



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**PLANEJAMENTO, GESTÃO E AÇÕES DE SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

LEONARDO PEIXOTO PEREIRA

**JEQUIÉ- BAHIA
2013**

LEONARDO PEIXOTO PEREIRA

**PLANEJAMENTO, GESTÃO E AÇÕES DE SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, área de concentração em Saúde Pública, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adriana Alves Nery.

**JEQUIÉ - BAHIA
2013**

P492 Pereira, Leonardo Peixoto.
 Planejamento, gestão e ações de saúde do homem na
estratégia de saúde da família/Leonardo Peixoto Pereira.- Jequié,
UESB, 2013.
 100 f. il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Programa de pós-graduação em Enfermagem e
Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013.
Orientadora: Profª. Drª. Adriana Alves Nery.

1. Saúde do homem 2. Saúde da família – Programa 3. Saúde –
Planejamento 4. Saúde – Gestão 5. Política de saúde I.
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 614.2

FOLHA DE APROVAÇÃO

PEREIRA, LEONARDO PEIXOTO. **Planejamento, gestão e ações de saúde do homem na estratégia de saúde da família.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Jequié, Bahia.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. DSc. Adriana Alves Nery

Orientadora e Presidente da Banca examinadora

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof^a. DSc. Mariza Silva Almeida

Universidade Federal da Bahia

Prof. DSc. Wagner dos Santos Figueiredo

Universidade Federal de São Carlos

Jequié/BA, 06 de Janeiro de 2013.

À minha primeira professora, minha avó, Maria Rodrigues da Silva que pacientemente me orientou, pegou na minha mão, cortou, colou, rabiscou, somou, subtraiu, multiplicou, dividiu e fez muito “beabá” comigo durante todas as manhãs dos primeiros anos da minha jornada de formação educacional.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela companhia inabalável, pela presença constante da sua divina luz em minha vida, na minha casa e na minha família. Pela força não visível, mas perceptível, quase como um escudo, como um abraço, como um impulso, uma verdadeira proteção durante toda a luta diária. Deus no comando!

Aos meus pais Jorge Peixoto Silva e Vilma Santos Pereira e Peixoto por não se cansarem nunca, realmente nunca, de serem pais, de acordarem cedo todos os dias, meses e anos ininterruptos, para trabalharem honestamente em prol de uma família que foi construída com amor, respeito, humildade e confiança.

Aos meus irmãos Thiago e Renata por estarem do meu lado em cada passo trilhado. Longe ou perto estaremos juntos para o que der e vier.

À vó Maria, tia Gal, tia Neuza, tio Ademar e Vanessa por serem quem são e por estarem sempre dispostos a ajudar a família Peixoto seja qual for a situação!

À Dandara por todo amor a mim dedicado durante todos esses anos.

Aos meus amigos Bartolomeu, Renato, Raniere, Caio e Tarso por estarem ao meu lado durante todos os desafios enfrentados na minha formação acadêmica, bem como nas alegrias e dificuldades enfrentadas na minha vida, além do que agradeço a todos os demais amigos que fazem parte dos momentos mais importantes do meu caminhar.

À minha orientadora Adriana Alves Nery por ser um exemplo de competência profissional, por conseguir sempre, em poucas palavras, mínimos detalhes, traçar um caminho melhor para o estudo que desenvolvemos e por proporcionar um momento ímpar na formação de um professor no estágio de docência. Em poucas palavras, somente o fato de conviver com a senhora é um aprendizado profissional, muito obrigado!

Ao professor Cezar, à Professora Alba e aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB por estarem sempre solícitos às nossas demandas, às nossas dúvidas ou inquietações.

Aos colegas da turma do mestrado que compartilharam comigo muitos desafios, momentos difíceis, mas também muitas alegrias e risadas, obrigado pessoal!

Aos companheiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU - 192 - Salvador pela convivência, pelo aprendizado, pela luta diária, pelo incentivo e por toda ajuda! Vocês somam uma peça fundamental na minha conquista, muito obrigado.

À Mariza Silva Almeida e ao Wagner dos Santos Figueiredo, muito obrigado pela valiosa contribuição, aos entrevistados e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação.

“A paz do coração é o paraíso dos homens.”
(Platão)

Deus, um raio, uma faísca do Vosso amor pode abrasar a terra. Deixa-nos beber nas fontes dessa bondade fecunda e infinita e todas as lágrimas secarão, todas as dores acalmar-se-ão. Um só coração, um só pensamento subirá até Vós como um grito de reconhecimento e amor.

(Cáritas)

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar a situação do planejamento, da gestão e das ações de saúde diante da perspectiva de implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié-Bahia. Tratou-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, aprovado sob o nº 13012213.5.0000.0055 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia realizado na Secretaria Municipal de Saúde e nas Unidades de Saúde da Família do município. Os sujeitos do estudo foram os gestores municipais dos serviços de saúde, os profissionais de saúde de nível superior e os homens na faixa etária de 25 a 59 anos. As informações foram coletadas e os resultados foram submetidos a análise de conteúdo, modalidade temática, e emergiram duas categorias: Planejamento e Gestão da Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família e Processo de Implantação da Política de Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família e cinco subcategorias: Aspectos intrínsecos do Planejamento e da Gestão; Aspectos intrínsecos da oferta dos serviços de atenção à Saúde do Homem; Dificuldades; Facilidades e Perspectivas apontadas para implantação da política de atenção à saúde do homem. A partir das falas dos participantes do estudo ficou evidenciado que não há atividades desenvolvidas para atender os homens; a gestão dos processos de implantação da atenção à saúde do homem encontra-se em estado de incipiência; há o reconhecimento da necessidade de reorganização gerencial e estrutural para que seja viável a adesão às estratégias de atenção à saúde masculina; é premente a necessidade de capacitação dos formuladores de políticas e dos profissionais e de sensibilização dos usuários quanto à atenção à saúde do homem, além do que foram elencadas as dificuldades, facilidades e perspectivas acerca da possibilidade de implantação da atenção à saúde do homem no município. Assim, salientamos que é preciso ampliar o diálogo e reorganizar a as estratégias de planejamento e gestão para compreender as reais necessidades da população masculina e articular com todos os atores envolvidos a implantação das ações de atenção à saúde do homem.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Programa Saúde da Família. Planejamento em Saúde. Gestão em Saúde. Política de Saúde.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the situation of planning, management and health actions at the prospect of implementing the Policy for Integral Attention to Men's Health in Family Health Strategy in Jequié. This was a qualitative study, descriptive and exploratory approved under No. 13012213.5.0000.0055 by the Ethics in Research of the State University of Southwest Bahia held in Municipal Health and the Family Health Units of the municipality. The study subjects were city managers of health services, health professionals and men aged 25-59 years. Data were collected performed the analysis of thematic content, so that two categories emerged: Planning and Management of Health Care of the Man in the Family Health Strategy and Policy Deployment Process for Health Care of the Man in the Family Strategy and five subcategories discussion: Intrinsic aspects of Planning and Management; intrinsic aspects of the provision of care services to Men's Health; Difficulties; facility and Prospects for implementation of policy attention to men's health. The information showed that there aren't activities to meet men, that the management of the implementation process of health care man is in a state of incipient, there is recognition of the need to reorganize the management system and structure for viable adherence to strategies of attention to men's health, that there is an urgent need for capacity building of policy makers and practitioners and users' awareness regarding the health care of man, beyond what was listed difficulties, facilities and perspectives of respondents about the possibility of implementation of men's health care in the city. Thus, we emphasize that it is necessary to expand the dialogue and reorganize planning strategies and management to understand the real needs of the male population and articulating with all stakeholders implementation of the actions of health care for the man.

Keywords: Men's Health. Family Health Program. Health Planning. Health Management. Health Policy.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNH	Política Nacional de Humanização
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
USF	Unidades de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Relação das USF, número e localização de ESF de Jequié - BA, 28
2013.
- Quadro 2:** Caracterização dos profissionais de saúde, sujeitos da pesquisa. 29
Jequié - BA, 2013.
- Quadro 3:** Relação dos profissionais capacitados para atuarem na ESF e 31
sobre a Atenção Integral à Saúde do Homem. Jequié - BA, 2013.
- Quadro 4:** Caracterização dos usuários, sujeitos da pesquisa. Jequié - BA, 32
2013.
- Quadro 5:** Relação das Categorias e Subcategorias de análise das 36
informações obtidas dos sujeitos da pesquisa. Jequié - BA, 2013.

SUMÁRIO

1 DELINEAMENTO DA PROPOSTA DE ESTUDO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO: A SAÚDE DO HOMEM E OS PROCESSOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO	17
2.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DO HOMEM NO BRASIL E A PNAISH	17
2.2 A SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	19
2.3 A SAÚDE DO HOMEM E OS PROCESSOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO	22
2.4 MASCULINIDADE, QUESTÕES DE GÊNERO E ATENÇÃO À SAÚDE	26
3 METODOLOGIA	29
3.1 TIPO DE ESTUDO	29
3.2 CAMPO DE ESTUDO	29
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA	30
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	35
3.5 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE INFORMAÇÕES	36
3.6 TÉCNICAS DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	37
4 RESULTADOS	40
4.1 MANUSCRITO 01: PLANEJAMENTO, GESTÃO E AÇÕES DE SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	41
4.2 MANUSCRITO 02: ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: LIMITES E POSSIBILIDADES	64
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
6 REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	92
ANEXOS	100

1 DELINEAMENTO DA PROPOSTA DE ESTUDO

As décadas finais do século vinte tornaram-se um palco de discussões acerca dos sistemas de saúde em vigência. Para reordenar a lógica da oferta de serviços, bem como superar os entraves e os desafios da atenção de qualidade à saúde da população, entendeu-se que é fundamental reconhecer a necessidade dos sujeitos imersos em culturas diversas, promover escuta diferenciada, de modo a inserir os valores e os direitos das populações nas estratégias de gestão e nos processos de trabalho, de tal forma que sejam superados os tradicionais modelos de gestão dos serviços de saúde no Brasil (BOSI; MARTINEZ, 2010).

Para esta reorientação o Brasil sustenta-se na Política Nacional da Atenção Básica - PNAB, que é considerada um conjunto de ações que fomentam a promoção, a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, à reabilitação e manutenção da saúde em caráter individual e coletivo. Esta deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, de modo a caracterizar-se como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, além de considerar a singularidade, o meio sociocultural do usuário e ter como estratégia prioritária a Estratégia de Saúde da Família - ESF (BRASIL, 2012).

Alinhada a PNAB está a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) lançada no ano de 2009, que junto à primeira soma forças em busca de uma atenção integral à saúde, mediada por estratégias de humanização, fortalecendo assim as ações e serviços em redes de cuidados da saúde (BRASIL, 2009a).

No que diz respeito ao foco de ação da PNAISH, a pirâmide etária brasileira revela que na faixa etária de 0-19 anos há um predomínio da população masculina, entretanto a partir dos 25 anos a população feminina supera a masculina em todas as faixas etárias (IBGE, 2010). Entende-se, deste modo, que o envelhecimento populacional tem apresentado como característica: a feminilização, mesmo nascendo mais homens no Brasil, visto que estes estão morrendo em maior número do que as mulheres e de forma cada vez mais precoce (LOURENÇO; LINS, 2010).

A referida mortalidade se distribui em eixos causais que variam em magnitude a depender da faixa etária. Na faixa de 20 a 59 anos o maior número de mortes ocorrem por causas externas; doenças do aparelho circulatório; neoplasias; doenças

do aparelho digestivo e doenças infecciosas e parasitárias. Entre os 30 e 39 anos a maioria das mortes também ocorrem por causas externas; doenças do aparelho digestivo seguido das infecciosas e parasitárias. Dos 40 aos 49 anos ainda predominam as causas externas de morbidade e mortalidade, seguida das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias. Entre os 50 a 59 anos, as principais causas são as neoplasias; as doenças do aparelho circulatório e por último as causas externas (SCHWARZ, et al., 2012).

Mesmo diante da maior mortalidade masculina quando comparado à feminina, há uma menor procura pelos serviços de saúde por estes sujeitos. Acredita-se que este fenômeno advém da criação social do homem, visto que o cuidado não é tratado como uma prática da saúde masculina, de modo que amarras culturais e o imaginário do que é ser homem aprisionam o indivíduo. Tais fatores podem vir a prejudicar a prevenção em saúde, pois o ser socialmente visto como forte, viril, invulnerável, ao procurar os serviços de saúde, poderá ser associado à fraqueza e feminilidade (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010; MACHIN et al., 2011).

Frente à supracitada menor procura, percebeu-se que os homens não estão dispostos a se ausentarem do trabalho, não são educados para o cuidado preventivo da própria saúde, possuem medo de adoecer e de depender de terceiros. Assim, eles buscam os serviços de saúde na presença de alguma doença instalada ou dor que prejudique o seu desempenho no trabalho, com o intuito de obter medicamentos ou analgesia, de modo que ignoram as consultas de caráter preventivo e valorizam as ações curativas (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010; SCHRAIBER et al., 2010).

Há muito tempo os homens acessam os serviços de saúde através da atenção especializada, o que evidencia a necessidade de fortalecer e qualificar a Atenção Básica para a efetiva promoção da saúde e prevenção de agravos. Até o ano de 2009, não existia uma política de ações de saúde direcionada à saúde do homem adulto jovem e as demandas masculinas eram diluídas em outros programas de atenção, tais como: hipertensão, diabetes, saúde mental, saúde do trabalhador, entre outros (JULIÃO; WEIGELT, 2011; COUTO et al., 2010; DOMINGUEZ, 2008).

Nesse aspecto, Julião e Weigelt (2011) afirmam que a maioria dos problemas que acometem a saúde do homem poderia ser prevenida ou tratada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) o que, além de promover qualidade de vida, reduziria significativamente os encargos financeiros das ações em saúde pública.

Assim, entende-se que os agravos à saúde do homem uma vez reconhecidos como problema de saúde pública necessitam de uma alocação e gestão estratégica, de tal forma que seja possível proporcionar o equilíbrio da oferta do serviço com as reais necessidades da população masculina.

Para isto, a gestão estratégica vem sendo amplamente estudada no Brasil e propostas de reflexão da gestão em saúde são destacadas, tais como: a análise e co-gestão de coletivos; a micropolítica do trabalho em saúde e a tecnologia leve para o planejamento em saúde. Teixeira, Vilasbôas e Jesus (2010) recomendam que os conceitos e métodos desses estudos possam ser utilizados como referência para a construção de processos de planejamento participativo que contemplem o envolvimento de gestores, profissionais de saúde e dos usuários.

Diante do que fora abordado surgiram as seguintes questões de pesquisa: Qual a situação do planejamento, da gestão e das ações de saúde diante da perspectiva de implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié? Quais são as potencialidades e os limites encontrados para o planejamento, gestão e ações de saúde diante da perspectiva de implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família desse município?

Para responder a esses questionamentos o estudo teve o objetivo de: analisar a situação do planejamento, da gestão e das ações de saúde diante da perspectiva de implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié.

Neste contexto, a realização de tal estudo justificou-se pela oportunidade de discutir o entendimento dos gestores responsáveis pela implantação das políticas de atenção à saúde da população, dos profissionais de saúde e dos usuários, acerca do planejamento, da gestão e da oferta dos serviços de atenção à saúde do homem e, deste modo, fomentar a discussão acerca das estratégias de planejamento e gestão que melhor se adequam à implementação de serviços capazes de agir com respeito às singularidades e diversidades sociais, culturais, étnicas, religiosas e de gênero, visto que a Bahia é o estado com o maior número de homens na região do Nordeste brasileiro e se destaca no cenário nacional junto ao estado de São Paulo no quantitativo de homens na população (SCHWARZ, et al., 2012).

Assim, acredita-se que a pesquisa em questão poderá servir de instrumento auxiliar no entendimento dos gestores e profissionais de saúde acerca das nuances

do processo gerencial e administrativo e da execução dos serviços de atenção integral à saúde do homem nas Unidades de Saúde da Família (USF), bem como uma ferramenta de fomento à melhoria da oferta de serviços de atenção à saúde do homem na ESF, além de contribuir para continuidade da pesquisa e extensão de modo a fornecer referencial teórico-científico para estudos futuros, no que diz respeito à política de saúde do homem.

2 REFERENCIAL TEÓRICO: A SAÚDE DO HOMEM E OS PROCESSOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

2.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DO HOMEM NO BRASIL E A PNAISH

A pirâmide etária brasileira revela que na faixa etária de 0 a 19 anos há um predomínio da população masculina, entretanto a partir dos 25 anos a população feminina supera a masculina em todas as faixas etárias (IBGE, 2010). Entende-se, deste modo, que o envelhecimento populacional tem apresentado como característica, a feminilização, mesmo nascendo mais homens no Brasil, visto que estes estão morrendo em maior número do que as mulheres e de forma cada vez mais precoce (LOURENÇO; LINS, 2010).

Apesar de se compreender como um ser muito forte o homem brasileiro é o ator de uma situação de saúde que requer bastante atenção. Ele protagoniza estatísticas, obtidas entre o ano 2000 até 2009, que indicam que o homem tem a probabilidade de morrer antes dos 25 anos em torno de 4,1 vezes maior do que a mulher da mesma faixa etária; vivem 7,6 anos abaixo da média das mulheres. Representam 60% das mortes no Brasil, dentre essas, 80% são decorrentes das mortes no trânsito e 89,1% devem-se ao consumo do álcool. Além disso, se mantêm no topo da lista de portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e das mortes por Doenças Isquêmicas do Coração. Como se não bastasse, cerca de 2% deles ainda são acometidos pelo câncer de pênis, que está relacionado com as baixas condições socioeconômicas e a má higiene íntima e mais de 70% não realizam o exame do toque retal para detectar o câncer de próstata (BRASIL, 2009a).

No que diz respeito à distribuição da mortalidade por faixa etária no intervalo de 20 a 59 anos o maior número de mortes ocorrem por causas externas; doenças do aparelho circulatório; neoplasias; doenças do aparelho digestivo e doenças infecciosas e parasitárias. Entre os 30 e 39 anos a maioria das mortes ocorrem por causas externas; doenças do aparelho digestivo e doenças infecciosas e parasitárias. Dos 40 aos 49 anos ainda predominam as causas externas de morbidade e mortalidade, seguida das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias. Na faixa dos 50 a 59 anos as principais causas são as neoplasias; as

doenças do aparelho circulatório e por último as causas externas (SCHWARZ, et al., 2012).

Em relação à morbidade a maioria das internações dos homens decorre de lesões e envenenamentos; doenças do aparelho digestivo; doenças do aparelho circulatório; doenças infecciosas e parasitárias; doenças do aparelho respiratório; transtornos mentais e comportamentais e neoplasias. (SCHWARZ, et al., 2012).

As lesões e os envenenamentos são a primeira causa de internação para homens entre 20 a 49 anos, dos 50 aos 59 a principal causa são as doenças do aparelho circulatório. Como segunda principal causa de internação aparece para todas as faixas etárias as doenças do aparelho digestivo. As doenças infecciosas são a terceira causa para homens de 20 a 29 anos, todavia para os homens de 30 a 39 anos a terceira causa de internação são os transtornos mentais e comportamentais, para os homens de 40 a 49 são as doenças do aparelho circulatório e para os de 50 a 59 são as lesões e os envenenamentos. (SCHWARZ, et al., 2012).

Frente à situação acima descrita e da clara necessidade de uma abordagem específica para os problemas de saúde do homem, foi desenvolvida a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que representa um meio de criar uma rede de saúde que imprima uma linha de atenção integral ao homem pautada na humanização da assistência.

Nessa perspectiva, tal linha tem o objetivo de desenvolver ações de saúde que sejam capazes de promover o autocuidado, destacar a saúde como um direito básico de todos e visa apoiar ações de promoção da saúde, facilitar e ampliar o acesso, além de qualificar os profissionais para o atendimento à população masculina, especialmente na faixa etária dos 25 aos 59 anos. A PNAISH torna evidente os fatores de morbidade e mortalidade masculina; reconhece a vulnerabilidade causada pela representação social do ser masculino no que se refere ao acesso ao sistema de saúde; e tem árdua responsabilidade de mobilizar a população masculina em direção ao autocuidado (BRASIL, 2009a).

Para concretizar os objetivos da PNAISH e promover o acesso da população masculina aos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção e de forma resolutiva, é fundamental articular-se com as diversas áreas do governo, o setor privado e a sociedade; orientar a população masculina, os familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da

saúde; captar precocemente os casos de doenças e agravos à saúde; capacitar os profissionais de saúde para o atendimento do homem; disponibilizar insumos, equipamentos e materiais educativos; bem como estabelecer mecanismos de avaliação continuada do impacto da estratégia na população masculina brasileira (BRASIL, 2009a).

Entende-se a PNAISH como uma política pública de vanguarda no cenário mundial, sendo a primeira política pública de saúde voltada especificamente para os homens na América Latina e a segunda no continente americano. Visto sua recente institucionalização, a política ainda se encontra em processo de implantação e implementação no território nacional (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Neste íterim, no que tange a situação de saúde do homem brasileiro e o desenvolvimento de ações de saúde específicas para esse grupo especial de indivíduos, compreende-se que as doenças, os agravos e os desequilíbrios que estão em constante relação com o processo saúde-doença da população masculina poderiam ser resolvidos tanto no sentido da prevenção, quanto nos processos de tratamento na ESF, de tal forma que o gasto de verba pública com atenção à saúde do homem fosse dirimido e a qualidade de vida fosse promovida (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

2.2 A SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A política de atenção à saúde do homem é uma iniciativa de vanguarda no cenário das políticas públicas de atenção à saúde. Entretanto, durante muitos anos não existiu na saúde pública brasileira estratégias orientadas ao atendimento das necessidades de saúde dos homens adulto-jovens e estes indivíduos tiveram suas demandas diluídas em serviços de saúde genéricos como os de saúde mental, de saúde do trabalhador e também nos serviços de atenção às doenças específicas como hipertensão e diabetes, o que por sua vez gerou a necessidade de fortalecer e qualificar a Atenção Básica para a efetiva promoção da saúde e a prevenção dos agravos da população masculina (JULIÃO; WEIGELT, 2011; COUTO et al., 2010; DOMINGUEZ, 2008).

Nesta direção, a Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica de maneira que os princípios do SUS sejam postos em prática. É entendida pelo Ministério da Saúde (MS), bem como pelos gestores estaduais e

municipais como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária, visto que favorece uma reorientação do processo de trabalho e se aprofunda nos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de modo a aumentar o potencial de resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além do que proporciona uma interessante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Para atender o indivíduo e as coletividades a ESF é operacionalizada por equipes multiprofissionais que veem na promoção, proteção da saúde e na reabilitação da mesma os pilares do trabalho e se compõe por no mínimo, 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS), e também fazem parte da equipe 01 cirurgião-dentista 01 auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família, na figura das equipes multiprofissionais, visa responder a maioria das necessidades de saúde das pessoas, próximo às suas casas, de tal modo que as ações de saúde sejam ágeis, de qualidade, acolhedoras e humanizadas. Os serviços devem ser organizados para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja oferecida em outros pontos da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Ao falar-se em rede de atenção a saúde, prima-se que a atenção básica seja o contato principal do usuário, de forma que este seja fundamentado na universalidade, na acessibilidade, no vínculo, na continuidade do cuidado, na integralidade, na responsabilização, na humanização, na equidade e na participação social e nesse sentido, considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2012).

Todavia, no que diz respeito ao grupo específicos dos homens o acesso da aos serviços de saúde não ocorre de forma equitativa com os demais segmentos populacionais (VIEIRA et al., 2013).

Os homens pouco procuram as Unidades de Saúde da Família, não demandam preocupações com a promoção da saúde nem com a prevenção das doenças, tem dificuldade em se reconhecerem doentes e possuem o medo da descoberta de alguma doença grave. Além disso, estereótipos de gênero contribuem para o afastamento da população masculina da atenção básica à saúde. Neste

contexto, a presença masculina nas USF reflete-se na superestimação da atenção curativa, já que, na maioria das vezes, eles procuram os serviços de saúde quando a situação de doença, agravo e, principalmente, dor já estejam presentes, com a finalidade de obter resolutividade imediata para os problemas enfrentados ou manter-se hígidos para as atividades laborais (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010; SCHRAIBER et al., 2010; VIEIRA et al., 2013).

A pouca procura, os estereótipos de gênero e a baixa adesão dos homens aos serviços de atenção básica originou o fenômeno que se conhece por invisibilidade masculina nos serviços de atenção à saúde, produto da histórica feminilização da assistência que reitera e reproduz atualmente a permanência do direcionamento e da organização dos serviços especialmente para as mulheres (COUTO, et al., 2010).

O estereótipo dos ambientes de saúde como loco feminino é permeado por padrões tradicionais de atenção à saúde e de tensões de gênero, tais como: “a invulnerabilidade masculina”, “homens são mais fortes”; “o corpo feminino tem particularidades que demandam mais cuidado”; “mulheres são naturalmente cuidadoras” constantemente reforçados no cotidiano dos serviços pelos profissionais e pelos próprios usuários, tornam estes espaços “generificados”, potencializam as desigualdades sociais e como consequência disso surge a dificuldade enfrentada pelos homens no sentido de adentrar esse espaço e serem sujeitos do cuidado (COUTO et al., 2010).

A manutenção da atenção tradicional e enraizada em paradigmas sociais e de gênero afastam os homens das ações de atenção à saúde, assim como distancia os serviços de saúde dos princípios da integralidade e da universalidade. Nesse contexto, os homens tem concentrado os esforços de manter a própria saúde na assistência curativa com enfoque nas patologias, nos acidentes e lesões, nos problemas odontológicos e como meio de suprir as suas necessidades veem nas farmácias o ambiente de rápida resolução dos problemas enfrentados (FIGUEIREDO, 2008; COUTO et al., 2010)

Diante de tal paradigma, observa-se que a população masculina precisa mudar sua percepção em relação ao cuidado com a própria saúde, mas a equipe de saúde também precisa adotar uma atitude acolhedora para com os usuários, a fim de garantir o princípio da equidade, visto que as pessoas não são iguais e, por isso, possuem necessidades distintas. O ato de repensar as questões da saúde do

homem e a mudança de atitude do profissional pode desencadear nessa população específica o sentimento de pertencimento ao espaço de promoção, proteção e recuperação de saúde (VIEIRA et al., 2013).

Para reverter o distanciamento do homem dos serviços preventivos, em especial aqueles na faixa etária de 25-59 anos, e incorporá-lo em todos os níveis de assistência, o MS se firma na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Nesse sentido, tal política reflete a necessidade de introduzir os agravos dos homens no contexto de atenção aos problemas de saúde pública, pois é sabido que muitos destes agravos poderiam ser evitados se os homens estivessem inseridos solidamente nos serviços de atenção à saúde desde os processos de prevenção e proteção desta (BRASIL, 2009a).

2.3 A SAÚDE DO HOMEM E OS PROCESSOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Os processos que desenvolvem e envolvem as políticas de saúde são dialéticos, os esforços que culminam no alcance de objetivos muitas vezes estão em contemporaneidade com o surgimento de novos desafios e entraves. Assim, a organização dos processos políticos, gerenciais, administrativos, bem como a eficaz alocação de tecnologias é essencial para a manutenção de um equilíbrio das políticas de saúde como um todo.

Assim sendo, entende-se que a política de atenção ao homem não é uma exceção, de tal forma que a mesma precise também, em caráter fundamental, desenvolver ações de planejamento e gestão da política desde as questões burocráticas, orçamentárias e financeiras às estratégias de oferta dos serviços de forma integral, de capacitação profissional e de avaliação do impacto do trabalho desenvolvido.

Em paralelo ao reconhecimento da importância das ações efetivas de planejamento e gestão das políticas públicas, existem algumas questões na saúde do homem que elucidam diretamente a necessidade de uma estratégia administrativa efetiva.

Neste contexto, destaca-se a relação do homem com a assistência prestada em serviços de pronto-atendimento; a não adesão aos serviços de atenção básica por motivos diversos, tais como: o horário de atendimento que é o mesmo do trabalho, ou pelo fato das unidades de saúde serem mais frequentadas por mulheres

e a maioria dos profissionais que ali atuam também serem mulheres, o que provocaria constrangimento; a valoração das questões de gênero; a estrutura física e operacional de recursos empregados na atenção à saúde e a capacitação profissional (COUTO et al., 2010; GOMES et al., 2011a).

Nessa perspectiva, o enfrentamento de tais questões é o ponto inicial do processo de transformação da assistência à saúde prestada à população masculina para que o primeiro contato seja, além de universal, contínuo, integral, humanizado, equânime, participativo e singular como propõe o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Todavia, para a concretização desses anseios é preciso que o usuário seja preparado para apresentar as suas demandas com liberdade e sem constrangimento e que os profissionais sejam capacitados para a melhor relação profissional - indivíduo masculino, o que por sua vez incide na necessidade premente de reforma nos aspectos gerenciais e organizacionais dos serviços de saúde; da reestruturação física dos ambientes de saúde; da articulação com os avanços tecnológicos, da melhoria das condições de trabalho e das relações de comunicação (GOMES, 2011b).

Nessa conjuntura, observe-se que o ato de proporcionar, e executar todas as mudanças entendidas como fundamentais a inserção do homem nos processos preventivos de atenção à saúde é extremamente imprescindível haver um bom planejamento, de forma que compreende-se o ato de planejar como a racionalização das ações humanas que consiste na definição de proposições, assim como na promoção da sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010).

O MS estipulou um alto investimento financeiro para a implantação da política atenção integral ao homem. Neste ínterim, diante do que fora apresentado até o momento, entende-se que é preciso muito mais do que somente construir um ambiente físico, uma porta de entrada, mas sim estabelecer uma rede planejada e gerida de forma a acolher e integrar o usuário no processo. Para tanto, é fundamental que os profissionais sejam capacitados, problematizem a realidade de cada região e, juntamente com os gestores de saúde, operacionalizem estratégias inclusivas para o público masculino (BRASIL, 2009b; VIERA et al., 2013).

A prática de planejar como uma ferramenta de gestão teve sua necessidade evidenciada devido ao grande desenvolvimento científico e tecnológico, bem como

às transformações decorrentes da prestação de serviços em redes e sistemas de saúde o que desencadeou a estruturação de métodos de suporte à administração pública dos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2010).

Os diversos métodos contribuíram para a evolução do planejamento e da gestão em saúde e os que tiveram o maior destaque foram: o método CENDES-OPS cujo eixo central era a busca da transposição dos princípios do planejamento econômico para o campo social e da saúde e, apesar de muito normativo, até hoje tem princípios úteis na programação de serviços de racionalização de recursos escassos; a *Formulación de Políticas de Salud* que se fundamentava nos seguintes passos: Imagem-Objetivo, Formulação das políticas, Análise das proposições, desenho da estratégia e formalização de políticas, mas sofreu críticas diante da dificuldade operacional de identificação de espaços geográficos suficientemente pequenos para sediar uma população homogênea (TEIXEIRA, 2010).

Além dos métodos cabe aqui ressaltar a contribuição de Mário Testa com a idealização do “pensamento estratégico” e do “postulado da coerência” que, em suma, propõe um modo de entender os problemas de saúde e os processos de planejamento, de modo a considerar tanto a situação de saúde de uma população quanto a organização setorial como fenômenos socialmente determinados e enfatiza a formação de sujeitos sociais para o desenvolvimento de ações políticas em saúde. Além do que, oferece meios para a definição de modelos de formulação de planos e programas de saúde (TEIXEIRA, 2010).

Na década de 80 destacou-se a contribuição de Carlos Matus com o Planejamento Estratégico Situacional (PES) que é uma estratégia fundamentada na atuação planejada sobre qualquer recorte da realidade e implica num esforço de entendimento entre os diversos atores sociais presentes, de tal maneira que permita a explicação abrangente sobre uma dada situação e sobre as formas de intervir sobre os problemas, de modo a resolvê-los ou controlá-los (TEIXEIRA, 2010).

Outras estratégias foram se desenhando e a partir da década de 90 diversas abordagens teóricas foram sendo desenvolvidas e o modelo do “ciclo da política” tem influenciado o desenvolvimento das estratégias de Planejamento e Gestão dos sistemas de saúde no Brasil. Considera-se que esse tipo de modelo é bastante útil como referencial para os gestores de um processo de planejamento, de modo a permitir prospecção de cenários favoráveis ou desfavoráveis à decisão, formulação e implementação de uma política de saúde, assim como a viabilidade de

implantação das propostas formuladas durante o processo de elaboração do Plano de Saúde (TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010).

O referido modelo se baseia na identificação de quatro pontos que se entrelaçam e são eles: o reconhecimento do problema; a formulação de alternativas que depende da acumulação de conhecimentos acerca do problema e das possibilidades de seu enfrentamento; da configuração do processo de negociação política entre os atores que envolvem o debate de alternativas atravessado pelas pressões exercidas pelos diversos participantes de acordo com sua força política; e pela construção da agenda para a materialização dos planos, programas e ações governamentais. (TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010).

No Brasil a gestão estratégica desenha-se fundamentada em propostas de reflexão dos processos de gestão com destaque para a Análise e co-gestão de coletivos; a Micropolítica do trabalho em saúde e a Tecnologia leve para o planejamento em saúde, de modo que os métodos de gestão favoreçam o planejamento participativo, o envolvimento dos gestores, assim como dos profissionais de saúde e dos usuários no desenvolvimento dos planos de gestão (TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010).

Enfim, o planejamento estratégico-situacional foi incorporado aos processos de planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde através da vigilância à saúde como parte da reorientação das práticas de atenção à saúde, de forma a desenvolver processos de análise da situação de saúde da população em territórios específicos como ponto de partida para a reorganização do processo de trabalho nas unidades que compõem a rede de serviços (TEIXEIRA; JESUS, 2010).

Dessa forma, o planejamento no setor saúde adquire maior importância, na medida em que se configura como um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direção ao processo de consolidação dos princípios do SUS. Nesse aspecto, os gestores do setor saúde vêm se empenhando continuamente em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde. Logo, definiu-se o Sistema de Planejamento do SUS a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2009b).

Para tanto, os principais instrumentos para desenvolver o planejamento e gestão dos serviços de atenção à saúde do SUS são, segundo o Ministério da Saúde, o Plano de Saúde, as Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão (BRASIL, 2009b).

Nesse contexto, define-se:

O Plano de Saúde como o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas; a Programação Anual de Saúde como o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e o Relatório Anual de Gestão como o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (BRASIL, 2009b, p. 19).

No que diz respeito à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, observa-se que para que a população masculina seja assistida no ambiente adequado, no momento certo e com os recursos tecnológicos adequados, é preciso valorizar os atores sociais, a realidade local, bem como desenvolver as políticas e as ações públicas de saúde fundamentadas em um processo de planejamento e gestão capaz de promover uma assistência universal, integral e equânime.

2.4 MASCULINIDADE, QUESTÕES DE GÊNERO E ATENÇÃO À SAÚDE

Observa-se que as questões de gênero estão incisivamente imbricadas na dinâmica da relação entre indivíduos do sexo masculino e os serviços de saúde, principalmente aqueles fundamentados nas estratégias de prevenção à saúde. Assim, decidiu-se retomar a discussão acerca dos paradigmas de gêneros envolvidos nessa problemática, a fim de complementar o debate em questão.

Neste aspecto, o indivíduo masculino tende a subestimar o cuidado com a própria saúde. Na França, por exemplo, alguns homens justificaram a não adesão aos serviços de saúde com a alegação de que o horário de atendimento é o mesmo do trabalho. Entretanto, no Brasil destaca-se que os homens compreendem o cuidado com a saúde como uma prática feminina (DOMINGUEZ, 2008).

E frente a isso, mesmo diante da maior mortalidade masculina quando comparado à feminina, há uma menor procura pelos serviços de saúde por estes sujeitos. Acredita-se que este fenômeno advém da criação social do homem, visto que o cuidado não é tratado como uma prática de saúde masculina, de modo que amarras culturais e o imaginário do que é ser homem aprisionem o indivíduo. Tais fatores podem vir a prejudicar a prevenção em saúde, pois o ser socialmente visto como forte, viril, invulnerável, ao procurar os serviços de saúde, poderá ser

associado à fraqueza e feminilidade (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010; MACHIN et al., 2011).

As citadas amarras culturais e os paradigmas de gênero circundam um conceito de masculinidade estereotipada e idealizada em oposição à mulher. O ser homem então passa a depender da resposta a alguns critérios, tais como: força, distanciamento das emoções, virilidade, comportamentos de risco, sempre em oposição à dita sensibilidade e fragilidade feminina (MACHIN et al., 2011).

Dessa forma, a cultura de gênero somada ao reforço da medicalização que reduz os agravos e as doenças às questões biomédicas, culmina no desenho de uma masculinidade que nega as necessidades do corpo. Em relação à mulher ocorre o inverso, de tal forma que o cuidado é amplamente reforçado no aspecto da feminilidade e recai sempre para o corpo da mulher (SCHRAIBER et al., 2010).

Devido à segregação de homens e mulheres na estrutura sociocultural, há um reforço nas diferenças do ser homem ou ser mulher como usuário do sistema de saúde. Assim, é possível perceber que tanto os profissionais quanto os usuários são envolvidos em uma dualidade de especificidades de homens e mulheres que dificulta o lidar com estes indivíduos no que diz respeito às demandas de saúde (GOMES et al., 2011a; GOMES et al., 2011b)

Diante disso, as ações e estratégias de implementação da PNAISH devem primar pelo reconhecimento dos paradigmas de gênero, uma vez que as ações estarão envolvidas em contextos carregados de significados e valores simbólicos. Tal reconhecimento se faz com a observação da resistência dos homens em buscar os serviços no nível da atenção básica, devido à associação do autocuidado à fragilidade e das limitações do modelo biomédico para se pensar a saúde coletiva, a fim de reconhecer a população masculina enquanto protagonista de suas demandas, mediante a pluralidade de contextos e condições biopsicossociais, enquanto sujeitos de necessidades, desejos e cuidados (SCHWARZ, 2012).

Acredita-se que a constatação da pluralidade das masculinidades possa auxiliar na afirmação de uma política que reconhece a diversidade, bem como contribui para a formulação de estratégias fundamentadas na unicidade, equidade e universalidade. Deste modo, a discussão acerca dos paradigmas de gênero no contexto da saúde é fundamental para que seja possível executar mudanças profundas na reorganização de práticas e sentidos acerca do que é ser homem, nas

relações de equidade de gênero e nas suas implicações no processo de saúde-doença (SCHWARZ, 2012).

Enfim, para que seja possível alcançar tais mudanças nos padrões sociais, culturais e de gênero, os formuladores da PNAISH acreditam que é preciso dialogar com outras políticas públicas, a exemplo da Política Nacional de Humanização (PNH); o Programa Brasil sem Homofobia, de modo a fomentar o desenvolvimento de ações e novas práticas por parte dos gestores e profissionais de saúde, com o propósito de ofertar de serviços capazes de pensar, sentir e agir com absoluto respeito às singularidades e diversidades sociais, culturais, étnicas, religiosas e de gênero (SCHWARZ, 2012).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo descritivo exploratório de na natureza qualitativa que segundo Minayo (2010) é aquele que se volta para objeto que não pode ser quantificado e abrange um espaço mais profundo das reações, percepções, crenças, vivências, valores e sentimentos. É o meio pelo qual procura-se compreender os fenômenos que não são passíveis de explicações tecnicistas e estatísticas.

No que diz respeito a abordagem descritivo-exploratória, esta se aplica diante da possibilidade de descrever as características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, a fim de conhecer os traços característicos de uma população estudada, abranger aspectos gerais e amplos de um contexto social e possibilitar a identificação de formas diferentes de pensamentos, ordená-los e classificá-los (GIL, 2010; TRIVIÑOS, 2009).

Assim, caracteriza-se o estudo como qualitativo-descritivo-exploratório frente a análise do contexto do planejamento, da gestão e das ações de saúde da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem na ESF do município de Jequié.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

O campo de estudo foi o município de Jequié/BA e o cenário da pesquisa se compôs pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e pelas Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana da cidade.

O município de Jequié situa-se no interior do Estado da Bahia na mesorregião Centro-Sul. Segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o número de habitantes é de 151.895. Em relação aos serviços de saúde este pertence à macrorregião Sul, é a sede da microrregião Jequié, abriga a 13ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES) e enquadra-se no modelo de gestão municipal dos serviços de saúde (IBGE, 2010; JEQUIÉ, 2012; BAHIA, 2012).

O levantamento quantitativo dos estabelecimentos de saúde destaca que a cidade conta com 117 instituições de saúde, 52 públicas e 65 privadas. Dentre tais instituições o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES aponta o registro de 18 Unidades de Saúde da Família com 26 equipes de saúde da família

em atividade em Jequié (IBGE, 2009; DATASUS, 2012). A relação das USF estão discriminadas logo abaixo no Quadro 1.

Quadro 1: Relação das USF, número e localização de ESF de Jequié-BA, 2013.

Unidades de Saúde da Família		Equipes	Localização
01	USF Amado Ribeiro Borges	02	Zona Urbana
02	USF Antonio Carlos Martins*	01	Zona Urbana
03	USF Aurélio Sciarretta	02	Zona Urbana
04	USF Gilson Pinheiro*	01	Zona Urbana
05	USF Giserlandio Biondi	02	Zona Urbana
06	USF Idelfonso Guedes de Araújo*	01	Zona Urbana
07	USF Isa Cléria Borges*	01	Zona Urbana
08	USF Isabel Andrade	01	Zona Rural
09	USF João Caricchio Filho*	01	Zona Urbana
10	USF José Maximiliano H. Sandoval	02	Zona Urbana
11	USF Milton Rabelo	02	Zona Urbana
12	USF Odorico Mota da Silveira*	01	Zona Urbana
13	USF Padre Hilário Terrosi	02	Zona Urbana
14	USF Rubens Xavier	02	Zona Urbana
15	USF Senhora Ferreira de Araújo*	01	Zona Urbana
16	USF Tania Diniz C. Leite de Britto*	01	Zona Urbana
17	USF Virgílio de Paula Tourinho Neto	02	Zona Urbana
18	USF Waldomiro Borges de Souza	01	Zona Rural

Fonte: Departamento de Assistência à Saúde da SMS do município de Jequié, 2013.

* Unidades selecionadas para comporem o cenário de estudo.

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

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos do estudo foram os gestores responsáveis pela implantação das políticas de atenção à saúde da população, profissionais de saúde atuantes nas USF e de usuários residentes na área de abrangência das unidades selecionadas para o estudo.

Desta forma, foram constituídos 03 grupos de indivíduos que participaram do estudo:

- Grupo 01 - Formuladores das políticas
- Grupo 02 - Profissionais de Saúde
- Grupo 03 - Usuários

O Grupo 01 foi composto por 03 formuladores das políticas. A fim de assegurar o anonimato de tais sujeitos, bem como respeitar as questões éticas que envolvem as pesquisas com seres humanos, decidiu-se não realizar a sua caracterização, visto que trata-se de um número reduzido de sujeitos que atuam como formuladores da política no município.

Segundo Belloni, Magalhães e Sousa (2007) entende-se por Formuladores de Políticas aqueles que integram o grupo de gestores envolvidos diretamente na definição dos objetivos, prioridades e estratégias de uma política, nos seus programas e projetos, seja de forma global ou nos ajustes e adaptações às localidades.

O Grupo 02 teve como sujeitos os profissionais de nível superior atuantes nas USF selecionadas para o estudo, caracterizados no Quadro 2 apresentado a seguir.

Quadro 2: Caracterização dos profissionais de saúde, sujeitos da pesquisa. Jequié-BA, 2013.

Identificação	Sexo	Idade	Profissão	Tempo (Anos/Meses)*	Tempo (Anos/Meses)**	Vínculo	Especialidades
Ent. 01	M	24	Enfermeiro	0/7	0/7	Cargo Comissionado	Enfermagem do Trabalho
Ent.02	M	26	Dentista	5	5	Cargo Comissionado	Endodontia
Ent.03	F	36	Dentista	13	01	Estatutário	Odontopediatria
Ent.04	M	67	Médico	40	0/7	Cargo Comissionado	Anestesiologia
Ent.05	F	26	Enfermeira	02	0/7	Cargo Comissionado	Enfermagem do Trabalho
Ent.06	F	32	Médica	2	2	Cargo Comissionado	Reumatologia
Ent.07	M	32	Enfermeiro	8	1	Cargo Comissionado	UTI***/ Centro Cirúrgico
Ent.08	F	37	Enfermeira	6	4	Cargo Comissionado	Saúde do Trabalho
Ent.09	F	29	Enfermeira	4	3	Cargo Comissionado	Urgência e Emergência.
Ent.10	M	39	Dentista	15	0/7	Estatutário	Endodontia

Ent.11	M	34	Dentista	8	6	Cargo Comissionado	Radiologia
Ent.12	F	39	Médica	14	08	Estatutária	Ginecologista
Ent.13	F	34	Médica	07	04	Cargo Comissionado	Clinica Geral

Tempo de Serviço* Tempo de atuação na área da saúde.

Tempo de Serviço** Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família.

UTI*** Unidade de Terapia Intensiva

A formação do Grupo 02 - profissionais de nível superior se fez por sorteio com reposição e estratificação por categoria profissional (Médico, Enfermeiro e Cirurgião Dentista). Logo, foram listados nominalmente e separados por tais categorias os profissionais das USF selecionadas para compor o estudo, conforme os critérios de inclusão adotados para a seleção das mesmas. Os profissionais sorteados que se recusaram a participar da pesquisa foram substituídos pelo próximo da lista de sorteio referente à profissão de recusa ou desistência.

Dos 13 sujeitos que compuseram o Grupo 02 observa-se que 05 são enfermeiros (as), 04 médicos (as) e 04 cirurgiões (ãs) dentistas. No que diz respeito ao sexo, 06 são indivíduos do sexo masculino e 07 do feminino. A idade varia entre 24 e 67 anos, entretanto cabe ressaltar que 12 dos 13 sujeitos estão abaixo dos 40 anos. O tempo de atuação na área da saúde varia de 07 meses a 40 anos e tempo de atuação na estratégia de saúde da família de 07 meses a 08 anos. Quanto ao vínculo empregatício apenas 03 são servidores públicos estatutários, os demais (10) trabalham por meio de cargo comissionado.

Convém destacar que nenhum dos 13 profissionais do Grupo 02 possui especialidade em Saúde da Família, Saúde Coletiva ou áreas afins. Todos são especialistas em diversas áreas, tais como: Enfermagem do Trabalho, Endodontia, Odontopediatria, Anestesiologia, Reumatologia, Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Saúde do Trabalho, Urgência e Emergência, Radiologia, Ginecologia e Clínica Geral.

No tocante à capacitação para atuar na Estratégia de Saúde da Família, bem como sobre a Atenção Integral à Saúde do Homem no Quadro 3 a seguir destaca-se a relação dos profissionais com e sem capacitação.

Quadro 3: Relação dos profissionais capacitados para atuarem na ESF. Jequié-BA, 2013.

Identificação	Profissão	Capacitação para atuar na Estratégia de Saúde da Família
Ent. 01	Enfermeiro	Sim
Ent.02	Dentista	Sim
Ent.03	Dentista	Não
Ent.04	Médico	Não
Ent.05	Enfermeira	Sim
Ent.06	Médica	Sim
Ent.07	Enfermeiro	Sim
Ent.08	Enfermeira	Sim
Ent.09	Enfermeira	Sim
Ent.10	Dentista	Não
Ent.11	Dentista	Sim
Ent.12	Médica	Sim
Ent.13	Médica	Sim

Dos (as) 13 entrevistados (as) do Grupo 02, 10 afirmam terem sido capacitados para atuar na Estratégia de Saúde da Família. Todavia, no que se refere à capacitação sobre a Atenção Integral à Saúde do Homem o resultado é completamente diferente e nenhum dos entrevistados foram, alguma vez, capacitados.

Quanto ao Grupo 03, de usuários do serviço, foi formado com base nos seguintes critérios de inclusão: homens na faixa etária de 25-59 anos, pois compõem o grupo etário alvo da PNAISH; estar cadastrado na USF da área de abrangência por meio da FICHA A que alimenta o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, independente de frequentar o serviço de saúde ou não.

No quadro 4 a seguir, encontra-se a caracterização dos sujeitos que compuseram o Grupo 03.

Quadro 4: Caracterização dos usuários, sujeitos da pesquisa. Jequié-BA, 2013.

Identificação	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Carga Horária de Trabalho
Ent. 01	29	Solteiro	Ensino Fundamental Completo	Pedreiro	08 Horas/Dia
Ent.02	45	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	Motorista	08 Horas/Dia
Ent.03	36	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	Comerciante	15 Horas/Dia
Ent.04	38	Casado	Ensino Superior Completo	Policia Militar/Administrador	24 Horas/Dia/72 Horas folga
Ent.05	38	Casado	Ensino Médio Completo	Comerciante	08 Horas/Dia
Ent.06	57	Casado	Ensino Médio Completo	Comerciante	08 Horas/Dia
Ent.07	43	Casado	Ensino Médio completo	Segurança	12 Horas/Dia
Ent.08	41	Divorciado	Ensino Fundamental Completo	Desempregado	---
Ent.09	59	Casado	Ensino Médio incompleto	Comerciante/ Representante	08 Horas/Dia
Ent.10	26	Solteiro	Ensino Médio completo	Auxiliar Administrativo	09 Horas/Dia
Ent.11	49	Casado	Ensino Fundamental Completo	Taxista	12 Horas/Dia

Para a captação dos indivíduos do Grupo 03 foi utilizada como estratégia os informantes-chave, que segundo Yin (2010) são pessoas que possuem conhecimentos especiais acerca da população estudada e, neste estudo, enquadraram-se como informantes-chave os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das USF selecionadas.

Dos 11 entrevistados do Grupo 03, a idade varia entre 26 e 59 anos, 08 são casados, 02 solteiros e 01 é divorciado. As profissões são diversas, tais como: 01 pedreiro, 01 motorista, 03 comerciantes, 01 policial militar e administrador, 01 segurança, 01 auxiliar administrativo, 01 taxista e 01 encontra-se desempregado. Quanto a carga horária de trabalho 05 trabalham 08 horas/dia, 01 trabalha 09 horas/dia, 02 trabalham 12 horas/dia, 01 trabalha 15 horas/dia, 01 trabalha 24 horas/dia por 72 horas de folga em regime de escala e 01 não trabalha.

Vale salientar que por tratar-se de um estudo qualitativo não houve preocupação para estimar a quantidade de entrevistas realizadas, pois como assevera Minayo (2010) o estudo qualitativo é um meio de discutir as complexidades das falas e em relação aos objetivos do que se pesquisa.

Neste íterim, adotou-se então o critério de saturação das informações fundamentado no que afirmam Fontanella, Ricas e Turato (2008) que a saturação é o estabelecimento do tamanho da amostra do estudo a partir da repetição ou redundância de dados, interrompendo assim o ingresso de novos componentes.

Assim, com a aplicação dos critérios de saturação foram realizadas 27 entrevistas que compuseram o corpus do estudo, distribuídas da seguinte maneira, Grupo 01: 03 entrevistas, Grupo 02: 13 entrevistas, Grupo 03: 11 entrevistas.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo em questão atendeu à Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que versa sobre as pesquisas que envolvem seres humanos e respeitando-se todos os preceitos ético-legais, de modo a garantir os direitos do ser humano no que diz respeito às pesquisas científicas. Neste aspecto, vale ressaltar que na época em que o estudo, ainda em forma de projeto, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP-UESB) ainda estava em vigor a Resolução 196/96 do CNS.

Para tanto, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) escrito de modo que os três grupos de entrevistados entendessem claramente os objetivos e as finalidades do estudo; a existência de possível desconforto dos informantes ao responderem as questões do estudo; a privacidade e o anonimato das informações; a liberdade do sujeito para se recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa e a possibilidade dos

resultados da pesquisa serem divulgados em eventos e/ou publicados em revistas científicas (APÊNDICE A).

A fim de solicitar a autorização para a realização do estudo o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) por meio da Plataforma Brasil, que é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos e permite o acompanhamento das pesquisas em seus diferentes estágios até à aprovação. Além disso, permite a apresentação de documentos à sociedade e o acesso aos dados públicos de todas as pesquisas aprovadas (BRASIL, 2011).

O estudo foi aprovado sob o número de parecer: 283.588 e da CAAE: 13012213.5.0000.0055 (ANEXO A).

Após a aprovação do CEP, foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a autorização para a realização da pesquisa na própria SMS e nas USF selecionadas para comporem o cenário do estudo. O TCLE foi assinado em duas vias, a primeira cópia foi entregue ao informante e a outra manteve-se com o pesquisador.

3.5 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Para a coleta das informações foram utilizadas duas técnicas: a entrevista semi-estruturada e a análise documental.

A entrevista semi-estruturada foi subsidiada por roteiros (APÊNDICES B, C e D) que serviu como um guia contendo questões referentes aos dados gerais dos informantes e sobre o planejamento, a gestão e as ações de saúde da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de Jequié, construído de forma a permitir a flexibilidade e o acréscimo de outras questões trazidas pelos sujeitos da pesquisa.

Neste íterim, o pesquisador pode vivenciar uma interação social capaz de construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa diante da possibilidade de captar a subjetividade do entrevistado, permitir que o sujeito se expresse, tenha voz ativa e imprima o seu significado à temática em questão fundamentado na realidade que ele vivencia (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram realizadas em ambiente favorável, previamente agendadas, livre de constrangimentos, de modo a garantir a privacidade e anonimato do entrevistado.

A segunda técnica tratou-se de uma obtenção de dados de fontes secundárias. Por meio da análise documental procura-se estabelecer relações entre os dados que se obtém e as hipóteses do estudo (LAKATOS; MARCONI, 2010). Assim, foram analisados os documentos relacionados ao planejamento e à gestão do sistema municipal de saúde, tais como: o Plano Municipal de Saúde e os Relatórios de Gestão Municipal dos anos 2010, 2011 e 2012, subsequentes à instituição, no ano de 2009, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

E para captar de forma ainda mais concisa e fiel os relatos foi utilizado um gravador digital de voz, além do que, foi realizado um estudo piloto no mês de junho de 2013 em uma das USF da zona urbana do município de Jequié que não fez parte das unidades selecionadas segundo os critérios de inclusão definidos para a delimitação do cenário de estudo, no qual foram testados os instrumentos de coleta do material empírico.

3.6 TÉCNICAS DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Após a transcrição das informações foi realizada a Análise de Conteúdo, que segundo Bardin (2011) trata-se de uma ferramenta capaz de proporcionar uma melhor compreensão do que foi comunicado pelo informante e, para isto, são examinadas nos dados colhidos as características gramaticais e ideológicas que a palavra confere, e também, extrai-se do discurso, os aspectos que se julga mais relevante para contemplar os objetivos propostos.

Segundo Bardin (2011, p.44), a técnica de análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A realização da análise se fundamentou na categorização temática do discurso que se fundamenta em destrinchar os relatos em categorias. Após leitura flutuante utiliza-se como critério da referida categorização a aproximação da

proposta da investigação e dos objetivos do estudo ao que é identificado no discurso do informante (BARDIN, 2011).

Deste modo, de forma mais específica, seguiu-se a orientação de Bardin (2011) e adotou-se para essa fase do estudo três etapas: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação referencial.

A pré-análise foi o momento em que houve o primeiro contato com material resultante das entrevistas, a transcrição destas na íntegra, bem como a leitura flutuante das informações transcritas e a organização das entrevistas pelos grupos de estudos propostos a fim de construir o corpus a ser analisado, que se constituiu de 27 entrevistas distribuídas em três grupos de sujeitos.

A exploração do material compreendeu o momento em que executou-se o recorte do texto em unidades de registro e posterior separação de tais unidades, de modo a levar em conta as convergências, as divergências e a aquilo que fora considerado inusitado. Por tratar-se de um corpus constituído por 03 grupos de entrevistados decidiu-se identificar as falas dos sujeitos pela letra “E” e pelo número da entrevista, seguido pela representação do grupo com a letra “G” e pelo número do grupo, por exemplo, E1-G1, E3-G2, E5-G3. A formação das unidades de registro se deu à nível temático e para Bardin (2011, p.99)

O tema enquanto unidade de registro corresponde a uma regra de recorte (do sentido e não da forma) que não é fornecida uma vez por todas, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas.

Posteriormente agregou-se e classificou-se as unidades de registro em grandes temas e eixos de discussão, de tal forma que emergiram duas categorias. A primeira deu origem a duas subcategorias de discussão e a segunda originou três subcategorias de discussão, conforme descritas no Quadro 5 abaixo.

Quadro 5: Relação das categorias e subcategorias de análise das informações obtidas dos sujeitos da pesquisa. Jequié-BA, 2013.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Planejamento e Gestão da Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde	1. Aspectos intrínsecos do Planejamento e da Gestão

da Família	2. Aspectos intrínsecos da oferta dos serviços de atenção à Saúde do Homem
2. Processo de Implantação da Política de Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família	1. Dificuldades 2. Facilidades 3. Perspectiva

Após a exploração do material iniciou-se a interpretação referencial que tem por objetivo validar e tornar significativas as informações. Para tanto, foi realizado o confronto das informações obtidas com as já existentes, no intuito de consolidar as convergências, as divergências e o inusitado, de modo a analisá-los com subsídio no referencial teórico-metodológico.

No que diz respeito à análise documental foi realizada a leitura e o fichamento dos documentos, de modo a elucidar os pontos de interesse para a associação com os objetivos da pesquisa. Posteriormente, realizou-se um confronto dos dados secundários com os relatos dos sujeitos da pesquisa e a inserção do pesquisador que aborda as inquietações da realidade estudada.

4 RESULTADOS

Os resultados do estudo foram apresentados e discutidos na forma de dois manuscritos que foram elaborados de acordo com a norma de submissão dos periódicos selecionados.

A fim de alcançar o objetivo de analisar a situação do planejamento, da gestão e das ações de saúde diante da perspectiva de implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié elaborou-se os seguintes manuscritos: *Planejamento, Gestão e Ações de Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família* e *Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família: limites e possibilidades*.

4.1 MANUSCRITO 01: PLANEJAMENTO, GESTÃO E AÇÕES DE SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O manuscrito será submentido, após as considerações da banca examinadora, à Revista Baiana de Saúde Pública ISSN: 01000233, sob as normas disponíveis em: <http://migre.me/gCdYN>, acessado em outubro de 2013.

PLANEJAMENTO, GESTÃO E AÇÕES DE SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Leonardo Peixoto Pereira

Adriana Alves Nery

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar a situação do planejamento, da gestão e das ações de saúde diante da perspectiva de implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié. Tratou-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, aprovado sob o nº 13012213.5.0000.0055 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia realizado na Secretaria Municipal de Saúde e nas Unidades de Saúde da Família do município. Os sujeitos do estudo foram os gestores municipais dos serviços de saúde, os profissionais de saúde de nível superior e os homens na faixa etária de 25 a 59 anos. As informações foram coletadas por meio de entrevista semi-estruturada e da análise documental. Executou-se análise de conteúdo, modalidade temática, de forma que discutiu-se o Planejamento e a Gestão da Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família destrinchado em Aspectos intrínsecos do Planejamento e da Gestão e Aspectos intrínsecos da oferta dos serviços de atenção à Saúde do Homem. As informações evidenciaram que não há atividades desenvolvidas para atender os homens; que a gestão dos processos de implantação da atenção integral à saúde do homem encontra-se em estado de incipiência; que há o reconhecimento da necessidade de reorganização do sistema gerencial e estrutural para que seja viável a adesão às estratégias de atenção à saúde masculina; que é premente a necessidade de capacitação dos formuladores de políticas e dos profissionais e a sensibilização dos usuários quanto à atenção à saúde do homem. Assim, salienta-se que é preciso ampliar o diálogo e reorganizar as estratégias de planejamento e gestão para compreender as reais necessidades da população masculina e articular com todos os atores envolvidos a implantação das ações de atenção à saúde do homem.

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

ABSTRACT

The study aimed to analyze the situation of planning, management and health actions at the prospect of implementing the Policy for Integral Attention to Men's Health in Family Health Strategy in Jequié. This was a qualitative study, descriptive and exploratory approved under No. 13012213.5.0000.0055 by the Ethics in Research of the State University of Southwest Bahia held in Municipal Health and the Family Health Units of the municipality. The study subjects were city managers of health services, health professionals and men aged 25-59 years. Data were collected through semi-structured interviews and documentary analysis. Analysis was performed thematic content, and emerged a category: Planning and Management of Health Care of the Man in the Family Health Strategy and two subcategories: Intrinsic aspects of Planning and Management and intrinsic aspects of the provision of care services to Men's Health. The information showed that there aren't activities to suit men, the management of the process of the comprehensive health care of the man is in a state of incipient, there is recognition of the need to reorganize the management system for feasible adherence to strategies of attention to men's health and an urgent need for capacity building of policy makers and practitioners and users' awareness regarding the health care of the man. Thus, we emphasize that it is necessary to expand the dialogue and reorganize planning strategies and management to understand the real needs of the male population and articulating with all stakeholders implementation of the actions of health care for the man.

Keywords: Men's Health. Family Health Program. Health Planning. Health Management.

INTRODUÇÃO

No Brasil o envelhecimento populacional apresenta a feminilização como uma de suas características e tal fenômeno ocorre por causa da maior mortalidade masculina, quando comparada à feminina. A referida mortalidade se distribui em eixos causais que variam em magnitude a depender da faixa etária e tem nas causas externas e nas doenças do aparelho circulatório as principais causas de morte, que são superadas somente na faixa acima dos 50 anos de idade pelas neoplasias (LOURENÇO; LINS, 2010; SCHWARZ, et al., 2012).

Mesmo diante da elevada mortalidade masculina os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres. Acredita-se que isto ocorra por influência dos paradigmas sociais, culturais e de gênero, visto que o cuidado não é tratado como uma prática da saúde masculina. Tais fatores podem vir a prejudicar a prevenção em saúde, pois o ser socialmente visto como forte, viril, invulnerável, ao

procurar os serviços de saúde, poderá ser associado à fraqueza e feminilidade (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010; MACHIN et al., 2011).

Frente à reduzida procura, percebeu-se que os homens não estão dispostos a se ausentarem do trabalho, não são educados para o cuidado preventivo da própria saúde, possuem medo de adoecer e de depender de terceiros. Assim, eles buscam os serviços de saúde na presença de alguma doença instalada ou dor que prejudique seu desempenho no trabalho, ao tempo em que procuram obter medicamentos ou analgesia, de modo que ignoram as consultas de caráter preventivo e valorizam as ações curativas (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010; SCHRAIBER, et al., 2010).

Nesse aspecto, Julião e Weigelt (2011) afirmam que a maioria dos problemas que acometem a saúde do homem poderia ser prevenida ou tratada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) o que, além de promover qualidade de vida, reduziria significativamente os encargos financeiros das ações em saúde pública.

Assim, para reorientar os serviços de saúde no sentido da promoção, proteção, prevenção e reabilitação da saúde masculina o Ministério da Saúde (MS) sustenta-se na a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que é alinhada à Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) associada à Estratégia de Saúde da Família (ESF) que fundamenta-se na humanização das práticas de saúde para considerar a singularidade, o meio sócio-cultural do usuário e fortalecer as ações e serviços em redes de cuidados da saúde (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2012).

Logo, entendeu-se que os agravos à saúde do homem uma vez reconhecidos como problema de saúde pública necessitam de uma alocação e gestão estratégica, de tal forma que seja possível proporcionar o equilíbrio da oferta do serviço com as reais necessidades da população masculina. Neste caminho, a gestão estratégica tem sido destacada nas propostas de reflexão da gestão em saúde, tais como: a análise e co-gestão de coletivos; a micropolítica do trabalho em saúde e a tecnologia leve para o planejamento em saúde. Os conceitos e métodos desses estudos podem ser utilizados como referência para a construção de processos de planejamento participativo que contemplem o envolvimento de gestores, profissionais de saúde e dos usuários (TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010).

Neste contexto, a realização desse estudo justificou-se pela oportunidade de discutir o entendimento dos gestores responsáveis pela implantação das políticas de

atenção à saúde da população, dos profissionais de saúde e dos usuários, acerca do planejamento, da gestão e da oferta dos serviços de atenção à saúde do homem e, deste modo, fomentar a discussão acerca das estratégias de planejamento e gestão que melhor se adéquam à implementação de serviços capazes de agir com respeito às singularidades e diversidades sociais, culturais, étnicas, religiosas e de gênero, visto que a Bahia é o estado com o maior número de homens na região do Nordeste brasileiro e se destaca no cenário nacional junto ao estado de São Paulo no quantitativo de homens na população (SCHWARZ, et al., 2012).

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

METODOLOGIA

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

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

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

O Grupo 01 foi composto por 03 formuladores das políticas. Entende-se por formuladores de políticas aqueles que integram o grupo de gestores envolvidos diretamente na definição dos objetivos, prioridades e estratégias de uma política, nos seus programas e projetos, seja de forma global ou nos ajustes e adaptações às localidades (BELLONI; MAGALHÃES; SOUSA, 2007).

O Grupo 02 foi composto por 13 profissionais atuantes nas USF selecionadas para o estudo. Destes, cinco são enfermeiros (as), quatro são médicos (as) e quatro são cirurgiões (ãs) dentistas. A seleção dos profissionais se fez por sorteio com reposição e estratificação por categoria profissional, os profissionais sorteados que se recusaram a participar da pesquisa foram substituídos pelo próximo da lista de sorteio referente à profissão de recusa ou desistência.

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

Foi utilizada como estratégia de captação dos indivíduos do Grupo 03 os informantes-chave, que segundo Yin (2010) são pessoas que possuem conhecimentos especiais acerca da população estudada e, neste estudo, enquadraram-se como informantes-chave os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das USF selecionadas.

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

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – CEP/UESB, e aprovado sob o parecer de nº 283.588 e da CAAE: 13012213.5.0000.0055, obedecendo à Resolução 196/1996, que dispõe sobre as diretrizes das pesquisas com seres humanos e no momento em que os informantes concordavam em participar voluntariamente da pesquisa, procedeu-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assim, os entrevistados foram informados acerca dos objetivos do estudo; da voluntariedade; dos possíveis desconfortos; do anonimato; e de que os dados seriam utilizados para fins de pesquisa.

A coleta das informações foi realizada no período de julho a setembro de 2013, por meio de entrevista semi-estruturada e da análise documental. As entrevistas serviram como um guia contendo questões referentes aos dados gerais dos informantes e sobre o planejamento, a gestão e as ações de saúde da PNAISH. Já os documentos analisados foram o Plano Municipal de Saúde e os Relatórios de

Gestão Municipal dos anos 2010, 2011 e 2012, subsequentes à instituição, no ano de 2009, da PNAISH no âmbito SUS.

Após a transcrição das informações foi realizada a Análise de Conteúdo subsidiado pela categorização temática do discurso que se fundamenta em destrinchar os relatos em categorias e se executa em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação referencial (BARDIN, 2011).

A Pré-análise foi o momento em que houve o primeiro contato com material resultante das entrevistas, a transcrição destas na íntegra, bem como a leitura flutuante das informações transcritas e a organização das entrevistas a fim de construir o corpus a ser analisado, que se constituiu de 27 entrevistas distribuídas em três grupos de sujeitos.

A exploração do material compreendeu o momento em que executou-se o recorte do texto em unidades de registro e posterior separação de tais unidades, de modo a levar em conta as convergências, as divergências e a aquilo que fora considerado inusitado. Posteriormente agregou-se e classificou-se as unidades de tal forma que emergiram categorias e subcategorias e no artigo em questão apresenta-se a discussão do *Planejamento e Gestão da Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família* destrinchado em *Aspectos intrínsecos do Planejamento e da Gestão e Aspectos intrínsecos da oferta dos serviços de atenção à Saúde do Homem*.

Após a exploração do material iniciou-se a interpretação referencial, terceira etapa, que tem por objetivo validar e tornar significativas as informações. Para isto foi realizado o confronto das informações obtidas com as já existentes, no intuito de consolidar as convergências, as divergências e o inusitado, de modo a analisá-los com subsídio do referencial teórico-metodológico.

No que diz respeito à análise documental foi realizada a leitura e o fichamento dos documentos, de modo a elucidar os pontos de interesse para a associação com os objetivos da pesquisa. Posteriormente realizou-se um confronto dos dados secundários com os relatos dos sujeitos da pesquisa e a inserção do pesquisador que aborda as inquietações da realidade estudada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Planejamento e Gestão da Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família

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

Aspectos intrínsecos do Planejamento e da Gestão

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

[...] a gente não fez um planejamento para que fosse implantada a atenção à saúde do homem [...] ainda estamos nos programando (E1- G1);
[...] não há nenhum projeto que faça esse programa fluir (E11-G2).

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

[...] a gente está tentando se organizar para montar nas unidades (E1-G1);
[...] estamos tentando readequar e reformar a estrutura física [...] (E2-G1);
[...] estamos tentando implantar [...] estamos arrumando a casa. (E3-G1);

*[...] se **trabalhar com a prevenção vai se gastar muito menos** [...] os hospitais e as emergências estão lotados de pacientes que não trabalham com a prevenção e isso é uma preocupação, pois os pacientes se tornam de alta complexidade com **um custo maior para o Estado** (E3-G1).*

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

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

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

*[...] **aderimos ao PMAQ** e nele há a adesão à saúde do homem (E7-G2);*

*[...] estamos em **programação de compra de serviços especializados em urologia** (E1-G1).*

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

De forma a corroborar o pensamento acima desenvolvido Teixeira (2010) afirma que o planejamento se alicerça na racionalização das ações humanas e consiste na definição de proposições, assim como na promoção da sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas.

Neste aspecto, consideramos que é necessário repensar as questões de planejamento a fim de observar a realidade local, conhecer a população envolvida nesse processo, propor ações de saúde fundamentadas em estudo de viabilidade

prévio, definir metas e avaliar constantemente a evolução da implementação da atenção integral à saúde do homem na ESF do município.

Cabe aqui ressaltar que a reforma iniciada nas unidades e a adequação da estrutura, o remapeamento, bem como a adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) representam um importante avanço no sentido da promoção da saúde da população masculina, visto que é imprescindível lidar com essa população em um ambiente livre de constrangimento, de modo acolhedor e estruturado tecnologicamente para proporcionar uma melhor condição de trabalho e melhores relações de comunicação (GOMES, 2011b).

O PMAQ fomenta o desenvolvimento de processos capazes de ampliar a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais em ofertarem serviços que assegurem a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde, de acordo com as necessidades concretas da população, que além desses aspectos, tem como um de seus desafios dirimir a incipiência dos processos de gestão (BRASIL, 2012a).

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

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

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

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

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

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

Salientamos então, que o financiamento insuficiente pode restringir a capacidade de organização de uma rede pública de saúde acessível e resolutiva. Dessa forma, a garantia da regularidade e da expansão da participação dos gastos públicos com ações e serviços de saúde é fator imprescindível para melhorar o desempenho do SUS (BRASIL, 2010).

Neste sentido, Souza (2009) afirma que alcançar níveis ótimos de gestão financeiro-administrativa dos serviços de saúde não é tarefa simples, todavia a estratégia principal para a superação dos entraves orçamentários deve se firmar em um planejamento que assegure um fluxo regular de recursos para a saúde nos patamares mínimos estabelecidos pela emenda constitucional nº 29 do ano 2000 (EC-29).

A EC-29 fora sancionada como Lei Complementar nº 141 do ano de 2012 e, apesar dos vetos, dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. No que diz respeito aos municípios tal aplicação deve ser de no mínimo 15% da arrecadação dos impostos previstos na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2012b).

Apesar de um alto investimento financeiro programado pelo Ministério da Saúde para financiar a PNAISH, conforme Plano de Ação Nacional (BRASIL, 2009b), acredita-se que a discussão de que o sucesso da proposta de atenção integral à saúde do homem está condicionado não somente ao fator financeiro, mas sim ao planejamento e a operacionalização de estratégias de inclusão masculina com reconhecimento da realidade de cada região do país.

Para tanto, Viera et. al. (2013) reforça que os profissionais e os gestores de saúde devam ser capacitados a desempenhar toda a articulação necessária entre a gestão e a oferta de serviços de atenção integral ao homem, problematizar a realidade de cada USF e desenvolver estratégias inclusivas de atendimento, de tal forma que seja possível atender às peculiaridades da população masculina.

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

[...] não participei de nenhuma capacitação nessa área (E1-G2);
[...] relacionada à saúde do homem em si não (E2-G2);
[...] nunca tivemos nenhuma capacitação em relação a isso não (E9-G2);
[...] não houve capacitação para trabalhar nesta perspectiva (E12-G2).

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

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

Nesta perspectiva, Viera et al. (2013) discordam da não capacitação dos médicos quando diz que todos os profissionais de saúde, sem distinguir categorias profissionais, devem ser capacitados para a atenção à população masculina, além do que elucida a importância do diálogo entre profissionais e gestores de saúde para promover a eficiente oferta da atenção ao homem.

Assim, entende-se então que existe uma necessidade premente de promover capacitações dos gestores e dos profissionais atuantes na ESF do município, de modo a promover a compreensão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, bem como o conhecimento das nuances do trabalho de atenção à saúde da população masculina, visto que, segundo a PNAISH, a capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem é imprescindível para que os princípios da humanização e da qualidade, que implicam na promoção, no reconhecimento dos direitos dos homens e no respeito à ética sejam cumpridos (BRASIL, 2009).

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

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

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

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

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

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

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

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

Neste contexto, um estudo de Gomes et. al. (2011) corrobora com os achados acima descritos e enfatiza que os homens trazem demandas que se relacionam com a condução dos serviços e com as lacunas existentes no atendimento específico a eles. Destacam ainda, que deve haver uma melhor formação profissional, com melhoria da estrutura física; reformulação dos aspectos gerenciais e organizativos dos serviços de saúde com eficaz alocação de recursos, assim como acolhimento e processos comunicativos mais eficientes.

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

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

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

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

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

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

Embora haja um consenso da maioria, para um profissional de saúde existe o serviço específico implantado para atender os homens, todavia este não o procure.

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

Supomos que tal divergência seja fruto do não reconhecimento dos elementos fundamentais para a implementação da PNAISH, principalmente do primeiro e do quarto elementos descritos na política, que afirmam respectivamente que para considerar a implantação deve haver acesso do homem aos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, organizados em rede; bem como a captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária, de forma a melhorar o grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário (BRASIL, 2009).

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

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

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

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

Nesta direção, um estudo multicêntrico realizado em Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e São Paulo corrobora com os achados da presente pesquisa que direcionam ao entendimento de que o homem é atendido de forma genérica nos serviços de atenção à saúde pública no Brasil (COUTO et al., 2010).

Na oportunidade o referido estudo multicêntrico destacou que a presença do homem nos serviços de atenção à saúde se concentra nos programas de hipertensão e diabetes, consulta médica e odontológica, bem como em atividades específicas como a fisioterapia e a saúde mental, além do que priorizam as ações curativas (COUTO et al., 2010).

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

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

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

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

Situação esta que reforça a necessidade de mobilizar a população masculina na direção da garantia do direito social à saúde, de tal forma que os homens sejam protagonistas de suas demandas com enfoque na qualidade de vida. Para tanto, entende-se que é imprescindível orientá-los acerca da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades que afetam o homem, assim como reorientar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, para que eles entendam os serviços de saúde também como espaços acolhedores (BRASIL, 2009), evidenciada nos relatos abaixo.

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

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

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

Eu atendo muito mais mulheres (E9-G2);

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

No tocante à compressão dos entrevistados de que existe uma menor procura dos homens pelos serviços de atenção básica, um estudo realizado em Unidades de Saúde da Família do Rio Grande do Sul concorda com a existência da menor procura pelo homem e ainda ressalta que na população masculina com idade produtiva a procura é ainda menor (VIEIRA et al. 2013).

Uma questão que chamou atenção foi a emergência de estereótipos culturais e de gênero nos relatos de formuladores das políticas, expressos de forma a entender que o paradigmas socioculturais tais como: o ato de cuidar da casa é inerente as mulheres, o homem é o provedor familiar e trabalha mais do que a mulher na atual sociedade brasileira são aceitáveis para o entendimento da não prevenção à saúde masculina.

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

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

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

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

Nesta problemática, ressalta-se que existe nacionalmente uma dificuldade dos gestores na elaboração de mecanismos para a aproximação e a participação dos homens nos serviços de saúde (COUTO et al., 2010; GUIDA, 2011). Como estratégia para resolver esse entrave o Ministério da Saúde propõe que sejam incorporadas nas práticas de gestão dos serviços de saúde uma nova filosofia referencial ética, teórica e política, principalmente relacionado as questões de gênero, bem como, que seja ampliado o diálogo entre universidades, profissionais e gestores, a fim de promover a valorização da contextualização crítica e histórica das nuances da atenção à saúde do homem (COUTO; GOMES, 2012; MARTINS; MALAMUT, 2013).

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

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

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

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

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

A dificuldade que o homem tem de despir-se em frente aos profissionais de saúde e o preconceito que envolve o exame de próstata também foram identificados no estudo de Gomes et al. (2011) que afirmam que não debater estes assuntos pode influenciar os profissionais de saúde a não reconhecerem a necessidade de privacidade dos homens nos ambientes de saúde, bem como reforçar por meio de atitudes, comportamentos, preconceitos e estereótipos os quais contribuem para a perpetuação de uma construção simbólica pejorativa entre a sexualidade masculina e o exame do toque retal.

Neste aspecto Vieira (2013) e Gomes et al. (2011) também reconhecem que os homens veem no fato das unidades serem mais frequentadas por mulheres, além dos outros entraves socioculturais e de gênero, como uma barreira de acessibilidade e comunicação nos serviços preventivos de saúde.

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

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

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

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

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

Fazer alguns exames igual o do coração que eu tive que pagar (07-G3);

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

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

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

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

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

Percebeu-se então que foi encontrado, assim como em estudos pelo Brasil Vieira et al. (2013), Gomes et al. (2011), Schraiber et al. (2010), a questão dos compromissos e horários de trabalho como sendo um fator de grande importância para o distanciamento dos homens das ações e dos serviços preventivos de saúde.

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

De modo a reforçar a inferência acima destacada Vieira et al. (2013) e Couto et al. (2010) relatam que nos serviços em que houve a disponibilização de atendimento aos sábados e domingos, terceiro turno (noturno) ou até mesmo atendimento 24h, houve uma maior presença masculina do que aqueles que não flexibilizaram os horários.

Nesse sentido, com base na referida dificuldade de se encontrar um médico e realizar exames na rede de saúde, reforçada pelas expressões dos usuários descritas abaixo.

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

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

Entendeu-se que os processos de planejamento e gestão possam não estar dando a devida atenção ao princípio da divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário descrito na Lei 8080 de 1990 e, por outro lado, se está havendo observância ao cumprimento da carga horária semanal de trabalho pelo médico, prevista na PNAB (2012), reforçada pelas expressões dos usuários descritas abaixo.

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

No que tange a estratégia de aproximar a população masculina aos serviços de atenção básica, os entrevistados avaliam que,

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

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os (as) participantes desse estudo deixaram explícito que a gestão dos processos de implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem encontra-se em estado de incipiência, visto que não há uma estratégia formulada para implantar e implementar um serviço de atenção integral à saúde do homem no município.

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

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

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

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

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

Assim, no que diz respeito ao planejamento como ferramenta de gestão para a implantação da PNAISH na ESF salientamos que é preciso ampliar o diálogo e desenvolver urgentemente um método de planejamento que leve em consideração a realidade local; a singularidade dos indivíduos; a capacitação profissional; o reconhecimento das questões de gênero; a eficiente alocação de recursos financeiros e se alicerce na humanização e no respeito às diversidades humanas, de

tal forma que as metas sejam definidas e as avaliações sejam realizadas no sentido da evolução da atenção integral à saúde do homem.

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

REFERÊNCIAS

ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M. C.; NEVES, J. B. Desafios para a Inclusão dos homens nos serviços de Atenção Primária a Saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, Minas Gerais, v. 3, n. 2, p. 554-563, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edição Revista e Actualizada. ed. Edições 70, 2011.

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H.; SOUSA, L. C. **Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Lei Complementar Nº 141, DE 13 de janeiro de 2012**. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional De Atenção Integral à Saúde do Homem**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva : Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011**, Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Conselho Nacional de Saúde. 1996. Disponível em: < conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196> Acesso: em 25 out. 2012.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, 2010.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciênc. saúde coletiva**. v.17, n.10, pp. 2569-2578, 2012.

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**. v.16, n. 11, pp. 4513-4521, 2011b.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**. v.16, suppl.1, pp. 983-992. 2011a.

GUIDA, C. Análisis del papel de los programas de salud em la atención de los varones, desde um enfoque integral y de prevención. Washington: **Development Connections**, 2011.

JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à Saúde do Homem em Unidades De Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 2, p. 144-152, 2011.

LOURENÇO, R. A.; LINS, R. G. Saúde do Homem: aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento masculino. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro. v.9, Suple1, p. 12-19, 2010.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011, vol.16, n.11, pp. 4503-4512.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens Health needs and masculinities : primary health care services for men. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.

SCHWARZ, Eduardo et al. Política de saúde do homem. **Rev. Saúde Pública**. 2012, vol.46, suppl.1, pp. 108-116. Epub Dec 11, 2012.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 14, n.3, pp. 911-918, 2009.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q.; JESUS, W. L. A. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS in: TEIXEIRA, C. F (Org.). **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 51-76

TEIXEIRA, C.F. **Planejamento em saúde** : conceitos, métodos e experiências - Salvador : EDUFBA, 2010.

VIEIRA, K. L. D. et. al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Esc. Anna Nery**. v.17, n.1, pp. 120-127, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 4. Ed. São Paulo: Bookman. 2010.

4.2 MANUSCRITO 02: ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: LIMITES E POSSIBILIDADES

O manuscrito será submentido, após as considerações da banca examinadora, à Escola Anna Nery Revista de Enfermagem ISSN (on-line): 2177-9465, sob as normas disponíveis em: <http://migre.me/gCe3L>, acessado em outubro de 2013.

ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: LIMITES E POSSIBILIDADES

Leonardo Peixoto Pereira

Adriana Alves Nery

RESUMO

O estudo teve como objetivo discutir o processo de Implantação da Política de Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié. Tratou-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, aprovado sob o nº 13012213.5.0000.0055 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia realizado na Secretaria Municipal de Saúde e nas Unidades de Saúde da Família do município. Os sujeitos do estudo foram os gestores municipais dos serviços de saúde, os profissionais de saúde de nível superior e os homens na faixa etária de 25 a 59 anos. As informações foram coletadas por meio de entrevista semi-estruturada e da análise documental. Executou-se análise de conteúdo, modalidade temática, de forma que emergiu uma categoria: Processo de Implantação da Política de Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família e três subcategorias de discussão: dificuldades, facilidades e perspectivas apontadas para implantação da política de atenção à saúde do homem. As informações evidenciaram que há nenhum tipo de serviço específico de atenção à saúde do homem, assim como elencou as dificuldades, facilidades e perspectivas dos entrevistados acerca da possibilidade de implantação da atenção à saúde do homem no município. Assim, supomos que a adequada implantação dos serviços depende da promoção de mais investimento, planejamento, discussões e capacitações para todos os envolvidos no desenvolvimento da atenção integral ao homem na atenção básica, de modo que as equipes de saúde e os homens se mobilizem para garantir o direito social à saúde aos homens.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Programa Saúde da Família. Política de Saúde.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the situation of planning, management and health actions at the prospect of implementing the Policy for Integral Attention to Men's Health in Family Health Strategy in Jequié. This was a qualitative study, descriptive and exploratory approved under No. 13012213.5.0000.0055 by the Ethics in Research of the State University of Southwest Bahia held in Municipal Health and the Family Health Units of the municipality. The study subjects were city managers of health services, health professionals and men aged 25-59 years. Data were collected through semi-structured interviews and documentary analysis. Analysis was performed thematic content, and emerged a category: Process Deployment Policy Attention to Men's Health in Family Health Strategy and three subcategories: difficulties, facilities and perspective for implementation of policy attention to men's health. The information showed that there is no specific service type of health care man, well as listed the difficulties, facilities and perspectives of respondents about the possibility of implementation of men's health care in the city. Thus, we assume that the proper deployment of services depends of promoting more investment, planning, discussions and training for everyone involved in the development of comprehensive care to men in the basic health, so that teams health and men are mobilized to ensure social right to health to men.

Keywords: Men's Health. Family Health Program. Health Policy

INTRODUÇÃO

Desde as décadas finais do século vinte as estratégias de reorientar a lógica da disponibilização dos serviços de saúde pública são estudadas e debatidas. Entendeu-se a partir de então que para suplantar os entraves e os desafios da oferta de ações de saúde, de modo universal e com qualidade para a população, é fundamental reconhecer a necessidade dos sujeitos imersos em culturas diversas, promover escuta diferenciada, e inserir os direitos das populações nas estratégias de gestão e nos processos de trabalho, de tal forma que sejam superados os tradicionais modelos de gestão e de oferta dos serviços de saúde no Brasil (BOSI; MARTINEZ, 2010).

Neste sentido, o Brasil sustenta-se na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que é considerada um conjunto de ações que fomentam a promoção, a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, à reabilitação e

manutenção da saúde em caráter individual e coletivo, de modo que deve se caracterizar como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, além de considerar a singularidade, o meio sócio-cultural do usuário e ter como estratégia prioritária a Estratégia de Saúde da Família - ESF (BRASIL, 2012).

Junto à PNAB está a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que alinhada à primeira soma forças em busca de uma atenção integral à saúde da população masculina, mediada por estratégias de humanização, pois há muito tempo os homens acessam os serviços de saúde através da atenção especializada. Tal aspecto, o que evidencia a necessidade de fortalecer e qualificar a Atenção Básica para a efetiva promoção da saúde destes indivíduos, visto que até o ano de 2009 não existia uma política de ações de saúde direcionada à saúde do homem adulto jovem e as demandas masculinas eram diluídas em outros programas de atenção, tais como: hipertensão, diabetes, saúde mental, saúde do trabalhador, entre outros (BRASIL, 2009a; JULIÃO; WEIGELT, 2011; COUTO et al., 2010; DOMINGUEZ, 2008).

Nesse aspecto, Julião e Weigelt (2011) afirmam que a maioria dos problemas que acometem a saúde do homem poderia ser prevenida ou tratada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) o que, além de promover qualidade de vida, reduziria significativamente os encargos financeiros das ações em saúde pública.

Logo, a realização de tal estudo justificou-se pela oportunidade de debater os limites e as possibilidades implantação da política de atenção à saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié e, deste modo, fomentar a discussão acerca das estratégias de planejamento e gestão que melhor se adéquam à implementação de serviços capazes de agir com respeito às singularidades e diversidades sociais, culturais, étnicas, religiosas e de gênero, visto que a Bahia é o estado com o maior número de homens na região do Nordeste brasileiro e se destaca no cenário nacional junto ao estado de São Paulo no quantitativo de homens na população (SCHWARZ, et al., 2012).

Diante da problemática discutida o estudo teve como objetivo: discutir o processo de Implantação da Política de Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié.

METODOLOGIA

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

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

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

O Grupo 01 foi composto por 03 formuladores das políticas. Entende-se por formuladores de políticas aqueles que integram o grupo de gestores envolvidos diretamente na definição dos objetivos, prioridades e estratégias de uma política, nos seus programas e projetos, seja de forma global ou nos ajustes e adaptações às localidades (BELLONI; MAGALHÃES; SOUSA, 2007).

O Grupo 02 foi composto por 13 profissionais atuantes nas USF selecionadas para o estudo. Destes, cinco são enfermeiros (as), quatro são médicos (as) e quatro são cirurgiões (ãs) dentistas. A seleção dos profissionais se fez por sorteio com reposição e estratificação por categoria profissional, os profissionais sorteados que se recusaram a participar da pesquisa foram substituídos pelo próximo da lista de sorteio referente à profissão de recusa ou desistência.

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

Foi utilizada como estratégia de captação dos indivíduos do Grupo 03 os informantes-chave, que segundo Yin (2010) são pessoas que possuem

conhecimentos especiais acerca da população estudada e, neste estudo, enquadraram-se como informantes-chave os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das USF selecionadas.

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

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – CEP/UESB, e aprovado sob o parecer de nº 283.588 e da CAAE: 13012213.5.0000.0055, obedecendo à Resolução 196/1996, que dispõe sobre as diretrizes das pesquisas com seres humanos e no momento em que os informantes concordavam em participar voluntariamente da pesquisa, procedeu-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assim, os entrevistados foram informados acerca dos objetivos do estudo; da voluntariedade; dos possíveis desconfortos; do anonimato; e de que os dados seriam utilizados para fins de pesquisa.

A coleta das informações foi realizada no período de julho a setembro de 2013, por meio de entrevista semi-estruturada e da análise documental. As entrevistas serviram como um guia contendo questões referentes aos dados gerais dos informantes e sobre o planejamento, a gestão e as ações de saúde da PNAISH. Já os documentos analisados foram o Plano Municipal de Saúde e os Relatórios de Gestão Municipal dos anos 2010, 2011 e 2012, subsequentes à instituição, no ano de 2009, da PNAISH no âmbito SUS.

Após a transcrição das informações foi realizada a Análise de Conteúdo subsidiado pela categorização temática do discurso que se fundamenta em destrinchar os relatos em categorias e se executa em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação referencial (BARDIN, 2011).

A Pré-análise foi o momento em que houve o primeiro contato com material resultante das entrevistas, a transcrição destas na íntegra, bem como a leitura flutuante das informações transcritas e a organização das entrevistas a fim de construir o corpus a ser analisado, que se constituiu de 27 entrevistas distribuídas em três grupos de sujeitos.

A exploração do material compreendeu o momento em que executou-se o recorte do texto em unidades de registro e posterior separação de tais unidades, de modo a levar em conta as convergências, as divergências e a aquilo que fora considerado inusitado. Posteriormente agregou-se e classificou-se as unidades de tal forma que emergiram categorias e subcategorias e no artigo em questão apresenta-se a discussão do *Processo de Implantação da Política de Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família* subdividido em *Dificuldades, Facilidades e Perspectiva* da implantação.

Após a exploração do material iniciou-se a interpretação referencial, terceira etapa, que tem por objetivo validar e tornar significativas as informações. Para isto foi realizado o confronto das informações obtidas com as já existentes, no intuito de consolidar as convergências, as divergências e o inusitado, de modo a analisá-los com subsídio do referencial teórico-metodológico.

No que diz respeito à análise documental foi realizada a leitura e o fichamento os documentos, de modo a elucidar os pontos de interesse para a associação com os objetivos da pesquisa. Posteriormente realizou-se um confronto dos dados secundários com os relatos dos sujeitos da pesquisa e a inserção do pesquisador que aborda as inquietações da realidade estudada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fato do homem utilizar a atenção especializada como via de acesso aos serviços de saúde, principalmente através das farmácias e dos serviços de pronto socorro, bem como o reconhecimento de que a Atenção Básica, por meio da ESF, é uma potencial via de prevenção e tratamento da maioria dos problemas de saúde. Tais fatos incitam a discussão acerca da implementação dos serviços de atenção integral à saúde do homem nas Unidades de Saúde da Família.

Nesta direção, foi possível observar, com base nas falas dos (as) informantes, que não há nas USF do município a oferta de um serviço de atenção integral à saúde do homem. Assim, discutimos os limites e as possibilidades da implantação da PNAISH na Estratégia de Saúde da Família por meio da categoria *Processo de Implantação da Política de Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família* subdividida em subcategorias representantes das *Dificuldades*, das *Facilidades* e da *Perspectiva* da implantação.

Processo de Implantação da Política de Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família

O Processo de Implantação da Política de Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família foi aqui dividido de forma didática em dificuldades encontradas para implantação, facilidades apontadas para implantação e perspectivas vislumbradas para implantação a fim de demonstrar com mais clareza aquilo que se considera limite ou potencialidade para a implantação da política pelos formuladores, profissionais de saúde e usuários.

Dificuldades encontradas para implantação da PNAISH

No que diz respeito às dificuldades referentes ao processo de implantação da PNAISH os (as) entrevistados (as) destacaram três principais grupos de dificuldades com destaque para os entraves oriundos da transição da gestão municipal.

A gestão anterior entregou um sistema bastante danificado [...] (E1-G1);
[...] estamos passando por muitas dificuldades, principalmente relacionadas à maneira como recebemos a estrutura administrativa da secretaria de saúde e da prefeitura com diversos problemas financeiros [...] (E2-G1);
[...] encontramos uma secretaria muito fragilizada e com muitos problemas para fazer a adesão como a questão orçamentária e dotações que não foram feitas [...] tínhamos onze unidades que fizeram a adesão ao PMAQ, mas não foram contempladas financeiramente, pois chegou a verba, mas não utilizaram (E3-G1).

Reflete-se então que o distanciamento das estratégias de planejamento como ferramenta de gestão, da alocação de recursos e verbas de forma planejada, bem como do compromisso com a boa administração pública, pode culminar na dificuldade da gestão política e administrativa subsequente dos sistemas de saúde pública.

Diante da reflexão acerca da deficiência de planejamento e da afirmação que orçamentos e dotações financeiras não foram feitos, associada à inferência de que houve, nas gestões anteriores, uma alocação de recursos de modo desorganizado e

distante dos preceitos da austeridade financeira dos cofres públicos, acredita-se que o melhor método a ser desenvolvido para que a atual e as próximas gestões possam desenvolver a implementação da PNAISH na Estratégia de Saúde da Família do município seja a elaboração de uma agenda estratégica e de um plano de ações bem definido para a consolidação de tal política.

Nesta orientação, Teixeira, Vilasbôas e Jesus (2010) descrevem a construção da agenda como a identificação dos principais problemas de saúde da referida população em um território, dos problemas do sistema de saúde e o delineamento proposições políticas de intervenção sobre estes problemas.

O plano de ações é descrito como o conjunto fundamentado pela análise da situação de saúde que corresponde à identificação, priorização e explicação dos problemas, objetos das intervenções propostas; pela definição de políticas que implica na identificação do objetivo que se pretende alcançar em um prazo determinado; pela análise de viabilidade das intervenções e a elaboração de estratégias para a construção de um plano viável; pela programação tático operacional que implica no detalhamento das tarefas necessárias à operacionalização das ações propostas, seguido da elaboração da previsão orçamentária de todo processo (TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010).

Deste modo, entende-se que a elaboração dos passos acima referidos, bem como a sua publicação e divulgação na sociedade possa conferir legitimidade ao que se deseja implantar, bem como possa incitar a busca por garantia da implantação, da continuidade e do aperfeiçoamento das atividades de saúde implantadas.

O segundo grupo de obstáculos enfrentados no processo de implantação da PNAISH refere-se à dificuldade de contratação do profissional médico para atuar nos serviços de atenção básica do município.

*[...] a gente está com uma **dificuldade imensa relacionada ao profissional médico** no município [...] (E1-G1);*

*[...] **tem grande dificuldade de contratação do médico** (E2-G1);*

*[...] **não ter médico** para as unidades (E3-G1);*

*[...] **não tem médico** no posto (E11-G3).*

O achado em nosso estudo referente ao obstáculo de contratação médica não ocorre de forma esporádica no Brasil, alguns outros estudos, tais como os de Campos e Malik (2008) e o de Carneiro Júnior, Nascimento e Costa (2011) relatam a dificuldade encontrada pelos gestores em manter as USF em pleno funcionamento com o profissional médico atuando. Assim, supomos que a dificuldade de manter os programas de atenção básica à saúde, inclusive o atendimento integral ao homem está intimamente relacionada com a dificuldade de manter os médicos na ESF.

Nesta perspectiva, Campos, Malik (2008) afirmam que a falta de médicos que tenham o perfil adequado para atuar na ESF é uma das principais questões que dificulta a contratação destes profissionais. Contudo, Carneiro Júnior, Nascimento, Costa (2011) dizem que a alta rotatividade destes profissionais é um fator que compromete a vinculação médico-USF.

A alta rotatividade citada é fruto das condições de trabalho na ESF, tais como as longas distâncias, a indisponibilidade de material, estrutura física adequada e a falta de capacitação profissional. Neste sentido, os médicos são facilmente atraídos para trabalhar em locais mais centrais, com menos risco e melhores condições de trabalho, visto que mesmo com estratégias de melhoria de remuneração, evidenciado pelo fato de que o salário dos profissionais do Programa de Saúde da Família tem sido superior ao das demais especialidades médicas, não tem refletido na redução da rotatividade (CAMPOS; MALIK, 2008; CARNEIRO JÚNIOR; NASCIMENTO; COSTA, 2011).

A dificuldade de contratação, alta rotatividade e o distanciamento dos médicos da ESF, mesmo com salários atrativos, como fora destacado nos estudos citados acima, fez-nos refletir que a dificuldade dos municípios em contratar profissionais médicos para atuar nos processo de implementação da PNAISH, destacada anteriormente nas falas dos entrevistados, possa estar relacionada também com a formação profissional médica que durante décadas manteve-se distante das vivências nos contextos de medicina da família.

Neste caminho, Vasconcelos e Zaniboni (2011) reforçam tal pensamento com afirmação de que há uma dificuldade de conciliar as atividades extracurriculares da formação em medicina com a vivência nas atividades de atenção básica e o distanciamento em questão acaba por influenciar na formação de médicos (as) de modo a refletir em características e interesses hospitalocêntricos.

Entretanto, Ferreira, Fiorini e Crivelaro (2010) afirmam que a dificuldade da aproximação com as questões da atenção básica durante a graduação médica tem sido superada com a inserção curricular de estratégias de aproximação da teoria com a prática em programas educacionais de inserção do estudante no cotidiano das dinâmicas das necessidades básicas da comunidade, de tal forma que tanto o acolhimento, quanto a clínica ampliada e as ações de promoção e prevenção da saúde coletiva, contribuam para a formação de profissionais mais comprometidos com a avaliação da vulnerabilidade e das reais necessidades das pessoas e das comunidades.

Com base nesta reflexão, inferimos que as intervenções no sentido de superar as dificuldades de profissionais médicos atuantes na ESF devam ser pensadas a nível de gestão não somente nos critérios de melhoria da estrutura física das condições de trabalho e da remuneração, mas também, nas três esferas de governo e gestão, no desenvolvimento de uma formação médica fundamentada nas reais necessidades dos usuários do SUS.

Uma ação pontual executada em nível nacional para suprir o déficit de médicos na atenção básica brasileira foi a contratação de médicos estrangeiros, por meio do programa Mais Médicos, como estratégia para o atendimento das demandas populares (CEBES, 2013). Todavia, foi possível observar, no período das entrevistas, que ainda não há entres os formuladores de políticas e profissionais de saúde um consenso de que essa será a melhor alternativa a por em execução, principalmente com o destaque da fala abaixo.

*[...] a gente vê hoje o **grande dilema da sociedade brasileira que é a contratação ou não de médicos estrangeiros** que viriam a complementar o quadro médico (E2-G1);*

*[...] criaram esse programa o Mais Médicos, **mas o problema não é a falta de médicos é a falta da condição de trabalho**, é preciso boas condições de trabalho [...], ter também um bom plano de carreira cargos e salários. (E2-G2).*

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES (2013) acredita que a suficiência quantitativa com os médicos estrangeiros do programa Mais Médicos, nas equipes de saúde, se bem distribuídas, vai permitir o atendimento universal da população residente em todo o território, de modo a efetivar o direito constitucional

de todos os brasileiros, visto que o a saúde é direito universal e igualitário , dever do Estado, e deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, mediante ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

No que diz respeito a discussão acerca da dificuldade da contratação do profissional médico, refletimos e acreditamos que a Política Nacional da Atenção Integral à Saúde do Homem está diretamente relacionada com essa deficiente oferta de serviços médicos nas USF, visto que as principais ferramentas de ação da política são a prevenção e a promoção da saúde, fundamentadas na Estratégia de Saúde da Família.

Além disso, também reconhecemos que a contratação de médicos estrangeiros não é por si só a solução para o déficit de médicos na ESF e, desse modo, entende-se que a gestão deve atentar para questões como a formação humanizada de médicos; o respeito aos direitos trabalhistas; a valorização de todos profissionais do SUS, a suficiência de recursos materiais e do fluxo na rede de atenção à saúde, para prover excelência de atenção à saúde tanto em qualidade quanto em abrangência.

O CEBES (2013) reforça as afirmativas acima e assegura que é fundamental: a eficiente formação de especialistas em saúde coletiva e da família; mudanças substanciais na Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita a capacidade dos municípios e estados de contratação de profissionais de saúde; a criação de Plano de Cargos, Carreiras e Salários para os trabalhadores do SUS, além disto, garante que com os royalties do Pré-Sal e da Taxação de Grandes Fortunas, é possível garantir o patamar mínimo de investimento na saúde dos brasileiros.

O terceiro grupo de dificuldades encontradas acerca da implantação da PNAISH na ESF, diz respeito aos entraves de suficiência de recursos materiais e estruturais para o apropriado atendimento do homem em suas demandas e especificidades, conforme abordado nas falas dos (as) entrevistados (as) abaixo.

*[...] unidades com a sua **estrutura física bastante insatisfatória** [...] (E1-G1);
[...] o **sucateamento da estrutura física** [...] as **unidades com certeza não estão preparadas para atender a população masculina** (E2-G1);*

[...] recursos materiais insuficientes [...] chegamos aqui para trabalhar e não tem pilha para o otoscópio, não tem termômetro, o tensiômetro está quebrado (E2-G1);

Diante do exposto, e com base nas afirmações dos (as) entrevistados (as), acredita-se que as dificuldades de trabalho na atenção à saúde da família no município vão além dos entraves de planejamento organizacional oriundo da transição de gestão e da insuficiência de médicos na atenção básica, mas também se concentram em problemas físicos, estruturais e de recursos materiais imprescindíveis para o desenvolvimento de uma atenção à saúde de qualidade, pois concebe-se que a atenção à saúde do indivíduo e das coletividades requer um aporte de materiais essenciais, tais como os aparelhos de suporte clínico, exames laboratoriais, medicamentos, recursos educativos e o ambiente acolhedor, privado e seguro.

Neste caminho, destacamos e concordamos com a afirmação de um entrevistado do grupo de profissionais, disposta abaixo.

Então, antes de falar em programas é preciso se equipar bem, é dar condições (E2-G2).

No que se refere a atenção à saúde do homem presumimos que o sucesso da iniciativa depende da implementação dos princípios da PNAISH em ambientes favoráveis à adesão desta população, ou seja, ambientes acolhedores, resolutivos, bem estruturados, que respeitem a privacidade, as multiplicidades culturais e os paradigmas de gênero que envolvem a relação do homem com as atividades preventivas de saúde.

Neste aspecto, o Ministério da Saúde afirma que é preciso que os serviços se estruturarem e disponibilizem recursos, tecnologia, insumos técnico-científicos e estrutura gerencial, para que, enfim, os homens priorizem a ESF como a via principal de acesso aos serviços de saúde e reconheçam as ações de promoção e prevenção da saúde como essenciais à manutenção da saúde e da qualidade de vida, de tal modo que considerem os serviços de saúde como espaços masculinos e que os serviços de saúde os reconheçam como sujeitos que necessitem de cuidados (BRASIL, 2009).

Facilidades apontadas para implantação da PNAISH

Em relação às facilidades referentes ao processo de implantação da PNAISH foi possível apreender nas falas dos entrevistados que eles não elencaram um grande quantitativo de facilidades neste processo em comparação às dificuldades. A primeira facilidade destacada diz respeito ao que eles consideram como o interesse da atual gestão política em implantar os programas de atenção à saúde no município.

[...] a facilidade é a grande vontade política da prefeita em implantar políticas de saúde para a nossa população [...] (E2-G1);

[...] todos os programas de saúde que a gente leva pra ele, ele adere mesmo e não cria barreiras [...] tanto a prefeita quanto o secretário nos dão total liberdade para fazer as adesões que venham melhorar o acesso da população (E3-G1).

Refletiu-se acerca das afirmativas acima e concordou-se que o interesse político por parte dos (as) gestores (as) municipais em aderir aos programas de atenção integral à saúde das populações do Ministério da Saúde, seja um fator de extrema importância para o desenvolvimento da estratégia de estruturação da PNAISH no município, ainda mais quando se desenvolve uma gestão compartilhada com profissionais e usuários como foi destacado na fala de um entrevistado do grupo de formuladores abaixo.

A facilidade maior é ter uma gestão que é compartilhada, não há centralização, pelo contrário nos dá total autonomia e eu vejo isso como um ponto positivo (E3-G1).

Contudo, vale ressaltar que acreditamos que a gestão compartilhada não se estrutura somente no fato de delegar poderes aos demais envolvidos, mas sim na inclusão dos (as) atores envolvidos na coresponsabilização do cuidado e nas definições de metas, de modo que não haja imposições sobre os (as) envolvidos (as) no desenvolvimento de ações de saúde.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde afirma que a coresponsabilização da gestão confere uma maior responsabilidade aos sujeitos que passam a produzir mais e de uma melhor forma, visto que aumenta-se a vontade de afirmar ou reafirmar os projetos por eles desenvolvidos de forma coletiva (BRASIL, 2009c).

Associado à autonomia citada pelos formuladores das políticas (Grupo 01), foi possível perceber que há entre estes e os profissionais de saúde (Grupo 02), um entendimento de que a implementação da PNAISH é uma ação simples e que, praticamente, depende somente de criação de um horário de atendimento para os homens, para que estes sejam acolhidos do mesmo modo que os demais grupos populacionais que já estão aderidos à Estratégia de Saúde da Família, conforme destacado nas falas abaixo.

[...] é só adequar a semana típica e disponibilizar o serviço (E1- G1);

É fácil implantar, pois é só adequar a semana típica que é o cardápio de oferta da unidade e disponibilizar o serviço [...] (E3-G1);

[...] é acolher como acolhe a mulher, a criança e o idoso (E9-G2).

Nesse contexto, consideramos que a adesão à PNAISH e a implementações de suas ações no município não se restringem ao simples ato de criar um horário de atendimento para os homens, além disso, concebe-se que os paradigmas sociais, culturais e de gênero conferem a população masculina a necessidade de um acolhimento diferenciado no que diz respeito às ações saúde desenvolvidas na atenção básica.

Diversos estudos, tais como os de Gomes et al. (2011a), Gomes et al. (2011b), Couto et al. (2010), Couto e Gomes (2012), Schwarz (2012), Vieira et al. (2013), discorrem acerca das nuances da dinâmica relação da população masculina com os serviços preventivos de saúde; das questões de gêneros; dos paradigmas socioculturais que envolvem o histórico afastamento do homem da atenção básica; de tal forma que torna clara a compreensão de que não basta somente ofertar o serviço, mas é preciso estruturar a rede, capacitar os profissionais, sensibilizar os homens, humanizar o atendimento e promover privacidade e confiança no vínculo profissional-homem.

Nesta perspectiva, percebemos a necessidade do desenvolvimento de um trabalho educativo, esclarecimento, capacitação dos formuladores das políticas,

assim como dos profissionais de saúde do município acerca dos objetivos, dos princípios e das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no sentido de dirimir as lacunas de compreensão a respeito da atenção à saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família.

Outra facilidade destacada pelos formuladores de políticas se refere à grande oferta da mão de obra dos profissionais de saúde, não médicos, para atuarem na Estratégia de Saúde da Família, conforme destacado abaixo.

*[...] existe a **facilidade da oferta dos outros profissionais de saúde** [...] a dificuldade só ocorre com os médicos (E2-G1);*

*[...] a questão da oferta e da procura **com outros profissionais a gente já tem uma facilidade maior de contratação** (E3-G1).*

Diante disto, levantamos um questionamento a respeito dos benefícios da referida facilidade, visto que apenas um dos entrevistados não médico era servidor efetivo do município e os demais atuam na ESF por meio de cargo comissionado. Assim, supomos que a grande oferta, considerada como facilidade pelos formuladores, somada ao vínculo não efetivo possa ser um fator complicador dos processos de consolidação da ESF, bem como de seus programas, pois a insegurança quanto ao vínculo pode gerar uma rotatividade dos profissionais, fato este que reflete na atenção à saúde da comunidade no sentido da fragilidade da relação profissional-usuário imprescindível na filosofia da atenção à Saúde da Família.

De modo a corroborar com o questionamento acima levantado Albuquerque et al. (2011) afirmam que aqueles que não possuem vínculo empregatício seguro, além de vivenciarem uma situação de rotatividade, recebem menos capacitação o que por sua vez reflete no descumprimento de diretrizes teóricas do SUS e a prática de atenção se distancia, muitas vezes, do que preconiza a humanização da saúde, além do que profissionais em processo de rotatividade se concentram mais em atendimentos clínicos em detrimento as ações de promoção e prevenção da saúde.

Perspectivas vislumbradas para implantação da PNAISH

No tocante as perspectivas de implantação da PNAISH os (as) informantes do grupo 01 se mostram confiantes e entusiasmados e afirmam que o município está prestes a implantar os serviços de atenção integral à saúde do homem na ESF e sustentam tal afirmação principalmente na reforma das unidades de saúde, compra de serviços específicos para o homem e na eficiente alocação de recursos financeiros, como destacado nas falas abaixo.

*[...] em 2014 **com certeza vamos implantar** o programa nacional de saúde do homem (E1-G1);*

*[...] **existe sim a perspectiva de implantação** do serviço de atenção à saúde do homem no município [...] **eu tenho certeza que em um futuro próximo teremos sucesso** (E2-G1);*

*[...] as unidades básicas estão passando por **grandes reformas** o que dará condições para atender o homem sim. [...] já estamos inaugurando um centro de saúde e nós queremos **reservar uma sala para à saúde do homem com especialidades e compra de serviços como os de urologia e os exames complementares e o ultrassom** (E3-G1).*

A partir das falas anteriores, consideramos positivo o interesse e o entusiasmo apresentado pelos formuladores no sentido de implantar a PNAISH no município. Além disso, destacamos que a reforma das unidades e a adequação dos ambientes para o atendimento da população masculina é fundamental para o sucesso dessa iniciativa, todavia ressaltamos que somente a adequação das unidades não é suficiente para atender o homem de acordo com o que se preconiza na política, pois é preciso também capacitar os recursos humanos (gestores e profissionais de saúde) e sensibilizar os usuários, para, enfim, fortalecer o vínculo do usuário com os serviços de saúde desenvolvidos na ESF.

Por outro lado, os profissionais de saúde acreditam que os serviços de atenção integral à saúde do homem serão implantados em algum tempo no município, porém não apresentam tanto entusiasmo quanto os formuladores de políticas, nem demonstram a mesma expectativa quanto à proximidade da

implementação dos serviços de atenção ao homem, conforme disposto nas falas abaixo.

*Eu acredito que **mais para frente vai ser uma realidade** que algum programa para o homem seja implementado na unidade (E5-G2);*

*Eu acredito que isso **acontecerá em mais alguns anos** (E8-G2).*

Diante de toda essa discussão, entende-se que a disparidade percebida entre a perspectiva dos (das) formuladores (as) e os (as) profissionais possa ser fruto de um ineficiente compartilhamento nos processos de planejamento e decisões de políticas, bem como de uma incipiente capacitação profissional no que diz respeito à PNAISH e da sua importância e da sua implementação na ESF para aproximar a população masculina dos processos de promoção e prevenção da saúde.

Neste caminho, destaca-se a reestruturação das unidades e a aquisição de serviços e tecnologias como um grande passo para a melhoria do atendimento à população masculina e cita-se Gomes, et al. (2011) na sua afirmação que diz é fundamental prover um ambiente livre de constrangimento, acolhedor e estruturado tecnologicamente para proporcionar um melhor atendimento e uma melhor comunicação para com os homens.

Vale ressaltar que os entrevistados do Grupo 03, usuários do serviço, não se manifestaram acerca da perspectiva de implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família do Município.

Cabe aqui destacar também que não foram encontradas nos documentos: Plano Municipal de Saúde e Relatórios de Gestão dos anos 2010, 2011 e 2012, referências de associação de qualquer natureza com a política de atenção integral à saúde do homem, o que por sua vez reforça a dedução de que não houve debate ou planejamento, em caráter oficial, acerca da possibilidade da implantação de serviços de atenção à população masculina.

Neste caminho, acredita-se que ainda há uma necessidade de promover capacitações e discussões acerca da inserção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família para os (as) formuladores (as), profissionais de saúde e usuários, a fim de que haja um maior entendimento da sua finalidade, para que estes sejam capazes de executar um dos grandes objetivos da PNAISH que é o de mobilizar a população masculina brasileira

pela luta e garantia de seu direito social à saúde, de forma a tornar os homens protagonistas de suas demandas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível observar, com base nas falas dos (as) informantes, que não é disponibilizado nenhum tipo de serviço específico de atenção à saúde do homem nas USF e que os formuladores das políticas consideram como uma grande dificuldade para a oferta de tais serviços os problemas oriundos da transição da gestão política municipal, principalmente os de ordem gerencial e administrativa, como as questões de orçamento, dotações e alocação de recursos financeiros.

Outra dificuldade expressa com bastante veemência pelos formuladores (as) das políticas, e de uma maneira mais tênue entre os outros grupos entrevistados (as), profissionais de saúde e usuários, foi a dificuldade de contratar profissionais médicos. Além disso, a estrutura física e a falta de recursos materiais imprescindíveis para o desenvolvimento de uma atenção à saúde de qualidade também foram destacadas, de modo uniforme em todos os grupos de entrevistados, como um grande entrave para a adequada implantação dos serviços de atenção integral ao homem na Estratégia de Saúde da Família.

No que se refere às facilidades para a implantação da PNAISH na ESF os sujeitos da pesquisa não listaram uma grande quantidade, assim como acontece com as dificuldades, e as principais facilidades por eles destacadas foram o interesse da atual gestão em implantar os serviços para atender integralmente a população masculina, a autonomia de decisão conferida aos (às) formuladores (as) de política, a adequação da semana típica e a grande oferta de mão de obra de profissionais não médicos (as).

Para alcançar a superação das dificuldades de gestão política e administrativa para implantar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na ESF acredita-se que seja necessário elaborar de uma agenda estratégica e um plano de ações bem definidos e subsidiados pela identificação dos principais problemas de saúde da população masculina em um território, dos problemas relacionados ao sistema de saúde e pelo delineamento de proposições políticas de intervenção sobre estes problemas.

Além disso, cremos que as intervenções no sentido de superar o déficit de médicos na Estratégia de Saúde da Família devam ser pautadas no desenvolvimento de uma formação médica fundamentada nas reais necessidades dos usuários e da sociedade, assim como na ética, humanização e no respeito aos direitos trabalhistas.

Para que tal superação venha surtir considerável efeito positivo na ESF compreendemos que é preciso dispor das condições necessárias e de um aporte de materiais essenciais, bem como de um ambiente acolhedor, privado, seguro e resolutivo, para o desenvolvimento de um trabalho de excelência como preconizado pelo SUS, independente de serem médicos (as) brasileiros (as), estrangeiros (as), ou qualquer outro (a) profissional do sistema.

No tocante às facilidades concordamos que o interesse político dos gestores em implantar a PNAISH, bem como a autonomia dos formuladores de políticas sejam aspectos facilitadores do processo de implantação da PNAISH na ESF, todavia acreditamos que a gestão compartilhada não se alicerce somente na autonomia dos formuladores de políticas, mas sim na incorporação de todos os atores envolvidos no desenvolvimento dos serviços de atenção à saúde, para que haja coresponsabilização do cuidado e definições de metas viáveis em detrimento às imposições de comportamentos e ações de saúde sobre os indivíduos.

Neste contexto, não concordamos que o simples ato de adequar a semana típica de atendimento à população da ESF seja por si só um facilitador da implantação da atenção integral ao homem nas USF, visto que entendemos que a flexibilização de horários deve associar-se ao respeito dos os paradigmas sociais, culturais e de gênero, na capacitação profissional acerca das nuances da atenção à saúde do homem, para que se desenvolva um acolhimento especial a estes indivíduos na Atenção Básica.

No que diz respeito a grande oferta de profissionais não médicos (as), considerada como facilidade pelos (as) formuladores (as), somada ao vínculo não efetivo, supõe-se que este fator possa interferir negativamente nos processos de consolidação da ESF, pois a insegurança quanto ao vínculo pode gerar uma rotatividade dos(as) profissionais, fato este que reflete na fragilidade da relação profissional-usuário imprescindível na filosofia da atenção à Saúde da Família.

Quanto às perspectivas de implantação da PNAISH na ESF os (as) formuladores (as) das políticas se mostram entusiasmados (as) e afirmam que a

implantação dos serviços está prestes a acontecer e sustentam tal perspectiva, principalmente, na já iniciada reforma as unidades. Por outro ângulo, os (as) profissionais de saúde mostram-se mais cautelosos (as), menos entusiasmados(as) e acreditam que em algum tempo, não tão próximo, os serviços de atenção ao homem serão implantados. Cabe aqui ressaltar que os usuários não opinaram acerca das expectativas de implantação das referidas ações de saúde.

Neste caminho, reconhecemos que o entusiasmo dos (as) formuladores (as) e a reforma das unidades são um importante passo para a implantação da PNAISH na ESF. Contudo, refletimos que a adequada implantação dos serviços em algum momento, como relatam os(as) profissionais, depende da promoção de mais investimento, planejamento, discussões e capacitações para todos os (as) envolvidos (as) no desenvolvimento da atenção integral ao homem na ESF, de modo que as equipes de saúde e os homens se mobilizem para garantir o direito social à saúde aos homens.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, F.J.B. et. al. Avaliação da estratégia saúde da família a partir das crenças dos profissionais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28 n. 3 pp. 363-370, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edição Revista e Actualizada. ed. Edições 70, 2011.
- BELLONI, I.; MAGALHÃES, H.; SOUSA, L. C. **Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- BOSI, M.L.M; MARTINEZ, F.J.M. Modelos avaliativos e reforma sanitária Brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Rev. Saúde Pública**. v. 44, n. 3, pp. 566-570. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional De Atenção Integral à Saúde do Homem**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Conselho Nacional de Saúde. 1996. Disponível em: < conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196> Acesso: em 25 out. 2012.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **RAP**, Rio de Janeiro, v.42 n. 2 pp.347-68, 2008.

CARNEIRO JUNIOR, N.; NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. **Saude soc.** V. 20, n.4, pp. 971-979. 2011.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais!. **Saúde debate**, v. 37, n. 97, pp. 200-203, 2013.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, 2010.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciênc. saúde coletiva**. v.17, n.10, pp. 2569-2578, 2012.

DOMINGUEZ, B. Saúde do Homem: hora de quebrar paradigmas. **Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro. v.1, n.74, p. 08-09, out. 2008.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Rev. bras. educ. med.** v. 34, n.2, pp. 207-215, 2010.

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**. v.16, n. 11, pp. 4513-4521, 2011b.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**. v.16, suppl.1, pp. 983-992. 2011a.

JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à Saúde do Homem em Unidades De Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 2, p. 144-152, 2011.

SCHWARZ, Eduardo et al. Política de saúde do homem. **Rev. Saúde Pública**. 2012, vol.46, suppl.1, pp. 108-116. Epub Dec 11, 2012.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q.; JESUS, W. L. A. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS in: TEIXEIRA, C. F (Org.). **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 51-76

VASCONCELOS, F. G. A.; ZANIBONI, M. R. G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Ciênc. saúde coletiva**. v.16, suppl.1, pp. 1497-1504, 2011.

VIEIRA, K. L. D. et. al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Esc. Anna Nery**. v.17, n.1, pp. 120-127, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 4. Ed. São Paulo: Bookman. 2010.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem como uma iniciativa política de vanguarda no cenário das políticas públicas de atenção à saúde do homem no mundo, principalmente na América Latina, bem como a reconhece-se como uma estratégia desenvolvida para impulsionar a garantia do direito constitucional ao acesso às ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde da população masculina, visto que estes indivíduos são atores de altos índices de morbimortalidade na sociedade brasileira, entretanto não frequentam os serviços preventivos de atenção à saúde.

Assim, a PNAISH, lançada no ano de 2009, visa fortalecer a rede de cuidados e prevenção em saúde da população masculina com subsídio da filosofia da humanização da saúde, junto à Política Nacional de Atenção Básica.

Neste contexto, foi possível analisar a situação do planejamento, da gestão e das ações de saúde diante da perspectiva de implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família, de modo que destacamos que a gestão dos processos de implantação da PNAISH encontram-se em estado de incipiência e que não há ainda uma estratégia formulada para implantar e implementar os serviços no município.

Percebe-se também que há o reconhecimento, pelos sujeitos da pesquisa, da necessidade de reorganização do sistema gerencial e estrutural da conjuntura em que se desenvolve a Atenção Básica, para que seja viável a adesão do município às estratégias de atenção integral à saúde masculina, assim como da premente necessidade de capacitar formuladores de políticas, profissionais de saúde e sensibilizar usuários no sentido da atenção integral à saúde do homem.

Outro destaque realizado neste estudo refere-se ao fato de que não há no município nenhuma ação de saúde específica para atender a população masculina e que os homens procuram muito menos os serviços de Atenção Básica, quando comparado às mulheres, e quando procuram são distribuídos em programas genéricos de atenção à saúde, tais como os programas de atenção à hipertensão, ao diabetes, à saúde do idoso, entre outros. E, ademais, evidenciamos os paradigmas sociais, culturais e de gênero como entraves para a aproximação masculina dos serviços de promoção e prevenção da saúde da ESF do município.

No que se refere às dificuldades para a implantação da PNAISH os (as) informantes destacaram os problemas oriundos da transição da gestão política municipal, principalmente os de ordem gerencial e administrativa, como as questões de orçamento, dotações e a alocação de recursos financeiros; a dificuldade de contratação de médicos(as); as deficiências de estrutura física e o déficit de recursos materiais. A pesquisa também elucidou as facilidades para a implantação da PNAISH, elencadas pelos(as) entrevistados(as), como o interesse da atual gestão em implantar os serviços para atender integralmente a população masculina, a autonomia de decisão conferida aos formuladores de política, a adequação da semana típica e a grande oferta de mão de obra de profissionais não médicos.

Quanto às perspectivas de implantação da PNAISH na ESF os formuladores das políticas se mostram entusiasmados (as) e afirmam que a implantação dos serviços está prestes a acontecer e sustentam tal perspectiva, principalmente, na já iniciada reforma as unidades. Por outro ângulo, os (as) profissionais de saúde mostram-se mais cautelosos (as), menos entusiasmados (as) e acreditam que em algum tempo, não tão próximo, os serviços de atenção ao homem serão implantados. Cabe aqui ressaltar que os usuários não opinaram acerca das expectativas de implantação das referidas ações de saúde.

Enfim, diante de todo o debate ao redor da possibilidade de implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família chegamos à consideração de que é fundamental desenvolver uma estratégia, um plano de ação, planejado de acordo com a humanização e com as reais necessidades da população masculina, de forma a respeitar as singularidades, os paradigmas sociais, culturais e de gênero, capacitar formuladores, profissionais de saúde, captar e sensibilizar a população masculina, bem como alocar os diversos recursos de maneira projetada para dirimir os entraves e aumentar as facilidades da oferta e do acesso dos homens às ações de saúde desenvolvidas na ESF.

6 REFERÊNCIAS

ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M. C.; NEVES, J. B. Desafios para a Inclusão dos homens nos serviços de Atenção Primária a Saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, Minas Gerais, v. 3, n. 2, p. 554-563, 2010.

ALBUQUERQUE, F.J.B. et. al. Avaliação da estratégia saúde da família a partir das crenças dos profissionais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28 n. 3 pp. 363-370, 2011.

BAHIA. **Regiões de Assistência em Saúde**. 2012. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/mapa_bahia.>. Acesso em: 10 nov.2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edição Revista e Atualizada. ed. Edições 70, 2011.

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H.; SOUSA, L. C. **Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BOSI, M.L.M; MARTINEZ, F.J.M. Modelos avaliativos e reforma sanitária Brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Rev. Saúde Pública**. v. 44, n. 3, pp. 566-570. 2010.

BRASIL. **Lei Complementar Nº 141, DE 13 de janeiro de 2012**. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional De Atenção Integral à Saúde do Homem**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011**, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Plataforma Brasil**. 2011. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>> Acesso em: 21 mai. 2012.

_____. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.** Conselho Nacional de Saúde. 1996. Disponível em: < conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196> Acesso: em 25 out. 2012.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **RAP**, Rio de Janeiro, v.42 n. 2 pp.347-68, 2008.

CARNEIRO JUNIOR, N.; NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. **Saude soc.** V. 20, n.4, pp. 971-979. 2011.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais!. **Saúde debate**, v. 37, n. 97, pp. 200-203, 2013.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, 2010.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciênc. saúde coletiva**. v.17, n.10, pp. 2569-2578, 2012.

DATASUS. **Estabelecimento de Saúde do Município:** Jequié. 2012. Disponível em:<http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=291800&NomeEstado=BAHIA> Acesso em: 25 out. 2012.

DOMINGUEZ, B. Saúde do Homem: hora de quebrar paradigmas. **Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro. v.1, n.74, p. 08-09, out. 2008.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Rev. bras. educ. med.** v. 34, n.2, pp. 207-215, 2010.

FIGUEIREDO, W. S. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária [Tese de Doutorado]. São Paulo: **Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo**; 2008.

FONTANELLA, B. J. B., RICAS, J., TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

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**. v.16, n. 11, pp. 4513-4521, 2011b.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**. v.16, suppl.1, pp. 983-992. 2011a.

GUIDA, C. Análisis del papel de los programas de salud em la atención de los varones, desde um enfoque integral y de prevención. Washington: **Development Connections**, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Censo 2010**. Disponível em http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00#topo_piramide. Acesso em: 25 out. 2012.

IBGE. **Cidades**. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso: em 25 out. 2012.

JEQUIÉ. **Informações** 2012 Disponível em: <www.jequie.ba.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2012.

JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à Saúde do Homem em Unidades De Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 2, p. 144-152, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LOURENÇO, R. A.; LINS, R. G. Saúde do Homem: aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento masculino. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro. v.9, Suple1, p. 12-19, 2010.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011, vol.16, n.11, pp. 4503-4512.

MARTINS, A. M.; MALAMUT, B. S. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Saude soc**. v.22, n.2, pp. 429-440, 2013.
MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens Health needs and masculinities: primary health care services for men. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.

SCHWARZ, Eduardo et al. Política de saúde do homem. **Rev. Saúde Pública**. 2012, vol.46, suppl.1, pp. 108-116. Epub Dec 11, 2012.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 14, n.3, pp. 911-918, 2009.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q.; JESUS, W. L. A. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS in: TEIXEIRA, C. F (Org.). **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 51-76

TEIXEIRA, C.F. **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências - Salvador : EDUFBA, 2010.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1ª Ed. 18ª Reimpressão – São Paulo: Atlas, 2009.

VASCONCELOS, F. G. A.; ZANIBONI, M. R. G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Ciênc. saúde coletiva**. v.16, suppl.1, pp. 1497-1504, 2011.

VIEIRA, K. L. D. et. al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Esc. Anna Nery**. v.17, n.1, pp. 120-127, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 4. Ed. São Paulo: Bookman. 2010.

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, sendo o Conselho Nacional de Saúde.

Prezado (a) Senhor (a), sou Leonardo Peixoto Pereira e eu estou juntamente com a pesquisadora Adriana Alves Nery, professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) realizando um estudo cujo título é **“Planejamento, Gestão e Ações de Saúde da Política de Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família”**. Gostaria de convidá-lo (a) a participar deste estudo que tem por objetivo analisar a situação do planejamento, da gestão e das ações de saúde diante da perspectiva de implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família município de Jequié.

O estudo será realizado por meio de uma entrevista e as respostas serão gravadas por um gravador. A sua participação nessa pesquisa poderá fornecer informações importantes que venham a contribuir com a melhoria dos serviços de atenção à saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família.

A sua participação nesse estudo é voluntária e livre de qualquer forma de remuneração e o (a) senhor (a) pode retirar seu consentimento em participar da pesquisa a qualquer momento. Sua identificação será mantida em sigilo, as suas respostas serão confidenciais e somente o (a) senhor (a) e os pesquisadores terão acesso a elas.

O estudo não prevê desconfortos, riscos ou danos ao (a) senhor (a), porém se em algum momento o (a) senhor (a) sentir-se constrangido ou desconfortável em responder alguma pergunta será respeitado sua recusa sem problemas.

Garantimos estar disponíveis para esclarecimento de quaisquer dúvidas ou de informações que não ficaram claras no decorrer desta pesquisa, basta entrar em contato com os pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UESB nos endereços e/ou telefones que estão no final deste termo.

Caso o (a) senhor (a) aceite participar do estudo, o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido precisará ser assinado em duas vias, sendo que uma das vias ficará com o (a) senhor (a) e a outra será arquivada pelos pesquisadores por cinco anos, atendendo o que determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Desde já agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que possam surgir.

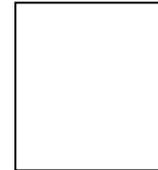
Consentimento para participação: Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido, envolvidos na minha participação. Os pesquisadores garantiram me disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o desenvolvimento da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a

minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício ou prejuízo econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo “Planejamento, Gestão e Ações de Saúde da Política de Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família” desenvolvido por Leonardo Peixoto Pereira e pela Prof^a. Adriana Alves Nery da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Nome do Participante _____

COMPROMISSO DO PESQUISADOR



Polegar direito

Eu, discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os possíveis desconfortos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

_____ Jequié, Data: __/__/__
Assinatura do Pesquisador responsável

_____ Jequié, Data: __/__/__
Assinatura do Pesquisador colaborador

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Adriana Alves Nery e Leonardo Peixoto Pereira.
End: Av. José Moreira Sobrinho, S/N - Jequiezinho/Jequié -Bahia. CEP: 45206-190
Fones: (73)35289607 (Laboratório de Saúde Coletiva)/(73)35289738 (Mestrado em Enfermagem e Saúde)

Comitê de Ética em Pesquisa da UESB.
End: Av. José Moreira Sobrinho, S/N - Jequiezinho/Jequié -Bahia. CEP: 45206-190
Fone: (73) 3528 9727.

APÊNDICE B: Roteiro para entrevista semi-estruturada - Grupo 01**GRUPO 01 - FORMULADORES DA POLÍTICA**

Número da entrevista ____ Duração da entrevista _____

Bloco 01- Caracterização do entrevistado

Idade: _____ Sexo: _____ Profissão: _____

Especialidade(s): _____

Tipo de vínculo empregatício: _____

Tempo de atuação no atual cargo: _____

Bloco 02 - Questões norteadoras da Entrevista

No município de Jequié está implantada a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)? Justifique a resposta.

Caso não tenha sido implantada, quais as dificuldades encontradas para que isto ocorra no município de Jequié?

O (a) senhor (a) vislumbra facilidades para implantação e implementação desta Política no município de Jequié?

Existe alguma perspectiva para implantação desta política no município?

APÊNDICE C: Roteiro para entrevista semi-estruturada - Grupo 02**GRUPO 02 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Número da entrevista ____ Duração da entrevista _____

Bloco 01- Caracterização do entrevistado

Idade: _____ Sexo: _____ Profissão: _____

Especialidade(s): _____

Tempo de atuação na área da saúde: _____

Tempo de atuação na ESF: _____

Já participou de alguma capacitação para o trabalho na ESF: _____

Qual(is): _____

Tipo de vínculo empregatício: _____

Possui outros vínculos ou atividades profissionais: _____

Se sim, qual? _____

Bloco 02 - Questões norteadoras da Entrevista

Você já participou de alguma capacitação sobre a Atenção Integral à Saúde do Homem, depois que começou a trabalhar na ESF? Onde? Quando? Promovida por que órgão?

Na Estratégia de Saúde da Família é disponibilizado serviço de atenção à saúde do homem? Quais? Em caso negativo, justifique a resposta.

Quais as facilidades e/ou dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para disponibilizar os serviços de Atenção Integral à Saúde do Homem? Caso existam dificuldades, quais as estratégias para superação das mesmas?

APÊNDICE D - Roteiro para entrevista semi-estruturada - Grupo 03**GRUPO 03 - USUÁRIOS**

Número da entrevista ____ Duração da entrevista _____

Bloco 01- Caracterização do entrevistado

Idade: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Profissão/ocupação: _____

Horário de trabalho: _____

Bloco 02 - Questões norteadoras da Entrevista

O senhor procura a USF do seu bairro? Em quais situações? E outros serviços de saúde? Por que?

Qual a sua relação com a equipe de saúde da USF do seu bairro?

Como o senhor se sente a o ser atendido na USF?

Quem o senhor acha que mais frequenta os serviços da USF? Os homens ou as mulheres? Por quê?

Quais as facilidades e/ou dificuldades encontradas pelo senhor para utilizar os serviços da USF? Caso existam dificuldades, o que o senhor sugere para enfrentar ou superar as mesmas?

APÊNDICE E - Ofício de autorização para a coleta de informações



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



Of. PPGES nº. 36/2013

Jequié, 28 de Maio de 2013.

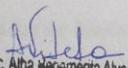
Ilmo. Sr. Ivanilton José de Freitas Cerqueira
 Secretário de Saúde do Município de Jequié

Prezado Senhor

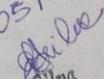
Apresentamos V.S^a. o mestrando **Leonardo Peixoto Pereira e sua orientadora, a Prof^a Adriana Alves Nery**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES, (Nível de Mestrado), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa “*Planejamento, Gestão e Ações de Saúde da Política de Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família*”, aprovado pelo CEP/UESB através do parecer nº **283.588**.

Na oportunidade, salientamos que se encontram em anexo a esta carta de apresentação, cópia do parecer consubstanciado do referido projeto referente à aprovação do mesmo pelo CEP/UESB. Desde já agradecemos à colaboração!

Atenciosamente,



Prof. DSc. Alba Azeiteiro Alves Vilela
 Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
 em Enfermagem e Saúde Pública - PPGES
 UESB - Campus de Jequié



Juliana Cardoso da Silva
 Enfermeira
 Núcleo de Atenção Básica
 Decreto nº 13.033

RECEBIDO
 EM 29/05/13
 Juliana Suzade

Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequezinho – Jequié-BA
 Fone/Fax: (73) 3528-9738 – mestradosaude@gmail.com

APÊNDICE F - Lista de Unidades de Saúde da Família para o envio de ofícios de liberação da coleta de informações pela Secretaria Municipal de Saúde.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Departamento de Saúde - DS

Jequié, 14 de Junho de 2013

Segue descrita abaixo a lista de Unidades de Saúde da Família - USF selecionadas, segundo critérios de inclusão, para o desenvolvimento do estudo intitulado: *PLANEJAMENTO, GESTÃO E AÇÕES DE SAÚDE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA*, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UESB sob o parecer de nº **283.588**, a fim de que a Secretaria Municipal de Saúde de Jequié envie os ofícios de liberação de coleta de dados para as referidas USF.

Unidade 01	USF Antônio Carlos Martins	São Judas Tadeu	Jequié - Zona Urbana
Unidade 02	USF Gilson Pinheiro	Boa Vista	Jequié - Zona Urbana
Unidade 03	USF Ildelfonso Guedes	Lot. Santa Luz	Jequié - Zona Urbana
Unidade 04	USF Isa Cléria Borges	Km03	Jequié - Zona Urbana
Unidade 05	USF João Caricchio Filho	Amaralina	Jequié - Zona Urbana
Unidade 06	USF Odorico Motta	Joaquim Romão	Jequié - Zona Urbana
Unidade 07	USF Tânia Diniz C. L. de Britto	Cansação	Jequié - Zona Urbana
Unidade 08 e 09	USF Rubens Xavier I e USF Rubens Xavier II	Joaquim Romão	Jequié - Zona Urbana

Atenciosamente,

Leonardo Peixoto Pereira
Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde - PGES
- UESB.

*Recebido
14/06/13
[Assinatura]*

ANEXO A: Parecer consubstanciado do CEP - Plataforma Brasil**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PLANEJAMENTO, GESTÃO E AÇÕES DE SAÚDE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Leonardo Peixoto Pereira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13012213.5.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 283.588

Data da Relatoria: 28/06/2013

Apresentação do Projeto:

O Brasil sustenta-se na Política Nacional da Atenção Básica a fim de encontrar meios de viabilizar a mudança na oferta dos serviços de saúde, com o objetivo de aumentar a eficiência, a eficácia e reduzir os custos da assistência de forma humanizada. Alinhada a esta política desenvolveu-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que junto à primeira soma forças em busca de uma atenção integral à saúde, de modo a

fortalecer as ações e serviços em redes de cuidados da saúde do homem. Este estudo tem como objetivo: analisar a situação do planejamento, da gestão e das ações de saúde diante da perspectiva de implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família município de Jequié. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa, tendo como cenários a Secretaria Municipal de

Saúde - SMS e as Unidades de Saúde da Família da zona urbana de Jequié - Bahia. Os indivíduos da pesquisa serão compostos por três grupos: formuladores das políticas, profissionais de saúde e usuários. Os dados serão coletados por meio de entrevista semi-estruturada e análise documental. A análise dos dados será realizada com suporte na Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. O estudo em questão respeitará todos os preceitos ético-legais

com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisas que

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3525-6683

Fax: (73)3528-9727

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

envolvem seres humanos. Acredita-se que a pesquisa em questão poderá servir de instrumento auxiliar no entendimento dos gestores e profissionais de saúde acerca das nuances do processo gerencial e administrativo da execução dos serviços de atenção integral à saúde do homem nas USF, bem como uma ferramenta de fomento à melhoria da oferta de serviços de atenção à saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a situação do planejamento, da gestão e das ações de saúde diante da perspectiva de implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família município de Jequié.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme está escrito no projeto, poderá haver "Constrangimento ou desconforto para responder algum dos questionamentos."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é bastante relevante, interessante, pois diz respeito à política de saúde do homem. Traz uma grande contribuição com a melhoria no processo gerencial, administrativo e da execução dos serviços de atenção integral à saúde do homem nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu às recomendações do parecer anterior.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado ad referendum em 24/05/2013.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n			
Bairro: Jequezinho		CEP: 45.206-510	
UF: BA	Município: JEQUIÉ		
Telefone: (73)3525-6683	Fax: (73)3528-9727	E-mail: oepuesb.jq@gmail.com	