

Elza Berger Salema Coelho
Eduardo Schwarz
Carolina Carvalho Bolsoni
Thays Berger Conceição

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

UFSC
2018

Elza Berger Salema Coelho
Eduardo Schwarz
Carolina Carvalho Bolsoni
Thays Berger Conceição

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

**Florianópolis
UFSC
2018**



Catálogo elaborado na Fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária responsável:

Rosiane Maria – CRB – 14/1588

P769

Política nacional de atenção integral a saúde do homem [recurso eletrônico] / Elza Berger Salema Coelho... [et al] – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

66 p. : il. ; color.

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Unidade 1: Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. – Unidade 2: Política Nacional de à Atenção Integral a Saúde do Homem. – Unidade 3: Estratégias de atuação da atenção básica para a efetivação da PNAISH.

ISBN: 978-85-8267-130-6

1. Saúde do homem. 2. Políticas de saúde. 3. Atenção básica de saúde. I. UFSC. II. Schwarz, Eduardo. III. Bolsoni, Carolina Carvalho. IV. Conceição, Thays Berger. V. Título.

CDU: 364-7



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação
na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação
na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em
Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor

Ubaldo Cesar Balthazar

Vice-Reitora

Alacoque Lorenzini Erdmann

Pró-Reitor de Pós-graduação

Hugo Moreira Soares

Pró-Reitor de Pesquisa

Sebastião Roberto Soares

Pró-Reitor de Extensão

Rogério Cid Bastos



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor

Celso Spada

Vice-Diretor

Fabrício de Souza Neves

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento

Fabrício Augusto Menegon

Subchefe do Departamento

Maria Cristina Marino Calvo

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Coordenador

Francisco Norberto Moreira da Silva

Coordenadora - substituta

Renata Gomes Soares

ASSESSORES TÉCNICOS

Juliano Mattos Rodrigues

Michelle Leite da Silva

Kátia Maria Barreto Souto

Caroline Ludmilla Bezerra Guerra

Cícero Ayrton Brito Sampaio

Patrícia Santana Santos

Thiago Monteiro Pithon

GRUPO GESTOR

Coordenadora do Projeto

Sheila Rubia Lindner

Coordenadora do Curso

Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora de Ensino

Deise Warmling

Coordenadora Executiva

Gisélida Garcia da Silva Vieira

Coordenadora de Tutoria

Carolina Carvalho Bolsoni

AUTORIA DO CURSO

Elza Berger Salema Coelho

Eduardo Schwarz

Carolina Carvalho Bolsoni

Thays Berger Conceição

REVISÃO DE CONTEÚDO

Revisor Interno:

Antonio Fernando Boing

Revisores Externos:

Helen Barbosa dos Santos

Igor Claber



ASSESSORIA PEDAGÓGICA

Márcia Regina Luz

ASSESSORIA DE MÍDIAS

Marcelo Capillé

DESIGN INSTRUCIONAL

Soraya Falqueiro

IDENTIDADE VISUAL E PROJETO GRÁFICO

Pedro Paulo Delpino

DIAGRAMAÇÃO E ESQUEMÁTICOS

Laura Martins Rodrigues

AJUSTES E FINALIZAÇÃO

Adriano Schmidt Reibnitz

REVISÃO DE LÍNGUA PORTUGUESA E ABNT

Eduard Marquardt

PRODUÇÃO DE MATERIAL ONLINE

Dalvan Antônio de Campos

Naiane Cristina Salvi

Cristiana Pinho Tavares de Abreu

Thiago Ângelo Gelaim

Rodrigo Rodrigues Pires de Mello

PRODUÇÃO TÉCNICA DE MATERIAL:

Lauriana Urquiza Nogueira





Caro aluno,
seja bem-vindo ao curso Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Cultural e socialmente, o cuidado à saúde ainda é compreendido como uma dimensão do feminino e que prioriza as diferentes vulnerabilidades expressas pelos segmentos sociais e seus processos de saúde doença. Em que pese que o sistema de saúde tem buscado trabalhar a atenção à saúde considerando a universalidade, a integralidade e a equidade, o imaginário simbólico ainda reafirma o cuidado como lugar feminino, excluindo assim a dimensão do masculino. É recente o olhar sobre a saúde dos homens, reconhecendo-os para além de "contaminadores" e "violadores", e trazendo-os para a cena como sujeitos e objetos do cuidado a partir de suas vulnerabilidades como homens diversos. Os homens, mesmo sendo uma população que apresenta os piores indicadores de morbimortalidade, geralmente não possuem o hábito de procurar os serviços de saúde para realizar atividades de prevenção e de autocuidado. Por estes e outros fatores, que você irá conhecer, ao longo deste curso, que reconhecemos a importância de lançar um olhar específico para este segmento populacional que abarca, por meio do SUS, um contingente de mais de 100 milhões de homens em território brasileiro (IBGE, 2015).

Deste montante, cerca de 60 milhões estão na faixa etária entre 20 a 59 anos, constituindo o foco principal desta política. Neste contexto, convidamos você, profissional de saúde, a aprofundar seus conhecimentos, revisitando princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), porta de entrada prioritária aos serviços de saúde.



Na sequência, serão elucidadas as vulnerabilidades da população masculina em seus diversos contextos sociais, a fim de nos aproximarmos do entendimento dos determinantes socioculturais dos processos de vida, adoecimento e morte.

Em seguida, apresentaremos a PNAISH, instituída pela Portaria GM/MS nº 1944, de 27 de agosto de 2009, que é o resultado de amplos processos de análise e discussão entre setores da sociedade civil, profissionais de saúde, gestores do SUS, pesquisadores, sociedades científicas e agências estratégicas do sistema ONU.

Na terceira e última unidade, abordaremos questões fundamentais para que o pleno acesso com qualidade da população masculina possa ser priorizado pelo sistema público de saúde, de modo que a atenção integral à saúde possa ser garantida ao respeitar e incluir as questões de gênero e as demais condições de vulnerabilidade comuns a este importante segmento.

Vamos juntos enfrentar este desafio e aprofundar nossos conhecimentos sobre o tema!



Este curso busca refletir sobre a extensão efetiva da cobertura do SUS às populações masculinas mediante a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Objetivos de aprendizagem para este curso

Este curso tem por finalidade trabalhar a efetiva extensão da cobertura do SUS às diversas populações masculinas mediante o conhecimento e a implementação da PNAISH, considerando os desafios vivenciados pelo(a) profissional de saúde em sua prática diária. Ao final, portanto, você deverá compreender as possibilidades de aplicação da PNAISH no contexto do SUS e da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Carga horária de estudo

30 horas





Unidade 1	
Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde	14
1.1 Contextualização da implantação do SUS	16
1.2 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	22
1.3 Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada para os homens no sistema de saúde	28
1.4 Recomendação de leitura complementar	31
Unidade 2	
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)	32
2.1 População masculina em seus diversos contextos socioculturais	34
2.2 Contexto histórico do campo de saúde do homem até a PNAISH	37
2.3 O desafio de promover um novo olhar na atenção à saúde do homem	43
2.4 Recomendação de leitura complementar	46
Unidade 3	
Estratégias de atuação da atenção básica para a efetivação da PNAISH	47
3.1 Reconhecimento social da população masculina no território	50
3.2 Estratégias de acesso e adesão da população masculina aos serviços de saúde	53
3.3 Recomendação de leitura complementar	59
Resumo do curso	60
Referências	61
Sobre os autores	65

UN1

**Princípios e diretrizes do
Sistema Único de Saúde**





Vamos agora iniciar nossos estudos sobre o tema desta unidade conhecendo melhor os contextos e as iniciativas que levaram à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e como a Estratégia Saúde da família deve ser uma das portas de entrada para os homens no sistema de saúde.

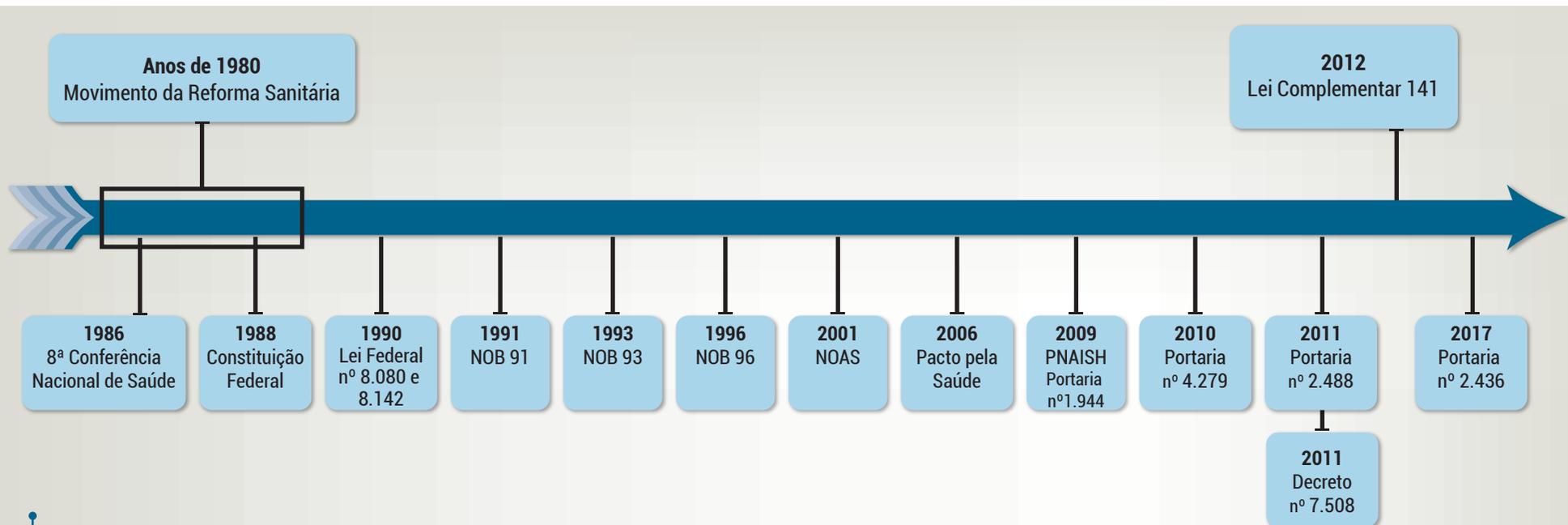
1.1 Contextualização da implantação do SUS

A pactuação e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreram em meio a um cenário de precárias condições da atenção à saúde no país. O objetivo era melhorar a qualidade dessa atenção, rompendo com um passado de descompromisso social. O Sistema deveria adotar um novo modelo de atenção, com base nos mesmos princípios organizativos e ideológicos, em

todo o território nacional. Desta forma, a responsabilidade de garantia à saúde, em todo o país, passaria a ser das três esferas de governo – União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A Lei nº 8.080/1990 e sua complementação, a Lei nº 8.142/1990 – denominadas “Leis Orgânicas da Saúde” –, são consideradas as mais importantes do campo da saúde no Brasil contemporâneo. Constituem-se como leis decisivas para promover a transformação no sistema de saúde em todas as instâncias governamentais e sociais. Um objetivo central e ainda um grande desafio, a partir da promulgação dessas leis, é a garantia de acesso à saúde para todas as pessoas (universalização).

Veja na linha do tempo como foi a construção do sistema de saúde brasileiro.



Anos de 1980 | Movimento da Reforma Sanitária

Durante o período final da ditadura militar, pensadores, pesquisadores, profissionais de saúde, pessoas vinculadas a organizações não governamentais e outros atores sociais criticavam o sistema de saúde então vigente, de modelo privatista e subjugado a um complexo industrial médico-hospitalar-farmacêutico, e discutiam as estratégias para transformá-lo. Suas ações e produções estavam vinculadas diretamente a um movimento maior, voltado para restaurar a democracia no país, ficando conhecido como Movimento da Reforma Sanitária. Daí partiram as principais ideias para reformulação do modelo assistencial.

1986 | 8ª Conferência Nacional de Saúde

Apenas um ano após a queda da ditadura militar e a entrada de um regime democrático de governo, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a presença de cerca de 4.000 delegados, quando foram debatidas as propostas do Movimento da Reforma Sanitária para implantação do SUS.



1988 | Promulgação da Constituição Federal

Durante dois anos de Assembleia Constituinte, os embates concernentes ao setor saúde foram acompanhados pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que assessorou os parlamentares, de maneira que, pela primeira vez, em uma Constituição Brasileira, apareceram artigos estabelecendo o direito à saúde como dever do Estado (do Art. 196 ao 200). Foi, assim, criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios fundantes a universalidade, a equidade, a integralidade, a hierarquização e o controle social.

1990 | Lei Federal nº 8.080 e 8.142

A Lei Federal nº 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Regula, em todo o território nacional, as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Em complementação a esta lei, no mesmo ano, foi publicada a Lei Federal nº 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Com o intuito de reorganizar o modelo de gestão, conforme proposto pela Lei nº 8.080, foram criadas normas específicas, denominadas Normas Operacionais Básicas (NOBs). Seus principais objetivos foram alocar recursos, promover a integração entre as três esferas de governo e promover a descentralização, transferindo responsabilidades do SUS da União para os estados, Distrito Federal e municípios. Essas NOBs serão melhor descritas a seguir. Acompanhe.

1991 | NOB 91

Trata principalmente do financiamento, da municipalização e da oferta dos serviços de saúde. Determina que os municípios possam formar consórcios administrativos intermunicipais, visando à articulação e integração da assistência. Além disso, cria as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que uniformizaram os instrumentos de remuneração dos profissionais para entidades públicas e privadas, e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).



1993 | NOB 93

Criação das **Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite**, mecanismos de transferência fundo a fundo nos municípios (gestão semiplena) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

1996 | NOB 96

É a que mais contribuiu para a descentralização política e administrativa. Criou o Piso de Atenção Básica (PAB), que estabeleceu valores per capita para financiamento das ações. Instituiu o Programa de Pactuação Integrada (PPI), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) – principal estratégia de mudança do modelo assistencial em saúde que já existiam antes da NOB 96.

2001 | Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)

Buscou a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, enfatizando a regionalização e a organização funcional do sistema como elementos centrais para o avanço do processo. Atualizou a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo de consolidação e aprimoramento do SUS.

2006 – Pacto pela Saúde

Conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão: União, estados e municípios. Visa a melhoria dos serviços e a garantia de acesso a todos. São consideradas três dimensões para alcançar seus objetivos, constituindo três pactos: Pacto pela Vida, que trata das prioridades e das estratégias para aprimoramento de ações e serviços; Pacto de Gestão, que visa a melhoria do trabalho da gestão; Pacto em Defesa do SUS, que reconhece a necessidade de **repolitizar** o sistema, lembrando que a saúde é um bem produzido constantemente pela ação política dos atores e movimentos sociais.

Comissões Intergestores Tripartite (CIT) > Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo – União, estados e DF e municípios. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS e participa e legitima a produção normativa estratégica.



Comissões Intergestores Bipartite (CIB) > Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual e dos secretários municipais de saúde. Os problemas “insolúveis” da gestão estadual ou municipal, quando levados à CIB, têm a oportunidade de ser abordados na perspectiva da rede e das responsabilidades pactuadas, objetivando a garantia à saúde.

Repolitizar > Estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.



2009 | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

A portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Esta política será tratada de forma transversal em todo o curso.

2010 – Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010

Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2011 – Decreto nº 7.508/2011

Emitido pela Casa Civil, decreta a Regulamentação da Lei nº 8.080/90 e disposições sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

2011 – Portaria GM/MS nº 2.488/2011

Aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

2012 - Lei Complementar 141

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

2017 – Portaria GM/MS nº 2.436/2017

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas e muitas outras normativas foram essenciais para a construção do modelo assistencial em saúde que temos hoje. Todas elas podem ser encontradas facilmente nas muitas webs/redes ligadas ao SUS.

Historicamente, o SUS começou na prática, nos anos 1970, por meio de movimentos sociais e políticos contra a ditadura, que lutavam em prol de liberdades democráticas e pela democratização do Estado, ansiando por uma sociedade mais justa e solidária e pela formação de um novo Estado de direito com políticas públicas voltadas para os direitos humanos.

No campo da saúde, este movimento ganhou forças com a reforma sanitária, antecedendo o que viria, algum tempo depois, a se tornar as diretrizes constitucionais da Universalidade, Igualdade e Participação da Comunidade (SANTOS, 2013).

Os princípios doutrinários do SUS estabeleceram os pilares para tentar reverter a lógica da provisão de ações e serviços, calcada até então, predominantemente, na assistência médico-hospitalar. O objetivo foi substituí-la por um modelo de atenção orientado para a



vigilância à saúde e que priorizasse as ações de prevenção e de promoção da saúde (FINKELMAN et al. 2002). Vamos então comentar cada um deles, segundo Teixeira (2011).

A **universalidade** do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é um princípio finalístico. Para que o SUS venha a ser universal é preciso que seja desencadeado um amplo processo de extensão da cobertura dos serviços, de modo que, paulatinamente, tornem-se acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços.

Outro princípio fundamental e finalístico do SUS, a **equidade**, tem se caracterizado como tema central em todos os debates sobre as reformas dos sistemas de saúde no mundo ocidental. A máxima atribuída a Aristóteles que explicita mais claramente este

ideal afirma que “devemos tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida de sua desigualdade”. O intuito inequívoco é reconhecer e reduzir estas desigualdades que se apresentam como iniquidades, entre pessoas e grupos sociais, diante do adoecer e do morrer, e que devem ser superadas para propiciar uma maior simetria de oportunidades para todos, independente de sua condição social, educacional e/ou financeira, garantindo na prática o direito de toda e qualquer pessoa acessar os dispositivos e recursos em saúde necessários para garantir o bem-estar, a proteção à saúde e uma melhor condição e qualidade de vida.

Neste contexto, para que um sistema de saúde proporcione a equidade, a redistribuição da oferta de ações e serviços e a redefinição do perfil dessa oferta é necessário estar implicado de forma a priorizar a atenção a grupos sociais cujas condições de vida e saúde

mostrem-se mais vulneráveis e precárias, bem como enfatizar ações específicas para estes determinados grupos e pessoas que apresentam riscos diferenciados de morbimortalidade por determinados problemas.

Por fim, o princípio norteador da **integralidade** refere-se às alternativas de ações possíveis de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação, implicando a sistematização do conjunto de práticas desenvolvidas para realizar o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde.

Assim sendo, um modelo integral é aquele que dispõe dos equipamentos necessários à produção de ações de saúde, constituídos por unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários responsáveis por ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de



assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam por meio de ações voltadas para a detecção precoce de doenças ou para diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Importante! Para Santos (2004), a integralidade caracteriza as necessidades em geral, pois todas as pessoas, grupos e classes da sociedade encontram-se simultaneamente expostos a diversos riscos contra sua saúde, e frequentemente padecem de alguma doença.

Por isso, a oferta de ações e serviços deve ser necessariamente integral e simultânea, desde ações simples de orientação e educação, até intervenções curativas de alta complexidade e especialização.

1.2 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, de promoção,

proteção, reabilitação e manutenção da saúde. Essas ações devem ser desenvolvidas de maneira descentralizada e o mais próximo possível das pessoas, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como organizadora do modelo de atenção (BRASIL, 2011).

A Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 outubro de 2011, que regulamenta a PNAB, estabelece a revisão das normas e diretrizes para a organização da Atenção Básica (AB), para a ESF e o PACS.

Trata, entre outros, dos seguintes temas:

- requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- alteração da carga-horária de trabalho do profissional médico na ESF;
- estruturação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- estruturação do Programa Saúde na Escola (PSE);

- estruturação das Equipes de Saúde Ribeirinhas e Unidades da Família Fluvial;
- definição do financiamento da AB.

Para que você entenda melhor a que se propõe essa política, elencamos a seguir os principais fundamentos e diretrizes da AB (ENSP, 2012).

■ Possuir território adscrito, permitindo o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade.

|| Viabilizar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial



da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.

O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes.

III Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

IV Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando

ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins e à ampliação da autonomia dos usuários e das coletividades; trabalhando de modo multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de maneira que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo

o campo comum de competências, ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe.

V Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde com base em lógicas mais centradas no usuário e no exercício amplo do controle social.



Importante! A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para o fortalecimento e a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.



A Portaria GM/MS nº 2.488 instrui ainda sobre as funções da Rede de Atenção à Saúde (RAS), definida, conforme normatização vigente do SUS (Portaria GM/MS nº 4.279/10), como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações

tecnológicas e missões assistenciais, articulados de modo complementar e com base territorial.

Entre os atributos dessas redes, destacam-se os seguintes: a AB é estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema; constituída de equipe multidisciplinar, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades

de saúde da população. A Portaria define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”.

Neste sentido, conforme indica o Quadro 1, a AB deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das RAS, que são as seguintes (BRASIL, 2011):

Quadro 1 - Funções da AB para o funcionamento das RAS.

I – Ser base	II – Ser resolutiva	III – Coordenar o cuidado	IV – Ordenar as redes
Ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária.	Identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais.	Elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, e acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuar como centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer desses pontos por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral.	Reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.



A PNAB consolida e atualiza a política até então vigente, mantendo a ESF como a estratégia recomendada para a AB. Inova no processo de trabalho, introduzindo algumas adaptações ao acesso, implantando o acolhimento com classificação de risco e integrando à AB equipes de atenção domiciliar e de apoio matricial. Nesse contexto, propõe uma AB mais fortalecida e ordenadora das redes de atenção, como estratégia central para o estabelecimento de linhas de gestão do cuidado, buscando o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.

Por meio da implantação do Sistema Nacional de Satisfação do Usuário e do Portal de Transparência do SUS, são fortalecidos o controle social e a participação da comunidade. Apresenta-se o novo sistema de informação da AB, fomentando a integração dos sistemas de informação, a nova política de regulação e a implantação do Cartão Nacional do SUS.

Ademais, a PNAB amplia e revisa o financiamento da AB e propõe a repactuação da gestão tripartite e do papel dos estados, incluindo o apoio institucional, o cofinanciamento, a educação permanente e a coordenação estadual da política (ENSP, 2012).

A consolidação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) é outro ponto fundamental da PNAB. Esses núcleos são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiar os profissionais das ESF e das equipes de AB que atendem populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais e Academia da Saúde).

As equipes de NASF compartilham práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes para populações específicas, atuando diretamente

no apoio matricial às equipes das UBS à(s) qual/quais o NASF está vinculado e no território das mesmas.

Figura 1 - Consolidação do NASF



Fonte: Shutterstock

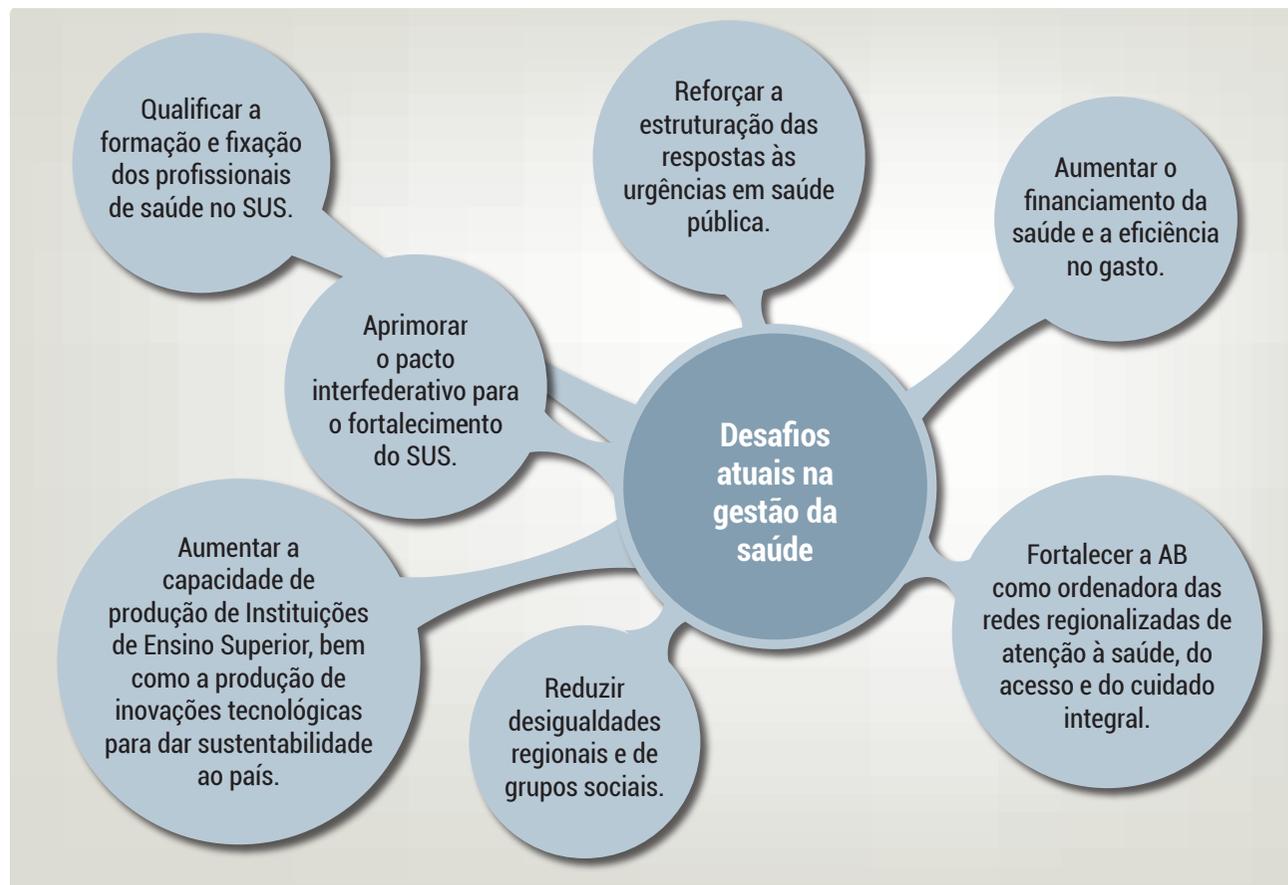
Os NASF fazem parte da AB, mas não são serviços com unidades físicas independentes ou especiais, nem são de livre



acesso para atendimento individual ou coletivo – quando necessários, devem ser referenciados e oferecidos pelas equipes de AB. Contudo, devem, tomando por base as demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de maneira integrada à RAS e seus serviços (exemplos: Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST, ambulatórios especializados, etc.), bem como a outras redes (exemplos: Sistema Único de Assistência Social-SUAS, redes sociais e comunitárias) (ENSP, 2012).

Apesar de termos uma boa estrutura de regulamentação da saúde, sabemos que ainda há muito a ser feito para que os objetivos sejam alcançados.

Nos últimos anos, problemas persistentes no âmbito dos municípios levaram o



CONASEMS pressionar o Ministério da Saúde a revisar novamente a PNAB. Nesse sentido, em 2017 é editada uma nova versão da política através da Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017,

na qual os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, são considerados como equivalentes.

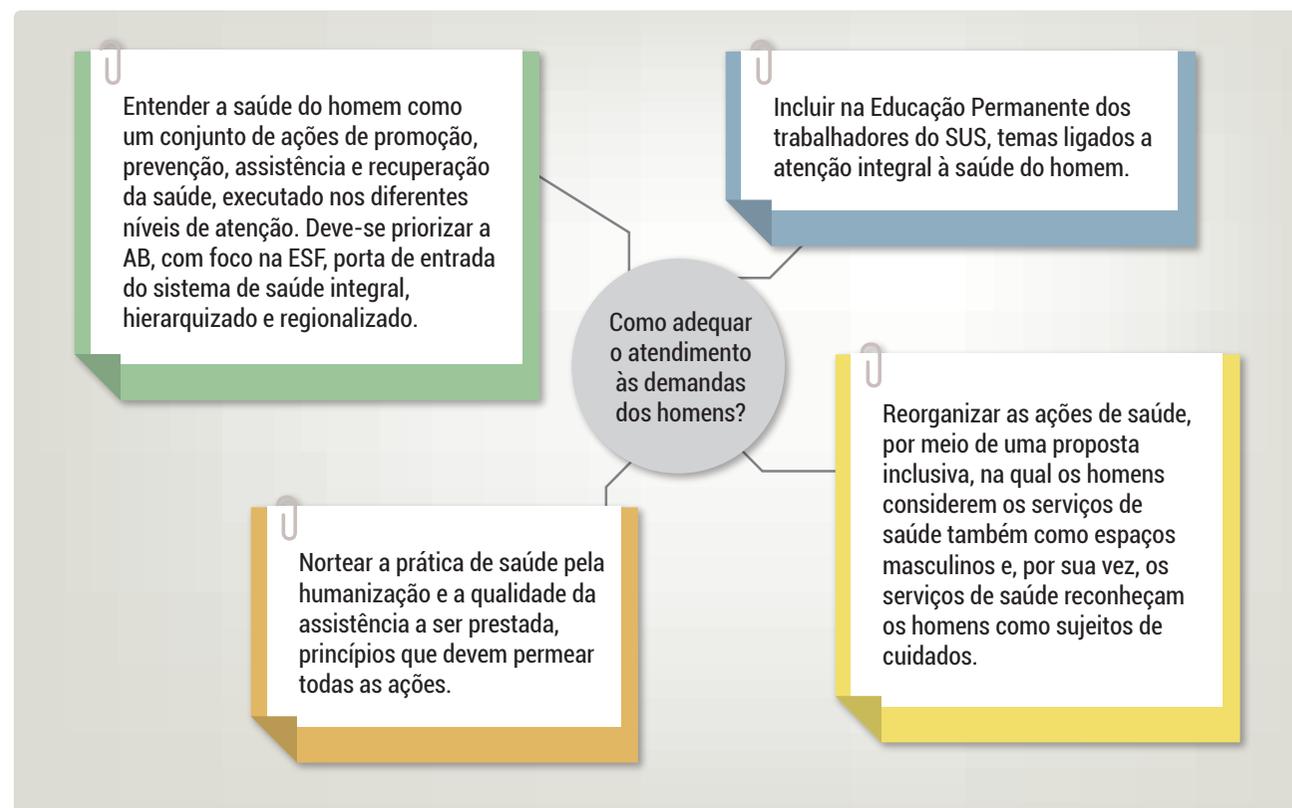


O documento enfatiza que a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

A PNAB de 2017 traz diversas mudanças, dentre as quais se destaca a referente à modalidade de atenção. No artigo 4º, a nova PNAB mantém a ESF como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica no país, porém flexibiliza incluindo outras estratégias de

organização da atenção básica nos territórios. Embora tais modalidades devam seguir os princípios, fundamentos e dire-

trizes da atenção básica e do SUS, como têm o mesmo financiamento da ESF, acabam por fragilizar a centralidade da ESF.





Para ler a PNAB de 2017 acesse o link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

1.3 Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada para os homens no sistema de saúde

Para que a ESF se torne a porta de entrada preferencial dos homens nos serviços do SUS, é necessário o envolvimento das três esferas do governo. De acordo com as diretrizes da PNAISH, baseadas na integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade, a implementação da política está diretamente relacionada aos três níveis de gestão e do controle social, a quem se condiciona o comprometimento e a possibilidade da execução dos objetivos propostos (BRASIL, 2009).

A própria política, por meio de suas diretrizes, sugere como pode ser estruturada essa forma de adequar o atendimento a algumas das demandas dos homens.

O que se percebe é que as diretrizes da PNAISH não destoam dos princípios estruturantes do SUS e utilizam na verdade da mesma lógica empregada para o atendimento aos outros grupos populacionais. Trata-se de uma compreensão ainda fragmentada, que reforça a ideia da existência de grupos populacionais tidos como mais vulneráveis do que outros. Particularmente, no âmbito do SUS, isto fez com que este se organizasse de forma a atendê-los prioritariamente, por meio de ações programáticas destinadas, sobretudo, à saúde das mulheres, das crianças e das pessoas idosas.

Nesta perspectiva, as ações voltadas à saúde dos homens ficariam mais restritas a campanhas temáticas e/ou de educação em saúde pontuais (SILVA et al., 2012). Um fator sociocultural também vinculado a esta problemática é a dificuldade que boa parte deste segmento populacional ainda apresenta em reconhecer suas próprias necessidades em saúde, cultivando o pensamento

mágico que rejeita – ao mesmo tempo que, paradoxalmente, teme – a possibilidade de adoecer, preservando a invulnerabilidade masculina, o mito do herói e a desculpa do papel social de provedor (BRASIL, 2009).

A PNAISH foi elaborada diante deste cenário e cabe aqui discutir como a mesma está sendo incorporada e executada pelas equipes de saúde da família. Neste contexto, já existem alguns estudos engajados em apresentar possíveis impactos da Política e como ela está contribuindo para ampliar e melhorar o acesso dos homens aos serviços do sistema de saúde. Vejamos.

Leal et al. (2012) consideram que a implementação da PNAISH envolve decisões tomadas por uma cadeia de agentes, em um determinado contexto: desde decisões dos formuladores até as dos encarregados da implementação – sendo que estes últimos incluem, além do gestor municipal de saúde,



a equipe técnica local designada para atuar na saúde do homem, bem como os profissionais e trabalhadores que atuam nos serviços. Estes que trabalham diretamente na assistência geralmente possuem uma perspectiva própria sobre a saúde dos homens, e, mesmo quando apoiados pelos princípios, diretrizes e eixos de intervenção oriundos da PNAISH, fundem esse conhecimento aos seus próprios e ao da realidade local de atuação, além de seu próprio instrumental teórico e conceitual (LEAL et al., 2012).

Para iniciar o debate sobre como o serviço pode se estruturar para ser porta de entrada, além das demais populações, também para os homens no sistema de saúde, apresenta-se o resultado de um estudo realizado com gestores do SUS de municípios do interior de Santa Catarina, onde foram questionados sobre o conhecimento e implantação da PNAISH.

Os resultados apontaram fragilidades no discurso sobre o conhecimento da Política e sobre outros dispositivos que orientam a AB no Brasil. Além disso, as ações realizadas nos municípios estão focadas na detecção do câncer de próstata, aumento do número de consulta médicas especializadas e no controle de algumas doenças crônicas. Com isto, fica evidente a necessidade latente de capacitar os gestores para que estes possam planejar, ampliar e acompanhar as ações realizadas relacionadas à saúde dos homens (ADAMY et al., 2015).

Passando dos gestores para os profissionais de saúde, outro estudo demonstrou as limitações para o atendimento integral à saúde do homem. Silva et al. (2012) constataram que a maior parte dos discursos analisados na pesquisa realizada com enfermeiros refere-se à não existência de infraestrutura organizacional e sistematização dos serviços básicos para atender às necessidades do gênero masculino,

o que se tornou um sério impeditivo para um cuidado de qualidade à saúde dos homens.

Somado a isso, na fala desses profissionais, percebeu-se que na estrutura local havia defasagem na oferta de serviços especializados de urologia, o que diminuía ainda mais a procura por atendimento pelos homens (SILVA et al., 2012). Esta fala, muito presente no cotidiano dos profissionais, revela como a atenção à saúde dos homens ainda se encontra restrita e diretamente ligada ao sistema geniturinário.

Em contrapartida, a PNAISH tem priorizado, por um lado, ações de educação em saúde para os profissionais e trabalhadores a partir de uma perspectiva integral sobre a saúde do homem que contemple seus mais diversos aspectos, complexidade e necessidades em saúde, com vistas a facilitar o enfrentamento dos agravos que são neles específicos ou encontram maiores taxas de ocorrência.



Além de ser um traço comum aos homens geralmente não procurar a assistência, principalmente a preventiva, com exceção nos casos agudos, observa-se que isso pode estar relacionado ao horário de atendimento das unidades de saúde, quase sempre incompatíveis com o período em que as pessoas estão fora do seu horário laboral. A narrativa dos profissionais de saúde reitera este fato como um dos empecilhos ao acesso dos homens às UBS (SILVA et al., 2012).

A ampliação dos horários de funcionamento das UBS – ainda que entendida como uma medida paliativa e circunstancial, mas estratégica e efetiva – pode atrair um maior número de usuários do sexo masculino. Isto pode ser constatado, por exemplo, na pesquisa realizada por Knaut et al. (2012), em que o remanejamento dos horários de atendimento em um dos serviços observados propiciou maior fluxo no acesso, trazendo

benefícios para as atividades programadas pela unidade, dentre as quais a ampliação da adesão dos homens ao serviço.

Contudo, não são apenas os problemas de ordem prática, como trabalho e limitação de horários, o que dificulta a busca dos serviços de saúde por parte da população masculina. Outro fator a ser considerado, como já citado brevemente, é o medo.

Importante! A concepção de que homem não adoece é, neste sentido, na visão dos profissionais da saúde, uma expressão do medo do adoecimento por parte dos homens (KNAUT et al., 2012). Estudos sugerem que receber e abordar os homens nos serviços de saúde não é diferente do atendimento de outras pessoas, pelos profissionais, sobretudo no que se refere ao atendimento de enfermidades.

A dificuldade percebida pelos profissionais diz respeito à mudança da atitude masculina em relação à sua própria saúde. Segundo os trabalhadores, o grande desafio no trabalho com a saúde dos homens está re-

lacionado a conseguir com que estes realizem as ações de prevenção primária à saúde, antes que sintomas ou qualquer tipo de enfermidades se manifestem, o que implica em uma mudança não apenas nos serviços de saúde, mas na própria cultura e na mentalidade dos homens (KNAUT et al., 2012).

Nesta direção, a PNAISH tem investido fortemente para conscientizar profissionais e gestores para que não reforcem as barreiras socioculturais e institucionais que afastam os usuários homens dos serviços de saúde (SCHWARZ; MACHADO, 2012).

Assim, a discussão sobre masculinidades e a análise crítica da perspectiva relacional de gênero enquanto categoria no contexto da saúde é fundamental para todos os atores e as atrizes envolvidos na rede SUS e na articulação com outras políticas públicas. Vale destacar que o imaginário de homens que não cuidam de si por falta de interesse ou até porque não sabem, deve ser desconstruído.



É preciso buscar reconhecer a população masculina enquanto protagonista de suas demandas e condições biopsicossociais, enquanto sujeitos de necessidades, desejos e cuidados (SCHWARZ; MACHADO, 2012).

E, sobre a participação da AB no processo em curso de inclusão dos homens, é necessário esclarecer que este é o local onde os usuários deveriam procurar a assistência em primeiro lugar, justamente por ofertar mais do que uma clínica especializada em erradicação de doenças. Ao se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da humanização, da equidade e da participação social, a AB diz que este é um modelo de saúde que entende o sujeito em sua singularidade, em diversos contextos socioculturais e locorregionais, e é desta maneira que produz atenção integral,

inclusive à saúde do homem (SCHWARZ; MACHADO, 2012).

Sendo assim, para Schwarz e Machado (2012),

“o grande desafio da PNAISH é o de atender a necessidades individuais e coletivas das diversas populações masculinas, a partir de práticas democráticas e participativas nos três níveis de gestão – federal, estadual e municipal, visibilizando e integrando as especificidades das necessidades das populações masculinas na lógica dos serviços oferecidos, conforme a atenção básica lhe garante e a RAS preconiza (SCHWARZ; MACHADO, 2012).

Desta forma, fica estabelecida a necessidade de estruturar os serviços de saúde,

principalmente a ESF, a fim de atender a saúde do homem em sua integralidade.



Você concorda que a ausência dos homens na Atenção Básica sinaliza a inadequação entre as necessidades dos homens, a falta de conhecimento por parte das equipes de saúde sobre as peculiaridades deste segmento e o funcionamento dos serviços de saúde?

Não se trata, contudo, de responsabilizar os homens ou os serviços de saúde, mas de considerar a complexa relação que se estabelecem entre ambos, tomando as particularidades de um e de outro (KNAUT et al., 2012).

1.4 Leitura complementar



Para conhecer um pouco mais sobre as implicações de gênero relacionados ao cuidado à saúde do homem, acesse o artigo intitulado “Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate”, de autoria de Railda Fernandes Alves et al., que apresenta a análise da percepção dos homens sobre os cuidados com a própria saúde. O artigo baseia-se na PNAISH para discutir o acesso masculino à Atenção Primária à Saúde (APS). Disponível em: <<http://goo.gl/tFkVTg>>.

UN2

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





Esta unidade propõe estudar como a produção social de masculinidades influencia no processo saúde-doença dos homens. Em seguida, vamos acompanhar como a PNAISH foi concebida para propor estratégias para melhorar a assistência à saúde e apresentar os desafios de promover a mudança na atenção a saúde do homem.

2.1 População masculina em seus diversos contextos socioculturais

Historicamente, o senso comum considera os homens como o sexo forte. Desde pequenos, os meninos são educados, entre outras coisas, para serem competitivos, corajosos, destemidos, poderosos, violentos, invulneráveis, provedores e protetores, sendo também treinados para suportar, sem chorar, suas dores físicas e emocionais (WHO, 2000).

Figura 2 - O homem visto pelo senso comum.



Fonte: Fotolia

Enfim, qualidades que, na maioria das vezes, ainda são reproduzidas na infância e repassadas de geração em geração a partir de modelos culturais de gênero cristalizados na sociedade patriarcal, sem que haja uma visão reflexiva sobre os mandatos compulsórios de



vida a serem cumpridos e as consequências implicadas na replicação acrítica de determinados condicionamentos e comportamentos para a saúde e o bem-estar de homens, mulheres, crianças e comunidades. São condicionamentos e qualidades que influenciam e são influenciados por todo um imaginário simbólico coletivo social, responsável direto por alimentar e sedimentar no núcleo mais íntimo da formação da identidade destes meninos, e futuros homens, o modo supostamente “correto de se viver e sobreviver” entre os seus semelhantes nos mais diversos contextos e ambientes sociais, políticos, econômicos, laborais, geográficos, etc.

As condutas varonis que contribuem para construir e reforçar esta imagem identitária masculina onipotente de certo modo impedem cultivar a função essencial de autoconservação, ou seja, os valores esperados do que seja considerado um “homem de verdade” não estimulam a manifestação

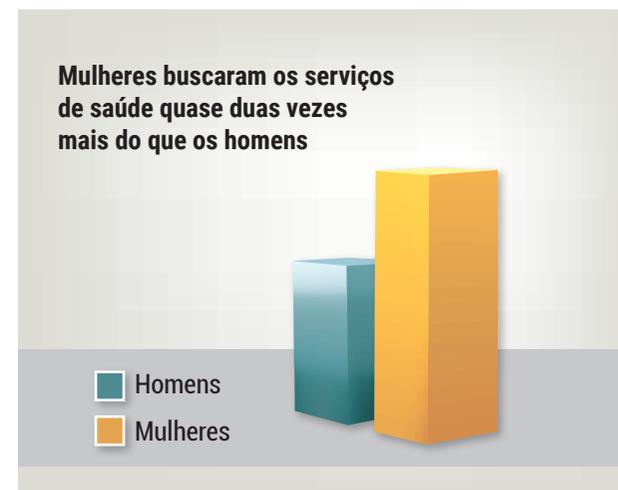
do afeto e do cuidar, tampouco do cuidado próprio. Os homens são educados para responder às expectativas sociais de modo proativo, em que o risco não é algo a ser evitado, mas sim superado. Assim, a noção de autocuidado dá lugar a um estilo de vida autodestrutivo e, em diversos sentidos, vulnerável (INSTITUTO PAPAÍ; RHEG, 2009).

Importante! A compreensão destas premissas e das raízes da construção social dos modelos de masculinidades hegemônicas são fundamentais para lidar com o fenômeno e colaborar para entender um pouco melhor a dificuldade dos homens em procurar ajuda, cuidados médicos e espaços de permissão onde possam ser assistidos e ouvidos a partir dos seus medos, inseguranças e fragilidades.

Contudo, o desafio não é pequeno, haja vista que os valores da cultura masculina envolvem comportamentos de risco à saúde. A forma como os homens constroem e vivem suas masculinidades encontram-se vinculadas às matrizes dos modos de adoecer e morrer, conforme evidencia Levorato

et al. (2014), em um estudo transversal, realizado com 320 pessoas, em serviços de saúde do município de Ribeirão Preto/SP, ao constatar que as mulheres buscaram os serviços de saúde quase duas vezes mais do que os homens, e que ser do sexo feminino foi um fator preditor de maior busca por assistência à saúde, sendo mensurado com magnitude 2,4 vezes em relação a eles.

Gráfico 1- Comparativo da busca pelos serviços de saúde entre homens e mulheres



Fonte: Do autor



O objetivo deste estudo foi compreender as possíveis diferenças da procura pelos serviços de saúde, em um dado contexto sociocultural, levando em consideração aspectos relacionais de sexo e gênero (Lavorato et al., 2014), sendo possível elencar os principais fatores associados a não procura por serviços de saúde, a saber: sexo masculino, horário de funcionamento das unidades de saúde, horário de trabalho do usuário e não possuir nenhuma doença.

É interessante observar também que as noções de poder, desigualdade e iniquidade de gênero, articulados a outras, tais como etnia, orientação sexual, classe, geração, religião, etc., são elementos para entender os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos de homens (SCHRAIBER et al. 2005).

Keijzer (2003) constata que as instituições governamentais e civis da América Latina,

no campo da saúde e educação, descobriram que debater e problematizar a temática “homens e saúde” poderá resultar na participação dos homens no alcance dos objetivos programáticos. O autor acredita que se até o momento os homens têm sido uma grande parte do problema, agora é tempo de começarem a ser parte da solução – e complementa, sugerindo a necessidade de um longo período de reflexão para que a mudança subjetiva do processo cultural e político possa amadurecer e ocorrer.

No Brasil, a PNAISH reconhece a necessidade de identificar os elementos psicossociais que acarretam a vulnerabilidade da população masculina, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade como uma estratégia de atenção integral à saúde, haja vista que muitos agravos poderiam ser evitados, caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária (BRASIL, 2009).

A conclusão corrente é que a internalização, a reprodução e o culto a determinados modelos de masculinidade e a certos estereótipos de gênero em toda a sociedade, em geral e, em particular, neste segmento populacional, têm sido responsáveis por uma alta exposição a riscos desnecessários, taxas elevadas de morbimortalidade e, sobretudo, a exclusão da expressão genuína do cuidado, da sensibilidade e do afeto na vida destes homens, tanto em família como nas comunidades de destino onde encontram-se inseridos, dificultando o autocuidado com a saúde e o acesso deles às ações desempenhadas pelos serviços da Atenção Básica.

A principal estratégia para lidar com a complexidade que este campo apresenta consiste em incluir os homens, com suas especificidades e necessidades em saúde, na mesa de discussão central do planejamento das macro e micro ações do setor Saúde e de outras políticas transversais



(Segurança Pública, Transporte, Trabalho, Desenvolvimento Social, etc.), com o intuito inequívoco de melhorar os indicadores sociais e de saúde desta população, gerando melhor qualidade de vida para todos.



Quais são os contextos e as situações de saúde, econômicas e/ou sociais na localidade onde você mora/trabalha que colocam os homens em situações vulneráveis?

2.2 Contexto histórico do campo de saúde do homem até a PNAISH

A saúde do homem como tema de estudos no Brasil surgiu a partir da década de 1970, com os primeiros debates a respeito da relação entre o modelo de masculinidade hegemônico na sociedade e os agravos à saúde do homem (GOMES; NASCIMENTO, 2006). No entanto, do ponto de vista da história das políticas de saúde voltadas a “populações específicas” não se pode dizer

que, no período anterior, médicos, sanitaristas e profissionais de saúde tenham esquecido de tratar da saúde do homem.

Embora não houvesse o recorte de gênero e tenha sido o foco de preocupações por parte das políticas de saúde, existiram campanhas contra o alcoolismo e contra as chamadas “doenças venéreas” que se destinavam a espaços de socialização masculinos, como bares e bordéis. Também no âmbito da luta contra as doenças sexualmente transmissíveis foi pioneiramente proposto no Brasil, nos anos 1930 e 1940, a criação de uma andrologia, mais tarde descartada, definida como a “ciência dos problemas sexuais masculinos” (CARRARA, 2004).

Diferente dos grandes temas da saúde, e por razões sócio-históricas, não se consolidou um movimento social de base que tivesse o homem como objetivo de atenção no campo

da saúde. Keijzer (2003) acredita que a reivindicação de uma política de saúde integral específica para a população masculina poderia ser mal interpretada e entendida como um movimento contrário aos que lutavam para promover programas de gênero destinados à saúde da mulher.

Na década de 1990, a saúde do homem torna-se pauta internacional em dois acordos de reconhecida importância: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo, no Egito, em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, na China, em 1995, que apontam a necessidade de incluir os homens e suas especificidades nas políticas de saúde. Em ambos os documentos, discute-se a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, em uma perspectiva de promoção da igualdade de gênero, reconhecendo-se que as relações de poder entre



homens e mulheres são desiguais (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA; 2012), sendo lançadas as bases para o consenso internacional de que melhores indicadores sociais e de saúde das mulheres e crianças podem ser alcançados se os homens estiverem envolvidos na esfera do cuidado, mi-grando da condição de sujeitos genéricos para a de sujeitos de cuidados e direitos.

No Brasil, a temática da saúde do homem enquanto política pública passa a ter visibilidade em 2007, quando uma das metas

prioritárias elencadas pela gestão federal passa a ser a implantação de uma “política nacional para assistência à saúde do homem” no âmbito do SUS.

Para viabilizar o projeto, em 2007, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), cria e estrutura a Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH), posteriormente renomeada, em 2013, como Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH).

Com a instituição formal da PNAISH, o Brasil passaria a ser o primeiro país das Américas com uma política destinada à saúde do homem – e o segundo no mundo, após a Irlanda ter formulado a sua própria política, em 2008 –, que passam a ser sujeitos de foco de ações em saúde junto com grupos específicos mais antigos, a saber, adolescentes, mulheres, idosos, indivíduos institucionalizados, pessoas com deficiência, etc. (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

2.2.1 A formulação da PNAISH

A estratégia de elaboração escolhida pela PNAISH foi investigar os principais agravos de saúde que acometiam os homens, por meio do recorte de sexo, na faixa etária entre 20 a 59 anos, e que, em 2009, correspondia a 41% da população de homens no Brasil.

**1994**

Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo, no Egito.

1995

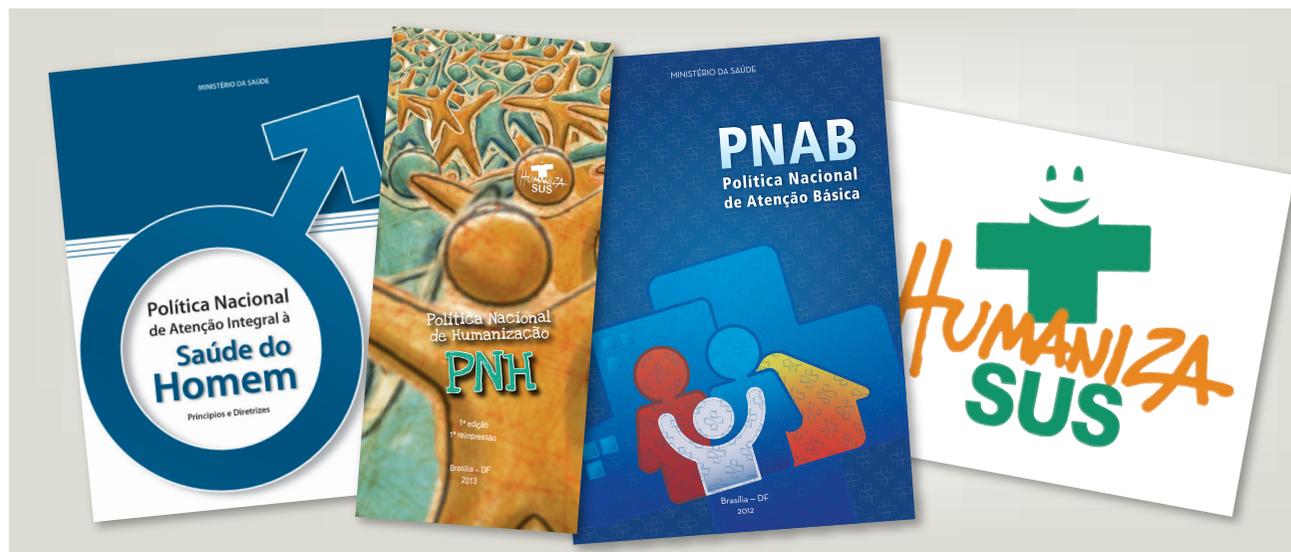
IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, na China, em 1995, que apontam a necessidade de incluir os homens e suas especificidades nas políticas de saúde.



A partir das informações coletadas e da definição de um panorama situacional nacional – em que foi diagnosticado que os homens em geral acessam os serviços de saúde por meio da atenção especializada, quando o agravo já está muito avançado, com possibilidade de menor resolução, – foram delineadas estratégias e ações para incentivar medidas de prevenção e promoção à saúde e a melhoria do acesso com qualidade deste segmento populacional, preferencialmente pela AB.

Ressalta-se que, nesta construção, houve o cuidado de alinhar a PNAISH às outras políticas de saúde de maneira transversal, como, por exemplo, a PNAB e a Política Nacional de Humanização (PNH), para que cada segmento, gestor ou executor, seja corresponsável pela correta implementação das ações, em benefício da população a ser assistida (BRASIL, 2009).

Figura 3 - Políticas de saúde e a PNAISH



Fonte: Do autor

2.2.2 Princípios da PNAISH

No Brasil, desde a promulgação da Constituição de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um dever do Estado e um direito social básico de todos os cidadãos, incluindo nesta lógica, obviamente, a saúde do homem que, tal como a saúde de todas as outras populações, deve ser regida

em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS.

Neste sentido, a PNAISH afirma princípios consonantes aos do SUS relacionados, por exemplo, à "humanização, qualidade de vida e promoção da integralidade do cuidado na população masculina promovendo o reconhecimento e respeito à ética e aos direitos



do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais” (BRASIL, 2009).

E, para que seja possível cumprir esses princípios, oito elementos foram listados a fim de serem considerados. Conheça-os a seguir.

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

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

3. Informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção de hábitos saudáveis, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem;

4. Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;

5. Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;

6. Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;

7. Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários;

8. Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços (BRASIL, 2009, p. 48).

2.2.3 Objetivos

A PNAISH traz como objetivo principal:

“ facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade, da mortalidade e a melhoria das condições de saúde (BRASIL, 2009, p. 53).

Você acabou de conhecer o objetivo principal da PNAISH. Agora, conheça os objetivos específicos. Observe que esses se dividem em três grandes grupos e trabalham de maneira a garantir a integralidade da atenção por meio da perspectiva de linhas de cuidado, abrangendo os diferentes níveis de atenção em saúde (SCHWARZ et al. 2012).



Ademais, cada objetivo específico será aqui apresentado de forma reduzida justamente por possuir uma lista considerável de subitens que orientam e estipulam metas a serem alcançadas. Acompanhe!

“ a) “Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, a atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2009, p. 53).

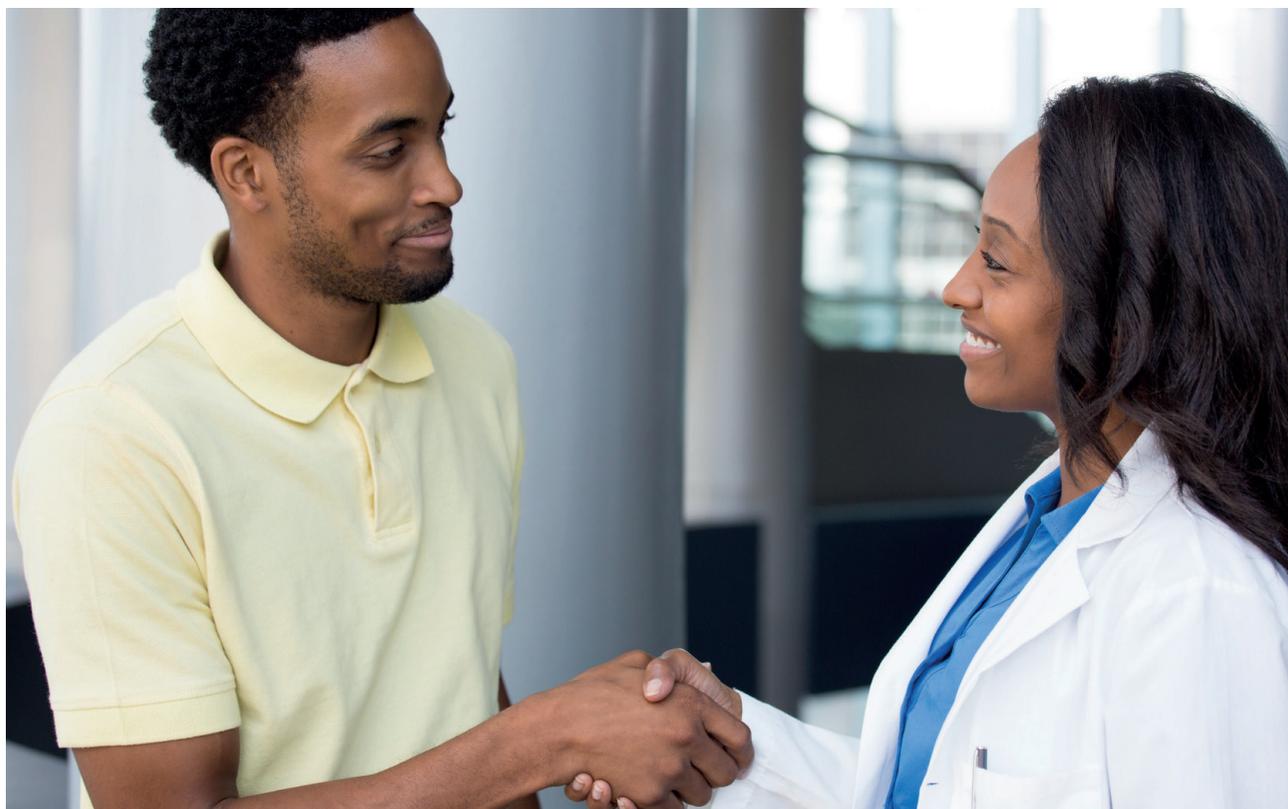
Os subitens deste objetivo específico (a) preocupam-se em garantir o acesso e a qualidade da atenção na perspectiva da integralidade e em qualificar os profissionais, bem como promover ações integradas com outras áreas governamentais.

“ b) “Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde” (BRASIL, 2009, p. 53).

Os subitens do objetivo específico (b) destinados à saúde sexual e reprodutiva abordam, além de metas mais tradicionais relativas ao planejamento reprodutivo masculino, a

prevenção às IST/AIDS, a atenção às disfunções sexuais masculinas e também a importante missão de desenvolver estratégias voltadas para a atenção à saúde e a

Figura 4 - Humanização na atenção à saúde do homem.



Fonte: Fotolia



promoção da equidade em grupos sociais como populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, portadores de deficiência, homens em situação de risco e privados de liberdade, entre outros

“ c) “Ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que os atingem” (BRASIL, 2009, p.54).

Os subitens do objetivo específico (c) têm o intuito de promover a parceria com os movimentos sociais e populares e demais áreas do governo, a fim de somar esforços e recursos para estimular o autocuidado na população masculina, bem como incluir os enfoques étnico-racial, de gênero e orientação sexual nas ações educativas.

2.2.4 Eixos centrais e diretrizes da PNAISH

Em uma política de saúde, as diretrizes funcionam como orientações e/ou guias que devem reger a elaboração dos planos, programas, projetos e atividades.

Neste contexto, a construção das diretrizes da PNAISH, norteadas pela humanização e qualidade da assistência, foram elaboradas considerando os quatros elementos a seguir. O primeiro deles pode ser compreendido por dois ângulos. Acompanhe no quadro 2.

Quadro 2 - Elementos para construção da PNAISH.

Integralidade	A busca por assegurar acesso nos diferentes níveis de saúde, sendo organizado pela dinâmica de referência e contrarreferência.
	A compreensão do indivíduo como um todo, nas suas dimensões biológica, cultural e social.
Factibilidade	A disponibilização de recursos, tecnologia, insumos e estrutura para que seja possível a implantação das ações planejadas.
Coerência	A coerência das diretrizes propostas com as demais políticas de saúde e os princípios do SUS.
Viabilidade	A implementação da política está relacionada aos três níveis de gestão, ao controle social, a quem se condiciona o comprometimento e a possibilidade da execução das diretrizes.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009.



Considerando estes elementos, as diretrizes foram construídas destacando-se um conjunto de ações com foco em promoção, prevenção, assistência e recuperação, nos diferentes níveis de atenção à saúde, priorizando a atenção básica e a integração das ações governamentais com as da sociedade civil organizada (SCHWARZ et al., 2012).



Para saber mais, e conhecer as diretrizes da PNAISH na íntegra, acesse o link: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>.

2.3 O desafio de promover um novo olhar na atenção à saúde do homem

A PNAISH foi lançada em 2009, juntamente com o seu instrumento norteador para a construção de ações e estratégias voltadas para a saúde do homem: o Plano de Ação Nacional (PAN), triênio 2009-2011.

O PAN, elaborado também de forma participativa como a política, foi essencial no processo inicial de implementação da política ao disponibilizar uma Matriz de Planejamento que destacava a importância do aperfeiçoamento dos sistemas de informação, do monitoramento das ações e dos processos de avaliação, com o propósito de qualificar o processo de tomadas de decisão (MOURA; LIMA; URDANETA, 2012).

O PAN serviu de referência para a elaboração de Projeto-Piloto de 26 municípios e Distrito Federal selecionados pelo MS. Assim, foram elaborados 27 planos-pilotos. Até o final de 2011, 132 municípios em todo país haviam pactuado com a Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH) a implantação da PNAISH por meio do repasse de recursos financeiros estabelecido por normativas do MS (GOMES, 2013).

No que tange ao quesito avaliação na PNAISH, esta tem como finalidade verificar sua efetividade por meio do cumprimento dos princípios e das diretrizes da política. Em outras palavras, significa verificar o seu resultado sobre a saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina, sendo o principal item de medida utilizado até 2011, os indicadores do Pacto pela Vida (Brasil, 2009).

Desta forma, para que possamos compreender como a PNAISH chega aos serviços da AB no SUS e quais são os desafios de promover as mudanças necessárias, selecionamos dois artigos que fazem parte de dois estudos maiores intitulados: **Avaliação das Ações iniciais da Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (GOMES, 2011)** e **Fortalecimento da PNAISH: compromisso versus ação na Atenção Básica (GOMES, 2013)**, realizados entre 2010 e 2012.



Para coleta de dados, foram selecionadas cinco localidades, uma em cada macrorregião do país, que se constituíram em Projetos-Piloto para implantação da política em questão. São estes: Goiânia (GO), Joinville

(SC), Petrolina (PE), Rio Branco (AC) e Rio de Janeiro (RJ).

Acompanhe a seguir mais informações sobre os estudos e seus resultados.



Outros estudos foram realizados com o intuito de verificar estratégias para implementação da PNAISH e aumentar o acesso dos homens aos serviços de saúde. Leia no link abaixo: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0644.pdf>.

Título: Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Objetivo: Descrever as estratégias e limitações, referentes a dois eixos que compõem a PNAISH: promoção da saúde e implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem.

Método: Estudo de caso múltiplo.

Instrumento: Questionário autoaplicável.

Sujeitos: Gestores responsáveis pela implantação da política ou técnicos responsáveis pelas atividades de monitoramento das ações.

(MOURA; LIMA; URDANETA, 2012)

Acesse o estudo completo aqui:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001000009&script=sci_arttext

Título: O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde.

Objetivo: compreender como a PNAISH chega aos serviços da Atenção Básica a partir do ponto de vista dos seus profissionais.

Método: Pesquisa etnográfica.

Instrumento: Entrevista.

Sujeitos: 27 gestores e profissionais de saúde, que trabalhavam em 11 serviços de saúde, sendo 8 de Atenção Básica e 3 de Assistência Especializada à Saúde.

(LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012)

Acesse o estudo completo aqui:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000010

2.3.1 A implantação da PNAISH pela ótica dos profissionais

Como requisito fundamental para a implementação da política, constatou-se a necessidade da formação de uma equipe ou um responsável pela nova área, a da Saúde do Homem, haja vista que a alta rotatividade dos profissionais no cargo de gestão foi apontada como um desafio a ser superado.

Outro fator importante verificado foi a grande diferença em termos do conhecimento das diretrizes contidas na PNAISH por parte dos gerentes e dos profissionais da assistência. Observou-se a falta de familiaridade da maioria dos entrevistados com a política



que, quando questionados, elencaram como possíveis motivos: a falta de capacitações específicas, a pouca divulgação da política entre profissionais de saúde, a ausência de materiais didáticos impressos, etc.

Já na narrativa de profissionais que conheciam a PNAISH, foi enfatizado que a política preconiza a atenção à saúde do homem sem criar os mecanismos necessários para efetuar-la na prática (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012).

Os profissionais relataram receber pouco apoio, esclarecendo que a gestão ao buscar implementar uma política, espera maior dedicação e amplia tanto a responsabilidade quanto a carga de trabalho dos profissionais, porém quando estes apresentam a iniciativa de promover ações concretas nos serviços recebem pouco apoio material e financeiro, contando apenas geralmente com a boa vontade dos colegas ou com recursos

próprios (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012).

2.3.2 Fortalecimento da atenção básica e implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem

A porcentagem dos serviços de atenção primária que incorporaram as diretrizes de atenção da PNAISH na lógica da AB variou de 18,8% em Rio Branco, 30,6% em Goiânia e 100,0% em Joinville. Embora tenham sido instruídas a utilizar as diretrizes, Petrolina e Rio de Janeiro não tinham informação sobre este dado. Uma informação relevante a ser destacada consiste na queixa da ausência de diretrizes de atenção especificamente elaboradas para a saúde do homem pela PNAISH (MOURA; LIMA; URDANETA, 2012).

Com relação ao monitoramento das ações referentes à implantação e expansão do sistema, o desafio inicial foi o de realizar a avaliação, pois nenhuma localidade soube

precisar as informações necessárias para a construção dos indicadores.

Houve, por exemplo, grande dificuldade em calcular: a porcentagem de homens entre 20 e 59 anos de idade atendidos nos serviços de saúde, nos anos de 2009 e 2010; a proporção de homens de 40 a 59 anos atendidos, no mínimo uma vez ao ano, nas unidades básicas de saúde; a proporção de homens atendidos no segundo nível em relação aos homens encaminhados; os números de diversos procedimentos urológicos.

Os maiores problemas identificados foram o uso de numeradores e denominadores errôneos para calcular os indicadores, a ausência de informações e de fontes confiáveis utilizadas, a falta de integração entre os sistemas de informação e de técnicos responsáveis para análise sistemática dos dados (MOURA; LIMA; URDANETA, 2012). Embora o estudo de Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva (2012) não analisasse os indicadores



descritos na política, a ausência de dados sobre o número de homens que realizaram consultas e exames também foi elencada como fator de dificuldade, revelando a necessidade de aprimoramento dos sistemas de informação nos três níveis de atenção.

Figura 5 - Informações para construção de indicadores de saúde do homem.



Fonte: Fotolia

Conforme já ressaltado, em concordância com a política, na atenção à saúde do homem devemos priorizar a AB. Contudo, ao analisarmos os resultados dos estudos, evidencia-se que a AB emerge mais como um cenário ideal do que como um espaço onde efetivamente foram desenvolvidas as ações preconizadas pela política. Para muitos profissionais, uma nova política ainda significa atividades extras no seu cotidiano, que já se encontra muitas vezes sobrecarregado, mas este cenário precisa e já está mudando.

Outro ponto crucial a ser trabalhado - e que é uma das principais razões deste curso em Saúde do Homem - diz respeito ao investimento na qualificação dos profissionais que demonstraram, na maioria das vezes, não conhecer a PNAISH, relatando sentimento de despreparo para trabalhar e discutir, por exemplo, questões básicas do enfoque de gênero enquanto determinante social de saúde neste contexto.



Você concorda que estes desafios expostos são os mesmos enfrentados para implementação da PNAISH? Caso não concorde com esta interrogação, quais as diferenças?

2.4 Recomendação de Leitura Complementar

Para conhecer mais sobre as condições em que a PNAISH emerge, e também a produção social de masculinidades na história da saúde brasileira acesse:



SANTOS, H. B. Um homem para chamar de seu: uma perspectiva genealógica da emergência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Porto Alegre: Dissertação de mestrado do programa de Pós Graduação de Psicologia Social e Institucional da UFRGS. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/80072/000901994.pdf?sequence=1>>

UN3

**Estratégias de atuação
da atenção básica para a
efetivação da PNAISH**





A PNAISH é fruto do reconhecimento da gravidade do quadro epidemiológico dos usuários homens no Brasil, com índices de morbimortalidade alarmantes, especialmente se comparados aos mesmos índices para mulheres e para crianças, o que evidencia a urgência de ações específicas para este segmento da população.

A partir deste reconhecimento, a PNAISH buscou traçar um cenário sobre a saúde da população masculina adulta, chegando à conclusão de que a procura dos homens pelos serviços de saúde é muito mais reduzida do que entre as mulheres, e que estes apresentam menor índice de adesão às propostas terapêuticas, à prevenção e à promoção da saúde. Este quadro evidencia que muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens frequentassem com mais regularidade os serviços da AB.



Porque é tão difícil incorporarmos os homens nos serviços de saúde e na adoção de hábitos de vida saudáveis? Será que é porque esses espaços não são compatíveis com algumas noções de masculinidades?

Figura 6 - Os homens devem buscar os serviços da AB com regularidade para cuidar da sua saúde



Fonte: Shutterstock

Neste sentido, a interlocução entre a PNAB e a PNAISH no âmbito dos serviços ofertados pela AB é fundamental. A AB, porta



de entrada do SUS, é central na consolidação das ações e estratégias formuladas pela PNAISH, tendo a melhoria do acesso e do acolhimento da população masculina como aspectos-chave para a ampliação da cobertura da assistência a este público pelas equipes da AB.

Atuam contra a melhoria do acesso e o acolhimento desta população à rede de serviços, tal como configurada, as barreiras socioculturais, econômicas e institucionais, desafiando os princípios norteadores da PNAISH recomendados pela política do SUS – equidade, integralidade e universalidade. Pesquisas apontam várias razões para isso, mas, de um modo geral, podemos agrupar as causas da baixa adesão dos homens aos serviços de saúde em dois grupos principais de determinantes: barreiras socioculturais e institucionais (GOMES, 2003; KEIJZER, 2003; SCHRAIBER, 2005).



Com estas informações em mãos, é possível traçar estratégias para fortalecer e qualificar a AB de forma a tornar os serviços mais amigáveis por meio de ações e medidas que promovam maior e melhor acesso e acolhimento da população masculina nos territórios, resguardando a integralidade das ações dos serviços de saúde, a equidade, a longitudinalidade da assistência e a coordenação do cuidado.

3.1 Reconhecimento social da população masculina no território

A maneira como os homens foram preparados, desde a infância até a vida adulta, para o desempenho das masculinidades – hábitos, valores e crenças sobre o que é ser homem – representam uma barreira

cultural importante para a prevenção e a promoção da saúde.

O cuidado com a saúde ainda é visto, na divisão clássica dos papéis entre os gêneros, como uma função mais associada às mulheres, uma tarefa e qualidade feminina por elas mais exercida e reivindicada. Da mesma forma que aos homens, o contrário - a exposição excessiva a riscos desnecessários é reconhecida socialmente como afirmação das masculinidades hegemônicas.

Isso ocorre na direção oposta e a despeito da compreensão da PNAISH e da própria aceção do conceito de gênero que advogam - por exemplo, que o cuidado não tem sexo - é uma qualidade presente e disponível na vida de toda e cada pessoa.

No que tange ainda às masculinidades hegemônicas, esta constitui um aspecto cultural



que distancia os homens dos serviços de saúde, apresentando um peso significativo nos índices mais altos de adoecimento e morte precoce por eles vivenciados.

A inclusão efetiva dos homens na lógica dos serviços ofertados na AB requer esforços permanentes de todos os envolvidos no SUS, sobretudo no combate à discriminação e ao preconceito contra a diversidade sexual e de gênero (população LGBTTI), a diversidade étnico-racial (homens negros, indígenas, ciganos, entre outros) e grupos em situação de vulnerabilidade pela segregação socioeconômica. São segmentos da população que convocam os profissionais de saúde a intervir e romper com práticas preconceituosas, seletivas, corporativistas, racistas e sexistas (GOMES, apud OGUNBIYI; JESUS, 2010).

A qualidade da saúde pública em todo território nacional requer investimentos na opera-

cionalidade do SUS – procedimentos laboratoriais, cirúrgicos, organização dos serviços, pensamento clínico e atendimento multiprofissional e interdisciplinar – mas, também, investimentos em serviços aptos a responderem a estes desafios sociais e culturais.

Para conhecer as necessidades em saúde do homem e colocar em ação o princípio da equidade, é necessário que os profissionais considerem a maneira com que cada usuário lida com a saúde:

- se exerce cuidados e como o faz;
- o que o afasta dos serviços de saúde;
- o que significa ser homem para ele;
- de que maneira esta ideia de masculinidades afeta a saúde dele;
- quais as condições concretas de vida (onde mora, o que faz, a quem sustenta ou não, entre outras).
- quais os impactos do adoecimento dele no ambiente em que vive;
- como a equipe de saúde pode auxiliá-lo efetivamente.

Estas são questões que semeiam práticas de cuidado e estreitam os laços entre os profissionais de saúde e os usuários homens.

Figura 7 - Criação de vínculo e escuta qualificada entre profissionais e usuários



Fonte: Fotolia

As pesquisas científicas sobre a saúde do homem não são recentes, porém, somente na década de 1970 passou-se a considerar a importância das questões de gênero neste campo. A partir de então, os estudos desembocaram em áreas como a Epidemiologia e a Sociologia médica.



Neste percurso, veio à tona um paradoxo importante: ao mesmo tempo em que os homens geralmente detinham maior poder na vida social que as mulheres, a atenção à saúde da população masculina era historicamente relegada pelas políticas públicas, com graves consequências em todos os níveis de complexidade dos agravos (COUTO; GOMES, 2012).

Essa reflexão impulsionou os pesquisadores, a partir da década de 1990, a considerarem os homens não apenas como organismos do sexo masculino: passaram a valorizá-los enquanto sujeitos sociais, relacionando a saúde às funções e aos papéis de gênero a eles designados. A visão ampliada da saúde tornou-se inevitável, passando a subsidiar ações voltadas à melhoria da qualidade dos serviços a esta população.

Para abordar a saúde do homem sob a ótica de gênero, é importante definir alguns

conceitos, estabelecendo, assim, referenciais comuns:

- **Masculinidades** – termo utilizado para contemplar as formas de representar o masculino. Importando ressaltar que o significado de masculinidades varia segundo o contexto cultural e a época. O que é tipicamente masculino para uma pessoa ou um grupo social, em dado momento, pode não o ser para outros. Em razão destas variáveis, diz-se que as masculinidades são plurais.

É muito importante que os profissionais de saúde, independente de crenças pessoais, respeitem o modo singular de expressão do usuário. Pode parecer óbvio, mas ainda vale dizer que as masculinidades não são exclusivas de homens provedores de família; não se opõe à função de cuidar psicológica e fisicamente dos filhos, da família e de si próprio; não é sinônimo de heterossexualidade, e pode abarcar homens que não correspondem aos estereótipos de gênero masculino no modo de ser, gesticular, falar, pensar,

Figura 8 - Diversas formas de masculinidade



Fonte: Fotolia



vestir, dentre outros. As formas de exercício das masculinidades atendem à singularidade e às diferentes construções sociais dos homens.

- **Construção social das masculinidades** – processo de socialização que define os valores e as crenças sobre o que é ser homem. Quando a masculinidade é vista como construção social, é possível transformar os estereótipos de gênero dominantes e consolidar novas concepções de masculinidades.
- **Masculinidades hegemônicas** – corresponde às masculinidades socialmente dominantes, atendendo aos interesses diretos e indiretos de supremacia do gênero masculino sobre outros gêneros e sobre outras formas alternativas de ser homem.

Importante! Há desafios colocados à masculinidade hegemônica – protestos de movimentos sociais pela diversidade sexual e de gênero, das feministas, dos grupos étnicos marginalizados, das mulheres que se apropriam de aspectos da masculinidade hegemônica no campo profissional –, o que remete ao dinamismo e à complexidade das relações de gênero.

Neste Curso, o significado do termo masculinidades é diretamente relacionado ao campo da Saúde, buscando atender ao propósito de:

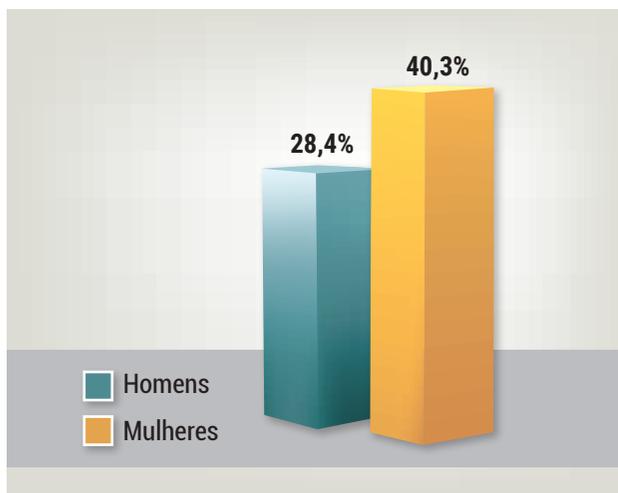
1. apontar barreiras no acesso dos homens aos serviços de saúde;
2. qualificar o acolhimento a partir da reflexão crítica sobre a ideia dominante do que é ser homem.

3.2 Estratégias de acesso e adesão da população masculina aos serviços de saúde

Há diferenças importantes entre homens e mulheres quanto ao motivo da procura por serviços de saúde. As mulheres procuram mais atendimento para prevenção e realização de exames de rotina que os homens – 40,3% e 28,4%, respectivamente. Especialmente nos serviços orientados pela ESF, são poucos os estudos que indicam a presença dos homens nas atividades assistenciais. Eles costumam acessar os serviços motivados por acidentes ou lesões, patologias já instaladas, problemas odontológicos ou para uso da farmácia (COUTO et al., 2010). O serviço mais procurado por ambos os sexos é a unidade de saúde, seguido do consultório particular e do hospital. Apenas no hospital, a frequência é um pouco maior para os homens.



Gráfico 2 - Relação de procura por atendimento para prevenção e realização de exames de rotina entre homens e mulheres



Fonte: COUTO et al., 2010.

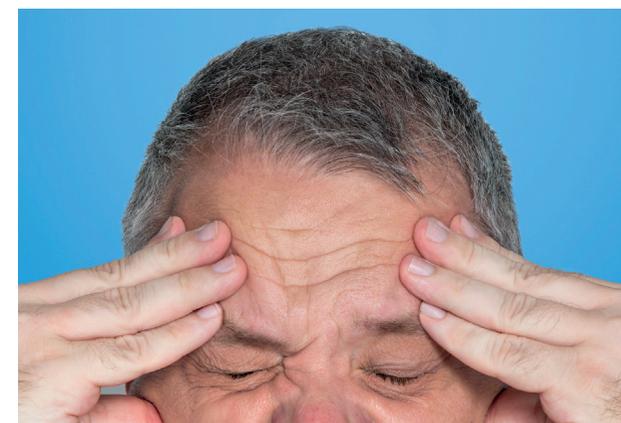
Embora estes números estejam se alterando ao longo dos últimos anos, o resultado desta pesquisa de alcance nacional permanece atualizado e de acordo com os apontamentos da literatura: os homens, por acharem que não precisam, usam menos os serviços de saúde, enquanto as mulheres se previnem mais (WHITE; CASH, 2004).

É costume atribuir às práticas em saúde valor eminentemente técnico e instrumental: protocolos de atendimento, aplicação de condutas, manejo de medicamentos, utilização de artefatos técnicos e outros procedimentos. As práticas também dizem respeito à vivência cotidiana do usuário. Ao profissional, cabe articular estas duas dimensões, com o propósito claro de enfatizar, durante os atendimentos, a importância dos hábitos e da qualidade de vida na manutenção da saúde.

Os homens orientados pelo padrão de masculinidade dominante em geral têm dificuldade de expressar sentimentos e necessidades no que diz respeito a cuidados. Alguns homens não reconhecem, de fato, que precisam em relação à saúde, não encontrando, assim, formas de traduzir necessidades em demandas. Apenas quando os problemas se agravam que essas demandas são identificadas (SCHRAIBER et al., 2010).

Assim, a ideia de **cuidado** precisa ser repassada ao usuário como elemento característico do humano, cabendo a ele apropriar-se desta função. Embora haja muitos outros fatores que dificultam os cuidados com a saúde – condição econômica precária, distância entre a moradia e as unidades de saúde, saneamento deficiente, baixa escolaridade, entre outros –, é preciso intervir onde for possível.

Figura 9 - Homens que deixam sua situação de saúde se agravar



Fonte: Fotolia



Os usuários precisam ser informados, também, sobre as ações de controle social, fórum no qual podem assumir o direito, em alguma medida, ao protagonismo pela realidade dos serviços. O recurso da participação social é um grande avanço propiciado pelo SUS e também pode ser considerado uma prática de cuidado.

Além destas atitudes cotidianas, outra maneira de consolidar as práticas de cuidado entre os homens é investir na educação das crianças. As meninas, por exemplo, costumam ser incentivadas a brincar de boneca e casinha, ensaiando o papel de cuidadora. Tais brincadeiras dificilmente são oferecidas aos meninos e, em casos mais extremos, são repreendidos quando expressam desejo de participar. Se, no decorrer da vida, o cuidado não é estimulado, irá permanecer como atribuição das mulheres – primeiro das mães e, posteriormente, das parceiras (VALDÉS; OLAVAR-

RÍA, 1998). Este é um exemplo, e existem diversos outros que podem ser observados na educação para estimular a mudança no comportamento.

De maneira geral, as necessidades de saúde podem ser compreendidas em quatro dimensões:

- necessidade de boas condições de vida;
- necessidade de acesso a tecnologias de saúde que melhorem e prolonguem a vida;
- necessidade de vínculo entre o usuário e a equipe de saúde;
- necessidade de autonomia perante as escolhas e ações cotidianas relacionadas à saúde (CECÍLIO, 2001).

Figura 10 - Meninos aprendendo desde pequenos a importância de cuidar



Fonte: Fotolia



É preciso considerar a maneira como o usuário vivencia estas dimensões, conforme aponta a Política Nacional de Humanização (PNH) do MS. Lembre também que a AB é reconhecida como a porta de entrada preferencial na organização do sistema de saúde, uma vez que muitas demandas trazidas pelos usuários podem ser ali solucionadas.

Importante! Os serviços da AB são norteados pela PNH, que propõe a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão.

Os pontos importantes para instituir a cultura do cuidado entre os homens coincidem com as necessidades de saúde já descritas até o momento, e dentre os quais destacam-se:

- vínculos solidários com os usuários;
- fomento do seu protagonismo na esfera da saúde;

- corresponsabilização do usuário e de seus grupos sociais na promoção da saúde.

Quando se consolidam ações de inclusão dos homens no contexto de produção do cuidado em saúde, as vulnerabilidades e as necessidades podem ser mais facilmente reconhecidas pelos trabalhadores da rede, favorecendo respostas efetivas para as demandas (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000) e dando visibilidade para outros fatores de adoecimento, além dos exclusivamente biomédicos, tais como questões de ordem afetiva, familiar, socioeconômica, entre outros.

A partir dessas premissas, a resolutividade das questões pode ser mais efetiva, facilitando a construção de projetos terapêuticos que superem as barreiras existentes entre os homens e a promoção da equidade de gênero em saúde.

3.2.1 Potencialidades dos serviços de saúde para incorporar a população masculina na sua complexidade e particularidade

Nas atividades que envolvem a interação de vários homens, ou de homens e mulheres, é comum observar traços de socialização marcados por preconceitos sexistas e de gênero. Por exemplo: alguns homens consideram certos assuntos inapropriados para serem abordados em presença de mulheres ou têm receio de expor situações nas quais se sintam desvalorizados frente a outros homens. Quando isso acontecer, o usuário não deve ser pessoalmente exposto; mas, quando possível, o assunto pode ser discutido e problematizado como questão pertinente a todos os participantes do grupo.

Os lugares típicos de socialização masculina são espaços estratégicos para convidar



os homens a conhecer e participar da rotina de atividades, facilitando a aproximação aos serviços de saúde. Quando adequado, pode acontecer a própria intervenção, por exemplo, atividade de vacinação em indústria, palestra em campo de futebol e obras da construção civil, distribuição de camisinhas e orientações sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e AIDS em bares. Apesar da crítica eventual a dispositivos que reproduzem estereótipos de gênero, estes são, muitas vezes, maneiras de alcançar o universo dos homens e chamá-los a construir outra forma de masculinidade que inclua os cuidados para com a saúde, com deveres e privilégios equânimes em relação às mulheres.

Os atendimentos individuais, tais como consultas médicas, procedimentos de enfermagem, atendimentos odontológicos,

entre outros, são situações privilegiadas para conversar com os homens sobre práticas de cuidado e construção conjunta de projetos terapêuticos. Este é um momento no qual o usuário pode expressar o que sente, expor dúvidas e receios.

Para que isso ocorra, é interessante observar o que o profissional de saúde representa para o usuário – se ele o vê como autoridade com a qual pode ou não debater sobre saúde; se tem medo ou vergonha; se oferece resistência, opondo-se sistematicamente às prescrições. Estas observações podem ajudar a reverter problemas de relacionamento entre o usuário e o profissional, quando houver.

A comunicação efetiva resultante do encontro entre eles acarreta benefícios: do ponto de vista clínico, favorece a prática de

cuidados e o êxito do tratamento; traz subsídios para novas ideias e aprendizagens para ambos; alimenta o debate e o exercício da cidadania; transforma o trabalho e o processo de saúde/adoecimento em experiências mais amplas de vida.

Quais são as práticas de cuidado voltadas para a população masculina que, você, profissional da AB, identifica como parte do processo de trabalho das equipes no seu serviço de saúde?

Quais são as atividades planejadas em grupo e/ou comunitariamente que os homens também participam?

Existe alguma atividade exclusiva para a população masculina no seu serviço?

Refleta sobre cada uma destas questões a partir do que existe concretamente e o que poderia existir a partir da percepção que você tem agora das necessidades específicas da população masculina.

A transposição das barreiras institucionais e culturais de acesso e acolhimento e a



introdução de novas práticas de cuidado para a população masculina, no âmbito dos serviços da AB, consiste em um grande desafio para o SUS: maior política de inclusão social do Brasil.

Essa nobre tarefa oferece, assim, a possibilidade concreta de a saúde pública se comprometer com a disseminação da PNAISH em todo território nacional e da assimilação da categoria “gênero” como um determinante social de saúde estratégico para alavancar melhores indicadores e maior qualidade de vida para todas as populações em seus ciclos de vida.

É um processo gradativo pelo qual a saúde integral dessa população possa de fato ser priorizada pela AB por meio da reflexão permanente entre as equipes de saúde e os usuários homens acerca das histórias de vida, de sofrimento, resistência e superação destes, sobretudo para possibilitar a

redefinição de papéis que apontem, primeiro, para relações mais saudáveis entre os próprios homens e, em segundo, para relações mais simétricas e equitativas dentro da lógica da diversidade. Este desafio possibilita, também, que renovados processos de socialização e educação masculinas, visando à solidariedade, a compreensão, o companheirismo e o cuidado com a sua própria saúde e a dos outros, ocupem espaço e se tornem uma realidade no cotidiano

dos processos de trabalho das equipes nos serviços de saúde e no imaginário simbólico da comunidade e de cada um de seus integrantes.

Nesse contexto, os profissionais de saúde, força motriz do SUS, apresentam um papel crucial na transposição deste desafio de incorporar a população masculina na sua complexidade aos serviços de saúde nos seus diversos níveis de atenção, sobretudo na AB.



Os resultados de um estudo realizado no Nordeste do Brasil apontam possíveis estratégias para aproximar os homens aos serviços de saúde (COSTA E SILVA et al. 2010):

- Atividades assistenciais da AB nos próprios locais de trabalho dos homens.
- Desenvolver ações em suas residências, estádios de futebol, obras de construção civil, sindicatos e outros lugares onde haja uma maior concentração de homens, com o objetivo de motivá-los a ter práticas de cuidado e hábitos de vida saudáveis, além de facilitar a conscientização sobre os padrões e estereótipos de gênero presentes no imaginário masculino e coletivo.
- Adequar, na medida do possível, o horário de atendimento da unidade de saúde, de acordo com a disponibilidade do homem trabalhador, seja ele contratado com carteira assinada ou autônomo.



Figura 11 - A importância do profissional incorporar o homem nos serviços de saúde



Fonte: Shutterstock

São os profissionais quem pode reconhecer as necessidades específicas em saúde de cada um destes homens, a partir de uma matriz complexa que agregue os processos econômicos, tecnológicos, culturais, políticos, incorporando em sua base a perspectiva relacional de gênero, em que lidar com as particularidades, diferenças e semelhanças entre os gêneros envolve lidar com a saúde dos homens e das mulheres,

simultaneamente (CARRARA et al., 2009; COUTO; GOMES, 2012; SCHWARZ; MACHADO, 2012).

A potencialidade desta articulação pode gerar experiências bem-sucedidas tanto no campo da gestão como no campo da formação dos trabalhadores e profissionais da saúde, desde que a participação social esteja inclusa, colaborando também para a

ampliação e qualificação do acesso, o acolhimento humanizado e o vínculo às ações de assistência integral à saúde a partir do reconhecimento dos homens como protagonistas de suas próprias demandas, mediante a pluralidade de contextos, enquanto sujeitos legítimos de necessidades, desejos, cuidados e direitos (Schwarz; Machado, 2012).

3.3 Recomendação de leitura complementar



Para entender um pouco mais sobre teoria de gênero, masculinidade e a PNAISH, leia o artigo "Saúde do homem na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica de autoria de Marco Antonio Separavich e Ana Maria Canesqui", disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a13.pdf>>.



Neste curso, revimos os princípios fundantes do SUS, revisitamos a PNAB e, aprofundamos, inicialmente, a compreensão acerca da população masculina, reconhecendo a importância e o significado da participação dos homens na vida em sociedade, na família, na AB e no SUS, de forma geral.

Para qualificar o atendimento, devemos reconhecê-los como um segmento estratégico com questões específicas, entre outras, relacionadas às vulnerabilidades, gênero e masculinidades, índices de morbimortalidade e cuidados com a saúde.

Fomos também apresentados à PNAISH, que, em conjunto com este curso, tem a finalidade de oferecer a você, profissional, subsídios para a reflexão e construção de estratégias de ampliação do acesso e do acolhimento dos homens pelos serviços públicos de saúde, favorecendo a resolutividade de demandas, a universalização do conhecimento e o manejo das necessidades deste público em todo o sistema de saúde brasileiro.

Por fim, reconhecemos que mesmo que a saúde da população masculina esteja ganhando notoriedade e espaço, seja devido à maior divulgação e exploração dos dados dos sistemas de informações epidemiológicas em produções científicas ou pela criação de estratégias públicas específicas para esta população, ainda existem vários desafios a serem superados para a efetiva implantação e implementação da PNAISH.



ADAMY E. K. et al. Política nacional de atenção integral a saúde do homem: visão dos gestores do SUS. **Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental [online]**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, abr./jun. 2015, p. 2415-2424.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <<http://goo.gl/uPmLMd>>. Acesso em: 7 ago 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Plano de Ação Nacional (2009-2011). Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Plano de. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Diário Oficial da União, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Plano de. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Plano de. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Regulamentação da Lei n. 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, dez. 2011b. Disponível em: <<http://goo.gl/B7G4dT>>. Acesso em: 7 ago 2018.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.



Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006>>. Acesso em: 07 ago 2018.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2569-78, 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**, v. 14, n. 33, 2010, p. 257-270.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Linhas gerais e desafios da Política Nacional da Atenção Básica Portaria n. 2488. Rio de Janeiro, set. 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/Ms7t5e>>. Acesso em: 07 ago 2018.

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

FINKELMAN, J. (Org.) **Caminhos da saúde no Brasil [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Dis-

ponível em: <[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2705/1/Finkelman_Jacobo\(Org.\).pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2705/1/Finkelman_Jacobo(Org.).pdf)>. Acesso em: 07 ago 2018.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 8, 2003, p. 825-829.

_____. (Coord.). **Avaliação das Ações Iniciais da Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz; SCTIE/MS, 2011.

_____. (Coord.). **Fortalecimento e disseminação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)**. Relatório Final. Rio de Janeiro: IFF; Fiocruz, 2013.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 22, 2006, p. 901-11.

GOMES, R. et al. O atendimento à saúde de homens:

estudo qualitativo em quatro estados Brasileiros. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2011, p. 113-128.

IBGE. Brasil: tábua completa de mortalidade – 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/notastecnicas.pdf>>. Acesso em: 07 ago 2018.

INSTITUTO PAPAÍ E RHEG. **Princípios, Diretrizes e Recomendações para uma Atenção Integral aos Homens na Saúde**. Recife, 2009. Disponível em: <<http://www.eme.cl/wp-content/uploads/Princ%C3%ADpios-diretrizes-e-recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-uma-aten%C3%A7%C3%A3o-integral-aos-homens-na-sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 07 ago 2018.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C. et al. (Coord.). **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina**. Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida, Lima. Disponível em: <[← 62 →](http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/mascu-</p></div><div data-bbox=)



[linidades.pdf](#)>. Acesso em: 07 ago 2018.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, out. 2012, p. 2617-2626. Disponível em: <<http://goo.gl/PEYnL3>>. Acesso em: 07 ago 2018.

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, out. 2012, p. 2607-2616. Disponível em <<http://goo.gl/UuB0fE>>. Acesso em: 07 ago 2018.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, abr. 2014, p. 1263-1274. Disponível em: <[\[dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013\]\(http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013\)>.](http://</p></div><div data-bbox=)

Acesso em: 07 ago 2018.

MOURA, E. C.; LIMA, A. M. P.; URDANETA, M. Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000009&lng=pt&nrm=i-so>. Acesso em 07 ago 2018.

NASCIMENTO, E. F.; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, jul. 2008, p. 1556-1564. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/10.pdf>>. Acesso em: 07 ago 2018.

OGUNBIY, A. O.; JESUS, I. F. **Educação das relações étnico-raciais**: ensino de história e cultura afro-brasileira e africana (ensino fundamental - anos iniciais e anos finais). São Paulo: Editora Didática Suplegraf, 2010.

PINHEIRO R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e uti-

lização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002, p. 687-707.

SANTOS, N. R. Organização da atenção à saúde: é necessário reformular as estratégias nacionais de construção do “modelo SUS”? **Saúde em Debate – CEBES**, Rio de Janeiro, a. XXVIII, v. 28, n. 68, 2004.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan. 2013, p. 273-280. Disponível em: <<http://goo.gl/d9iJoV>>. Acesso em: 07 ago 2018.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B.; Mendes-Gonçalves, R. B. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 29-47.

SCHRAIBER, L. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5,



2010, p. 961-970.

SCHRAIBER, L. B; GOMES, R; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005, p. 7-17. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a02v10n1.pdf>>. Acesso em: 07 ago 2018.

SCHWARZ, E.; MACHADO, T. C. S. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, 2012, p. 2581-2583. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63024360004.pdf>>. Acesso em: 07 ago 2018.

SCHWARZ, E. et al. Política de Saúde do Homem. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, s. 1, dez. 2012, p. 108-16. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000061>>. Acesso em: 07 ago 2018.

SILVA, M. E. D. C. et al. Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da estratégia saú-

de da família. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 3, n. 3, jul./set 2010, p. 21-25.

SILVA, P. A. S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, set. 2012, p. 561-568. Disponível em: <<http://goo.gl/FV1WLQ>>. Acesso em: 07 ago 2018.

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. 2011.

VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. (Orgs.). **Masculinidades y Equidad de Género en América Latina**. Chile: FLACSO, 1998.

WHITE, A.; CASH, K. The state of men's health in Western Europe. **The Journal of Men's Health & Gender**, v. 1, n. 1, 2004, p. 60-66.

WHO. World Health Organization. **What about boys?** A literature review on the health and development of

adolescent boy. Washington: World Health Organization, 2000.

**Elza Berger Salema Coelho**

Professora associada da Universidade Federal de Santa Catarina. Doutorado em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000). É Professora Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do grupo de pesquisa Violência e Saúde, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – mestrado e doutorado, onde ministra disciplina e orienta na área de violência e saúde. Atualmente desenvolve projeto junto ao Ministério da Saúde – na área temática saúde do homem e da mulher – em parceria com a UFSC, para profissionais da Atenção Básica. Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/3980247753451491>>.

Eduardo Schwarz

Possui graduação em Psicologia pela Universidade de Brasília (1999). Tem experiência como consultor do Ministério da Saúde em parceria com a Organização Panamericana de Saúde -OPAS na pasta de

Saúde do Homem. Atuou como dirigente do o ECOH – Instituto Brasileiro de Ecologia Humana em Brasília, como psicólogo e psicoterapeuta, em grupos e individualmente. Atua nas áreas de Psicologia Clínica, com ênfase em Psicoterapia Somática e Meditação, e interesse no campo de pesquisa voltado para o estudo de gênero, masculinidades e cultura. Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9831792462600090>>.

Carolina Carvalho Bolsoni

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2009). Mestra e Doutora em Saúde Coletiva – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Atua junto à Especialização Multiprofissional na Atenção Básica e nos cursos de Atenção Integral à Saúde do Homem e Saúde da Mulher. Área de pesquisa: Saúde do Idoso. Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/6654871617906798>>.

Thays Berger Conceição

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). Mestre em Saúde Coletiva. Desenvolveu função de coordenação de ensino no Curso de Atenção a Homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos. Área de pesquisa: Violência e Saúde. Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/8067887275425001>>.

