud CORBO, et al 2007, p.86).

Autores como Bravo (2009), Souza, Moreira (2007) avaliaram a implementação da ESF e comungam da ideia que a ESF tem trazido avanços e contribuições à saúde pública no Brasil, em resultados positivos, alguns autores destacam:

- A satisfação dos usuários;
- Mudanças nas práticas profissionais;
- Atendimento mais humanizado;
- Um vínculo maior com a população atendida;
- Um trabalho interdisciplinar;
- Visão ampliada da saúde, tendo como alvo a intervenção à família e os elementos que a cercam, dentre outras conquistas.

Por outro lado, a ESF tem sido alvo de críticas quanto às suas reais contribuições e efetividade, a ESF tem se configurado como pacote mínimo para a população, uma vez que serve mais como uma estratégia de conter gastos, na perspectiva de diminuição do fluxo do atendimento nos níveis de média e alta complexidade. Critica-se também o grande número de famílias, sob responsabilidade de cada equipe (ocasiona sobrecarga profissional), compromete a atenção e acreta atendimentos pontuais e seletivos. Além de não garantir a formação acadêmica dos profissionais de saúde, ainda atrelado ao modelo biomédico, etc (MONNERAT; et al, 2006; SOUZA; MOREIRA, 2007).

Embora o SUS e a ESF apresentem como prioridade um conceito ampliado de saúde, o modelo biomédico ainda predomina nas práticas de saúde. Grande parte dos profissionais está centrada na especialidade profissional, não tendo por base as especificidades e peculiaridades de demanda determinada, as singularidades territoriais e populacionais para melhor identificar a necessidade da população (WIESE, 2003 apud SILVA, 2009).

Observa-se que na ESF, como instrumento de reorientação do sistema de saúde, mesmo com os avanços constatados desde sua implementação, os atendimentos continuam focalizados e restritos. Tem direcionado e centralizado suas ações às populações mais vulneráveis, em detrimento dos outros, representando assim uma pulverização do princípio da universalidade do direito à saúde, um dos pilares centrais do SUS.

Segundo Figueiredo (2005), dissemina-se bastante a ideia de que nas UBSs os serviços são destinados quase que exclusivamente as mulheres, crianças, idosos, deixando o homem a mercê desse processo de cuidado com a saúde. Os serviços oferecidos são: ginecologia, planejamento familiar, métodos anticoncepcionais que são associados ao público feminino, deixando o homem excluído em suas ações. O autor mostra a baixa procura da população masculina nos serviços de atenção básica. “Assim, a identidade masculina estava associada à desvalorização do auto cuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Por outro lado,

diversas correntes reconhecem as UBSs como sendo a causa da dificuldade do acesso dos homens ao serviço” (BORGES, MONTINELLI, 2011, p. 22-26).

Quanto aos resultados positivos nos indicadores de saúde, destacam-se a “redução da taxa de mortalidade infantil, ampliação da cobertura vacinal e a queda na taxa de internação. A exemplo daquelas por acidente vascular cerebral, na população igual e acima de 40 anos e “a diminuição da taxa de internação por insuficiência cardíaca congestiva, na mesma faixa etária. Esse aspecto expressa os resultados positivos adotados no controle de hipertensão arterial” (BRASIL, 2005 apud SILVA, 2009, p.6).

A PNAISH busca fortalecer a promoção da saúde e a prevenção de agravos através de ações que sejam pensadas junto com os profissionais da atenção primária, em destaque os da ESF, pois essa se mostra de forma mais eficiente para acolher o homem. Além de promover no âmbito de suas competências a articulação intersetorial, apresentando, junto à comunidade e demais entidades civis, propostas para uma atenção à saúde do homem com qualidade e efetividade. A operacionalização de ações e atividades dirigidas a este grupo encontra dificuldades na sua organização relacionada com horários de atendimento e tempo de espera da assistência e o envolvimento dos profissionais responsáveis pelo atendimento, considerado feminilizado, caracterizando-se como uma barreira para a inserção e conseqüentemente resolubilidade dos seus problemas de saúde.

Objetiva a promoção de ações de saúde que venham contribuir significadamente para a realidade singular masculina nos seus contextos políticos, socioculturais e econômicos, respeitando os distintos níveis de desenvolvimento de organização dos sistemas locais de saúde, tipo de gestão, vindo a possibilitar a diminuição de problemas de saúde, especialmente os de mortalidade por doenças preveníveis e evitáveis, melhorando as condições de saúde dessa população. Tem como objetivo valorizar diretrizes que influenciam na melhoria das condições de vida dos indivíduos através de discussões sobre tabagismo, álcool, hipertensão, doenças de causas externas, com olhar para uma assistência pautada na promoção de saúde e prevenção da doença. A PNAISH abrange usuários masculinos de 25 a 59 anos de idade, com os eixos norteadores da violência, da morbimortalidade e da saúde sexual e reprodutiva.

São estes desafios que a atenção primária enfrenta para desenvolver ações para o homem, indagando quais os serviços e ações voltados para a população masculina na ESF. Para responder a essa indagação, é preciso identificar os serviços e ações de saúde, oferecidos aos homens na ESF, na perspectiva dos profissionais da saúde.

Para se efetivar ações dirigidas aos usuários masculinos na atenção primária, é preciso identificar quais as necessidades dos sujeitos frente aos serviços, a medida que o

reconhecimento das necessidades permite a organização de atividades e práticas de saúde, dada a partir da procura pelo usuário. A utilização de dispositivos que se vinculam a outros grupos predominantemente no contexto dos espaços de saúde, não possibilita a conquista do acesso masculino a esses serviços, em vista que os profissionais não consideram as concepções individuais de gênero dos sujeitos com as demandas trazidas pelos próprios homens ao fazerem uso do serviço. A invisibilidade do homem no serviço é consequência da incapacidade dos profissionais notarem os indivíduos como usuários e as questões trazidas por eles. As ações na ESF priorizam mulheres, crianças e idosos na cobertura de suas ações em virtude dessa linhagem o homem não consegue garantir seu espaço na unidade básica de saúde (UBS), pois os profissionais não estão habilitados e organizados para atender a essa nova demanda. A falta de conhecimento e experiência dos profissionais impede que sejam realizados enfoques e práticas de saúde para o homem, permanecendo incapaz de suprir as necessidades aos sujeitos como também práticas que alicerçam a sua ausência nos estabelecimentos de saúde. É evidenciado que os profissionais de saúde não consideram as necessidades de saúde do homem na sua singularidade, das especificidades masculinas e das suas relações sociais, podendo a atenção primária ser trabalhada mais eficientemente. As ações ofertadas ao homem, na maioria dos serviços de saúde, tem sido pautadas em atividades pontuais, para planejamento familiar e vinculação do sujeito ao programa de hipertensão e diabetes (hiperdia).

Durante o estágio na unidade básica de saúde (UBS) Nova Brasília, Campina Grande/PB, ano de 2014-2015, tivemos a oportunidade de observar as ações e serviços da instituição referida. No decorrer da observação participante, observou-se que as ações desenvolvidas eram ineficazes às singularidades masculinas: haviam práticas de cunho assistenciais, ambulatoriais e solicitações de exames, as quais não se apresentavam como estratégia de valorização da população masculina. Observamos que a ausência de atividades de promoção e prevenção à saúde, dificulta a formação de vínculos entre profissionais e homens, vindo a acarretar na invisibilidade da população masculina no espaço de saúde.

As ações presenciadas foram: programas de hiperdia, exames de HIV, palestras sobre tabagismo e alcoolismo, as quais não se configuram como atividades específicas para o homem. No entanto, no mês de novembro, ocorre em caráter campanhista o “ novembro azul”, que direciona ações e serviços à população masculina. Evidencia-se que os profissionais não utilizam a PNAISH como instrumento de fortalecimento dos serviços de saúde. É preciso então que os mecanismos de promoção à saúde sejam inseridos nas práticas cotidianas dos profissionais a partir da capacitação à PNAISH, para que a mesma possa

também sensibilizar a gestão da saúde. Para tanto, a gestão necessita incluir no seu planejamento as necessidades da saúde do homem, vindo a possibilitar a melhoria do acesso à saúde masculina.

A equipe de saúde da instituição é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontologistas e assistentes sociais para que as ações e serviços de saúde sejam efetivadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante muito tempo, a preocupação em relação à saúde tem deixado a desejar e só recentemente é que tem havido pesquisas, debates e políticas públicas relacionadas com o propósito, a exemplo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

Em nosso estudo na ESF do Bairro nova Brasília, Campina Grande/Paraíba, pudemos observar que esta política é pouco desenvolvida na prática, devido aos inúmeros desafios da execução dos princípios e diretrizes que a política preconiza. Questões relacionadas à construção de gênero até os impasses à gestão do sistema de saúde constituem limites ao acesso do homem aos serviços de saúde. A construção da subjetividade masculina tem um impacto na saúde, o que contribui para desvantagens a termo de morbimortalidade dessa parcela da população, pois o cuidado da saúde para o homem não faz parte da socialização do sujeito do sexo masculino. Portanto, a atenção à saúde deve estar pautada também na perspectiva de gênero.

Com essa visão, os resultados da pesquisa bibliográfica e documental no estágio mostraram uma relação entre a baixa procura nos serviços de saúde pelos homens, associado ao modelo hegemônico de masculinidade devido à construção social e cultural. Ou seja, os atributos, os papéis impostos ao homem, como ser forte, viril, invulnerável, tem ligações diretas com o pouco cuidado e a procura dos serviços de saúde por parte da população masculina, vez que esta condição associava-se às mulheres e caso adotada por homens, poderia ser sinal de fraqueza, medo, poderia “ferir” a masculinidade socialmente construída e instituída.

Men's Health at 'Family Health Strategy' center from the district of 'Nova Brasília' – city of Campina Grande, state of Paraíba, Brazil.

ABSTRACT

The study examines men's health policy and how it is being implemented at Family Health Strategy Center 'Wesley Cariri Targino' in the district of Nova Brasília, Campina Grande/ Paraíba. Therefore, it takes into account the Brazilian national Policy of comprehensive men's health care. Literature and documental researches were used, as well as field observation during the supervised internship of Undergraduate Social Work studies from June of 2014 to June of 2015. In order to take account of the subject, the study treated on the process of the Brazilian Health Reform, on the construction of health policy and on the implementation of men's health policy within the Family health Strategy. Then, it showed that the policy implementation impact still needs a better organization on the services and also the execution of an educational work towards the male population in order to address and discuss the still existing prejudices on the subject in Brazilian society.

Keywords: Men's Health. Family Health Strategies. Brazilian National Policy of Comprehensive Men's Health Care.

REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. "História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz (2007): 29-60.
- BORGES, M. M. a Política de saúde do homem na estratégia de saúde da Família (ESF): uma análise da percepção dos profissionais e usuários atendidos na unidade básica de saúde da Família de monte Castelo, Campina Grande PB. (TCC – Graduação em Serviço Social). UEPB: CCSA, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde– **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº.1944 de 27 de agosto de 2009. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF): 28 de agosto de 2009: seção 1:1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF): 24 de outubro de 2011: seção 1:1.
- BRASIL .Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº.1944 de 27 de agosto de 2009. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**.Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF): 28 de agosto de 2009: seção 1, N. 165.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS. Uma construção coletiva. Plano Nacional de Saúde (PNS2008/2011)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 (Volume 9).
- BRAVO, MI, Maurílio Castro MATOS, Patrícia Simone Xavier ARAÚJO. **Capacitação de Conselheiros de Saúde: textos de Apoio**. Rio de Janeiro (2001).
- CARLOTO, Cassia Maria. "O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais." **Serviço Social em Revista**, Londrina 3.2 (2001): 201-213.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2009, 19.3: 659-678.

COUTO, Márcia Thereza, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2010.

CORBO, Anamaria D.; MOROSINI, Márcia Valéria GC; PONTES, AL de M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. **In: Modelos de Atenção e a Saúde da Família**, 2007, 69.

CRUZ. Fiocruz. Disponível em < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf> > Acesso em 10/10/2016 às 22:45 hrs.

CUNHA, JPP da; CUNHA, Rosani Evangelista. Sistema Único de Saúde: princípios. **Cadernos de Saúde**, 2001, 1: 11-26.

GOMES, Romeu. LEAL, Andréa F. KANAUTH, Daniela R. NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibebe. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Ciência. & Saúde Coletiva** [online], 17(10). 2012. P. 2589-2596.

_____, et al. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2011.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.41-66.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. **In: Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. 2007. p. 61-80.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Configuração Institucional e o papel dos Gestores no Sistema Único de Saude. **In: MOTTA, GC, PONTES, ALM A organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ**, 2007. P. 139-162.

MOURA, Erly Catarina de; LIMA, Aline Maria Peixoto; URDANETA GUTIÉRREZ, Maria Margarita. **Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da política nacional de atenção integral à saúde do homem. 2012.**

Portal Saúde. saude.gov.br/imagens/PDF/2014/maio/2011/CNSH-doc-Fortalecimento da PNAISH. PDF. 24/03/2016. 13:38.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A reforma sanitária e o sistema único de saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de estudos em segurança pública (NESP). **In: Incentivo a participação**

popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasil: Ministério da Saúde, 1998. P.7-17.