



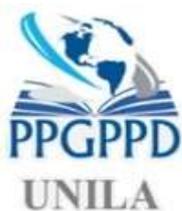
**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS
PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)**

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM NA
LEITURA DO USUÁRIO EM UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
FOZ DO IGUAÇU - PR**

DAIANI SCHEFFER

DISSERTAÇÃO

Foz do Iguaçu
2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS
PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM NA
LEITURA DO USUÁRIO EM UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
FOZ DO IGUAÇU - PR**

DAIANI SCHEFFER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

Orientador: Prof.^a Dra. Carmen Justina Gamarra

Foz do Iguaçu
2023

DAIANI SCHEFFER

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM NA LEITURA
DO USUÁRIO EM UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
FOZ DO IGUAÇU-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

BANCA DE QUALIFICAÇÃO

Orientador: Profa. Dra. Carmen Justina Gamarra
UNILA

Prof. Dr. Walfrido Kühn Svoboda
UNILA

Prof. Dr. Gabriel Eduardo Schütz
UFRJ

Foz do Iguaçu, 30 de agosto de 2023_____

Catálogo elaborado pelo Setor de Tratamento da Informação
Catálogo de Publicação na Fonte. UNILA - BIBLIOTECA LATINO-AMERICANA - PTI

S316

Scheffer, Daiani.

Política Nacional de Atenção Integral a saúde do homem na leitura do usuário em unidades de Saúde do município de Foz do Iguaçu - PR / Daiani Scheffer. - Foz do Iguaçu, 2023.

101 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento. Foz do Iguaçu - PR, 2023.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Justina Gamarra.

1. Políticas Públicas. 2. SUS. 3. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. I. Gamarra, Profa. Dra. Carmen Justina. II. Título.

CDU 614-055.1

Dedico esta pesquisa a todos que irão se beneficiar com o aprofundamento dos estudos na Ciência política e na temática da Política Nacional de Atenção Integral na Saúde do Homem.

RESUMO

Esta pesquisa buscou analisar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio da percepção/leitura do usuário do município de Foz do Iguaçu - PR. Deste modo, seu objetivo geral compreender os processos de criação do sistema de saúde e as políticas públicas voltadas aos homens para entender as dificuldades, obstáculos e resoluções necessárias à problemas desta conjuntura social. O problema deste trabalho se apresenta no questionamento: de acordo com a percepção dos usuários do referido serviço, a política pública que existe voltada para eles, tem sido suficiente para garantir acesso à saúde de todos eles? Já a hipótese norteadora é que de acordo com os indivíduos contemplados com a Política nas Unidades Básicas de Saúde ela não contribui com a manutenção da saúde deles em decorrência das várias dificuldades que impedem que o programa seja implementado. Foram utilizadas duas metodologias sendo a primeira uma revisão de literatura/documentos e a segunda uma pesquisa de campo. Na pesquisa de campo foi utilizada metodologia de caráter descritiva qualitativa, com aplicação de um questionário objetivo e uma entrevista subjetiva, gravada através de áudio, de modo a permitir a livre expressão dos sujeitos envolvidos na pesquisa. A análise dos dados se deu através da técnica de análise de conteúdo. Os resultados foram divididos em perfil sociodemográfico dos usuários das Ações de Saúde ofertadas ao Homem do estudo e a análise da percepção dos usuários a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Os resultados evidenciaram que o perfil sociodemográfico destes usuários pode estar contribuindo para o adoecimento e agravamento da saúde deles e que este grupo populacional possui um conhecimento deficitário sobre a Política implementada pelo Ministério da Saúde, além desses usuários não terem o acompanhamento adequado de sua saúde. Considera-se necessário maior atenção por parte do Estado e gestores de saúde em relação a integralidade da assistência de saúde da população masculina.

Palavras-chave: Políticas Públicas. SUS. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

ABSTRACT

This research sought to analyze the National Policy for Integral Attention to Men's Health through the perception/reading of the user in the municipality of Foz do Iguacu - PR. In this way, its general objective is to understand the creation processes of the health system and public policies aimed at men to understand the difficulties, obstacles, and necessary resolutions to the problems of this social situation. The problem of this work is presented in the question: according to the perception of the users of the referred service, has the public policy that exists aimed at them been sufficient to guarantee access to health for all of them? The guiding hypothesis is that, according to the individuals covered by the Policy in Basic Health Units, it does not contribute to maintaining their health due to the various difficulties that prevent the program from being implemented. Two methodologies were used, the first being a literature/document review and the second a field survey. In the field research, a qualitative and quantitative methodology was used, with the application of an objective questionnaire and a subjective interview, recorded through audio, to allow the free expression of the subjects involved in the research. Data analysis was performed using the content analysis technique. The results were divided into the sociodemographic profile of the users of the Health Actions offered to the Men in the study and the analysis of the users' perception of the National Policy for Comprehensive Attention to Men's Health. The results showed that the sociodemographic profile of these users may be contributing to their illness and worsening of their health and that this population group has a deficient knowledge of the Policy implemented by the Ministry of Health, in addition to these users not having adequate monitoring of their health. Greater attention by the State and health managers is considered necessary in relation to comprehensive health care for the male population.

Key words: Public policy. SUS. National Policy for Comprehensive Men's Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileira
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem
PNS	Pesquisa Nacional em Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SIASUS	Sistema de Informações Ambulatoriais
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Aplicada
CNHS	Coordenação Nacional de Saúde do Homem
PAISM	Programa Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde
MS	Ministério da Saúde
PSA	Exame do Antígeno Prostático
HIPER DIA	Programa de Hipertensão e Diabetes
ESF	Estratégia saúde da família (ESF)
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

Sumário

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 JUSTIFICATIVA E ADERÊNCIA AO ESCOPO DO PROGRAMA	13
1.2 PROBLEMA	14
1.3 HIPÓTESE	15
1.4 OBJETIVO(S)	15
Objetivo Geral	15
Objetivos Específicos	16
1.5 METODOLOGIA	16
1.6 APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	17
SEÇÃO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 O ESTADO E A POLÍTICA PÚBLICA: UMA DISCUSSÃO SOBRE DEVERES E RESPONSABILIDADES	20
2.1.1 O Estado enquanto promotor dos Direitos Fundamentais do homem	20
2.1.2 A divisão incongruente dos Direitos Humanos	22
2.1.3 A atuação do estado por intermédio das Políticas Públicas	22
2.2 AS IMPLEMENTAÇÕES DOS PROGRAMAS DE SAÚDE E O PAPEL DO ESTADO BRASILEIRO	24
2.2.1 A Saúde Pública e os impactos promulgados pela Constituição Federal - 1988	25
2.2.2 A Criação do Sistema Único de Saúde: mudança de rumo nas ações e programas de Saúde Pública	28
2.3 UMA POLÍTICA COM VISTAS À SAÚDE DO HOMEM: FATORES QUE IMPULSIONARAM A CRIAÇÃO DO PNAISH E OS PROCEDIMENTOS PARA SUA EFETIVAÇÃO	37
2.3.1 Compreendendo a Proposta da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem	42
2.4 POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: UMA LEITURA ACERCA DA REALIDADE EM FOZ DO IGUAÇU – PR	44
SEÇÃO 3 – PESQUISA DE CAMPO	45
3.1 CONTEXTO GERAL DA PESQUISA DE CAMPO	45
3.1.1 Tipo de pesquisa	45
3.1.2 Local da Pesquisa	46
3.1.3 População alvo e participantes	50
3.1.4 Instrumento de obtenção de dados	51
3.1.5 Coleta dos dados	54
3.1.6 Questões éticas	55
3.1.7 Forma de análise das informações coletadas	56
3.2 RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO	57
3.2.1 Perfil sociodemográfico dos entrevistados	57
3.2.2 Compreensão dos usuários em relação as ações de saúde ofertadas ao homem em consonância com a PNAISH.	65
3.2.2.1 Eixo I – O conhecimento dos usuários acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem .	65
3.2.2.2 - Eixo 2 – A experiência dos usuários na utilização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem .	68
3.2.2.3 - Eixo 3– A percepção dos usuários em relação a aplicabilidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	81
ANEXOS	87
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA	87
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA	88

APENDICES

95

APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

95

APENDICE B – INSTRUMENTO DA PESQUISA

99

1 INTRODUÇÃO

A invulnerabilidade masculina acrescida ao fato da invisibilidade de suas demandas pelos serviços de saúde no que diz respeito à organização destes, têm contribuído com a ampliação da vulnerabilidade e mortalidade dos homens (Cavalcanti *et al.*, 2014). Os homens revelam ter uma maior dificuldade na busca por assistência à saúde em razão da auto percepção de necessidades de cuidados e pela noção histórica e socialmente construída de que esta é uma tarefa estritamente feminina (Machin, *et al.*, 2011).

Entende-se ser urgente a reconstrução social do papel do homem dentro do seio familiar e percebe-se a necessidade do mesmo com relação às demandas de saúde, para tanto criou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no ano de 2009 que condicionava a um olhar atento a esses processos de insuficiências (Brasil, 2009).

Nesse contexto buscou-se qualificar a assistência à saúde masculina na perspectiva do cuidado a fim de resguardar a integralidade e focar na atenção primária para que esta não se restrinja apenas à recuperação, mas garanta, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis (Brasil, 2009).

Segundo Assis (2016), a PNAISH¹, criado pela Portaria de nº 1.994 do Ministério da Saúde possuía como objetivo a promoção da melhoria das condições de saúde da população masculina no Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

A partir dessa criação a construção da Política pública mencionada, passou a apresentar um ponto de vista regulamentador direcionado às demandas existentes da população masculina com fins de fortalecer os atendimentos de saúde de forma integral e com o objetivo de diminuir as taxas de morbimortalidade em ascensão. Contudo, apesar de ser esta uma política voltada ao cuidado e trato com os homens, não houve a inclusão dos mesmos nesse processo decisório, destacando desta forma, a verticalidade e um viés de distanciamento e comunicação entre os núcleos de serviços de saúde oferecidos a população (masculina) e a tomada decisões públicas onde políticas de saúde para os

¹ BRASIL, Portaria nº 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.

homens são instituídas na esfera nacional.

A exclusão masculina das decisões com relação à política pública voltada a eles não criou um movimento de demanda reconhecida entre a população alvo, mas constituiu-se, apenas, em um processo de decisão política. Assim, o então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão (2007 - 2011) fez a primeira referência em 2007 sobre a criação da política em discurso de posse, onde estabeleceu metas e incluiu, entre elas, a implementação da PNAISH.

Em 2008, ainda, houve a XIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram aprovadas duas propostas referentes à política voltada a saúde masculina, de acordo com o Relatório Final da conferência, as propostas foram aprovadas: I - Inserir políticas públicas nas três esferas de governo, voltadas à saúde do homem, que contemplem a prevenção, a promoção e o fortalecimento do atendimento de saúde preventiva às doenças mais prevalentes nessa população, adotando como estratégia a educação em saúde com a elaboração de cartilha educativa. Propor a participação do homem nas ações de planejamento familiar, inclusive com a esterilização cirúrgica masculina. II - Criar o programa de saúde do homem nas três esferas de governo de forma articulada com outras políticas públicas, com financiamento tripartite, para a realização de exames preventivos, incluindo aqueles para a detecção de câncer de próstata (exame PSA), prevenção de acidentes, tabagismo, implantando cartilhas educativas e incentivando a inserção do homem nas ações de planejamento familiar, levando em conta a menor complexidade e risco da esterilização masculina (Relatório Final, 2008).

Estas propostas tinham por objetivo alavancar a criação da PNAISH, pois contemplariam a real necessidade da saúde da população masculina, fortalecendo a promoção, a prevenção e a atenção primária.

Todavia, sabe-se que o quadro relacionado às condições de saúde da área pública não se articula de forma favorável ou mesmo positiva. Diante disso é crucial argumentarmos que ainda existem inúmeros obstáculos que permeiam o acesso a serviços de saúde do homem – pelo olhar do próprio homem, tais como a vergonha de se expor a outrem – seja ele homem ou mulher -; a falta de resolutividade com relações às necessidades do homem; as dificuldades atribuídas ao regime de trabalho e a incompatibilidade entre os horários de funcionamento dos serviços de saúde, dentre outros fatores demais fatores, e, ainda, as dificuldades existentes na própria saúde, como falta de médicos especializados, atendimento humanitário, negligência com relação a cuidados e exames; problemas na marcação de consultas; falta de materiais para atendimento, etc (Brasil, 2009; Gomes et

al., 2012; Cavalcanti *et al.*, 2014).

A defesa, portanto, de que não é suficiente existir a Política de Saúde voltada ao homem, mas, também, uma assistência que se adapte à realidade do mesmo, sejam elas locais, em termos de horário ou que estejam adequadas às diretrizes e normas da população em foco, como afirmou Mendonça e Andrade (2010).

As possíveis demandas e subsídios relacionados à saúde desse grupo devem estar voltadas para a prevenção e promoção da saúde. As necessidades, portanto, indicam a urgência de criar uma política pública que realmente contemple as carências do homem em termos de condições dignas ao cuidado do sujeito. Essa criação torna-se importante se forem analisados os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Ministério da Saúde, por exemplo, que mostra que a população masculina tem adoecido cada vez mais, chegando, conseqüentemente, a um grande número de óbitos, como afirma Assis (2016). Por esse motivo, em 2008, o Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde e o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) desenvolveram uma cartilha com princípios e diretrizes a serem seguidas e que assegurem a integralidade dos homens (Martins; Malamut, 2013).

O uso dessa cartilha, então, se tornou uma fonte de extrema importância para que os usuários dos serviços públicos de saúde sintam-se acolhidos, contribuindo de inúmeras formas, com aspectos de melhoria no sistema saúde vigente desde a busca ativa, o ambiente da UBS, acolhimento, até o atendimento. Todavia, apesar da instituição do uso da cartilha pelo MS em parceria com o DAPES e para com as Regionais e seus respectivos municípios, muitos são os indivíduos que ainda não acessam os sistemas de saúde de modo a promoção e prevenção, dificultando a implantação do sistema de assistência, como acontece na região foco desta pesquisa, Foz do Iguaçu, Paraná, tendo como jurisprudência responsável a 9ª Regional de Saúde do Estado, de acordo com minha experiência diária enquanto usuária, estudante e estagiária de enfermagem na área da saúde (Homem/Dapes/Sas/Ms, 2007).

O objetivo desta pesquisa é, portanto, compreender os processos de criação do sistema de saúde e as políticas públicas voltadas aos homens, de modo que se entenda as dificuldades, os obstáculos e as atenções requeridas à construção desse processo e de uma singular melhoria desses métodos de cuidado. Da mesma maneira, serão analisadas estas questões dentro da cidade de Foz do Iguaçu, percebendo o funcionamento e aplicação da promoção de saúde local para o público masculino, suas percepções diante da utilização do sistema e as dificuldades encontradas para a instalação efetiva das

políticas públicas de saúde voltadas ao homem.

1.1 JUSTIFICATIVA E ADERÊNCIA AO ESCOPO DO PROGRAMA

A PNAISH foi implantada de forma a viabilizar o acesso a saúde para o público masculino, todavia a mesma vem sendo, gradualmente, implementada de forma inconsistente nas esferas municipais, de acordo com Mendonça e Andrade (2010). Desta forma, a proposta desta pesquisa visa um delineamento de estudo sobre a implantação da PNAISH como algo que vem acompanhado de um lento processo de implementação e que carece de recursos não somente financeiros, mas técnicos, que viabilizem seu acesso no sistema de saúde para com seu público alvo.

No Brasil, a PNAISH reconhece, de fato, a necessidade de se identificar elementos psicossociais que acarretem processos de 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 ou mesmo tratados precocemente, caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária (Brasil, 2009).

Diante deste contexto este estudo busca relativizar através de dados quantitativos e qualitativos o real panorama de como se encontra o processo de implementação e ou articulação da política PNAISH no município de Foz do Iguaçu.

Podemos verificar estes dilemas de implantação das políticas municipais voltadas ao público masculino ao analisar as implementações de saúde pública até então articuladas no município. O Decreto nº 18.462, 5 de setembro de 2008 que habilita estabelecimentos de saúde particulares a realizarem atendimento e procedimentos de vasectomia, e a Lei municipal nº 4317, de 4 de março de 2015, que inclui no calendário oficial de eventos do município o "novembro azul", são alguns exemplos de atividades pontuais voltadas aos homens, implementações ainda bem superficiais diante da perspectiva e abrangência que visa a PNAISH.

A Lei municipal nº 4317, de 4 de março de 2015, visava ações que incentivassem a prevenção de doenças e à promoção à integralidade da saúde masculina, todavia como foco pontual a cardiologia, a urologia, a saúde mental – focando na dependência de álcool e drogas – e a área da pneumologia, áreas de grande utilidade, contudo ainda insuficientes para a promoção e integralização do sujeito masculino à atenção básica e primária da saúde.

Assim se pode depreender a importância que as políticas públicas voltadas ao homem na área de promoção e atenção básica da saúde pública são importantes, pois consideram às urgências da população, gerando informações não meramente paliativas, mas promovendo o cuidado desde o início, de modo, também, a solucionar conflitos maiores na área da saúde, como falta de medicamentos, instrumentos ou problemas financeiros fruto de má administração ou mesmo má distribuição de recursos.

A pesquisa é apresentada como uma proposta de análise, onde as implementações e iniciativas de uma política pública são contextualizadas dentro da esfera municipal, colocando à vista problemas que possam vir a estar “escondidos” em meio a questões políticas, técnicas e ou orçamentárias. Desse modo, esse documento produzido também servirá de apoio para uma possível resolução desta problemática ou para reflexões sobre as necessidades e demandas da população masculina de Foz do Iguaçu, Paraná. A produção escrita servirá de base contributiva para um estudo cada vez mais detalhado sobre o assunto dentro da linha de pesquisa estudada “Políticas Públicas e Sociedade”.

1.2 PROBLEMA

O problema enfrentado pelo público masculino com relação ao atendimento de saúde não vem de hoje. Historicamente essa sempre foi uma grande dificuldade, contudo a procura por médicos especializados, consultas e resolução de problemas já existentes cresce atualmente. Todavia, é importante notar que, mesmo com o aumento significativo da demanda de homens atendidos em Unidades Básicas e clínicas de saúde públicas, ainda não são suficientes os atendimentos disponibilidades pelas redes básicas, sendo urgente o atendimento destes indivíduos seja por meio de promoção, cuidado, atendimento humanizado, divulgação e, principalmente, desconstrução dos padrões tradicionais sociais que influenciam na procura por médicos e demais especialistas.

O fato de existir a viabilidade de recursos específicos para a implantação da PNAISH nos municípios brasileiros, designado pela Portaria nº 2.566, de 9 de novembro de 2012, que dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a municípios para a execução de ações de implantação, implementação, fortalecimento e/ou aperfeiçoamento de iniciativas prioritárias da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem (PNAISH) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); abre brechas para indagações referentes a sua implantação na esfera municipal, considerando que há disponibilidade de recursos o porquê a PNAISH não é assumida como prioridade pela gestão do sistema

público de saúde municipal de Foz do Iguaçu.

Em se tratando da saúde pública da cidade de Foz do Iguaçu, há que se considerar também alguns elementos como a complexidade da tríplice fronteira Brasil-Argentina-Paraguai e a migração pendular internacional que acessa o sistema de saúde público municipal. Fator este, que gera uma constante defasagem financeira e de recursos, uma vez que a cidade recebe verbas para a saúde com base na população residente em seu território.

Questiona-se, então, de fato, por que as políticas públicas não conseguem atender, de forma plena, o público masculino? Por que se atém apenas às doenças que causam grande mortalidade e em seu tratamento, ao invés de promover a erradicação antes da chegada da doença? Como isso se articula no município de Foz do Iguaçu? Quais as dificuldades para a implantação de um projeto realmente eficaz de atendimento ao homem?

1.3 HIPÓTESE

A hipótese norteadora deste estudo está relacionada à contemplação dos sujeitos segundo a Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem em Foz do Iguaçu-PR, que o que inviabiliza implementações e políticas efetivas de cuidado com a saúde do público masculino, em decorrência de inúmeros fatores – sejam na área da saúde ou mesmo de recursos financeiros, e também, nas próprias questões que mexem com a identidade sociocultural masculina – que impedem ou mesmo atrapalham, a implementação do programa e sua viabilidade de acesso.

1.4 OBJETIVO(S)

Objetivo Geral

Compreender os processos de criação do sistema de saúde e as políticas públicas voltadas aos homens para entender as dificuldades, obstáculos e resoluções necessárias à problemas desta conjuntura social.

Objetivos Específicos

- a) Estudar o Estado enquanto agente promovedor da cidadania por intermédio das políticas públicas;
- b) apresentar a PNAISH como uma das estratégias do Estado para promover a política pública de saúde do homem;
- c) compreender as atividades voltadas à população masculina em consonância com a PNAISH implementadas pelas Unidades Básicas de Saúde do Município de Foz do Iguaçu – PR;
- d) averiguar, e analisar a leitura dos usuários, quanto ao acesso a PNAISH na Atenção Básica do município de Foz do Iguaçu - PR, a partir de questionário semiestruturado.

1.5 METODOLOGIA

Para cumprir os objetivos propostos nesta pesquisa foram utilizadas duas metodologias sendo a primeira uma narrativa do estado da arte do tema de pesquisa Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem na Leitura do Usuário em Unidades de Saúde e a segunda uma pesquisa de campo. Com a finalidade de organização da dissertação, a metodologia referente a narrativa do estado da arte será descrita a seguir, mas, a metodologia referente a pesquisa de campo será descrita na Seção 3 seguidas dos seus resultados.

A pesquisa na narrativa do estado da arte foi pautada em uma exaustiva explanação literária de teorias que norteiam o trabalho científico. Esse tipo de relato que também é chamada de estado do conhecimento, pode ser realizado por meio de estudos descritivos e inventariante reunindo os autores, focando políticas e o direito e descrevem as conclusões das pesquisas sobre o tema (Pizzani *et. al*, 2012).

O Estudo na apresentação do estado da arte ou estado de conhecimento é necessário a identificação, registro, categorização que levem à reflexão e síntese sobre a produção científica de uma determinada área, em um determinado espaço de tempo, congregando periódicos, teses, dissertações e livros sobre uma temática específica. Para tanto, é de suma importância que o pesquisador realize um planejamento sistemático do processo de pesquisa, compreendendo desde a definição temática, passando pela construção lógica do trabalho até a decisão da sua forma de comunicação e divulgação (Bocato, 2006, p. 266).

É o tipo de pesquisa que tem o levantamento de documentos como base. É uma valiosa técnica de coleta de dados qualitativos. Assemelha-se à pesquisa bibliográfica, a qual utiliza a contribuição fornecida por diversos autores sobre um determinado assunto, enquanto na pesquisa documental, a coleta de informações é realizada em materiais que não receberam qualquer tipo de análise crítica (Fontelles *et. al*, 2009, p. 7).

Desse modo, em busca de compreender o tema abordado, foram realizadas buscas em plataformas digitais tais como *Scielo*, *Biunila*, *Lilacs*, *BVS*, entre outras, em busca de trabalhos e publicações científicas que abordassem os problemas sugeridos neste estudo, reunindo dessa forma maior embasamento literário e documentação para a investigação. Já para a complementação e aprofundamento ao entendimento dos direitos cabíveis para compreender os processos de criação do sistema de saúde e as políticas públicas voltadas aos homens para entender as dificuldades, obstáculos e resoluções necessárias à problemas desta conjuntura. Analisou-se uma gama de leis, decretos, portarias, publicações oficiais, artigos de jornais, entre elas a Constituição Federal de 1988 e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

1.6 APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Este trabalho foi organizado da seguinte maneira: Introdução, metodologia e resultados, com suas respectivas discussões e conclusão.

Na introdução foi apresentado um breve contexto do problema e a justificativa do estudo, seguida da delimitação dos objetivos gerais e específicos. Na sequência foi apresentada a metodologia da revisão bibliográfica/documental, sendo importante especificar que a metodologia foi dividida em duas partes: métodos para obter os resultados da pesquisa bibliográfica/documental e métodos para obter os resultados da entrevista ou pesquisa de campo. Sendo que a explanação metodológica que corresponde a parte da pesquisa de campo, encontra-se no próprio eixo 3, para melhor organização da dissertação. Os resultados foram agrupados em dois eixos. No eixo 2 foram apresentados os resultados referentes à pesquisa documental. Esta pesquisa documental apresenta uma discussão sobre Estado, Política Pública e Cidadania, a fim de se aprofundar na temática de Ciência Política. Também, são realizadas abordagens sobre Políticas Públicas e Políticas Públicas de Saúde, conceitos e elucidações acerca desta temática. Os resultados da pesquisa de campo, foram apresentados no eixo 3. Iniciando com a explanação da metodologia utilizada e seguida dos resultados propriamente ditos, as quais irão revelar o perfil sociodemográfico

dos usuários das Ações de Saúde ofertadas ao Homem e a leitura que eles fazem acerca da implementação da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

EIXO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste eixo da dissertação são apresentados os resultados da pesquisa documental ou a revisão de literatura que discorre sobre as concepções de saúde do homem, gênero, políticas públicas e política de saúde, a produção científica da saúde coletiva em relação à temática, tecendo-se uma contextualização acerca de concepções de cuidado e cultura, além do discurso dos sujeitos analisados.

Nas últimas décadas tem se notado uma crescente atenção sobre as questões relacionadas ao gênero masculino, principalmente no campo da Saúde Pública em suas interfaces com o campo da saúde humana. O movimento feminista alertava sobre a necessidade de modificações das denominadas "ciências do homem", que não colocavam o sexo masculino como um objeto de reflexão enquanto sujeito de gênero, mas sim como um representante da nossa espécie (*Heilborn; Carrara, 1998*).

Partindo dessa premissa, a invulnerabilidade masculina acrescido o fato da invisibilidade de suas demandas pelos serviços de saúde no que diz respeito à organização dos serviços, têm contribuído com a ampliação da vulnerabilidade e mortalidade dos homens (*Cavalcanti et al., 2014*).

Os reflexos para o campo da saúde, principalmente na questão do acesso referente à promoção de medidas preventivas para e pelos homens, ganharam força, uma vez que, segundo Machin (2011, p. 4505), homens revelam maior dificuldade de busca por assistência em saúde em razão de um auto percepção de necessidades de cuidados, e pela noção de que esta é uma tarefa do feminino. É neste contexto que a importância da atuação e visão em Saúde Coletiva voltada aos entraves ocasionados pela relação do homem com sua saúde na perspectiva de gênero e das masculinidades surge, resultando numa discussão acerca da promoção da saúde, que implica questões de direitos e de equidades (*Couto et al., 2005, p. 14; Medrado; Lyra; Azevedo, 2011; Gomes et al., 2012*).

Somente no século XXI, é que se iniciam estudos epidemiológicos de embasamentos quantitativos ressaltando as sobretaxas de mortalidade dos homens em relação às mulheres em todas as faixas etárias (*Laurenti et al., 1998*).

A partir da Política (PNAISH) em 2009, observa-se um olhar diferenciado para o homem na saúde pública. Nesse contexto, busca-se qualificar a assistência à saúde masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade a atenção primária para que ela não se restrinja somente a recuperação, garantindo sobretudo a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis (Brasil, 2009).

Dados do Ministério da Saúde asseguram que os homens são mais vulneráveis as doenças e vivem em média sete anos menos do que as mulheres, dentre as estatísticas que mais matam os homens até os 40 anos de idade, estão as causas externas, representadas por: acidentes de trânsito e trabalho, violência, agressões, muitas vezes oriundas das exposições a fatores de risco como alcoolismo, tabagismo entre outros vivenciados pela população masculina.

No Brasil, a saúde do homem foi destaque no cenário nacional, a partir da 13ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, no ano de 2007. Pela primeira vez ao longo da história das políticas de saúde, o homem ganhou um espaço próprio, tendo seus agravos reconhecidos como problemas de Saúde Pública, através da criação da Área Técnica de Saúde do Homem no âmbito do Departamento de Ações Programáticas, concebida em março de 2008, a qual criou a PNAISH lançada em agosto de 2009 (Brasil, 2009).

A PNAISH representa uma inovação no campo da saúde, com base em consensos construídos a partir de discussões envolvendo organizações da sociedade civil, pesquisadores, acadêmicos, representantes de conselhos de saúde, além do próprio Ministério da Saúde ao qual formulou e embasou os indicadores de mortalidade masculina, objetivando orientar as ações e serviços de saúde, com integralidade e equidade, para a população masculina, uma vez que não foram historicamente, sujeitos singularizados nas intervenções de saúde. (Brasil, 2009, p. 22; Gomes *et al.*, 2012).

Entretanto, existem obstáculos ao acesso aos serviços de saúde tais como, a vergonha do sujeito em se expor, a espera por atendimento, falta de resolutividade das necessidades de saúde, dificuldades atribuídas ao regime de trabalho e incompatibilidade entre os horários de funcionamento dos serviços com a disponibilidade após suas atividades laborais, os quais fragilizam a atenção à saúde do homem (Brasil, 2009; Gomes *et al.*, 2012; Cavalcanti *et al.*, 2014). Defendem que não basta existir a Política de Saúde do Homem; a assistência à saúde masculina necessita adaptar-se às realidades locais, adequando as diretrizes e normas às reais necessidades da população em foco (Mendonça; Andrade, 2010).

Toneli, Souza e *Muller* (2010), argumentam sobre a importância de conhecer as explicações presentes nos discursos masculinos sobre a procura pelos serviços de saúde, podendo este ser um ponto de partida diante da proposta de mudanças efetivas nos serviços de saúde prestados e esse grupo.

É diante desta perspectiva que a análise da PNAISH no município de Foz do Iguaçu – PR se institui, evidenciando não somente o discurso do usuário que busca atendimento nestas unidades, mas também a de seus gestores, técnicos e profissionais que permeiam esta estrutura pública, e visam antes de qualquer coisa, dar subsídio e viabilidade aos usuários homens que buscam assistência.

2.1 O ESTADO E A POLÍTICA PÚBLICA: UMA DISCUSSÃO SOBRE DEVERES E RESPONSABILIDADES

Este capítulo apresenta uma discussão que concerne à adoção de políticas públicas de modo geral e de modo particular como medida protetora de cidadania, e visa mostrar o Estado como provedor de direitos fundamentais, esta discussão se faz importante na compreensão do objeto de pesquisa, que é a política PNAISH. Assim sabe-se que a atuação estatal se constrói a partir das políticas públicas que visam a promoção e a proteção dos direitos de modo a regulamentar e apresentar as garantias de direitos dos cidadãos preconizadas pela Carta Constituinte (Assis, 2016).

Ressalta-se, por fim, que a equidade é um direito coletivo e um dever estatal, sendo um aspecto central na justiça dos mecanismos sociais em geral e ficando responsável pela análise das políticas públicas como instrumento para qualidade de vida, e que sofre a interferência de inúmeras condições que vão desde questões sociais e econômicas na busca pela promoção e cumprimento das ações de distribuição de recursos (*Buzzatti; Baccin, 2017*).

2.1.1 O Estado enquanto promotor dos Direitos Fundamentais do homem

As discussões acerca dos direitos fundamentais do homem se estendem durante muitos anos o que resulta na evolução de conceitos e teorias que são nortes para esta temática. Os direitos são fundamentais, operacionalizados, planejados e elaborados pelo Estado que exerce um papel direto de promoção, manutenção e de garantia da cidadania a todos de modo universal.

Bobbio (2004) afirma que os direitos humanos sempre estiveram em contradição,

refutação e limitações diversas, mas em constante evolução, se fazendo presente no pensamento político dos séculos XVII e XVIII. Ao longo dos processos constitutivos da História os direitos passaram por importantes etapas, como a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (DDHC) durante a Revolução Francesa, de grande valia e inspiração para a carta constituinte brasileira de 1889. Anteriormente sabe-se, também, da existência da declaração de Virgínia em 1776, que reconhecia os direitos fundamentais a favor do ser humano, tendo por objetivos a proteção desses direitos contra os atos governamentais, o ensino e a instrução do povo (Ferreira Filho, 2004).

Esses direitos reivindicados ao longo da História se destacaram nas lutas travadas, garantindo ao indivíduo a possibilidade de exercê-lo em condições de igualdade para que tivesse uma vida digna de garantias oferecidas pelo Estado democrático de Direito (Miranda; Castilho; Cardoso, 2009). Nesse sentido, o Estado se preocuparia com a garantia mínima, de renda, alimentação, saúde, habitação, educação e direito público do cidadão; o bem-estar social.

Mendes e Branco (2012) apontam para os direitos fundamentais da primeira geração como os referidos na Revolução Francesa e na Americana que possuíam como objetivo o controle e a expansão do poder estatal, já os direitos de segunda geração são marcados pela igualdade material e conhecidos como direitos sociais, econômicos e culturais por estarem ligados, diretamente, e dependentes à disponibilidade orçamentária do Estado (Novelino, 2008). São esses que, segundo Mendes e Branco (2012), estão ligados à assistência social, saúde, educação, trabalho e lazer, buscando liberdade real e igual para todos através de ações corretivas dos poderes públicos, indo de encontro à justiça social.

Os direitos da terceira geração são ligados à fraternidade ou solidariedade e, do ponto de vista normativo, possuem a necessidade de diminuir as diferenças existentes entre as nações desenvolvidas e não desenvolvidas por meio da colaboração entre países. Já a quarta geração, acrescenta direitos fundamentais que envolvem a democracia, a informação e o pluralismo, permitindo a participação universal nas decisões políticas.

2.1.2 A divisão incongruente dos Direitos Humanos

É importante salientar que, mesmo sendo amplamente discutidas as gerações de direitos, estas sofrem fortes críticas da doutrina nacional e estrangeira por se estender o uso do termo “geração” que leva uma distorção de conceituação. Berberi (2003) refere este vocábulo como algo que pode ser levado a falsa interpretação de substituição gradativa das

gerações anteriores à medida do surgimento das novas, fazendo-se destacar que a evolução dos direitos não pode ser um processo de sucessão, mas de acumulação. Desse modo, a teoria da indivisibilidade dos direitos é tratada e defendida, vez que não existe forma de garantir direitos como a liberdade sem condições materiais e espirituais para que se coloque em prática esse direito. O que se observa disto é que, ao separar os direitos fundamentais em dimensões, os doutrinadores continuam incorrendo no erro, pois não se atentam ao aspecto da indivisibilidade, visto que não se deve considerar como correto o direito de primeira, segunda, terceira ou quarta geração, pois não há níveis de importância, sendo todos de mesmo grau (Assis, 2016).

2.1.3 A atuação do estado por intermédio das Políticas Públicas

Para Rua (2009), as políticas públicas englobam mais do que uma decisão e requerem variadas ações estratégicas selecionadas para executar as decisões tomadas. Segundo Fleury (1999), as políticas públicas são de responsabilidade da Ciência Política que divide as dimensões basilares em três pontos; *polity*, *politics* e *policy*. Para Leonardo Secchi (2015, p. 02), “Políticas Públicas tratam do conteúdo concreto e do conteúdo simbólico de decisões políticas e do processo de construção e atuação dessas decisões” e “(...) é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público”. Como subárea da Ciência Política compreende, ainda, o funcionamento do Estado, governo e sociedade. Sendo consistentemente as políticas públicas atributos do Estado. Outros autores relacionam a esfera pública com o mesmo órgão responsável, interligando as políticas públicas com os cidadãos e o Estado (Miranda, 2009; Rua, 2009; Santos, 2012).

A implementação de uma política pública de saúde exige a tradução em uma política institucional, conceituada como resposta social de uma determinada organização diante das condições de saúde dos indivíduos formadores de seu local, assim como seus determinantes, expressando as dimensões de poder e diretrizes (Paim; Teixeira, 2006). É sabido que as políticas prioritárias são definidas em nível de macrogestão do governo e necessitam passar por um amplo processo de aceitação ou rejeição dos agentes que fazem a implementação local. A análise deste processo torna-se fundamental para a compreensão de algumas políticas menos eficientes ou mesmo fracassadas (Dalfior; Lima; Andrade, 2015).

Assim se pode inferir que as políticas públicas de saúde constituem lugar central na área de saúde coletiva, destacando-se as características essenciais como a capacidade de

se constituir em um campo de conhecimento que permite avançar na produção de conhecimento e orientar ações e formulações de políticas de saúde. Interferem, diretamente, na vida dos cidadãos e dos profissionais, estando sujeitas à múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios, em decorrência de inúmeros interesses envolvidos na determinação dos rumos e formatos das políticas públicas (Fleury; Ouverney, 2008).

Segundo Souza (2006), política pública consiste num campo dentro do estudo da política que analisa o governo sob grandes questões públicas, afirmando-a como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos, sendo, também, entendida como a soma das atividades dos governos que agem, diretamente, ou por meio de delegações e que influenciam a vida cidadã. Ela contempla o que o Estado faz ou deixa de fazer, refletindo o comportamento dos atores atuantes nesse processo que envolve uma série de decisões tomadas por sujeitos e organizações.

De encontro a essas colocações Dalfior; Lima; Andrade (2015), argumentam que falar de política pública é, também, falar de Estado, pacto social, interesses e poder. Compreender o contexto de análise das políticas públicas é colocar em questão as ações públicas do Estado, os determinantes, as finalidades, os processos e as consequências. Sabe-se que as três etapas iniciais de construção da agenda, formulação de políticas e processos decisórios são essenciais no ciclo, pois serão definidos os princípios e diretrizes que nortearão as ações, desenhadas as metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da intervenção.

No processo de formulação e decisão há o conhecimento limitado sobre o impacto efetivo das novas medidas propostas. Na etapa de implementação, a fase administrativa da política envolve uma série de sistemas ou atividades que ocorrem por meio de um processo racionalizado de procedimentos e rotinas que dependem da complexidade e do detalhamento na análise de possíveis necessidades e ou viabilidades de mudanças ou adequação à determinada realidade. Todavia não se resume às questões administrativas, pois envolve inúmeras situações estratégicas e políticas de interesses.

A última etapa do ciclo da política pública para esses autores é a avaliação, entendida como ferramenta ou instrumento técnico útil na formulação da política sobre as práticas sociais compreendidas desde as situações cotidianas e do trabalho até as correspondentes às intervenções, formalizadas ou não, em planos e programas voltadas para a mudança de determinadas situações.

As questões que envolvem as políticas públicas estão, diretamente, envolvidas com

o Estado, o Direito e a Política, vez que tem como base leis e diretrizes voltadas ao interesse do bem-estar universal e público. Nesta forma, os direitos de segunda dimensão, ou seja, econômicos, sociais e culturais são promovidos (*Bucci, 2006*). Estes elementos permitem compreender as ações estatais e as ações dos governos federal, estadual e municipal com o intuito de consagrar os direitos de todos, universalmente (*Buzzatti; Baccin, 2017*).

As políticas públicas partem do Estado, mas podem ser realizadas em parceria com a iniciativa privada, organizações não-governamentais, movimentos sociais e demais atores da sociedade civil organizada (*Miranda, 2007*). O atendimento das condições materiais necessita corresponder à intervenção do Estado para a tomada de decisão que envolve a existência de várias necessidades humanas e possíveis alternativas, assim entende-se que a política pública é uma atividade estatal que engloba normas e atos específicos, instrumento de concretização de direitos fundamentais e viabilização de justiça social (*Reymão; Caçapietra, 2018*).

2.2 AS IMPLEMENTAÇÕES DOS PROGRAMAS DE SAÚDE E O PAPEL DO ESTADO BRASILEIRO

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (IPS) resultava da unificação dos IAPs em 1965 durante o regime militar, caracterizando o modelo de SUS hospitalocêntrico, assistencial, curativista e médico-centrado. O SINPAS – Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (1977) – passa a ser o órgão responsável pela assistência médica, comprando serviços médico-hospitalares do setor privado. Esse órgão sobreviveu até a criação do SUS e ainda se reproduz dentro dele.

Reis; Araújo e Cecílio (2010) ao contextualizarem este aporte de referencial histórico enfatizam que em 1982 foi criado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), este por sua vez dava ênfase a atenção primária e pensava a rede ambulatorial como porta de entrada do sistema que visava a integração das instituições públicas de saúde mantidas por várias esferas em redes hierarquizadas e regionalizadas. Tinha como proposta a criação de sistemas de referência e contrarreferência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviço, complementada pela rede privada.

O PAIS objetivava a descentralização da administração de recursos, a simplificação dos mecanismos de pagamento de serviços de terceiros e seu controle, assim como o estabelecimento de critérios racionais de custo elevados e o estabelecimento de critérios racionais para os todos os procedimentos. Viabilizou a realização de convênios trilaterais

entre Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde objetivado a racionalização de recursos e usando sua capacidade pública ociosa. Esses pontos estiveram presentes na criação do SUS (Reis; Araújo; Cecílio, 2010).

A realização da VII Conferência Nacional de Saúde teve intensa participação social, datada de 1964, consagrando-se numa concepção ampliada de saúde e o princípio dela como direito universal e dever do Estado, incorporados à Constituição de 1988.

Em 1987 foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que objetivavam a universalização e equidade de acesso aos serviços de saúde; a integralidade dos cuidados assistenciais; a descentralização das ações de saúde e a implementação de distritos sanitários. Nesse momento, o governo repassava os recursos para estados e municípios que viriam junto do SUS. Os SUDS são os antecedentes do SUS (Carvalho, 2010).

2.2.1 A Saúde Pública e os impactos promulgados pela Constituição Federal - 1988

Com a Carta Magna – Constituição Federal – de 1988, a saúde veio como direito efetivo de participação igualitária a todos os cidadãos. Passou, então, a ser dever do Estado torná-la universal, hierarquizada e descentralizada. Afirmava, ainda, que o custeio do Sistema de Saúde deveria vir dos recursos da União, estados e municípios. Definia as ações a órgãos colegiados oficiais, Conselhos de Saúde – com representações partidárias entre usuários e prestadores de serviços. Em 1990, cria-se o SUS com a lei nº 8.080/90 de 19 de setembro de 1990, que objetivava a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços. Em 28 de dezembro, a Lei nº 8.142/90 de 28 de dezembro, dispunha acerca da participação efetiva da comunidade na gestão do SUS (Carvalho, 2010).

A Constituição Federal de 1988 é considerada um marco no avanço democrático nacional. Fruto da Assembleia Nacional Constituinte tem como características a pluralidade e a participação de diversos setores sociais. Com ela, direitos antes não assegurados passaram a ser, como no caso da saúde reconhecidos como direito social, creditando acesso à saúde, à previdência, à assistência, à educação e à moradia – segurança, lazer e trabalho; instituiu a seguridade social, incluindo a área da saúde, previdência e assistência social (Lobato, 2009). O texto constitucional pressupõe o direito à saúde como a manutenção da vida com dignidade, qualidade e de forma saudável, porém não especifica, de fato, o que estaria incluído na garantia de proteção e promoção dessa saúde. O direito

à saúde visa salvaguardar a saúde individual e pública (Sarlet; Figueiredo, 2008).

A noção de seguridade representou um avanço na institucionalização de um modelo de proteção social que previa a universalização do acesso, a responsabilidade estatal, a integração entre estas áreas e a criação de um orçamento próprio com novas fontes de financiamento; descentralizava competências e recursos, ativava a participação e o controle social (Lobato, 2009). Contudo, apesar de toda a resistência da vontade popular, os problemas de acesso fixavam-se nas questões políticas. Foi através do meio de domínio político que os conflitos ocorreram. Segundo o autor, as formas de governo neoliberais impostas restringiram os mecanismos previstos na Constituição, danificando a construção da cidadania prevista e gerando políticas progressistas.

A Constituição brasileira passou a prever a saúde como um direito fundamental e social (art. 6º, Constituição Federal (CF/88) que necessitava de políticas públicas para sua implementação, definindo-a com regras de saúde pública voltadas à promoção, proteção e recuperação. O objetivo era a saúde planejada e organizada pelo Estado de forma a haver a participação popular em que ela esteja a salvo, com bem-estar físico, mental e social amparado.

Para atingir estas metas, a Constituição instituiu o SUS – Sistema Único de Saúde – definido pelo art. 4º, da Lei, nº. 8.080/90 Lei Orgânica da Saúde (LOS) como um conjunto de ações e serviços de ordem pública sem a exclusão da iniciativa privada (Sarlet; Figueiredo, 2008). Eram necessárias políticas sociais e econômicas que visassem à redução dos riscos de doenças e outros agravos através da universalização do acesso, da distribuição e da oferta dos serviços de forma igualitária organizadas em um sistema descentralizado (Carvalho, 2010). Foi somente após a promulgação da Carta de 1989 que ocorreu a conjuntura da transição democrática permitiu a instauração do SUS (Paim, 2008).

A criação do (SUS) pela Constituição de 1988 fez parte de um processo amplo de mudanças nas relações políticas entre Estado e sociedade. Com isso, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social contemplado por políticas públicas num modelo social-democrata com um regime de proteção social. Contudo, o Brasil implantou esses direitos e serviços numa conjuntura desfavorável; neoliberal, trazendo dificuldades para a construção de políticas sociais novas (Rodrigues, 2014).

Um problema que afetou a construção e consolidação do SUS foi sua frágil base de sustentação em meio aos trabalhadores, junto às organizações sindicais. As organizações sindicalistas, percebendo o aumento das empresas de saúde privatizadas, como planos de saúde e previdências privadas que, em teoria, tinha um pleno funcionamento, conduziram

os seus trabalhadores para fora do sistema público de saúde. Essa situação se alastrou durante a ditadura militar de 1964 que trouxe a privatização para todas as áreas de investimento do Brasil, tomando conta, inclusive da saúde. Ocorreu, dessa maneira, o gradual afastamento dos trabalhadores do sistema público de saúde que foram atraídos pelos seguros privados. A crise da dívida² dos anos 1980 trouxe mudanças internas que aceleraram a transição do regime militar para a democracia e desmontaram o pacto nacional-desenvolvimentista, criando dificuldades de cunho financeiro e de diretrizes para a implantação de novas políticas sociais (Rodrigues, 2014).

Segundo Rodrigues (2014) a construção do SUS ia de contrário ao modelo neoliberal, colocando o sistema público de saúde brasileiro em riscos claros de sobrevivência, de fortalecimento e de caráter, esquecendo da prioridade social; a classe mais pobre. A luta pela universalização da saúde aparece como intrínseca a luta pela democracia, assim como a institucionalização da democracia está condicionada a garantia da saúde como direito à cidadania. Os projetos da Reforma Sanitária buscavam a concretização do reconhecimento político e institucional do movimento como sujeito e dirigente do processo transformador; a ampliação da consciência sanitária de forma a possibilitar o consenso ativo dos cidadãos em relação ao setor de saúde, a natureza social e a organização de cuidados médicos; o resgate da saúde como um bem de caráter público que visa garantir a universalização e a equidade; a demonstração da capacidade de organização de diferentes formulações anteriores para consolidar um projeto comum; a formulação da proposta de criação SUS e a ocupação de um espaço estratégico do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) para a construção de estratégias de alianças com parlamentares.

O documento intitulado “A questão democrática na área da saúde” apresentada na Câmara Federal em outubro de 1979, denunciava a deterioração progressiva das condições de vida e saúde do brasileiro; assinalava a crescente mobilização popular e direcionava as tendências novas à construção do conceito de crise da medicina, decorrente da privatização; denunciava as condições precárias de trabalho dos profissionais de saúde e a ausência de mecanismos de participação dos usuários (Fleury, 2008).

² A crise dos anos 80 se deu por conta da hiperinflação – entre o fim de 80 e início de 90 – junto abertura econômica e de um novo plano de estabilização econômica. Em 1993 começou-se a moldar o Plano Real. As taxas de crescimento que aconteceram durante o período do milagre econômico (1968-1973) apresentaram queda. A balança ficou desfavorável, houve uma taxa de elevação da inflação, um programa de ajustes e uma política de crescimento que estremeceram o governo e em 1974 foi lançado o Plano Nacional de Desenvolvimento que pôs fim à política de ajustamento e a adoção de uma política de financiamento (*Gremaud et al.*, 2002).

A construção do projeto da reforma sanitária fundou-se na ideia de crise; do conhecimento e da prática médica, do autoritarismo, do estado sanitário e do sistema de prestação de serviço. A resposta para essa crise ficou formulada no documento do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) a partir da criação do SUS, de responsabilidade estatal e sem a mercantilização da saúde, de forma descentralizada e com base em unidades hierarquizadas com a participação popular nas tomadas de decisão e cobranças.

O SUS nasceu da Reforma Sanitária Brasileira, que admitia uma política pública de saúde que visava implementações de proteção social, reforma setorial, além de reformas sociais que permitissem o acesso a atendimentos de saúde. A RSB, se origina do setor civil e nos movimentos sociais que combateram o autoritarismo dos anos de Ditadura Militar e defenderam o processo de redemocratização do acesso à saúde (Paim, 2008).

2.2.2 A Criação do Sistema Único de Saúde: mudança de rumo nas ações e programas de Saúde Pública

A política de saúde no período militar estava organizada em dois subsectores: o de saúde perfeita e o de medicina previdenciária, centralizando o cuidado e a atenção aos cidadãos das urbes, deixando os povos rurais em segundo plano. O período militar ficou marcado pela presença de um quadro de inúmeras doenças infecciosas e parasitárias com elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil incontroláveis. A saúde pública teve grande queda enquanto se elevava o aumento da medicina previdenciária, sendo implantado um modelo que privilegiava o produtor privado. Com isso, a política nacional da saúde passou a enfrentar permanentes tensões entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade dos recursos, os interesses burocráticos entre os setores estatal e empresarial médico (Bravo, 1991).

A RSB aparece como resposta à crise da saúde no período militar, passando a sustentar uma proposta que transformou o movimento em caráter político-ideológico e que despertou os setores civis na intenção de participar dos processos decisivos relacionados à saúde, constituindo o paradigma da Medicina Social e da Saúde Coletiva (Paim, 2008).

Em 1980 a política de saúde passou a ter como aspectos centrais a politização da saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas. Os objetivos eram aprofundar o nível de consciência sanitária; o alcance da visibilidade necessária para incluir as demandas na agenda governamental e garantir o apoio político para as mudanças (Bravo, 1991).

Com a implantação do governo neoliberal da década de 90, o poder passou a favorecer o mercado através de um modelo gerencial de saúde descentralizado, eficiente, com controle de resultados, redução de custos e produtividade onde o Estado não intervinha. Assim, se tornando apenas o promotor e regulador, transferindo a responsabilidade da saúde para o setor privado. A saúde ficava vinculada ao mercado. Conseqüentemente o neoliberalismo prejudicou grandemente o SUS no que diz respeito à equidade, a não unificação dos orçamentos, e ao afastamento do princípio da integralidade, transformando-o em hospitalar e básico (Bravo, 1991).

O SUS surge na intenção de cobrir um sistema de saúde inadequado que não conseguia enfrentar os problemas sanitários como os quadros de doenças de todos os tipos, a baixa cobertura assistencial, a ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos, etc. Com a pressão social, instaurou-se o SUS através da Carta Magna brasileira. O sistema é denominado único porque as diretrizes e princípios estabelecidos precisam ser seguidos de forma unívoca pelas três esferas de governo (Carvalho, 2010).

Para a efetivação desse projeto era necessário um maior controle social do sistema de saúde, assim como a criação de instrumentos de gestão democrática, o desenvolvimento de uma nova ética profissional, uma ampliação da consciência sanitária, a construção de um arco de alianças políticas para o direito à saúde, a existência de restrições de ordem política e financeira, etc. (Paim, 2008).

As principais atribuições deste sistema, previstos em Constituição, vão desde o controle e fiscalização dos procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde até a colaboração na proteção do meio ambiente e do trabalho. Tem como fins a promoção, eliminação ou controle, a proteção, prevenção de riscos e exposições, e a recuperação da saúde. Para que isso se concretizasse era preciso a união dos poderes estaduais, municipais e do ministério da saúde com autonomia para destinar recursos e criar programas de saúde específicos para a população (Carvalho, 2010).

Os Conselhos de Saúde surgiram dos movimentos sociais sanitários como novos instrumentos de participação popular. Apesar da instituição já realizada da Reforma Sanitária na Constituição existiam inúmeras dificuldades como o veto do então presidente Fernando Collor de Mello (1990 – 1992) sobre a participação da comunidade no SUS – revogada pela Lei n. 8.142/90, regulamentando a participação da comunidade e estabelecendo que cada esfera do governo contasse com a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como instâncias de participação social. Estão ligados, legalmente, à área de planejamento e controle de financiamento, a área de articulação com a sociedade,

a atribuição de organizar as conferências de saúde, examinar denúncias e propostas populares e estimular a participação comunitária na administração do SUS. São importantes instrumentos utilizados para a efetivação do SUS e para a garantia do direito à saúde universal, podendo intervir nas políticas estatais exigindo posicionamentos e controle sobre o Estado (Carvalho, 2010).

De acordo com Bravo (1991) a questão da municipalização dos serviços de saúde, se instaurava desde a promulgação da Constituição. Em seu artigo 7º, inciso IX, alínea a, “...ênfase na descentralização dos serviços para os municípios”. As normas básicas (NOBs) criaram mecanismos de gestão e serviços de saúde, assim como seu financiamento, promovendo a transferência dos serviços públicos para a esfera municipal de governo. A ideia da descentralização para os municípios estava presa à ideia de facilitar uma maior participação da sociedade nas políticas de saúde.

O SUS é constituído por uma rede regionalizada e hierarquizada. A atuação regionalizada permite a adaptação das ações e dos serviços de saúde ao perfil epidemiológico local, atendendo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) como as reivindicações da Reforma Sanitária. Por esse motivo, a municipalização é a principal forma pela qual se densificam as diretrizes de descentralização e regionalização do SUS (Sarlet, 2008).

O objetivo da descentralização do SUS para os municípios prendia-se à crença de que facilitaria uma maior participação da sociedade nas políticas de saúde em função da maior proximidade de governos municipais e cidades, possuindo maior influência sobre o poder público. A descentralização e a participação visavam a democratização do acesso ao SUS, porém, não levavam em conta a realidade demográfica dos municípios brasileiros.

A opção pela gestão municipal trouxe dificuldades de organização das redes de serviços e não consideravam um problema certo; as regiões de saúde não possuíam uma instância gestora, apenas uma Comissão Intergestora Regional (Rodrigues, 2014) que era um órgão colegiado. Com isso, os investimentos e tomadas de decisão acabavam concentrando-se nas mãos de políticos que se utilizavam das necessidades sociais em troca de favores e votos.

Rodrigues (2014) acusa que, com a eleição de Collor de Mello em 1989, presidente eleito democraticamente, houve o veto de diversos artigos da Lei Orgânica da Saúde, além da promoção de reduções no financiamento federal e um enfrentamento de uma desleal competição com os setores privados e as políticas sociais pela verba de investimento.

O autor afirma, ainda, que o modelo de gestão vigente na década de 90 estava

atrelado ao subfinanciamento e marcado pela precarização das relações de trabalho dos órgãos federais de saúde com a suspensão de concursos públicos, aviltamento das carreiras e salários junto a uma onda de terceirizações que influenciaram a Lei de Responsabilidade Fiscal. Houve, então, a desregulamentação da demanda ao SUS representada pelos afiliados dos planos privados não assistidos pelos serviços desses planos; a desregulamentação da produção de bens de saúde, medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, etc.; o retardamento ou impedimento de reforma de aparelhos do Estado que visavam a autonomia gerencial de prestadores públicos delimitada para a realização de metas, as prioridades com eficácia social, por meio da elevação da eficiência, desempenho e resultado; a inibição na prática das recomendações e iniciativas no âmbito de políticas intersetoriais com estratégias setoriais que resultaram na permanência da fragmentação setorial e dos respectivos corporativismos, clientelismos e desperdícios; a manutenção do Ministério da Saúde, cada um vinculado a interesses corporativos com representações na sociedade, Governo Federal e Parlamento.

Foi no ano de 2000 que o Partido dos Trabalhadores (PT) assumiu o poder através do Presidente Luís Inácio Lula da Silva (2003 a 2011); com a superação das crises de inflação e um projeto de distribuição de riquezas em debate com participação de bases políticas. Esse governo caracterizou-se por dar crédito à população para que ela pudesse movimentar a economia. A expansão do consumo foi a base de legitimação do governo que apresentava, com isso, melhorias nas condições de vida do povo (Lucca, 2018).

Entretanto, quando direcionamos a discussão ao setor da saúde, percebemos que, apesar das especulações sobre as novas forças, o projeto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira não teve ganhos setoriais e, portanto, não avançou. Os elementos apontavam para um esvaziamento do movimento Sanitário com a atuação da ABRASCO (Associação Brasileira De Saúde Coletiva), do CEBES e de um grande protagonismo de gestores representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Nesse contexto ainda foram neutralizados o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, a refundação do CEBES e as ações governamentais de inclusão à promoção e dos determinantes sociais da saúde na agenda política de 2008 (Paim, 2008).

Durante o governo de Lula (2005), a política econômica neoliberal foi mantida, o que ocasionou algumas manutenções nos setores sociais, na saúde e na política. Fato este que fragmentou as políticas sociais as subordinando à lógica econômica. A concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo-se separada da saúde, da assistência e da

previdência social (Freitas, 2013).

A própria reforma sanitária foi questionada na década de 1990, somente com o governo Lula (2005) que ocorre um processo de polarização entre a privatização e o domínio público.

Este processo de polarização acaba instituindo uma efetiva participação de profissionais da saúde no segundo escalão do Ministério que pactuavam com a Reforma Sanitária, estes contribuíram significativamente com alterações estruturais e organizacionais no sistema, sendo criadas quatro secretarias e extintas três.

A própria convocação extraordinária para 12º Conferência Nacional de Saúde (2003) fez ser efetiva a presença do Ministro da Saúde nas reuniões do seu Conselho Nacional e a necessidade da escolha de um representante da CUT (Central Única dos Trabalhadores) para assumir a secretaria do Conselho Nacional de Saúde. Estas implementações orientaram diretrizes que nos anos seguintes incorporaram o sistema de saúde nacional. A Conferência enfatizou a necessidade de equacionar os problemas do SUS; porém não pontuou a necessidade de ampliação do seu número de participantes e nem avançou no fortalecimento da Reforma Sanitária.

Freitas (2013) leva, ainda, em consideração que no Ministério cria-se a Secretaria da Gestão do Trabalho em Saúde, formando uma estrutura de recursos humanos para a saúde e o regulamento das profissões. Esta criação teve como fim o enfrentamento as questões dos recursos humanos para a formação do SUS; a criação da Secretaria de Atenção à Saúde que visava unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar. Foi também criada a Secretaria de Gestão Participativa que tinha como função o fortalecimento do controle social, da organização das conferências de saúde e do estabelecimento da comunicação do ministério da saúde.

A gestão governamental teve como foco neste período a redução dos gastos públicos e a manutenção do subfinanciamento com a expansão do setor privado. Com isso, houve crescimento dos planos e seguros privados de saúde e a continuidade da captura do SUS (Reis; Paim, 2018). Apesar das conquistas na área da saúde durante o governo Lula, esta não foi sua prioridade, assim como na gestão de Dilma Roussef (2011 a 2016), na mesma medida em que as agendas que visavam as discussões acerca do SUS referentes ao planejamento da saúde foram, frequentemente, adiadas. Na saúde o governo enfatizava um foco no privilégio e no financiamento da gestão do SUS (Reis; Paim, 2018).

No primeiro ano do governo (2011), foi lançado o Plano de Ações para o Enfrentamento da Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que tinha como objetivo

a redução em 2% da taxa de mortalidade prematura em enfermidades como o câncer, diabetes e doenças cardiovasculares. Esse plano propôs muitos parceiros com diversos setores.

Este governo apresentava pontos positivos na saúde. Caminhava para a descentralização dos serviços de saúde para os municípios; ampliava o acesso aos cuidados; universalizava o direito e o acesso à vacinação e a assistência pré-natal; expandia recursos humanos e tecnológicos, mas a implementação do SUS ainda desafiava o novo governo. Necessitava da garantia do acesso universal e igualitário, do aumento do financiamento e da mudança do modelo de atenção. Foram elaborados, também, alguns programas e políticas como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica criado pelo Ministério da Saúde em parceria com o da Educação no intuito de estimular e valorizar o profissional da saúde em equipes multiprofissionais na atenção básica e na estratégia da saúde da família para diminuir a desigualdade entre regiões mais carentes (Reis; Paim, 2018).

Reis e Paim (2018) argumentam ainda que fora implantada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS, formulando o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (REQUALIFICA) e divulgado o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Neste mesmo período a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) foi criada, gerando manifestações por todo o país que questionava a sustentabilidade da administração pública dos hospitais universitários e seus inúmeros modelos e natureza pública.

No mesmo período o governo regulou o SUS (Decreto nº 7.508/2011); redefiniu o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes – Port. nº 2.546/2011); a Rede de Atenção Psicossocial (Portaria GM/MS nº 3088/2011); a Rede Cegonha (Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011); a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012); a Criação do Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS) – 2011; a Retomada da discussão sobre o Cartão SUS – 2011.³

A infraestrutura, Decreto nº 7.646/2011, estabelecia a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec); Portaria nº 1.214/2012 que instituiu o Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar/SUS). O modelo de Atenção – Plano de Enfrentamento das DCNT (2011-2023) foi redefinido; a redefinição

³ BRASIL. Decreto Nº 7.508 de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

do Nasf 1 e 2 e criação do Nasf 3 – Port. nº 3.124/2012; – Lei nº 12.401/2011, resultando na atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).⁴

Propôs a Cobertura Universal da Saúde (2012). Gestão – Ampliação do elenco do Programa Aqui Tem Farmácia Popular; mudou a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portarias nº 1.600; nº 1.601; nº 2.026); a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Portaria nº 2.488); o Programa Academia da Saúde (Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011); o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); o Provab (Portaria Interministerial nº 2.087/2011); o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde; o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde (QualiSUS-Rede) (Portaria nº 396/2011); o Plano Brasil Maior (2011-2014) que incluiu o complexo da saúde na agenda setorial.⁵

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS (Portaria nº 2.715/2011) também foi criação do governo Dilma, assim como o Programa Brasil Carinhoso (2012); o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (Portaria nº 506/2012); o Plano Nacional de Saúde 2012-2015; a Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) (2012); o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (saúde bucal na rede) (2012); a Regulação do mercado de medicamentos (anorexígenos e medicamento similar); a Regulamentação da Emenda Constitucional 29 (Lei Complementar nº 141/2012; a Criação da EBSEH (Lei nº 12.550)⁶.

Este governo, em 2011, implementou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, flexibilizando a organização e a gestão do trabalho. No mesmo ano, o movimento da RSB formulou propostas para enfrentar a questão da saúde e possuía o intuito de reorganizar o sistema de saúde brasileiro com a construção do SUS que defenderia o direito de acesso universal à saúde. Cinco foram as propostas que envolveram: 1) Saúde e Meio Ambiente; 2) Garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade; 3) Investimentos; 4) Institucionalização e gestão do sistema de serviços de saúde; 5) Complexo econômico e industrial da saúde. A focalização da saúde foi mantida em atenção primária, voltando o SUS ao mecanismo de 12 anos atrás (Reis; Paim, 2018).

Os autores, ainda, afirmam que o problema estava no subfinanciamento. Para piorar,

⁴ BRASIL. Resolução Nº 1 de 17 de janeiro de 2012. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

⁵ BRASIL. Portaria Nº 396 de 04 de março de 2011. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais.

⁶ BRASIL. Lei Nº 12.550 de 28 de junho de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

o Legislativo e o Executivo taxaram a aprovação de recursos adicionais na área de saúde de 10% do orçamento federal. Diante disso, a sociedade civil se uniu e conseguiu uma mobilização chamada Saúde +10 que conseguiu mais de 2,5 milhões de assinaturas para uma emenda popular que garantisse o mínimo de 10% da receita bruta da União para a saúde. Mesmo assim, o governo embarreirou o projeto.

Reis e Paim (2021) inferem que, em junho de 2013 começaram diversas manifestações pelo país com diferentes pautas para a conformação de uma agenda ao poder público. Ao apresentar o Programa Mais Médicos, a sociedade recebeu de forma negativa a categoria médica e outros segmentos sociais, apesar da saúde não ser tema central nas reivindicações. O governo tinha uma agenda repleta de insatisfação, sem lideranças identificadas, sem exigências claras e uma forte rejeição dos outros partidos políticos. Os movimentos movimentaram tanto os setores de esquerda quanto os de direita (Lucca, 2018).

No final do mesmo ano, o Congresso instituiu a Proposta de Emenda Constitucional – PE 358 – que modificou o orçamento para a saúde, destinando 15% da receita corrente líquida com um percentual a ser alcançado no final de cinco anos o seu valor total, contrariamente ao proposto pelos movimentos sociais, como a proposta do Saúde +10. Nas eleições de 2014, a saúde não teve prioridade nos programas de governos dos candidatos de forma geral, pois ambos citavam o SUS pensado sobre uma ótica e cuidado privatizados, seja em parcerias público privadas, seja pelas estratégias de gestão e lógica de organização de serviços. Ao mesmo tempo, o MRSB apresentou um documento intitulado “Por um SUS de todos os brasileiros!” com propostas que tinham por objetivo a plena igualdade e justiça à saúde por todos, defendendo reformas tributárias e políticas, a revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal e a proposta do movimento Saúde +10 (Reis; Paim, 2018).

O governo utilizou-se do programa Mais Médicos, acrescido do Mais Especialidades, contudo, ao ser eleita a presidente instituiu pequenas mudanças no sistema de saúde, pois não admitiu a saúde como prioridade em seu governo, novamente – tampouco estratégias para assegurar a sustentabilidade do SUS (Paim, 2008).

Paim (2008) afirma que o Congresso Nacional atacou o SUS por todos os lados; abriu o setor saúde ao capital estrangeiro; orçou impositivamente (PEC 358-2013), criou a PEC 451/2014 propondo planos de saúde privados para os trabalhadores e empregados domésticos; tentou conceder anistia para as multas das operadoras de planos de saúde; rebaixou o financiamento da seguridade social; cortou o Programa Farmácia Popular do

Brasil e propôs perdoar em R\$ 2 bilhões as empresas de planos de saúde, etc.

Não sendo de tão ruim, houveram propostas boas por parte do governo, como a Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade no Sistema Prisional; a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; Programa Mais Médicos; Normas para a redução do número de cesarianas e incentivo ao parto normal; Programa Nacional de Segurança do Paciente; Política Nacional de Atenção Hospitalar; Criação do Sistema de Negociação Permanente do SUS; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; Política de Educação Permanente em Saúde e Redefinida a Política Nacional de atenção Integral às pessoas com doenças raras (Reis; Paim, 2021).

Os autores acima mencionados, contextualizam que no fim de 2015, ocorre a XV CNS em Brasília com o tema Saúde pública de qualidade que visava o cuidado do bem estar das pessoas, considerada como importante espaço de mobilização e envolvimento da sociedade civil sobre os rumos do SUS. Diante da instabilidade política, os movimentos de pedido sobre o *impeachment* foram decisivos para o fim do governo Dilma.

A Operação Lava-Jato, deflagrada pela Polícia Federal, fez crescer a insatisfação populacional e aumentar as reivindicações nas ruas do Brasil. Escândalos de corrupção explorados de maneira veemente pelos meios de comunicação midiática fizeram aumentar o descontentamento já existente. Essa rejeição ganha clareza partidária nas eleições para presidente do ano de 2014 quando o candidato à Presidência Aécio Neves (PSDB) surpreende tirando o posto de primeiro lugar de Marina Silva (Rede de Sustentabilidade). Por conta da polaridade que se formou entre Aécio Neves (direita) e Dilma Rousseff (esquerda), os movimentos de insatisfação popular começaram a ganhar os devidos contornos, voltando-se ao apoio do primeiro candidato citado, enquanto uma boa parte lutava pelo retardamento do conservadorismo (Lucca, 2018).

Diante deste contexto político a vitória de Dilma Rousseff continuou a crescer, unindo-se a uma crise econômica extremamente forte que problematizava o desenvolvimento interno e o externo do país, tendo destaque ainda maior por conta de uma campanha midiática que era contra o governo instaurado. Foi então através de um processo de afastamento e posterior *Impeachment* (2016) que o governo Dilma ficou marcado por fracassos políticos, pedaladas fiscais, golpe de Estado e processos de corrupção que atingiram as mais diversas áreas econômicas e sociais, como educação, saúde, etc. – gerando a precarização de áreas essenciais.

As áreas assistenciais deste momento em diante entraram em um processo de

declínio assistencial, seja na atuação de controle da saúde do indivíduo, seja na precarização de assistência aos seus funcionários ou mesmo no acesso aos insumos necessários ao funcionamento dos hospitais e enfermarias relacionadas ao SUS. Segundo Correia (2011), evidencia-se o modo de ação das Organizações Sociais (OSs) frente às demandas postas ao Estado. Estas organizações tendem a eliminar os concursos públicos, terceirizando os serviços públicos de saúde e acarretando a flexibilização e precarização dos vínculos trabalhistas, abrindo precedentes ao clientelismo e ao assistencialismo, destacando-se pelo enfraquecimento de uma organização de classe que faz perder a autonomia dos inúmeros profissionais atuantes no sistema.

Soares (2010) infere que a hegemonia política de saúde brasileira prioriza uma política que atende, de forma seletiva, focalizada, individualista e curativa, ao setor privado, sendo sustentado pela não efetivação dos princípios contidos no SUS e tendo como consequência a reprodução de conflitos e contradições no cotidiano das práticas sociais na saúde, projetando, ainda, tendências e impactos ocasionados na prática do profissional de saúde.

2.3 UMA POLÍTICA COM VISTAS À SAÚDE DO HOMEM: FATORES QUE IMPULSIONARAM A CRIAÇÃO DO PNAISH E OS PROCEDIMENTOS PARA SUA EFETIVAÇÃO

Os primeiros estudos sobre a saúde do homem surgiram no final dos anos 70 nos Estados Unidos da América, sendo, quase que, exclusivamente, centrados na questão do déficit de saúde (Gomes, 2011) Foi um período marcado por análises que traziam um pensamento exploratório tangenciado pela teoria e política feministas que pressupunham que a masculinidade tradicional produzia esse *déficit*.

Gomes e Nascimento (2006) afirmam que a dualidade existente condicionava a dificuldade da divulgação dos estudos, visto que os homens estavam em desvantagem em relação às mulheres em termos de taxa de morbimortalidade, mas constatava-se que possuíam mais poder em todos os níveis de classes sócio e económicas, o que passou a refletir no entendimento acerca das instâncias biológicas ou epidemiológicas. A partir dos anos 90, então, a discussão da temática refletiu a singularidade do ser saudável e do doente entre os segmentos masculinos sem perder a perspectiva relacional de gênero, buscando uma preocupação maior acerca da saúde integral do homem.

Entre 1995 e 2002, *Robert Connell, Jeff Hearn e Michael Kimmer* editaram, buscando

organizar as produções escritas, em 2005, o *Handbook of Studies on Men and Masculinities* que continha o desenvolvimento do campo de pesquisas sobre a masculinidade com foco no olhar mais amplo e global que compreendia o modo como os homens se entendem e expressam as identidades de gênero; as masculinidades como produtos de interações sociais com outros homens e com demais mulheres; a organização social das masculinidades em suas inscrições e reproduções locais e globais; a dimensão institucional das masculinidades, ou seja, o modo como são construídas em relações e dispositivos institucionais (Gomes, 2011).

Gomes (2011) enfatiza ainda que, entre 2000 e 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou duas publicações voltadas às especificidades da saúde masculina, destacando os comprometimentos em diferentes fases da vida desse indivíduo a partir da perspectiva de gênero. A primeira propunha focalizar os homens nas ações da área de saúde e a segunda que houvessem princípios a serem desenvolvidos na área política e de estratégia no processo de envelhecimento dos mesmos.

Diante disso a temática começou a ser abordada de modo diferente, refletindo a singularidade do ser saudável e do doente entre os segmentos masculinos sem perder a perspectiva de relacionar o gênero com foco na ressignificação do masculino para uma busca em termos de saúde integral. Inicialmente defendeu-se uma abordagem específica para os homens nas áreas de saúde por serem as principais vítimas de mortalidade, pontuando, ainda, que os comportamentos desses em fase adolescente e adulta podem ser responsáveis por grande parte das morbidades sofridas por mulheres adolescentes. A OMS se propôs a estabelecer uma base para que as políticas e estratégias voltadas ao público masculino em processo de envelhecimento fossem desenvolvidas (Gomes; Nascimento, 2006).

O debate sobre a saúde masculina envolvia diferentes abordagens e viés. Quando se falamos em integralidade em saúde pensamos nela como uma abordagem interdisciplinar, cuja discussão ancora-se na premissa de que, ao se planejar as ações de prevenção e promoção da saúde, é necessário considerar todas as especificidades nas formas como os homens lidam com a questão da doença. Nesse sentido se pode compreender que a integralidade está relacionada à boa prática profissional, às formas de organização das práticas de saúde e às políticas de saúde que se destacam como forma de acolher as necessidades dos usuários, ampliando o foco na doença a partir de questões relacionadas à vida cultural e social, articulando, ainda, demandas de saúde pública e de programas pelas políticas de saúde que integram diferentes especialidades médicas

(Gomes, 2011).

A incorporação da categoria gênero no campo da saúde pode trazer novas dimensões para que se possa compreender melhor os eventos da vida de mulheres e homens que buscam a ampliação da autonomia. Essa categoria toma corpo nas conjunturas históricas, políticas e culturais de redemocratização do Brasil e de reestruturação do conjunto do sistema de saúde. Segundo Aquino (Gomes *et al.*, 2012), além da influência feminista na academia também tem se promovido a institucionalização da perspectiva de gênero nas pesquisas políticas sobre saúde.

No Brasil os esforços de reflexão sobre essa questão se deram a partir dos anos 1990 com análises de estudos que abarcavam, basicamente, temas como identidade masculina ou mesmo crise de masculinidade, mas a partir da segunda metade do mesmo ano os investimentos teóricos e políticos buscaram avançar nos níveis de entendimento, principalmente com o advento da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e da Conferência Internacional da Mulher (Pequim, 1995) que inauguraram iniciativas de caráter teórico-político mais coletivo (Gomes, 2011). Nesse período, em colaboração com os movimentos gays e lésbicas tem agregado outros temas e demandas necessários e vitais para pensar os direitos reprodutivos e os sexuais como expressão da cidadania (Couto *et al.*, 2012).

Desde a década de 1990 se tem empreendido esforços para dar visibilidade às informações sobre morbidade e mortalidade da população masculina brasileira, tendo como primeiro estudo epidemiológico o realizado por *Ruy Laurenti* (Gomes, 2011) que teve por enfoque o gênero, informando que a mortalidade entre homens e mulheres era diferente; Laurenti (2009 *apud* Gomes, 2011) analisou que no diferencial de mortalidade segundo sexo e idade é percebido uma sobremortalidade masculina em todos os grupos etários, principalmente nos mais jovens.

Ressalta-se, ainda, que os homens possuem a infeliz ocupação de primeiro lugar em número de homicídios em diversas estatísticas; maiores taxas de suicídio e de morte por acidente envolvendo veículos a motor; maiores taxas de problemas gerados pelo uso excessivo de álcool e drogas ilícitas; roubos e assaltos, além do protagonismo em agressões físicas em ambientes públicos ou domésticos. Assim como afirma Aquino (2006 *apud* Gomes, 2011) foi nesse momento que os homens passaram a ser incluídos nas pesquisas em saúde como categoria empírica, ao mesmo tempo em que havia abordagens críticas aos modelos de masculinidade hegemônica que se somavam aos esforços de desconstrução de essencialismos (Couto *et al.*, 2012).

Gomes (2011) afirma que a tensão gerada orientou a fundação, em 1995, do Grupo de Estudos sobre Sexualidade Masculina e Paternidade (Gemasp), organizado pela Ecos e com o apoio da Fundação Ford. Reuniam-se mensalmente em torno de 20 profissionais, homens e mulheres, orientados por perspectivas, temas e campos de formação e atuação variados com a ideia de estudar, pesquisar e realizar projetos de intervenção sociopolítica voltados ao público masculino nos campos de saúde e relações de gênero, sexualidade e reprodução. Em 27 e 28 de abril de 1998, o Gemasp organizou, no Centro Universitário Maria Antônia, em São Paulo, o primeiro Seminário Internacional de Homens, Sexualidade e Reprodução onde foi lançada uma coletânea de textos sobre o masculino, indicando o reflexo que o movimento feminista, gay e lésbico possuem na forma como as ideias sobre masculinidade são concebidas atualmente. Como consequência disso foram, ainda, fundados, em 1997, o Instituto não governamental Papai e, em 1998, o Núcleo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades (Gema) da Universidade de Pernambuco (UFPE), o que consolidou os debates sobre homens e masculinidades no Brasil.

O autor afirma, ainda, que essa trajetória acadêmica evidenciou um foco amplo no campo da saúde, sexualidade e reprodução que envolveu sujeitos políticos distintos vinculados a organizações não-governamentais com atuação em perspectivas feministas ou de gênero. A preocupação com a saúde masculina fez surgir, em 2004, um projeto de pesquisa-ação intitulado “Homens nos serviços públicos de saúde: rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais” que tinha por intuito promover a inserção dos homens em programas de saúde reprodutiva e integral de hospitais de referência em Recife, São Paulo e Florianópolis através da captação de profissionais e da elaboração de estratégias de comunicação com pesquisa-diagnóstico e avaliação com o apoio do Fundo de População das Nações Unidas (Fnuap), Ministério da Saúde (MS) e Fundação Ford.

Esse projeto fora concluído em 2006 e teve como resultado que o sistema de saúde, progressivamente, começava a pensar os homens como uma população com necessidades específicas e reconhecendo a masculinidade como construção social. Ao mesmo tempo evidenciou-se que serviços e programas de média complexidade respondem, apenas, parcialmente às necessidades e demandas em saúde da população masculina, vez que exige atuação orientada à atenção básica para a promoção da saúde. Foi justamente apenas em 2006 que a publicação “Indicadores e Dados Básicos para a Saúde: IDB 2006 Brasil” informou que homens e mulheres vivem mais que na década de 1980 e considerou que as principais causas de morte dos homens brasileiros advêm de doenças no aparelho circulatório, seguidas de neoplasias e causas externas. Essas informações em saúde

permitiram que as pesquisas epidemiológicas, demográficas ou oriundas da sistematização de dados possuíssem o objetivo de produzir subsídios para políticas públicas (Gomes, 2011).

Em 2008 foi lançada a PNAISH pelo Ministério da Saúde, partindo da premissa de que os agravos do sexo são problemas de saúde pública. Essa e outras propostas atestavam que a temática de saúde masculina estava em expansão, o que gerava grande problematização.

A população brasileira em 2010 foi contabilizada em pouco mais de 190 milhões de habitantes, dos quais 49,0% era do sexo masculino. Desses, 56,0% estavam na faixa entre 20 e 59 anos, e a distribuição por região, em ordem crescente, é: Centro-Oeste (7,6%), Norte (7,9%), Sul (14,8%), Nordeste (26,2%, com destaque para a Bahia, com quase 3,7 milhões de homens) e Sudeste (43,5%) da população nessa faixa de idade, com destaque para o Estado de São Paulo, com quase 12 milhões. (Schwarz *et. al.*, 2012)

Em relação ao perfil de mortalidade, são seis as principais causas de óbitos na faixa de 20 a 59 anos em todo o país: causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do aparelho circulatório; neoplasias (tumores); doenças do aparelho digestivo; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais; e algumas doenças infecciosas e parasitárias. A posição muda conforme a faixa de idade: entre os mais jovens (20 a 29 anos), as três primeiras são causas externas de morbidade e mortalidade; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais; e algumas doenças infecciosas e parasitárias; entre 30 e 39 anos de idade: causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do aparelho digestivo; e algumas doenças infecciosas e parasitárias; entre 40 e 49: causas externas de morbidade e mortalidade; as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias (tumores); e 50 a 59 anos: neoplasias (tumores); as doenças do aparelho circulatório e causas externas de morbidade e mortalidade. Essas e outras situações levaram à necessidade de promoção da saúde voltada ao público masculino (Schwarz *et al.*, 2012).

2.3.1 Compreendendo a Proposta da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem

A PNAISH foi instituída pela Portaria nº 1.944/GM do Ministério da Saúde em 27 de agosto de 2009 e tem como objetivo geral a promoção da melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo para a redução da taxa de mortalidade e morbidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante o fácil acesso

às ações e serviços de assistência à saúde pública e gratuita (Brasil, 2009).

A etapa inicial da implantação dessa Política foi consolidada com a publicação do Plano de Ação Nacional (PAN), (BRASIL, 2009), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) por meio da Área Técnica da Saúde do Homem (ATSH) do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) do Ministério da Saúde (MS). “O processo de construção do Plano foi realizado de forma participativa através de reuniões com representantes de sociedades médicas e da sociedade civil, gestores estaduais e municipais, profissionais de saúde, além das Secretarias do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2009). Esse plano serviu de referência para a elaboração de Projeto-piloto de 26 Municípios selecionados pelo Ministério da Saúde. Assim, foram elaborados 27 planos-pilotos. Até o final de 2011, 132 municípios em todo país pactuaram com a ATSH/DAPES/SAS/MS a implantação da PNAISH (Gomes *et al.*, 2013)

Foi em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, instituído através do reconhecimento da saúde como direito social pela Constituição Federal de 1988, que se estabeleceu os objetivos e responsabilidades institucionais dos entes federados, além da avaliação e monitoramento das implementações das políticas PNAISH.

Foram através de análises de monitoramento das políticas e diretrizes do SUS que surgem as primeiras prerrogativas para implantação do PNAISH, estes monitoramentos apontavam para duas questões centrais, sendo a primeira voltada a um panorama epidemiológico que pontuava questões relativas aos padrões de morbimortalidade masculina e a segunda que analisava uma metodologia de passos constitutivos com atores envolvidos ao longo do processo, destacando os determinantes socioculturais e as barreiras institucionais que influenciavam na baixa adesão dos homens aos serviços básicos de saúde pública (Schwarz *et. al*, 2012).

Os autores especificam, também, que os objetivos da PNAISH se voltam aos eixos de qualificação da atenção à saúde da população masculina na perspectiva das linhas de cuidado com o intuito de resguardar a integralidade da atenção, respeitando os distintos níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde. O plano de Ação Nacional (PAN) é um desdobramento da PNAISH para sua operacionalização por gestores estaduais e municipais com vias de desenvolver estratégias e ações para o público masculino, com foco no aumento da demanda dos homens aos serviços de saúde, informação e comunicação de modo a viabilizar e sensibilizar os mesmos e suas famílias, estimulando auto cuidado e os hábitos saudáveis através da informação, educação e comunicação, participação, relações institucionais e controle social.

Dentre esses objetivos ainda pode se considerar o cadastro atualizado de homens pela equipe de saúde para a realização de, ao menos, uma consulta por ano; a oferta de atendimento em horários alternativos adequados para a população masculina; as ações de orientação e sensibilização da população masculina quanto às medidas disponíveis para detecção precoce de câncer de próstata em pacientes sintomáticos e disfunção erétil, etc; incorporação dos homens nas ações e atividades educativas voltadas para o planejamento familiar; ampliação da participação paterna no pré-natal, parto, puerpério e no crescimento e desenvolvimento da criança; oferta de exames previstos para homens que participam do pré-natal masculino; ações de identificação, acolhimento e encaminhamento de situações de violência envolvendo homens e ações educativas para a prevenção de violências e acidentes, e uso de álcool e outras drogas voltadas para a população masculina (Gomes *et al.*, 2013).

A PNAISH foi formulada com o intuito de recortar a faixa etária de 25 a 59 anos de idade, priorizando as ações e ressaltando que essa política não desconsidera outras idades, todavia essas já são atendidas por outras políticas públicas de saúde. Dentro disto, se pode afirmar que o primeiro eixo faz referência à mudança de foco que sai do campo restrito da adesão a programas assistenciais de saúde, como os voltados à hipertensão e à diabetes, para uma perspectiva mais ampla que privilegia uma atenção integral que valoriza a promoção da saúde, a qualidade de vida e a educação como estratégia fundamental para as mudanças de comportamento da população masculina. O segundo eixo metodológico abre espaço para articular a política e outras demandas sociais organizadas, como empresas, escolas, sindicatos, campos de futebol, etc. Já o terceiro se refere ao alinhamento das ações do PNAISH com a PNAB que evitarão a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas (Assis, 2016).

Assis (2016) mostra que o PNAISH exige, ainda, que o atendimento seja realizado por profissionais de saúde devidamente qualificados e preparados para colher a população masculina, garantindo insumos e equipamentos para garantir a continuidade da assistência de saúde, realizando contínuos monitoramentos de serviços prestados, avaliando, também, o impacto dos serviços no sentido de redefinir novas estratégias caso necessário. Nesse interim ainda é possível compreender a necessidade da implementação da Política com uma articulação interinstitucional com o setor educativo, de modo a promover novas formas de pensar a saúde e o agir da população masculina sobre ela, considerando os espaços masculinos e reconhecendo os homens como indivíduos que precisam de cuidados.

2.4 POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: UMA LEITURA ACERCA DA REALIDADE EM FOZ DO IGUAÇU – PR

O conceito de desenvolvimento urbano, que vem sendo pauta constante da vida das cidades na América Latina, se refere a um conjunto de ações, estratégias e instrumentos necessários para a transformação da cidade, tendo como objetivo principal o seu desenvolvimento econômico, social e ambiental. Neste sentido, as políticas públicas buscam promover qualificação de renda e oportunidades de emprego; reduzir as diferenças entre classes e vulnerabilidade da cidade, vinculados à qualidade de vida e ao índice de desenvolvimento humano; buscam estratégias e instrumentos para a implantação de ações sustentáveis que minimizam as emissões de carbono, o processo de aquecimento global e até mesmo a escassez dos recursos hídricos de uma região.

O projeto está vinculado as Políticas Públicas de Desenvolvimento na América Latina, pois, busca analisar a saúde do homem numa região de fronteira, onde a implementação da política de saúde do homem depende de outras políticas, da realidade local. Somente, quando se pensa em políticas públicas saudáveis, ou seja, quando os demais setores governamentais desenvolverem uma consciência e responsabilidade pública para com a saúde e, em articulação com o setor da saúde, e cria políticas que potenciem ganhos em saúde para a população, será possível atingir o Desenvolvimento na América Latina.

As políticas públicas constituem um dos principais resultados da ação do Estado. Contudo, algumas questões se impõem: por um lado, devemos nos perguntar se o Estado possui a legitimidade necessária para produzir efeitos no processo de políticas públicas. Neste sentido, este projeto buscará identificar quais são as percepções as práticas de cuidado e as ações desenvolvidas pelos homens iguaçuenses em consonância com a PNAISH. Buscando também identificar o papel do Estado enquanto agente promotor da cidadania por intermédio das políticas públicas.

SEÇÃO 3 – PESQUISA DE CAMPO

Nesta seção apresentam-se os resultados da pesquisa de campo referente as ações de saúde ofertadas ao homem em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem - PNAISH nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros Vila “C” Velha e Cidade Nova de Foz do Iguaçu – PR, onde foi realizada uma análise do conhecimento e perfil socioeconômico de seus usuários. Nesta seção, foram incluídas todas as questões

relacionadas aos resultados da pesquisa de campo, constituídas pela metodologia para o seu desenvolvimento, bem como apresentação e discussão dos resultados encontrados.

3.1 CONTEXTO GERAL DA PESQUISA DE CAMPO

Apresenta-se aqui a explanação sobre a metodologia que foi empregada na pesquisa de campo que inclui as e informações sobre tipo de estudo; local do estudo; população alvo e participantes; instrumento de obtenção de dados; forma de coleta dos dados; forma de análise das informações coletadas, bem como uma elucidação dos procedimentos éticos empregados para coleta de dados e o alcance dos objetivos propostos.

3.1.1 Tipo de pesquisa

Foi desenvolvida uma pesquisa de campo exploratória de caráter descritivo qualitativo, cujo referencial documental se pauta na análise de conteúdo. Minayo e Sanches (1993) destacam que a abordagem quantitativa tem como campo de práticas e objetivo trazer à luz diversos dados, indicadores e tendências observáveis, que devem ser utilizados em grandes aglomerados de informações, classificando-as e tornando-as inteligíveis. Já a abordagem qualitativa necessita adequar-se ao aprofundamento da complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos delimitados em extensão.

A utilização da abordagem qualitativa na metodologia viabiliza uma interação com os sujeitos da pesquisa levando a uma compreensão da percepção deles à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens. Corrobora tal entendimento a afirmação de Minayo (2004) de que a abordagem qualitativa se torna importante para a compreensão de valores culturais e representações de um determinado grupo a respeito de temas específicos, o que possibilita entender as relações que ocorrem entre sujeitos sociais. Ainda sob a ótica de Minayo, a pesquisa qualitativa é, de fato, uma pesquisa mais crítica, vista que objetiva o universo de significações, motivos, aspirações, crenças, atitudes e valores importantes para a compreensão dos fenômenos de uma determinada situação, tendo o homem e a sociedade como sujeitos do conhecimento. Já a abordagem quantitativa, pode ser utilizada quando se tem dados numéricos e parece haver uma resposta correta e óbvia. Mas há um aspecto que deve ser considerado: A pesquisa quantitativa só tem sentido

quando há um problema muito bem definido e há informação e teoria a respeito do objeto de conhecimento, entendido aqui como o foco da pesquisa e/ou aquilo que se quer estudar. Esclarecendo mais, só se faz pesquisa de natureza quantitativa quando se conhecem as qualidades e se tem controle do que se vai pesquisar (Silva; Simon, 2005).

3.1.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada nas Unidades supracitadas, nas quais são implementadas as diretrizes e princípios dispostos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Estas Unidades Básicas de Saúde foram selecionadas por indicação da Secretaria de Saúde – Supervisão Técnica da Estratégia saúde da Família – Coordenação de Saúde da Mulher e Saúde do Homem, por terem sido os locais no município de Foz do Iguaçu que tem atendimento em horário estendido até as 22 horas e iniciou nestas Unidades em 2019 com a Portaria nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020 do Programa Saúde na Hora, e devido a essa especificidade, está em consonância com PNAISH, que tem como diretriz promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina, sendo um dos cinco eixos temáticos dessa política (Acesso e Acolhimento). Os outros quatro eixos (Paternidade e Cuidado, Prevenção de Violência e Acidentes, Saúde Sexual e Reprodutiva e Principais Agravos/Condições Crônicas), são atendidos em suas especificidades pelos outros programas de saúde ofertados nas UBS's da pesquisa, nos serviços de atendimento a homens mais recentemente de maneira integral.⁷

Estas Ações foram criadas em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), para atender à demanda da população masculina da região e suas respectivas necessidades e particularidades inerentes à sua saúde. Porém, as Ações, apesar de permanentes, não consideram oferecer dias de atendimento exclusivos para os homens. As Unidades Básicas de Saúde, supracitadas, atendem à população independentemente do grupo populacional e são ambulatoriais de livre demanda. Cabe destacar que nelas não são realizadas ações programáticas para ofertar serviços direcionados exclusivamente aos homens.

Assim, as Ações de Saúde ofertadas ao Homem em consonância com a PNAISH,

⁷ Tendo em vista que em Foz do Iguaçu, atualmente, apenas duas Unidades de Saúde que atuam em horário estendido com as Ações de Saúde ofertadas ao Homem em consonância com a PNAISH, das 28 UBS's existentes. O estudo proposto contempla 0,4% do serviço no município.

ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde do estudo, de acordo com a secretaria de saúde e os gestores das Unidades, constituem-se, juntamente com o Programa de Saúde da Mulher - Atendimento e acompanhamento de Pré-Natal; Programa Saúde do Idoso - Grupos de Diabetes e Hipertensão (HiperDia).⁸ Odontologia; Programa Saúde da Família e o Programa Saúde na Hora, em uma estratégia de mobilização e sensibilização da população masculina quanto aos seus cuidados com a saúde, além de garantir a esse perfil da sociedade um acesso mais rápido e menos burocratizado ao Serviço da Atenção Primária de Saúde.

A inclusão dos homens nas ações de saúde reprodutiva, encontra-se implícita nos princípios da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a partir do período gravídico-puerperal, na paternidade responsável, na participação do planejamento familiar e claramente apresentados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto à universalidade, equidade e integralidade das ações.

As ações contra a hipertensão e o diabetes encontram-se implícitas nos princípios da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). No entanto, está inserida na PNAISH no eixo de morbimortalidade e principalmente em doenças do aparelho circulatório como patologias que acometem o homem pelo seu sedentarismo e suas condições de vida inadequada.

O Programa Saúde na Hora foi lançado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Saps/MS) em maio de 2019 e passou por atualizações com a publicação da Portaria nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020. O programa viabiliza o custeio aos municípios e Distrito Federal para implantação do horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território nacional.

Dessa forma, o programa Saúde na Hora, vigente nas Unidades Básicas de Saúde do estudo, indicadas pela Secretaria de Saúde, conta com a adesão em formato de funcionamento em horário estendido. E devido a essa especificidade, está em consonância com PNAISH, que tem como diretriz promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina, sendo um dos

⁸ Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS.

cinco eixos temáticos dessa política, o Acesso e Acolhimento. O programa Saúde na Hora, possibilita a ampliação do acesso aos serviços de saúde com o agendamento de consultas em horário diferenciado. O atendimento no horário estendido das 18:00 às 22:00 h de segundas às sextas-feiras, iniciou nas Unidades Básicas de Saúde pesquisadas em 2019.

Essas Unidades Básicas de Saúde, assim como todas as outras do município, além dessas “Ações permanentes”, em consonância com a PNAISH, citadas acima, oferecem ainda, Agosto Azul e Novembro Azul, ações pontuais. A primeira, específica do Estado do Paraná - o Agosto azul – A campanha, funciona como um estímulo para o poder público e a sociedade civil promoverem ações para incentivar a prevenção e a promoção da saúde do homem. Ela tem como símbolo a gravata borboleta e como apoio a iluminação, na cor azul, de prédios públicos e monumentos, entre eles o prédio da Assembleia Legislativa.

O Agosto Azul é focado em orientar a população masculina sobre a importância de manter hábitos de vida saudáveis, como alimentação correta, evitar o tabagismo e o álcool em excesso, além de promover a prática de atividade física. A Lei 17.099/2012 instituiu no Paraná o mês de agosto como sendo dedicado à realização de ações para incentivar a prevenção e a promoção da saúde do homem. O objetivo da legislação é motivar uma mudança cultural para que homens procurem atendimento médico e verifiquem sua condição de saúde com mais frequência, antes que doenças se manifestem de forma mais grave. Exames simples como testes para diabetes, hipertensão, HIV e hepatite estão disponíveis na rede pública de saúde e podem identificar enfermidades ainda em estágios iniciais (ALEP, 2012).

O objetivo é, ainda, divulgar informação para que o homem reflita, entenda, aprenda, se motive e adote hábitos de vida saudáveis. Alguns dos temas abordados pela campanha falam sobre o acesso a ações de saúde inclusivas, saúde sexual e reprodutiva, doenças prevalentes na população masculina, prevenção de violências e acidentes, a relação entre a população masculina e as violências, em especial a violência urbana, e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema.

O tema da campanha Agosto Azul de 2022, teve como foco a saúde mental do homem, já que, de acordo com o Ministério da Saúde, a mortalidade masculina por suicídio no Brasil é de 9,2 para cada cem mil habitantes; quatro vezes maior que a registrada em mulheres. Os especialistas afirmam que a pandemia de covid-19 agravou ainda mais a situação, especialmente porque é natural os homens falarem pouco sobre seus problemas (ALEP, 2022).

E a segunda campanha com a saúde do homem como foco - Novembro Azul, tem

caráter mundial. Esta ação global consiste em uma campanha que teve início em 2.003, na Austrália, com o objetivo de chamar a atenção para a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de próstata. Ela tem como símbolo mundial “o bigode”. Internacionalmente conhecida como “*Mustache blue*” e como mencionado anteriormente, para dar visibilidade entre a população compreende a iluminação, na cor azul, de prédios públicos e monumentos. Em Foz do Iguaçu, município do estado, a barragem de Itaipu e diversos monumentos na área da usina, além do Centro de Recepção de Visitantes, são iluminadas de azul, como parte da campanha mundial do Novembro Azul, todos os anos.

Diariamente, 42 homens morrem em decorrência do câncer de próstata e, aproximadamente, 3 milhões vivem com a doença. É a segunda maior causa de morte por câncer em homens no Brasil. São estimados para este ano de 2.023, 68.220 novos casos (CASH/MS, 2018). Segundo dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), no Paraná, entre janeiro e agosto deste ano, foram registrados 6.529.531 atendimentos na rede de Atenção Primária à Saúde (APS)⁹ destes, apenas 1.771.000 foram do sexo masculino, contra 4.758.531 atendimentos para as mulheres. Esses dados mostram que o público masculino é o que menos procura o serviço de saúde (Sesa/Sus/Pr, 2012).

Com objetivo de mudar este cenário e incentivar a população sobre os cuidados com a saúde integral do homem, a Secretaria de Estado da Saúde (Sesa) lança a campanha “novembro Azul”, que traz como tema central “Homem, cuide da sua saúde de novembro a novembro”. Inicialmente, o foco do movimento internacional que estabeleceu o mês, era conscientizar sobre a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de próstata. Atualmente o alerta é para o cuidado de todas as outras doenças que afetam diretamente a saúde do homem (Sesa/Sus/Pr, 2012).

Atualmente para que seja garantida a assistência em Saúde do Homem em todos os programas e atividades citadas, a unidade conta com o apoio e atendimento de uma equipe interdisciplinar composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, odontólogo, técnicos de higiene dental, técnicos administrativos, agentes comunitários de saúde, dentre outros. Contudo, por serem as duas únicas unidades de saúde do município

⁹ Internacionalmente tem-se apresentado “Atenção Primária à Saúde” (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS.

de Foz do Iguaçu que conseguem implementar uma assistência de saúde voltada para os homens de maneira individualizada, optou-se em escolhê-las como campo de pesquisa para coleta de dados do presente estudo.

3.1.3 População alvo e participantes

A população do estudo foi composta por homens com faixa etária de 20 a 59 anos de idade que façam uso das Ações de Saúde ofertada aos Homens em consonância com a PNAISH. Foram selecionados 10 sujeitos durante o momento em que eles aguardavam pela consulta. O período de coleta foi das 16:00 às 22:00 horas em dois dias, totalizando uma janela de sete (07) horas entre o início e o fim da coleta de dados em cada um dos dias de pesquisa na UBS, foi previamente comunicado a Unidade e recebido consentimento. Não foram deixados de fora das entrevistas nos dias escolhidos para a pesquisa, nenhum homem que estivesse nas dependências das UBS's e que se encaixasse no perfil preconizado pela PNAISH (todos os homens de 20 a 59 anos que totalizaram 10 entrevistados, 05 homens em cada uma das duas UBS's da pesquisa). No entanto, mesmo durante o horário estendido até as 22 horas, haviam muitas pessoas nas Unidades devido a campanha vacinal para COVID, mulheres, crianças e idosos. Nenhum homem convidado para a entrevista que se encaixasse no perfil preconizado pela política se negou a participar.

3.1.4 Instrumento de obtenção de dados

Foram utilizados para coleta de dados um questionário objetivo e uma entrevista com perguntas norteadoras. Ressalta-se que as questões foram construídas com base na existência de instrumentos já validados que abordassem sobre as questões pertinentes para o estudo da pesquisadora, que atendeu as normas e critérios nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Do processo de validação, a pesquisa juntamente com o questionário objetivo e as perguntas norteadoras obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Rede de Assistência à Saúde Metropolitana de Sarandi. Os especialistas foram esclarecidos quanto ao objetivo da investigação e à natureza da coleta de dados. Considera-se, portanto, que o instrumento conseguiu atender os propósitos para o qual foi elaborado, uma vez que, de forma geral, foi considerado adequado pelos cientistas especialistas. Como limitação ressalta-se que o instrumento construído e validado tem como objetivo exclusivo avaliar o conteúdo gravado e transcrito no contexto social da população-alvo.

Na área da saúde, a verificação de necessidades de intervenção em algum processo ou método torna-se cada vez mais frequente e necessário. Para isso, a utilização de instrumentos confiáveis para que intervenções possam ser realizadas, torna-se relevante. É possível medir o nível de conhecimento acerca de alguma doença ou mesmo um perfil de comportamento de profissionais e/ou pacientes e, a partir dos resultados, planejar possíveis estratégias. O método de coleta de dados em uma pesquisa, deve ser planejado para que os procedimentos determinados possam garantir indicadores de confiabilidade. Esta decisão dependerá do desenho da pesquisa e da seleção de instrumentos de medidas adequados e precisos (Alexandre; Coluci, 2011).

Conforme propõe Coluci, Alexandre e Milani (2015), as etapas fundamentais para constituir a validação de um instrumento, inicia-se a partir da busca de conceitos, metodologias e conhecimento acerca do tema previsto, a fim de garantir embasamento científico para a construção dos itens do questionário (instrumento), que atendam as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos seguindo ao critério comportamental, critério da objetividade, da simplicidade, da clareza, da precisão, da validade, da relevância e critério da interpretabilidade que investigam informações para compreender um sujeito ao combinar suas respostas a uma série de perguntas (itens) de opinião projetadas para abordar os aspectos relevantes da atitude em questão. O uso de vários itens, em vez de uma única pergunta, deverá produzir um índice mais confiável, válido e discriminatório do que um único item (Willits; Theodori; Luloff, 2016). Para concluir a última etapa do processo de validação de conteúdo, após todos os ajustes a avaliação deverá ser realizada por um comitê de ética em pesquisa (Gunther, 2003; Pasquali, 1998; Cardoso *et al.*, 2011).

O Gravador

Foi utilizado gravador modelo portátil mp3 player – (Gravação de áudio duplo Especificação:1. Formato de gravação: wav/mp3 2.) Para audiogravar as falas dos participantes da pesquisa. Além do gravador, o celular e carregadores portáteis também foram levados, de modo apenas ser o recurso reserva. Os mesmos foram exaustivamente testados previamente, de maneira a sentir segurança de manuseio dos gravadores para obtenção da melhor qualidade possível na reprodução sonora. Lembrando que os participantes da pesquisa foram previamente avisados do uso dos mesmos de forma a sentirem-se confortáveis.

Autores como *Patton* (1990) e *Rojas* (1999) concordam com esta indicação, para minimizar os erros – que, nesses casos, podem trazer grande prejuízo –, é importante que se pratique muito antes de começar a pesquisa em campo. Uma entrevista que não é gravada causa um grande transtorno para a pesquisa e para quem participa e cede seu tempo. Pois o gravador preserva o conteúdo original e aumenta a acurácia dos dados coletados. Registra palavras, silêncios, vacilações e mudanças no tom de voz, além de permitir maior atenção ao entrevistado. No entanto, antes da gravação, ressaltam a importância do domínio desta tecnologia, sugerindo o teste da bateria, do volume e do funcionamento do aparelho. A aquisição antecipada das fitas cassete e numeração de sua sequência, assim como a identificação de locais livres de ruídos e de interrupções também são cuidados importantes.

Teste piloto

Foi realizado um teste piloto ou pré-teste, o qual foi fundamental para a parte operacional (segurança de manuseio do gravador, distância ideal entre o gravador e o entrevistado). Foi aplicado pela pesquisadora em população semelhante ao público-alvo.

Para *Triviños* (1987), *Manzini* (1991), *Rea e Parker* (2000) o pré-teste, ou estudo piloto, também permite verificar a estrutura e a clareza do roteiro, por meio de uma entrevista preliminar com pessoas que possuam características semelhantes a da população alvo. É indicado o uso de gravador na realização de entrevistas para que seja ampliado o poder de registro e captação de elementos de comunicação de extrema importância, pausas de reflexão, dúvidas ou entonação da voz, aprimorando a compreensão da narrativa (*Schraiber*, 1995).

Entrevistado e entrevistador

Foi considerado a possibilidade de participantes da pesquisa nunca ter participado de estudos audiogravados, e como parte ética do estudo, lhes foi devidamente esclarecido o fato de que a entrevista não iria interferir no atendimento do participante da pesquisa, quaisquer fossem suas respostas, e que seu nome estaria sob sigilo, principalmente sobre condições de trabalho, não irão interferir positivamente ou negativamente no seu dia a dia. É algum receio que a pessoa tem, principalmente no criticar.

Além de ouvir, o pesquisador precisa ficar atento às expressões utilizadas pelo

entrevistado, pois ele pode simular palavras e conceitos que não são utilizados no seu dia a dia, tentando mostrar aquilo que ele acha que o entrevistador quer ouvir. É por isto que nem tudo deve ser entendido como verdade, mas pode e deve ser analisado frente aos demais discursos e conceitos que embasam o trabalho (Magnani, 1986).

Transcrição de entrevistas

A transcrição foi feita pela própria pesquisadora, apesar de ser uma atividade monótona e cansativa, mas por ter experiência e familiaridade com o assunto tratado, a transcrição pela própria pesquisadora apresenta um trabalho com a menor quantidade de erros possíveis. A transcrição, foi feita em ambiente silencioso e distante da circulação de outras pessoas.

É aconselhável que a transcrição seja realizada pelo próprio pesquisador. Ele ouve várias vezes cada fita e escreve tudo, inclusive pausas e mudanças de entonação de voz, além de sinalizadores de interrogação, silabação e outras variações ocorridas na entrevista (Pretti; Urbano, 1988). Se por acaso a transcrição for delegada a colaboradores, sugere-se a supervisão direta do autor da pesquisa. Deve-se analisar o material transcrito, as palavras e comportamentos não-verbais, como risos, choros, diferenças na entonação da voz, gestos que foram registrados, etc. As expressões e erros gramaticais devem ser eliminados na transcrição, para que não haja constrangimento do entrevistado, caso seja necessário lhe apresentar o texto para apreciação (Lage, 2001).

3.1.5 Coleta dos dados

A coleta de dados foi separada por dois momentos distintos, sendo o primeiro o preenchimento de um questionário objetivo e posteriormente uma entrevista gravada através de áudio.

À medida que eram convidados a participar da entrevista e do preenchimento do questionário eles eram encaminhados para um consultório reservado para a coleta de dados onde foram plenamente orientados sobre do que se tratava a pesquisa e após a ciência e aceitação em participar dela, o TCLE foi assinado em duas vias por ambas as partes, pesquisador e sujeito da pesquisa.

Em posse do termo de consentimento, a coleta de dados iniciou pelo questionário objetivo (Apêndice I) que foi preenchido para identificar o perfil sócio demográfico destes

homens. Neste instrumento indagou-se a idade dos sujeitos, além de renda familiar, grau de escolaridade, vínculo empregatício, qual a jornada de trabalho, estado civil, dependentes, uso de tabaco e bebida alcóolica, problemas de saúde e por fim se faziam algum tratamento de saúde.

Em seguida, passou-se ao segundo momento da coleta de dados, o qual se destinou a entrevistar os participantes através de um questionário subjetivo elaborado com o intuito de revelar a percepção destes usuários à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Como dito anteriormente, as entrevistas foram gravadas através de áudio e tinha como questões norteadoras o conhecimento deles acerca da PNAISH e dos seus objetivos, as razões pelas quais se fez necessário à criação de um programa específico para homens além do conhecimento deles sobre quantas Unidades Básicas de Saúde no município de Foz do Iguaçu prestam o atendimento de saúde específico a população masculina. Norteou ainda a entrevista a forma em que eles ficaram sabendo do atendimento nas Ações de Saúde ofertadas aos Homens em consonância com a PNAISH na referida UBS, se quando eles precisam de atendimento, exames e encaminhamentos eles conseguem com facilidade e por fim foi questionado ainda se eles já necessitaram alguma vez de atendimento e não conseguiram e se consideram que a saúde do homem é bem assistida pelo governo.

3.1.6 Questões éticas

Em relação as questões éticas, a coleta de dados foi realizada nas dependências das próprias Unidades Básicas de Saúde. Em espaço adequado (consultório), cedido pela instituição. A duração média para a realização da entrevista foi de 30 minutos aproximadamente e decorreu apenas na presença do investigador e participante, dos quais o segundo, após explanação detalhada, a fim de sanar quaisquer dúvidas, autorizou previamente a gravação da mesma, seguido da assinatura do Termo de Conhecimento e Livre Esclarecimento (TCLE), o qual foi feito em duas vias, uma para o pesquisador e outra para a participante de pesquisa.

Para assegurar o anonimato dos participantes do presente estudo, os mesmos não serão identificados nominalmente, mas sim pela numeração H1, H2, H3, etc., que correspondem a Homem 1, Homem 2, Homem 3, e assim, sucessivamente.

Desta forma todos os aspectos éticos para realização da pesquisa foram

considerados, tendo em vista a Resolução nº 466/2012¹⁰ do Conselho Nacional de Saúde que prevê zelo em relação à confidencialidade das informações e respeito às diversidades de opiniões.

Sendo assim, faz-se necessário acrescentar que a abordagem transcorreu de maneira tranquila, na medida em que a recusa em participar da pesquisa foi mínima e todos os participantes se demonstraram interessados, convictos e aparentemente sinceros em todas as suas respostas.

A proposta desta pesquisa, bem como o instrumento metodológico utilizado foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Rede de Assistência à Saúde Metropolitana de Sarandi sob o parecer de nº 5.800.488 e CAAE nº 63993322.7.0000.9432 em 26/12/2022, conforme Anexo II.

3.1.7 Forma de análise das informações coletadas

Os dados obtidos por meio do questionário e da entrevista foram submetidos à técnica de análise de conteúdo¹¹ que objetiva analisar os dados comunicados no ato da devolução dos questionários e ou observados pelo pesquisador. Na análise do material busca-se classifica-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos. Desta forma, assim a define:

Um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2004, p. 41).

Sendo assim, nesta pesquisa todas as fases previstas na utilização da análise de conteúdo foram contempladas integralmente, a fim de se alcançar uma reflexão e discussão dos resultados, viabilizando assim uma maior integração do pesquisador com a temática

¹⁰ A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde dispõe sobre os aspectos éticos e legais acerca de pesquisas com seres humanos.

¹¹ A técnica de análise de conteúdo começou a ser utilizada por *Harold Laswell* em 1927. A partir de 1940 o método de análise de conteúdo despertou interesse, o que levou a seu maior desenvolvimento. Em 1977, *Laurence Bardin* publicou a obra *L'analyse de contenu*, na qual o método foi configurado em detalhes, servindo de orientação e referência até os dias atuais. A análise de conteúdo é dividida em três fases, sendo pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise é organizado o esquema de trabalho a ser seguido, sendo estabelecido o procedimento, podendo esse ser flexível. Na segunda fase, conceituada de descrição analítica, realiza-se uma leitura flutuante do material coletado, com o propósito de estabelecer categorias para discussão dos dados. Por fim, na última fase, chamada de interpretação referencial, as respostas são categorizadas com o intuito de se dar significado aos dados brutos (Bardin, 2004).

explorada e com o discurso dos participantes da pesquisa.

Com a análise dos dados coletados, busca-se a elucidação das discussões dos resultados encontrados nas considerações que foram feitas pelos participantes, ressaltando que nenhum deles sofreu interferência e/ou influência do meio externo (pesquisador) e do meio interno (campo de pesquisa) que pudesse alterar ou impactar em sua forma de pensar ou expressar suas ideias e opiniões. Os dados coletados serão explorados da forma mais completa possível, mantendo-se assim o total teor de suas informações.

3.2 RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO

Nesta seção apresentam-se os resultados da pesquisa de campo, iniciando com a descrição do perfil socioeconômico dos entrevistados, e na sequência explanam-se os resultados sobre o conhecimento/compreensão dos usuários em relação as ações de saúde ofertadas ao homem em consonância com a PNAISH.

3.2.1 Perfil sociodemográfico dos entrevistados

Conforme revelado pela tabela 1, os percentuais de homens nas Unidades Básicas de Saúde concentram-se predominantemente entre pessoas com 46 a 59 anos de idade e desta forma, observa-se o baixo índice de homens jovens a procura pelo serviço, o qual se percebe que a perspectiva preventiva das Ações de Saúde ofertadas aos Homens, não tem logrado efeito.

Tabela 1: Características dos homens participantes do estudo segundo idade, estado civil, e se possui dependentes. Foz do Iguaçu - PR – 2023.

Caraterísticas	Frequênci a	Porcentage m
Idade		
20 – 25	01	10%
26 – 30	00	-
31 – 35	00	-
36 – 40	01	10%
41 – 45	00	-
46 – 50	02	20%
51 – 55	02	20%
56 – 59	04	40%

Estado Civil		
Solteiro	03	30%
Casado	04	40%
Viúvo	01	10%
Divorciado	01	10%
Relacionamento Estável	01	10%

Possui Dependentes		
Sim	08	80%
Não	02	20%

Fonte: Compilação do autor

De acordo com os indicadores do IBGE (2005), as injúrias que mais acometem homens jovens com idade entre 20 e 29 anos são as causas externas (acidentes de transporte). Desta forma observa-se que este perfil etário somente procura pelo atendimento de saúde quando não tem outra opção, corroborando com a noção geral de que nesta faixa etária a propensão para o acometimento de doenças é menor que as posteriores.

A pesquisa revela que de toda a amostra pesquisada, apenas, um indivíduo, possui idade entre 20 e 25 anos, nenhum usuário entre 26 e 30 e 31 e 35. E entre 36 e 40 anos também apenas um indivíduo, o que demonstra uma baixa procura por homens jovens às Ações de Saúde ofertadas a eles nas Unidades Básicas de Saúde do estudo.

De acordo com a tabela 1, existe uma variação entre o perfil de estado civil dos usuários das Ações de Saúde ofertadas a eles nas Unidades Básicas de Saúde do estudo, sendo que 04 deles são casados e 03 são solteiros. A pesquisa revela ainda que um indivíduo se descreve como relacionamento estável, um divorciado e um viúvo.

É importante ressaltar que o caráter tipológico da figura masculina é um modelo cultural, uma caricatura, que informa práticas exclusivas do indivíduo masculino, ou seja, eles são criados e educados para serem fortes e não se renderem a qualquer circunstância que possa abalar sua saúde e desta forma, as esposas exercem um papel de fundamental importância na desmistificação desta cultura, estimulando e facilitando o acesso deles aos serviços de saúde (*Laurient, Jorge, Gotlieb, 1998*). Em situações em que o homem ainda é solteiro, este estímulo para busca dos serviços de saúde é feito pelas mães.

Em relação ao número de dependentes, a tabela 1 descreve que 08 participantes da

pesquisa possuem filhos ou esposa que dependem diretamente do seu sustento, ocupando um percentual de 80% da amostra. Esta análise sugere que estes usuários necessitam de seu trabalho para prover o sustento de sua família o que os fazem priorizar as atividades laborais as atividades de cuidados com a própria saúde. Associado à baixa renda e ao elevado número de dependentes, os usuários do programa convivem desta forma com um quadro de desigualdade social instalado em seu cotidiano.

Carvalho (2002) destaca que no âmbito dos direitos sociais, embora a Constituição de 1988 tenha trazido alguma evolução do ponto de vista regimental, como a redução da mortalidade infantil e do analfabetismo através da educação formal, as maiores dificuldades sociais dizem respeito às grandes desigualdades sociais que caracterizam o país desde sempre se destacando desta forma a negligência do Estado à saúde dos homens, a falta de atendimento médico o aumento gradativo da morbimortalidade entre eles conforme descrito na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Tabela 2: Características dos homens participantes da pesquisa segundo grau de escolaridade, renda familiar, emprego registrado e jornada de trabalho diária. Foz do Iguaçu- PR – 2023.

Caraterísticas	Frequênci a	Porcentage m
Grau Escolaridade		
Fundamental incompleto	04	40%
Fundamental completo	01	10%
Ensino médio incompleto	01	10%
Ensino médio completo	02	20%
Superior completo	01	10%
Pós-graduação	01	10%
Renda Familiar		
Até 01 salários mínimos	06	60%
Até 02 salários mínimos	02	20%
Até 03 salários mínimos	01	10%
Mais de 03 salários mínimos	01	10%
Emprego Registrado		
Sim	05	50%
Não	05	50%
Jornada de Trabalho Diária		

Trabalha o dia todo, todos os dias da semana	08	80%
Trabalha meio período, manhã ou tarde	01	10%
Trabalha à noite	01	10%

Fonte: Compilação do autor

De acordo com o exposto na tabela 2, o grau de escolaridade entre os usuários das Ações de Saúde ofertadas aos Homens pelas UBS's da pesquisa, varia predominantemente entre pessoas que não chegaram a concluir o ensino fundamental, 04 indivíduos, seguidos de 02 que concluíram o ensino médio e apenas 01 com pós-graduação. Carvalho (2002) revela que:

[...] com a Constituição de 1988, o progresso mais importante se deu na área da educação fundamental, que é fator decisivo para a cidadania. O analfabetismo da população de 15 anos ou mais caiu de 25,40/0 em 1980 para 14,7% em 1996. A escolarização da população de sete a 14 anos subiu de 80% em 1980 para 97% em 2000. O progresso se deu, no entanto, a partir de um piso muito baixo e refere-se, sobretudo ao número de estudantes matriculados.

O índice de repetência ainda é muito alto. Ainda são necessários mais de dez anos para se completarem os oito anos do ensino fundamental. Em 1997, 32% da população de 15 anos ou mais era ainda formada de analfabetos funcionais, isto é, que tinham menos de quatro anos de escolaridade (Carvalho, 2002, p. 206).

Assim, analisando a tabela 02, observa-se que os números revelados vão ao encontro com descrito por Carvalho (2002), ao afirmar que a taxa de analfabetismo no Brasil diminuiu consideravelmente e a escolaridade da população subiu, no entanto, no que diz respeito aos cuidados consigo e/ou à busca por uma medicina preventiva, o aumento dessa escolaridade não interferiu nesse quesito.

Em relação a renda familiar dos pesquisados das Ações de Saúde ofertadas aos Homens, a tabela 2 aponta que a maioria dos entrevistados possui baixa renda familiar, concentrando-se predominantemente entre 01 a 02 salários, o que equivale a 6 indivíduos que recebem até um salário e 2 com renda máxima de 02 salários. Em seguida observa-se um indivíduo com renda de até 03 salários e de toda a amostra apenas um entrevistado possui um orçamento de mais de 03 salários.

Tal situação demonstra que os usuários entrevistados são pessoas que possuem condições financeiras fragilizadas devido a renda familiar e desta forma podem ter dificuldades para arcarem com despesas médicas na saúde suplementar, o que os levam a depender diretamente do serviço público de saúde e ocuparem uma diferenciação social. Sob este contexto, a lei orgânica do SUS define que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho a renda a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL 1990, p. 2).

Desta forma, do ponto regimental, fica claro que fatores como trabalho e renda influenciam diretamente nos níveis de saúde da população, o que irá refletir diretamente na sociedade. Carvalho (2002) acrescenta ainda que a desigualdade social concentra a riqueza nacional nas mãos de poucos, o que desta forma irá gerar conseqüentemente níveis dolorosos de pobreza e miséria.

Em relação à ocupação dos participantes da pesquisa, observa-se ainda na tabela 2, que todos trabalham e que existe um equilíbrio entre o número de indivíduos que possuem registro trabalhista e os que não possuem.

Desta forma identifica-se que 50% da amostra possui uma ocupação informal, sendo esta composta por negócio próprio ou por ocupações eventuais, chamada por eles como “bicos, extras...”. Já 50% dos participantes, referem-se a possuir emprego formal e registrado, o que dificulta o acesso aos serviços de saúde, pois, precisam cumprir com a carga horária de trabalho semanal.

Questões relacionadas ao trabalho interferem diretamente na procura dos homens pelo serviço de saúde, visto que eles precisam se ausentar do trabalho para o agendamento, consulta nas unidades e, em muitas empresas não é aceito o abono da falta, pois esses serviços não oferecem atestado médico, apenas o de comparecimento.

Deste modo, com vistas a evitar a falta de acesso da população masculina aos serviços de saúde, a PNAISH descreve que os homens deverão ter um horário de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde estendido, para que desta forma, suas atividades laborais não sejam prejudicadas.

Evidenciado na tabela 2, a jornada de trabalho dos participantes da pesquisa, concentra-se predominantemente em todos os dias da semana durante todo o horário comercial. Este grupo ocupa 80% da amostra pesquisada.

Somente um indivíduo possui flexibilidade de tempo na sua jornada diária de trabalho por trabalhar apenas meio período, manhã ou tarde e desta forma possui maiores chances de acessibilidade aos serviços de saúde.

De acordo com Gomes, Nascimento e Araújo (2007), muitos homens não procuram pelo serviço de saúde por terem que trabalhar, pois uma fila de espera costuma levar um dia inteiro.

Ainda sob esta perspectiva Gomes (2003) revela que o trabalho não pode ser posto como uma barreira que dificulte a procura pelos serviços de saúde, já que muitas mulheres que estão inseridas no mercado de trabalho conseguem conciliar a vida profissional com o autocuidado com a saúde.

Contudo, pensando no alcance da população masculina aos serviços de saúde, a Política Nacional propõe um horário de funcionamento estendido ao período noturno das unidades básicas de saúde.

Tabela 3: Características dos homens participantes do estudo segundo problemas de saúde, fumo, problemas de saúde, tratamento ou acompanhamento de saúde. Foz do Iguaçu - PR – 2023.

Caraterísticas	Frequênci a	Porcentage m
Fumante		
Sim	02	20 %
Não	08	80%
Faz Uso de Bebidas Alcoólicas		
Sim	05	50%
Não	05	50%
Problemas de Saúde		
Sim	08	80%
Não	02	20%
Tratamento ou Acompanhamento de Saúde		
Sim	08	80%
Não	02	20%

Fonte: Compilação do autor

De acordo com a tabela 3, oito entrevistados afirmaram não possuir vício relacionado ao uso do tabaco, o que representa 80% da amostra. Observa-se ainda que mesmo fazendo parte de um programa público de saúde que leva informações sobre hábitos e práticas de vida saudável, 02 indivíduos revelaram o uso de cigarro, uma amostra pequena de 20% dos pesquisados, mas que deve ser levada em consideração, tendo em vista que potencializa os riscos de doenças cardiovasculares, pulmonares obstrutivas crônicas e doenças bucais.

De acordo com uma análise descrita por *Laurenti, Jorge e Gotlieb* (2005), a principal causa de internação entre homens está relacionada às doenças do aparelho respiratório que ocupam 21,1%.

A nicotina presente no cigarro pode acarretar vários tipos de tumores, dentre eles os do aparelho digestório como o câncer de boca. Neoplasias do aparelho digestório correspondem a 43,2% dos casos entre os homens de 25 a 59 anos (Pnaish: Princípios e diretrizes, 2008).

Ainda sob a análise da PNAISH (2008), tumores do aparelho respiratório entre eles, os de pulmão, traqueia e brônquios registraram 12.005 (doze mil e cinco) óbitos entre os homens em 2005.

Como se pode observar ainda na tabela 3, cinco participantes da pesquisa dos 10 entrevistados admitiram fazer uso de bebidas alcoólicas mesmo que seja socialmente e 05 homens, afirmaram não possuir esta prática.

Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005) descrevem que os homens possuem comportamentos de riscos e que o uso de álcool merece destaque dentre estes riscos, pois o uso indiscriminado é responsável por transtornos mentais, cirrose ¹²hepática e outras doenças como tumores do trato gastrointestinal além de acarretar possíveis acidentes de transporte.

A prevalência do abuso de álcool entre pessoas do sexo masculino com idade superior a 12 anos é de 19,5%, aponta Cebrid (2006) em um estudo publicado por ele e de acordo com esses dados para cada seis homens que ingerem bebida alcoólica, um fica dependente. No Brasil as internações de mulheres por transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso do álcool, segundo o Datasus (2006), representam 2% de todas as internações por transtornos mentais e comportamentais, enquanto os homens, apresentam um percentual de 20%.

Sendo assim, do ponto de vista normativo, o governo tem implementado ações e feito as políticas públicas que emergem das demandas da população masculina.

Observando ainda a tabela 3, compreende-se que 80% dos usuários possuem algum tipo de problema de saúde já instalado e 20% da mostra afirma não possuir nenhuma injúria e que procuram pelo serviço como forma de prevenção.

Desta forma, evidencia-se que o número de homens que procuram atendimento de

¹² Cirrose hepática é definida anatomicamente como um processo difuso de fibrose e formação de nódulos no fígado, acompanhado frequentemente de necrose hepatocelular. Independente das causas que levaram ao processo cirrótico, todas resultam em um mesmo processo clínico.

saúde no Programa com o intuito de prevenir doenças é muito baixo e que a população masculina possui o hábito de procurar pelo atendimento somente quando não tem outra opção.

De acordo com os Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, Pnaish (2008), os indicadores de morbidade dos homens com idade entre 25 e 59 anos se concentram em causas externas, doenças do aparelho circulatório, tumores e por fim, doenças do aparelho digestivo e respiratório.

Ainda de acordo com a referência anterior, muitas situações que levam ao adoecimento do homem poderiam ser evitadas caso a população masculina tivesse o hábito de prevenir doenças e com isto a falta de prevenção irá impactar não apenas na vida do indivíduo, mas também na de sua família que terá que lidar com a doença e consequentemente com um desgaste físico e emocional decorrente da luta pela sobrevivência.

Carvalho (2002) esclarece que mesmo com a democracia política, os problemas sociais que assolam a população continuaram, sobretudo na educação, segurança, saneamento básico e nos serviços públicos que oferecem saúde e sob esta ótica, se destaca os problemas relacionados à saúde dos homens havendo assim um agravamento nos problemas já existentes neste perfil da sociedade.

A tabela 3 aponta que mesmo tendo Ações de Saúde ofertadas aos homens, 03 dos entrevistados não possuem um acompanhamento rotineiro, procuram o serviço apenas quando se faz necessário. Já analisando por outra vertente, observa-se que 07 indivíduos possuem a prática regular de tratamento e acompanhamento de saúde nas Ações de Saúde ofertadas aos homens. No entanto, é importante lembrar que a maior parcela dos participantes da pesquisa tem mais de 40 anos.

Desta forma, observa-se que parte da população masculina não usufrui das políticas públicas desenvolvidas especificamente pelo governo como forma de garantir acesso deles à saúde pública. Tendo em vista a baixa adesão dos homens aos tratamentos e acompanhamento de saúde, torna-se relevante mencionar que esta prática irá impactar diretamente na sociedade, pois os gastos com internações por doenças que poderiam ser evitadas ou tratadas na atenção primária vêm aumentando consideravelmente o que vai ao encontro com dados revelados na Pnaish (2008) que apontou que em 2007 mais de duzentos e trinta e nove milhões de reais foram destinados à permanência de homens hospitalizados.

Contudo, a presente análise permite identificar o perfil sócio demográfico dos

usuários das Ações de Saúde ofertadas aos Homens nas Unidades Básicas de Saúde Vila “C” Velha e Cidade Nova do município de Foz do Iguaçu – PR, o qual se descreve em homens com idade predominantemente acima de 45 anos, tendo uma baixa incidência de jovens abaixo de 30 anos. A renda familiar da amostra pesquisa se concentra em até 01 salário por família, demonstrando desta forma que apenas 90% possuem uma renda superior a três salários-mínimos.

Quanto ao grau de escolaridade, observa-se que quase a metade dos usuários não chegaram a concluir o ensino médio, destacando-se desta forma um conhecimento intelectual restrito. Todos eles trabalham, sendo que parte possui empregos informais ou temporários, porém 50% dos pesquisados revelaram possuir emprego registrado em carteira de trabalho. Tanto os trabalhadores informais, quanto os formais trabalham predominantemente todos os dias da semana, o que representa uma amostra significativa de 90%.

O perfil quanto ao estado civil varia preponderantemente entre solteiros e casados, havendo poucos indivíduos que se intitulam como viúvo, divorciado ou relacionamento estável.

Grande parte dos usuários possui dependentes, ocupando uma amostra de 80% dos pesquisados e este número revela a real necessidade de eles manterem suas ocupações para sustento do lar.

Ao analisar o uso de cigarro, constatou que apenas 20% possuem o hábito de fumar e em contrapartida foi evidenciado a metade dos homens possuem a prática de ingerir bebidas alcoólicas o que influencia diretamente no padrão de vida e saúde deles.

Por fim, foi identificado ainda que 80% destes usuários sabidamente possuem pelo menos um problema de saúde, porém apenas 20% fazem tratamento ou acompanhamento rotineiro em uma unidade de saúde. Sendo assim, o perfil socioeconômico apresenta um delineamento frágil e suscetível a agravos de saúde do homem, além de impor barreiras ao acesso no serviço.

3.2.2 Compreensão dos usuários em relação as ações de saúde ofertadas ao homem em consonância com a PNAISH.

Os resultados sobre o conhecimento/compreensão dos usuários em relação as ações de saúde ofertadas ao homem em consonância com a PNAISH revelaram três eixos, como descritos a seguir.

3.2.2.1 Eixo I – O conhecimento dos usuários acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Desta forma, os sujeitos da pesquisa ao serem questionados se conheciam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) implantada pelo Ministério da Saúde, responderam predominantemente que não conheciam a política ou que nunca ouviram falar nada a respeito, o que representou 70% da amostra.

H1 - “Não conheço, não sei nada sobre isso”.

H5 - “Não conheço, é a primeira vez que ouço falar”.

H7 - “Não sabia nem que existia essa política”.

H9 - “Não sei nada a respeito, nunca ouvi falar até agora”.

Ainda sobre o mesmo contexto, foi identificado que 10% dos entrevistados revelaram ter ouvido falar sobre a existência da Política, mas não sabiam nada além do que a existência da Política Nacional.

H8 - “Sim, já ouvi falar alguma coisa dessa política, só que se você me pedir o que é eu não sei”.

H10 - “Já escutei alguma coisa sobre essa política dos homens, mas não sei explicar o que é”.

De acordo com a Pnaish (2008), dentre as responsabilidades institucionais, menciona-se que a União, os Estados e Municípios deverão promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação visando difundir a Política Nacional.

Sendo assim, toda a população, não apenas a masculina, deverá ter acesso às informações referentes a implantação da Política, tais como indicadores demográficos, de morbimortalidade, bem como os objetivos gerais e específicos, princípios e diretrizes além das responsabilidades da União, Estados e Municípios, para que desta forma, possa ser construída uma consciência acerca das necessidades de saúde dos homens, além de seus direitos com o Estado.

Representado por 20% da amostra alguns entrevistados revelaram possuir conhecimento parcial acerca da Política.

H10 - “Tenho conhecimento, é um atendimento diferenciado para os homens, mas é bem pouco né, o que é falado. Só que o que adianta, nem precisa mesmo divulgar, quando a gente precisa de consulta nem consegue ou se não consulta e depois demora muito para resolver se for com o especialista”.

H6 - “Ah sim, eu sei, são os atendimentos até a noite aqui no postinho. Mas aqui não

tem um dia de atendimento de médico só para nós”.

Analisando o conhecimento dos usuários acerca dos objetivos gerais e específicos da Política, observa-se a necessidade de divulgação acerca desta temática, pois um número pouco expressivo possui um entendimento mesmo que raso em relação aos objetivos propostos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Predominantemente 70% dos pesquisados referem-se a falta de conhecimento.

H9 - “Nunca vi, nem ouvi falar nada em nenhum lugar”.

H7 - “Não faço ideia do que se trata”.

H3 - “Só estou sabendo que existe agora”

Contudo, mesmo que se trate da minoria dos entrevistados, observa-se que 30% da amostra possui um conhecimento parcial acerca dos objetivos da Política.

H1 - “É prevenir o câncer de próstata e doenças”.

H5 - “Porque a saúde do homem é diferente da saúde da mulher”.

H7 - “Melhorar a saúde dos homens”.

H9 - “Prevenir o câncer de próstata”.

De acordo com o descrito na Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem, um dos principais objetivos desta Política é:

[...] promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (Pnaish, 2008, p. 3).

Desta forma, do ponto de vista regimental, a Política Nacional objetiva a compreensão das particularidades de saúde da população masculina em seus mais diversos aspectos, para que desta forma se possa garantir um aumento na expectativa de vida desta população, além de diminuir os índices de morbimortalidade cada vez mais altos entre os homens.

Outro viés utilizado para identificação do conhecimento dos usuários em relação a Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem foi o questionamento de se eles sabiam qual o motivo da existência de uma política de saúde só para os homens e desta forma, foi possível identificar que as respostas variam entre os que não sabem os motivos e os que possuem alguma ideia em relação. Sobre os que referiram não saber o porquê da existência da Política, descrevem-se alguns fragmentos da entrevista.

H2 - “Não sei, essa é a primeira vez que ouço falar da política do homem”.

H8 - “Não tenho a menor ideia, qual a importância?”.

Já em relação aos que souberam explicar os motivos que levaram a criação da Política de Saúde voltada para a população masculina, observa-se mesmo que de maneira fragmentada, uma conscientização acerca da necessidade da criação da PNAISH.

H1 - “Eu acho que é porque a saúde do homem é diferente da saúde da mulher”.

H5 - “Eu acho que foi criada porque a gente não pode esperar ficar idoso para cuidar da nossa saúde.

H7 - “Os homens estão pegando mais doenças que nunca imagina que possa ter como o câncer de próstata. Sempre teve, mas era menos e a gente não tinha preocupação”.

H9 - “Eu acredito que é porque a gente está se cuidando mais e percebeu que a gente também pode ter doenças graves, mas diferentes da mulher, dos jovens e dos idosos, então a gente também precisa do nosso grupo”.

Contudo, observa-se que parte dos usuários do Programa de Saúde do Homem das unidades de saúde pesquisadas possuem conhecimentos específicos acerca de fatores que impulsionaram a criação da Política Nacional.

De acordo com a percepção de Andrade e Monteiro (2012), um fator importante que deve ser considerado como determinante para a criação da Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem é a posição dos homens em relação a sua saúde, e fica claro pelos indicadores de saúde masculina que eles possuem uma postura intransigente de autocuidado. (Andrade; Monteiro, 2012)

Além da negligência masculina descrita pelas autoras supracitadas, elas referem ainda como fatores determinantes para a criação da política o perfil de morbimortalidade masculino, o qual se apresenta com índices elevados entre esta população. Nesse sentido, a Política Nacional revela que:

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (Pnaish, 2008, p. 5).

Sob uma análise dos fatores que impulsionaram a criação da Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem (PNAISH), foi constado pelos entrevistados que esta política existe para suprir uma necessidade emergente de atenção à saúde dos homens, os quais têm a cada dia pouco se aproximado dos serviços de saúde e conseqüentemente adquirido doenças preveníveis, as quais levam a internações prolongadas e até ao óbito, gerando desta forma um prejuízo não apenas a ele, mas também à sociedade e familiares

destes indivíduos.

Sendo assim, o presente eixo revela que predominantemente os usuários das Ações de Saúde ofertadas ao Homem das Unidades Básicas de Saúde do município de Foz do Iguaçu – PR, não possuem um conhecimento adequado sobre a Política Nacional (PNAISH), tendo em vista que ao serem questionados sobre a existência da Política, seus objetivos e motivos de sua criação, obteve-se uma percepção de pouco conhecimento, contudo, faz-se necessário afirmar que mesmo sendo minoria, parte da amostra demonstra um conhecimento raso e fragmentado acerca dos objetivos da Política e dos motivos que levaram a sua criação.

A partir dos dados revelados neste eixo é interessante apontar que segundo os homens entrevistados, após serem devidamente informados da PNAISH pela pesquisadora passaram a considerar comparecer a Unidade Básica de Saúde para usufruir desta política.

3.2.2.2 - Eixo 2 – A experiência dos usuários na utilização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Uma das barreiras vivenciadas pela população masculina em relação a baixa adesão destes indivíduos aos serviços e ações específicas de saúde, está associada acessibilidade e a não permanência deles nos serviços de saúde, contudo deve-se considerar também que grande parte da não adesão às medidas de atenção integral se dão por parte do próprio homem.

Desta forma, observa-se que este perfil da população conta com o estímulo de outras figuras da sociedade, tais como familiares: mãe, esposa, dentre outros, vizinhas e amigas para que se garanta o acesso ao atendimento de saúde.

Ao serem questionados, de que forma ficaram sabendo das Ações de Saúde ofertadas ao homem, os participantes da pesquisa revelaram que o acesso ao atendimento está sempre relacionado com o auxílio de terceiros.

H1 - “Minha mãe vem sempre aqui no posto de saúde e ela que procurou por um atendimento para mim e informaram a ela que tem esse horário estendido”.

H5 - “Eu tenho uma amiga, minha vizinha, que pega receita aqui, daí ela me informou que o postinho está funcionando até mais tarde e também desses dias de exame PSA, essas coisas”.

H7 - “A minha irmã, foi ela que me disse que aqui tinha esse atendimento”.

H9 - “A minha esposa que é dessa área da saúde”.

De acordo com Leal, Figueiredo, Silva, 2012, os homens não possuem a cultura de frequentar unidades de saúde de modo a promoção e prevenção, desta forma, acabam negligenciando o acesso à informação e ao conhecimento de atividades de saúde destinadas a eles e desta forma, quando tomam conhecimento das ações de saúde destinadas ao público masculino, estas são oriundas de outros perfis da população, tais como esposas, mães, vizinhas, dentre outros.

Contudo, faz-se necessário reafirmar que a falta de procura da população masculina pelas unidades de saúde se dá, devido a construção social pela condição apreendida do homem como invulnerável ao adoecimento e às fragilidades sociais e relacionadas ao trabalho, uma vez que estes indivíduos precisam se ausentar das atividades profissionais para marcação e atendimento de saúde, o que não é bem-visto pelo empregador e pela sociedade (Souza, Queiroz, Florencio, Portela, Fernandes, Pereira, 2016).

No entanto, Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNHS), do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretária de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, trabalha no sentido de fomentar, acompanhar e prestar cooperação aos Estados e Municípios - visando à implantação e implementação da PNAISH, valorizando e respeitando as diversidades loco regionais - e promover, no âmbito de sua competência, a articulação Inter setorial e interinstitucional necessária à sua implementação, dentre outras (Ms/Cns, 2010).

Desta forma, a Empresa Cidadã é um programa do governo, regulamentado pela Lei 11.770/2008, que visa promover uma maior qualidade de vida para os trabalhadores, por meio de concessão de incentivos às empresas contratantes. A empresa cidadã é aquela que segue o regime de tributação com base no lucro real, podendo este ser trimestral ou anual, e que, após isso, tenha aderido ao Programa Empresa Cidadã - Decreto nº 7.052/2009 que regulamenta a Lei nº 11.770/2008 (ou seja, não é porque a empresa segue o regime de tributação com base no lucro real que já se torna automaticamente uma empresa cidadã) -. Este programa exige que a empresa abata do Imposto de Renda devido, os valores adicionais pagos aos pais/parceiros nos 15 dias a mais de licença-paternidade ou nos dias de agendamentos/consultas de rotina ou tratamentos, acompanhamentos. Empresas que são tributadas com base no lucro presumido ou que tenham aderido ao Simples Nacional também podem conceder este benefício aos seus colaboradores. Porém não poderão ter o abatimento no IR (Rfb/Cnsh/Ms, 2010).

Segundo dados da Receita Federal, o programa tinha, até setembro passado, 19 mil empresas inscritas, com 2,9 milhões de empregados. No Brasil, há aproximadamente 175

mil companhias que pagam impostos com base no lucro real, sendo a maioria de médio ou grande porte. Ou seja, apenas 10% das empresas capacitadas a se tornarem empresas cidadãs aderiram de fato ao programa (Rfb/Cnsh/Ms, 2010).

Ao realizar uma análise sobre a procura e permanência dos homens nos serviços de saúde, Couto *et al.* (2010), revela que os ambientes de saúde não colaboram para a permanência dos homens nos serviços, uma vez que esses ambientes são notoriamente destinados ao público feminino.

Contudo, de acordo com uma das diretrizes propostas pela Política Nacional, acrescenta – se que as ações de saúde devem ser reorganizadas através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os espaços dos serviços de saúde também como um espaço masculino (Pnaish, 2008).

De acordo com a percepção de Vieira *et al.* (2013), a maioria dos homens não conhecem nenhum tipo de serviço de saúde prestado pelas Unidades básicas de Saúde de sua localidade de moradia e os poucos que se referem saber, relatam que tomaram conhecimento através de algum familiar.

Ainda sob a perspectiva de que os homens acessam os serviços de saúde destinados a eles através do auxílio de algum familiar, foi perguntado aos entrevistados de que forma eles conseguiram o agendamento do atendimento nas Ações de Saúde ofertadas ao Homem nas Unidades Básicas de Saúde do estudo e os resultados obtidos com esta pergunta revelam que as esposas, mães e vizinhas estão sempre facilitando o acesso destes indivíduos ao programa de saúde.

H6 - “A minha vizinha sempre marca para mim, sou solteiro e tenho que fazer tudo, eu nem venho se não for necessário porque quem procura problema encontra”.

H8 - “Só eu trabalho recebendo lá em casa, nesse caso minha esposa é quem marca para mim. Se não, a gente perde o dia inteirinho aqui e nem resolve nesse mesmo dia o problema”.

H10 - “Sempre a mãe quem marca para mim, é tudo muito demorado aqui”.

Desta forma, evidencia-se que fatores como compromissos profissionais, demora para marcação da consulta e falta de tempo colaboram efetivamente para que os homens não procurem o serviço de saúde para agendamento de atendimento e esta responsabilidade acaba sendo compartilhada conforme relatos supracitados.

Por outro lado, parte da amostra da pesquisa revelou que eles próprios realizam o agendamento, o que acaba requerendo sacrifício, esforço e empenho.

H5 – “Tenho que vir bem cedo. Mesmo quando é de noite que eu vou me consultar,

porque as vagas são poucas, não dá para todo mundo, não é só para homem”.

H9 - “Eu venho de noite, é por ordem de chegada para a consulta. Quando não dá e tem que ser de manhã, perde o dia inteiro, aí nesse dia eu não trabalho”.

Contudo, o exposto aponta a existência de uma dificuldade vivenciada pelos usuários das Ações de Saúde ofertadas ao Homem no que tange a marcação de consultas e atendimento de saúde.

De acordo com os princípios norteadores da Política Nacional (2008), o acesso da população masculina aos serviços de saúde especializados deverá ser organizado nos diversos níveis de atenção, possibilitando desta forma uma melhoria no grau de resolutividade dos problemas do usuário além da facilitação nas marcações de consultas (Pnaish, 2008).

Por fim, ao serem questionados quanto à resolutividade de suas necessidades de saúde, tais como marcações de exames e encaminhamentos para especialidades, foi constatado que existe uma carência de recursos que inviabilizam a integralidade da assistência de saúde a esses indivíduos.

H3 - “Para conseguir uma consulta com especialista demora tanto que a gente acaba até esquecendo, e aí que piora a doença. E também é muito confuso os agendamentos, muito papel, tem que voltar muitas vezes para tentar, às vezes, resolver alguma coisa”.

H7 - “Me mandaram para o especialista, demorou muito para eu conseguir, mas quando eu consegui, ela me pediu um exame e não consegui fazer até hoje e não pude voltar no retorno que me chamaram, mas não tinham conseguido liberar o exame a tempo. Parece que cada departamento não trabalha junto. Muda muito de pessoal e é sempre uma desorganização. E seria mais fácil fazer particular os exames, mas um de sangue completo aí está custando mais de cem reais”.

H9 - “Eu trato uns nódulos na garganta, muitas pessoas da minha família morreram de câncer aí da garganta, então eu acompanho para controlar. Mas muda muito de médico. Agora estou aguardando a marcação com novo médico, daí os exames passam do tempo e tem que fazer de novo e uma coisa não bate com a outra. Muitos exames que preciso tenho que fazer fora no particular. Até tem no SUS, mas se eu for esperar a marcação, o resultado demora muito e a gente que está doente não pode esperar muito. Nos papéis parece tudo muito bonito, na época de eleição, mas na realidade é sempre falta de verba, falta daquilo. É fácil falar que tem que voltar no outro dia. Quero ver o meu patrão entender, daí a gente desanima”.

Desta forma, observa-se que as unidades de saúde do estudo, Vila “C” Velha e

Cidade Nova, não conseguem garantir a continuidade da assistência à saúde dos usuários das Ações de Saúde ofertadas ao Homem de forma integral, pois esta depende de outros serviços de referência e contrarreferência para que seus usuários tenham seus problemas de saúde resolvidos.

A Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem (PNAISH) possui como uma de suas diretrizes a integralidade, a qual pode ser compreendida na seguinte perspectiva:

Trânsito do usuário por todos os níveis de atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e contra referência entre a atenção primária e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção (Pnaish, 2008, p. 29).

Sendo assim, a Política Nacional (PNAISH) preconiza que o usuário deverá ter acesso não apenas à atenção primária, mas também aos serviços de média e alta complexidade, bem como serviços de referência e contrarreferência que se fizerem necessários para que suas necessidades de saúde sejam atendidas.

Desta forma, o presente eixo traduz que os usuários das Ações de Saúde ofertadas ao Homem, nas Unidades Básicas de Saúde da pesquisa, convivem com dificuldades em relação a utilização das Ações ofertadas a eles, visto que o acesso ao serviço é dificultoso, pois de acordo com os entrevistados, eles não possuem tempo disponível para marcação de consultas e espera em filas pois estas são realizadas ordem de chegada, mesmo sendo as consultas durante a noite, contudo vale ressaltar que este problema está vinculado com as questões do trabalho, pois segundo eles, a marcação e busca pelo atendimento demanda parte do dia de expediente de trabalhos deles.

Demoras para realização de exames específicos, bem como, agendamentos de consultas com especialistas também influenciam na operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) nas supracitadas Unidades Básicas de saúde.

Carvalho (1998, p. 37) contribui afirmando que: “Se os mecanismos democráticos de governo não representam os interesses da população, gera-se o desencanto com as instituições, o que as pesquisas de opinião revelam: a decepção com o país”. Dessa forma, os interesses da população deverão ser levados em consideração e garantidos para que assim o processo de desencantamento pelas instituições públicas e a decepção pelo país sejam freados.

Contudo, destaca-se a necessidade da reformulação das Ações de Saúde ofertadas ao Homem em consonância com a PNAISH, nas Unidades Básicas de Saúde, Vila “C”

Velha e Cidade Nova do município de Foz do Iguaçu - PR. Esta proposta de reformulação engloba a desburocratização nos agendamentos de consultas além da garantia aos serviços de referência e para resolutividade integral dos problemas de saúde apresentados por seus usuários.

3.2.2.3 - Eixo 3– A percepção dos usuários em relação a aplicabilidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Com o propósito de identificar a percepção dos usuários em relação a aplicabilidade da PNAISH o presente eixo foi norteado por dois questionamentos. O primeiro foi se alguma vez o usuário precisou de atendimento e não conseguiu.

H3 - “Faz uns dias, eu vim a noite, quando era minha vez me pediram para voltar no outro dia, porque era só um médico para todos, mas acho que tem um médico cada período, mas daí só pude vir hoje, faz uns quinze dias isso. Mas tudo bem, não sou mesmo apaixonado por médico”.

H8 - “Sim, é muita gente. Isso aqui fica lotado à noite, nem todo mundo sai consultado daqui, mas é assim mesmo no SUS”.

Desta forma, destaca-se que a falta de profissionais médicos ou somente um médico por equipe, pode ser o fator responsável pelos usuários não conseguirem um agendamento nas Unidades Básicas de Saúde da pesquisa nas Ações de Saúde ofertadas ao Homem e desta forma perceberem que as Ações, somente, possuem brechas no que tange à cobertura de atendimento.

De acordo com Carvalho (2002), a Constituição Cidadã não resolveu os problemas mais profundos do país, como a desigualdade social e sendo assim, continuam os problemas da educação, saneamento e, sobretudo os de saúde, como se descreve nesta pesquisa com a população masculina.

Sendo assim, faz-se necessário acrescentar que é responsabilidade da União fomentar a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, dos Estados, implantarem mecanismos de regulação das atividades relativas à Política Nacional e dos Municípios promoverem, no âmbito de suas competências, a articulação Inter setorial e interinstitucional necessária à implementação da PNAISH e do Programa de Saúde do Homem, ao invés de ações “permanentes”, pontuais e campanhistas, apenas.

Sobre a implementação de uma política pública, Secchi (2014, p. 77) define que uma

política pública como uma diretriz para a resolução de um problema público é a implementação de uma política pública que consiste em fazer uma política pública sair do papel e funcionar efetivamente. O posicionamento teórico do autor quanto a esses condicionantes é o seguinte: “atores são todos aqueles indivíduos, grupos ou organizações que desempenham um papel na arena política”. No processo de política pública, os atores que possuem relevância são aqueles com capacidade de influenciar direta ou indiretamente os resultados e conteúdo da política pública. Os atores são responsáveis por a) sensibilizar a opinião pública sobre os problemas relevantes; b) influenciar a agenda; c) estudar e elaborar propostas e tomar decisões, fazendo com que as intenções se tornem ações. O analista de políticas públicas deve saber identificar os atores e avaliar a interação entre eles no processo. Basicamente, existem duas macrocategorias de atores, os governamentais e os não governamentais.

Sendo assim, do ponto de vista teórico, para que a Política Nacional seja implementada com sucesso, deve-se garantir recursos no orçamento, equipes qualificadas para operacionalização do Programa de forma efetiva, além de contratação de serviços especializados que darão suporte à política.

Já o segundo questionamento feito aos pesquisados com vistas a identificar a percepção deles à aplicabilidade da Política foi se eles consideram que a saúde deles é bem assistida pelo serviço público e de acordo com os dados obtidos, observa-se uma variação de opiniões entre a amostra.

H3 – “Acredito que falta muita coisa para melhorar, falta profissional para atender a gente de maneira adequada. Para eu conseguir a consulta eu tenho que enfrentar fila para marcar, outra para ver a pressão e outra para esperar a consulta médica”.

H5 - “Precisa melhorar muita coisa. Mês passado mesmo eu perdi uma consulta e quando fui remarcar, marcaram para daqui a três meses. Como que eu posso esperar três meses? É muito tempo para quem está precisando. Absurdo”.

H16 - “Sempre tem alguma coisa para melhorar, mas por mais difícil que pareça ser, acredito que sempre a gente consegue atendimento”.

H18 - “Para mim está bem assistida, a gente consegue as consultas, é difícil, mas a gente sempre consegue com a ajuda dos enfermeiros”.

H30 - “acredito que dentro das condições do SUS somos bem assistidos, um exame ou outro demora um pouco, mas temos que ter paciência que sempre consegue. Se você for ao particular às vezes demora do mesmo jeito”.

Sob o pensamento de Rúa (2009, p. 99), alguns estudos indicam precondições

necessárias para que haja uma implementação de política pública perfeita:

As circunstâncias externas à agência implementadora não devem impor restrições que desvirtuem; o programa deve dispor de tempo e recursos suficientes; a política a ser implementada deve ser baseada numa teoria adequada sobre a relação entre a causa (de um problema) e o efeito (de uma solução que está sendo proposta).

Sendo assim, a Política a ser implementada deverá ser baseada na causa do problema e conseqüentemente na solução para que este problema seja solucionado.

Contudo, mesmo com todas as dificuldades e fragilidades para a implementação do Programa de Saúde do Homem observa-se que parte dos usuários considera que possuem a saúde bem assistida pelo serviço público e em contrapartida, uma parte predominante da amostra sugere a necessidade de melhoria, principalmente no que diz respeito ao acesso aos serviços e ter um Programa de Saúde do Homem para eles.

Sendo assim, poderia ser de grande ajuda uma atenção especial por parte dos gestores da unidade para que o acesso as Ações de Saúde ofertadas ao Homem nas Unidades do estudo. Isto poderia ajudar a garantir integralmente o atendimento aos homens em horário estendido, visando ao mesmo tempo a oferta de vagas para todos os usuários que precisarem. Por fim, ainda se tem como necessidade a atuação direta do governo, oferecendo mão de obra qualificada para que este serviço seja realizado em consonância com os princípios e diretrizes preconizados no texto regulamentador da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o objetivo principal desta pesquisa foi analisar a compreensão/leitura dos usuários da PNAISH, frente ao atendimento prestado a eles através das Ações de Saúde ofertadas aos Homens nas Unidades Básicas de Saúde Vila “C” Velha e Cidade Nova foi utilizada como a pergunta norteadora: A Política Pública que existe e que é voltada para a população masculina tem tido o alcance almejado nas referidas Unidades Básicas de Saúde?

A escolha do tema proposto se deu pela indagação desta pesquisadora em reconhecer a aplicabilidade da Política Nacional (PNAISH) no município de Foz do Iguaçu, haja vista que de acordo com dados publicados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Paraná e pela sua vivência profissional enquanto sanitaria e estudante de enfermagem, a população masculina tem adoecido cada vez mais e mais cedo, além de estar mais vulnerável a riscos de adquirir problemas de saúde do que os demais grupos.

O tema do estudo se integrou diretamente com a linha de pesquisa do Programa de Pós-Graduação – Políticas Públicas e desenvolvimento na linha de pesquisa Políticas Públicas e Sociedade por analisar a responsabilidade do Estado em garantir o direito à saúde da população masculina através de uma Política Pública, efetivando do ponto de vista regimental o processo de cidadania entre estes indivíduos.

Sendo assim, buscou-se extrair a percepção e o entendimento desses usuários acerca das Ações de Saúde ofertadas ao Homem e conseqüentemente da Política Nacional (PNAISH) por meio de indagações em relação ao tema Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem, uma vez que a hipótese norteadora do estudo é a que de acordo com a leitura feita pelos usuários desta política, ela não contribui com a melhoria da saúde deles em decorrência a várias dificuldades que impedem que o programa, ao invés de ações pontuais e campanhistas, seja implementado integralmente.

Sob esse desafio, destaca-se, ainda, a restrição do cuidado masculino a Ações pontuais e campanhistas, como o Agosto e Novembro Azul, dedicado ao rastreamento do câncer de próstata. Estudiosos analisaram as ações do “Novembro Azul” e evidenciaram as disputas subjacentes a essa campanha, escancarando o papel e a contribuição da prática médica na conformação de um modelo de cuidado à saúde do homem reduzido às ações esporádicas e que assumem caráter meramente curativista, sem contribuir efetivamente para a integralidade da saúde dos homens. (Leone, *Rovito*, *Mullin*,

Mohammed, Lee, 2017)

Criada para dar conta de problemas considerados de saúde pública, a PNAISH, diferentemente da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), totalmente horizontal, nascida a partir de movimentos populares femininos, a PNAISH baseada na PNAISM, instituiu-se verticalmente em meio a discussões e tensões entre as sociedades médicas e de saúde e a Gestão Federal, tendo o objetivo geral de:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (Brasil, 2009, p. 31).

No entanto, a utilização de dispositivos vinculados a outros grupos predominantes, no contexto dos espaços de saúde, não possibilita a conquista do acesso masculino a esses serviços, haja vista que os profissionais não consideram as concepções individuais de gênero dos sujeitos com as demandas trazidas pelos próprios homens ao fazerem uso do serviço.

A invisibilidade dos homens nos serviços de saúde é consequência da incapacidade de os profissionais notarem os indivíduos como usuários e as questões trazidas por eles. Isso é um reflexo da permanente organização dos serviços que prioriza as mulheres, crianças e idosos na cobertura de suas ações. Como consequência disso, o homem não consegue garantir seu espaço na Unidade Básica de Saúde (UBS), pois os profissionais não estão habilitados e organizados para atender a essa nova demanda (Gomes, 2018).

A falta de conhecimento e experiência tanto dos profissionais quanto dos usuários, impede que sejam realizados programas e práticas de saúde dirigidas especificamente para o homem, permanecendo um atendimento incapaz de suprir as necessidades inerentes aos sujeitos, como também práticas que alicerçam a sua ausência nos estabelecimentos de saúde (Motta, 2006), visto que a maior parcela de sujeitos da pesquisa eram homens com mais de 40 anos, deixando desatendida a faixa etária 20 – 39 anos preconizada pela PNAISH. Percebe-se que os profissionais de saúde não consideram as necessidades de saúde do homem a partir da singularidade, das especificidades masculinas e das suas relações sociais, as quais no âmbito da atenção primária podem ser trabalhadas mais eficientemente.

Na maioria dos serviços de saúde, as ações ofertadas ao homem têm sido pautadas na utilização de atividades pontuais, e quando rotineiramente, são dirigidas para o exame do Exame do Antígeno Prostático (PSA), planejamento familiar e vinculação dos sujeitos

ao programa de Hipertensão e Diabetes (HiperDia). O PSA objetiva auxiliar no diagnóstico do câncer de próstata a partir da coleta de sangue do homem. Vale ressaltar que o câncer de próstata é reconhecido como um caso de saúde pública tamanha a sua magnitude no quadro de morbimortalidade masculina, sendo indispensável sua prevenção e controle. Logo, ações preventivas configuram-se como intervenções capazes de evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência na população. Assim, emerge a necessidade de buscar subsídios com vistas a garantir capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais da ESF, como também a realização de atividades de educação em saúde que permitam ao homem entender suas necessidades de saúde e inserir-se nesses espaços (Pnaish, 2008).

As Ações desenvolvidas pelas Unidades Básicas de Saúde do estudo, mostraram-se insuficientes diante das singularidades masculinas, pois, apenas a utilização de práticas assistenciais como atendimentos ambulatoriais e solicitação de exames de rotina não se apresentam como estratégias de valorização do grupo.

É provável que atividades de promoção e prevenção à saúde ajudariam na formação de vínculos entre profissionais e homens, diminuindo a invisibilidade da população masculina nos espaços de saúde (Gomes, 2008). O planejamento familiar e o programa HiperDia não se configuram como atividades específicas voltadas para o homem e a oferta desses serviços da equipe, intersetorialidade e práticas de promoção da saúde não permite alcançar os anseios de saúde do grupo.

Com isso, mesmo as Unidades Básicas de Saúde do estudo entendendo a necessidade e a relevância de promover ações para o homem, percebe-se que estes não utilizam a PNAISH como instrumento de fortalecimento dos serviços e subsídio no desenvolvimento de práticas efetivas para a sua inserção na UBS, como a realização de visitas domiciliares e busca ativa.

Para a real efetivação de ações dirigidas ao público masculino na atenção primária é preciso identificar quais as necessidades dos sujeitos em frente do serviço, uma vez que o reconhecimento dessas necessidades permite a organização de atividades e práticas de saúde.

Desta forma, o estudo promove uma reflexão acerca da Implementação da Política de Saúde do Homem, não apenas nas unidades pesquisada, mas também em todo território nacional, haja vista que sob o ponto de vista prático, mesmo com a criação desta política pública os homens continuam enfrentando obstáculos para o acesso aos serviços de atenção básica e quando conseguem este acesso, por vezes ele ocorre após longos

períodos de espera, de forma burocratizada e nem sempre possuem suas demandas atendidas e resolvidas reforçando assim a negligência por parte do Estado em relação à saúde destes indivíduos.

Propõe-se que mecanismos de promoção à saúde sejam inseridos nas práticas cotidianas dos profissionais, a partir de cuja capacitação a PNAISH possa ser executada. Além de sensibilização da gestão de saúde do município do estudo, fazendo-a compreender as necessidades de saúde do homem, possibilitando assim a melhoria do acesso e da saúde da população masculina.

Sendo assim, conclui-se que a PNAISH implantada em 2008 no ambiente do SUS no ano seguinte, se apresenta do ponto de vista regimental como uma proposta inovadora de transformação na vida da população masculina do Brasil, entretanto, para que os objetivos referidos nesta normativa possam efetivar-se, faz-se imprescindível investimento, acompanhamento e avaliação para garantir a política e sua implementação, além da quebra de paradigmas culturais em relação a saúde dos homens pelos profissionais e pelos próprios homens, entendendo desta forma que trata-se de um perfil da população que continua exposto a altos índices de morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Bruno Santos de. **Política Nacional de atenção integral à saúde do homem na leitura do usuário em uma unidade de saúde do Distrito Federal**. 2016. Dissertação (Mestrado) em Ciência Política, Brasília, 2016.

Disponível em:

<<http://www.unieuro.edu.br/mestradocienciapolitica/images/Dissertacoes/mestrado/bruno%20santos%20de%20assis%20verso%20final.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: MS, 2009. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2022.

BRASIL, Portaria nº 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**.

Disponível

em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>.

Acesso em: 05 jan. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final Consolidado da 13ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1129369>>. Acesso em: 07 jan. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de Julho de 2013.

Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 11 jul. 2013. Seção1, p. 294.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 5out. 2015-B. Seção 1, p. 668.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília-DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html>, Acesso em: 22 jan. 2022.

BUZZATTI, A. M. S.; BACCIN, L.C. **Políticas Públicas de Fomento à Saúde como Mecanismo de Superação das Desigualdades**. In: Estudos sobre Amartya Sen, Volume 1: Políticas Públicas, e Desenvolvimento. [recurso eletrônico] / Neuro José Zambam; Henrique Aniceto Kujawa (Orgs.) - Editora Fi, Porto Alegre, RS, 2017.

BUZZATTI, A. M. S.; BACCIN, L.C. **Políticas Públicas: Instrumento para Promoção da Qualidade de Vida**. V Seminário Internacional de Direitos Humanos e Democracia: Novos Desafios para a Democracia e para o Desenvolvimento – V Mostra de Trabalhos Científicos. UNIJUÍ – Ijuí, 2017.

BRAVO, M. I. S. **Questão da saúde e Serviço Social. As práticas profissionais e as lutas no setor**. Tese de doutorado, São Paulo: PUC-SP, 1991.

BERBERI, A. L. **Os Princípios na teoria do direito**. Imprensa: Renovar, Rio de Janeiro, 2003.

BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **O conceito de política pública em direito**. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. Ed. Saraiva, São Paulo, 2006.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de Saúde: fundamentos e diretrizes do SUS** / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. Departamento de Ciências da Administração / UFSC; CAPES: UAB, Florianópolis, 2010.

CAVALCANTI, J.R.D; FERREIRA, J. A, HENRIQUES, A.H.B; MORAIS, G.S.N; TRIGUEIRO, J.V.S; TORQUATO, I.M.B. **Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, V. 18 Out-Dez, 2014.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ean/a/788Rdv7GTmx8TNyPxXQ8BDB/?lang=pt&format=pdf>>.

Acesso em: 07 ago. 2021.

CONASS. **SUS: avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS, Brasília, 2006.

CORREIA, M. V. C. **Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS ?**. In: BRAVO, M.I.S; MENEZES, J.S.B (org.) *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius - ADUFRJ, 2011.

COUTO, Márcia T; GOMES, Romeu; SCHRAIBER, Lília B. **Homens e Saúde na pauta da saúde coletiva**. Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2005.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a02v10n1.pdf>> Acesso em: 21 jan. 2022.

DALFIOR, Eduardo Tonole; LIMA, Rita de Cássia Duarte; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. **Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde**. *Saúde Debate*, v. 39, nº 104, p. 210-225, Rio de Janeiro, 2015.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Direitos Humanos Fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2004.

FLEURY, Sonia. **Políticas e Sistemas Sociais em Transformação na América Latina**. Socialis – Revista Latino-americana de Política Social, nº 1, Buenos Aires, 1999.

FLEURY, S.; OUVRENEY, A. M. Política de Saúde: Uma Política Social. In Giovanella L., Escorel S., Vasconcelos Costa Lobato L., De Noronha J., Carvalho A. (Eds.), **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Scielo – Editora FIOCRUZ. 2 ed. p. 25-58, Rio de Janeiro, 2008.

FREITAS, F. **A evolução recente do auxílio-doença previdenciário e o papel da reabilitação profissional**. Dissertação de mestrado. Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social. Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 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.

GOMES, Romeu. **Sexualidade masculina gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOMES, Romeu. **Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão**. Ciênc. Saúde coletiva, v. 8, n. 3, p. 825-829, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2021.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do; ARAÚJO, F. C. de. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007. Disponível 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: 20 set. 2021.

GOMES, R. **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

GOMES, Romeu; LEAL, Andréa. F; KNAUTH, Daniela; SILVA, Geógia S. N. **Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, nº 10, p. 2589-2596, out., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2021.

GREMAUD, Amaury Patrick; VASCONCELLOS, Antonio Sandoval de; TONETO JUNIOR, Rudinei. **Economia Brasileira Contemporânea**. (3ª edição). São Paulo, SP: Atlas, 2002.

HEILBORN, M. L.; CARRARA. **Em cena, os homens...** Revista Estudos Feministas, Florianópolis, vol. 6, nº 2, 1998.

LAURENTI, R., BUCHALLA, C. M., MELLO Jorge, M. H. P. de. LEBRÃO, M. L., & GOTLIEB, S. L. D. (1998). **Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero**. São Paulo: USP/FSP, 1998. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/VjZYYSTpV5ms54kvS8wfmSm/?lang=pt>>. Acesso em: 26 ago. 2021.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. **Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2022.

LEAL, Andréia Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; SILVA, Geórgia Sibebe Nogueira da. **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 & Saúde Coletiva*, 17(10):2607-2616, 2012.

LOBATO, L.V.C. **Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, p.721 - 730, São Paulo, 2009.

LUCCA, Huiana Cristine. **Utilização do prontuário eletrônico do cidadão sob a ótica dos profissionais de saúde da atenção primária.** Dissertação de Mestrado Profissional em Informática em Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

MACHIN, Rosana. Et al. **Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção.** *SciELO. Ciênc. Saúde coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, nov. Rio de Janeiro, 2011.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2022.

MARTINS, A. M., MALAMUT, B. S. (2013). **Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** *Saúde e Sociedade*, v. 22, p. 429-440, jun, São Paulo, 2013.

MEDRADO, Benedito. LYRA, Jorge. AZEVEDO, Mariana. **Eu Não Sou Só Próstata, Eu sou um Homem.** Org. *Saúde do Homem em Debate*, Rio de Janeiro-RJ, Editora Fiocruz, 2011. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/6jhfr/pdf/gomes-9788575413647-03.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2022.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional.** Saraiva, 7^a ed. São Paulo, 2012.

MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, A. N. **A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão?** *Psicologia Política*. Vol. 10, nº 20, p. 215-226. Jul / Dez, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v10n20/v10n20a03.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2022.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção.** Tradução de Carlos Alberto R. de Moura. Ed. Martins Fontes, São Paulo, 1999.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. **Quantitativo - qualitativo: oposição ou complementaridade?** *Cadernos de saúde pública*, v. 9, mar, Rio de Janeiro, 1993.

MIRANDA, A. A. **Movimentos Sociais, Aids e cidadania: A construção Social do Direito a Saúde no Brasil.** Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília – UNB, Brasília-DF, 2007.

MIRANDA, C. M. CASTILHO, N. A. N. CARDOSO, V. C. C. **Movimentos Sociais e participação popular: Luta pela conquista dos direitos sociais.** *Revista da Católica*, v. 1, n. 1, p. 176- 185, Uberlândia 2009.

MOTA, Elizabete, et al (Org.). **Serviço Social e Saúde, Formação e Trabalho profissional.** Cortez, São Paulo, 2006.

NOVELINO, Marcelo. **Direito constitucional**. Imprensa: Método, São Paulo, 2008.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Revista de Saúde Pública, v. 40, ago. São Paulo, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios**. Texto elaborado para a Comissão de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde da ABRASCO, como subsídio aos debates da 13ª Conferência Nacional de Saúde, outubro de 2007.

Paim, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

ORLANDI, Eni P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 2009.

REIS, D.; ARAÚJO, E.; CECÍLIO, L. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. UNASUS/UNIFESP São Paulo/SP, 2010.

REIS, Camila R; PAIM, Jairnilson. S. **A Saúde nos Períodos dos Governos Dilma Rousseff (2011-2016)**. Divulgação em Saúde para Debate, n. 58, p. 101-114, jul, Rio de Janeiro, 2018.

REIS, Camila R; PAIM, Jairnilson. S. **A Reforma Sanitária Brasileira durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura**. Saúde e Debate, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 563-574, Jul-Set, 2021.

REYMAO, Ana Elizabeth Neirao; CAÇAPIETRA, Ricardo dos Santos. **Políticas públicas e a concretização de direitos sociais: tomada de decisão, arquitetura de escolhas e efetividade**. Revista Brasileira de Políticas Públicas, v. 8, n. 2, p. 543-567, 2018.

RODRIGUES, P. H. D. A. **Desafios Políticos para a Consolidação do Sistema Único de Saúde: Uma Abordagem Histórica**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 21, n. 1, 2014.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. CAPES: UAB, Florianópolis 2009.

SANTOS, M. **A abordagem das políticas públicas educacionais para além da relação Estado e sociedade**. In: **Seminário de Pesquisas em Educação da Região Sul**, n. 9., 2012, Caxias do Sul. Anais IX ANDEP Sul. Caxias do Sul, 2012.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: Algumas aproximações**. Revista Brasileira De Direitos Fundamentais & Justiça, 171–213, 2008.

SCHWARZ et. al. **Política de saúde do homem**. Rev Saúde Pública, p. 108-116, 2012.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**, 2ª ED. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

SOARES, R. C. **A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social.** Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual de Pernambuco, Pernambuco, 2010.

SOUZA, Celina. **A Introdução Políticas Públicas: uma revisão da literatura.** Sociologias, ano 8, nº 16, jul/dez, p. 20-45, Porto Alegre, 2006.

TONELI, M.J.F; SOUZA, M.G.C; MULLER, R.C.F. **Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC.** *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, nº 3, p. 973 - 994, 2010.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2022.

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA



Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal da Saúde

AUTORIZAÇÃO

A gestora do Sistema Único de Saúde do município de Foz do Iguaçu, Jaqueline Tontini, **AUTORIZA** a acadêmica **DAIANI SCHEFFER** – da Universidade Federal Latino-Americana (UNILA), sob a orientação da Professora Dra. Carmen Justina Gamarra, a realizar pesquisa junto às Unidades Básicas de Saúde, no âmbito desta Secretaria da Saúde de Foz do Iguaçu, para realização do projeto “*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na perspectiva do usuário das Unidades Básicas de Saúde do Município de Foz do Iguaçu*”.

Fica esta autorização condicionada à ciência e observância de cumprimento, pela acadêmica e pela Instituição de Ensino, dos critérios estabelecidos por esta Secretaria, especialmente quanto à coleta/pesquisa não ter sido iniciada e que isso somente ocorrerá após a aprovação do projeto de pesquisa pela coordenação do curso e instituição que frequenta. Ressalte-se necessidade de o projeto estar em conformidade com normas éticas e legislação vigente, respeitando-se o sigilo de informações, com o compromisso de não serem veiculadas tais informações ou divulgadas, obedecendo às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos e assegurando a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantindo que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição. Também deverá haver devolutiva do resultado da pesquisa ao serviço de saúde onde foi desenvolvido o projeto.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente instrumento para que surta seus efeitos legais.

Foz do Iguaçu, 11 de maio de 2022.

Jaqueline Tontini

Responsável pela Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Av. Brasil, 1637, sala 301 - 3º andar - Centro - 85851-000 - Foz do Iguaçu - Paraná

TELEFONE: (45)2105-1129; e-mail: saúde@pmfi.pr.gov.br

Jaqueline Tontini
Responsável pela Secretaria da Saúde
de Foz do Iguaçu
Rua Taubaté nº 73, 217

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM NA LEITURA DO USUÁRIO EM UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU - PR

Pesquisador: DAIANI SCHEFFER

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63993322.7.0000.9432

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRACAO LATINO-AMERICANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.838.521

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas das Informações Básicas da Pesquisa, arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS.pdf", gerado na Plataforma Brasil.

Esta pesquisa busca analisar a Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem (PNAISH) por meio da percepção do usuário do município de Foz do Iguaçu - PR. Deste modo, seu objetivo geral é analisar a percepção dos usuários com idade entre 25 a 59 anos do atendimento prestado a eles nas Unidades Básicas de Saúde Vila "C" Velha e da Unidade Básica de Saúde Sol de Mai, as quais tem atividades específicas para população masculina em consonância com a PNAISH. O problema deste trabalho se apresenta no questionamento: De acordo com a percepção dos usuários do referido serviço, a política pública que existe voltada para eles, tem sido suficiente para garantir o acesso à saúde de todos eles? Já a hipótese norteadora é que de acordo com os indivíduos contemplados com a política na Unidade Básica de Saúde ela não contribui com a manutenção da saúde deles em decorrência de várias dificuldades que impedem que o programa seja implementado integral e adequadamente. A pesquisa de campo utilizou-se de metodologia quali-quantitativa com aplicação de questionário objetivo e uma entrevista subjetiva gravada através de áudio de modo a permitir a livre expressão dos sujeitos envolvidos na pesquisa. A análise dos dados dar-se-á através da técnica de análise de conteúdo de onde emergirão dois subtítulos, o perfil sócio demográfico dos usuários e a percepção dos mesmos em relação a

Endereço: Avenida Dom Pedro I, 65 - 2º andar, sala 02 Ramal 9171

Bairro: Centro

CEP: 87.113-280

UF: PR

Município: SARANDI

Telefone: (44)3264-8800

E-mail: coep@redemetropolitana.org.br



Continuação do Parecer: 5.838.521

PNAISH.

Objetivo da Pesquisa:

Os pesquisadores propõem:

Objetivo Geral

O objetivo geral é identificar quais são os saberes e as práticas de cuidado desenvolvidas por homens entre 20 e 59 anos, do atendimento prestado a eles nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Foz do Iguaçu – PR e sua consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Objetivos Específicos

- 1) Estudar o Estado enquanto agente promovedor da cidadania por intermédio das políticas públicas;
- 2) Apresentar o PNAISH como uma das estratégias do Estado para a promoção de políticas públicas de saúde do homem;
- 3) Identificar as atividades específicas para a população masculina em e sua consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem implementadas pelas Unidades Básicas de Saúde do Município de Foz do Iguaçu – PR,
- 4) Revelar o perfil sócio demográfico dos homens usuários das Unidades de Saúde do Município de Foz do Iguaçu – PR, e suas compreensões em relação à Política Pública de Saúde destinada a eles.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores informam que:

Riscos:

Os riscos da pesquisa são mínimos. Podendo existir a possibilidade de haver alguma vergonha/timidez durante as observações e questionamentos. Caso alguma dessas situações se apresente, o indivíduo participante do estudo será questionado sobre a necessidade de interromper a pesquisa. Caso a resposta seja afirmativa a pesquisa será cessada imediatamente. Se ocorrer algum transtorno, decorrente de sua participação em qualquer etapa dessa pesquisa, os entrevistados, serão orientados a procurar o serviço de saúde do Sistema Único de Saúde, para o acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita.

Benefícios:

Benefícios imediatos que abordagem poderá trazer aos participantes envolvidos é a compreensão de realidades. Portanto, a contribuição deste estudo será de grande relevância social e acadêmica para a atenção à saúde dos homens, pois contribuirá para uma maior aproximação deles com os profissionais e os serviços de saúde. E, especificamente, para a Saúde Coletiva, porque o universo

Endereço: Avenida Dom Pedro I, 65 - 2º andar, sala 02 Ramal 9171
Bairro: Centro **CEP:** 87.113-280
UF: PR **Município:** SARANDI
Telefone: (44)3264-8800 **E-mail:** coep@redemetropolitana.org.br



Continuação do Parecer: 5.838.521

masculino, até o momento, tem sido pouco explorado por essa profissão. Assim sendo, a partir da compreensão dos homens em relação ao cuidado e ao processo, os/as sanitaristas poderão planejar ações de promoção, cuidado e prevenção congruentes, colaborando, dessa forma, para a transformação do paradigma almejado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

O método de abordagem a ser utilizado no presente trabalho será o de pesquisa exploratória de caráter quali-quantitativo, tendo em vista que Minayo e Sanches (1993) destacam que a abordagem quantitativa tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, deve-se usar em grandes aglomerados de informações, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis. E a abordagem qualitativa a de quase a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente (MINAYO e SANCHES, 1993). A Política Nacional Integral de Saúde do Homem (PNAISH) preconiza a atenção integral do homem, em todas as idades, contudo tem como população prioritária os homens de 20 - 59 anos porque apresentam os maiores indicadores demorbimortalidade (PNAISH, 2009, p. 16). Sendo este o motivo do recorte de idade 20 - 59 anos, delimitado neste estudo. Para alcançar os objetivos específicos 1 e 2 será realizada pesquisa documental, pesquisa bibliográfica através de doutrinas e jurisprudências relacionadas ao tema, estatísticas, artigos de revistas, jornais, além de outras fontes a serem consultadas como, por exemplo, artigos científicos, monografias e dissertações. Para a obtenção dos dados necessários para alcançar o específico 3, serão realizados contatos com os gerentes das unidades de saúde do município, seguido de conversas e observação direta nas unidades de saúde. Logo após de identificar as Unidades Básicas de Saúde do Município de Foz do Iguaçu –PR, que desenvolvem atividades específicas para a população masculina em e sua consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, será possível definir a unidade ou unidades de saúde para desenvolver parte da pesquisa em busca das compreensões dos homens usuários em relação à Política Pública de Saúde destinada a eles. Para revelar o perfil sócio demográfico dos homens usuários das Unidades de Saúde do Município de Foz do Iguaçu – PR, e suas compreensões em relação à Política Pública de Saúde destinada a eles, será aplicado um questionário, constituído de duas partes, a primeira estará composta com perguntas sobre perfil sócio demográfico, já a segunda parte será composto por questões subjetivas, que será aplicado por meio de entrevistas gravadas através de áudio,

Endereço: Avenida Dom Pedro I, 65 - 2º andar, sala 02 Ramal 9171
Bairro: Centro **CEP:** 87.113-280
UF: PR **Município:** SARANDI
Telefone: (44)3264-8800 **E-mail:** coep@redemetropolitana.org.br



Continuação do Parecer: 5.838.521

posteriormente transcritas e analisadas a fim de se obter as informações da leitura dos usuários em relação ao atendimento prestado a eles na Unidade de Saúde escolhida do município de Foz do Iguaçu - PR. Serão selecionados sujeitos, tendo como critério de inclusão homens na faixa etária entre 20 a 59 anos de idade, que estiverem sendo atendidos na Unidade de Saúde escolhida e que aceitem participar da pesquisa após a assinatura do Termo de Conhecimento e Livre Esclarecimento (TCLE). A avaliação da leitura dos usuários frente a Política será feita apenas da Unidade pesquisada. A pesquisa será sistematizada em capítulos. No primeiro se apresentará uma discussão sobre Estado, Política Pública e Cidadania. No segundo capítulo, serão realizadas abordagens sobre Políticas Públicas e Políticas Públicas de Saúde, conceitos e elucidações acerca desta temática. O terceiro capítulo terá como objetivo apresentar a metodologia proposta da pesquisa realizada na Unidade de Saúde escolhida para trabalhar no município de Foz do Iguaçu - PR, a qual irá revelar o perfil sócio demográfico dos usuários e suas compreensões em relação à Política Pública de Saúde destinada a eles.

Critério de Inclusão:

Como critérios de inclusão, deverão ser homens, ter entre 20 e 59 anos, utilizar as Unidades Básicas de Saúde alvo do estudo, aceitar participar da pesquisa mediante explanação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critério de Exclusão:

Como critérios de exclusão, estar fora da faixa etária 20 a 59 anos, preconizada pela Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem. Aquele que não utilizar as Unidades Básicas de Saúde alvo do estudo, ou ainda, não querer participar da pesquisa.

Metodologia de Análise de Dados:

O método de abordagem a ser utilizado no presente trabalho será o de pesquisa exploratória de caráter quali-quantitativo, tendo em vista que Minayo e Sanches (1993) destacam que a abordagem quantitativa tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, deve-se usar em grandes aglomerados de informações, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis. E a abordagem qualitativa a de quase a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente (MINAYO e SANCHES, 1993). A Política Nacional Integral de Saúde do Homem (PNAISH) preconiza a atenção integral do homem, em todas as idades, contudo tem como população prioritária os homens de 20 - 59 anos porque apresentam os maiores indicadores de morbimortalidade (PNAISH, 2009, p. 16).

Endereço: Avenida Dom Pedro I, 65 - 2º andar, sala 02 Ramal 9171
Bairro: Centro **CEP:** 87.113-280
UF: PR **Município:** SARANDI
Telefone: (44)3264-8800 **E-mail:** coep@redemetropolitana.org.br



Continuação do Parecer: 5.838.521

Sendo este o motivo do recorte de idade 20 - 59 anos, delimitado neste estudo. Para alcançar os objetivos específicos 1 e 2 será realizada pesquisa documental, pesquisa bibliográfica através de doutrinas e jurisprudências relacionadas ao tema, estatísticas, artigos de revistas, jornais, além de outras fontes a serem consultadas como, por exemplo, artigos científicos, monografias e dissertações. Para a obtenção dos dados necessários para alcançar o específico 3, serão realizados contatos com os gerentes das unidades de saúde do município, seguido de conversas e observação direta nas unidades de saúde. Logo após de identificar as Unidades Básicas de Saúde do Município de Foz do Iguaçu –PR, que desenvolvem atividades específicas para a população masculina em e sua consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, será possível definir a unidade ou unidades de saúde para desenvolver parte da pesquisa em busca das compreensões dos homens usuários em relação à Política Pública de Saúde destinada a eles. Para revelar o perfil sócio demográfico dos homens usuários das Unidades de Saúde do Município de Foz do Iguaçu – PR, e suas compreensões em relação à Política Pública de Saúde destinada a eles, será aplicado um questionário, constituído de duas partes, a primeira estará composta com perguntas sobre perfil sócio demográfico, já a segunda parte será composto por questões subjetivas, que será aplicado por meio de entrevistas gravadas através de áudio, posteriormente transcritas e analisadas a fim de se obter as informações da leitura dos usuários em relação ao atendimento prestado a eles na Unidade de Saúde escolhida do município de Foz do Iguaçu - PR. Serão selecionados sujeitos, tendo como critério de inclusão homens na faixa etária entre 20 a 59 anos de idade, que estiverem sendo atendidos na Unidade de Saúde escolhida e que aceitem participar da pesquisa após a assinatura do Termo de Conhecimento e Livre Esclarecimento (TCLE). A avaliação da leitura dos usuários frente a Política será feita apenas da Unidade pesquisada. A pesquisa será sistematizada em capítulos. No primeiro se apresentará uma discussão sobre Estado, Política Pública e Cidadania. No segundo capítulo, serão realizadas abordagens sobre Políticas Públicas e Políticas Públicas de Saúde, conceitos e elucidações acerca desta temática. O terceiro capítulo terá como objetivo apresentar a metodologia proposta da pesquisa realizada na Unidade de Saúde escolhida para trabalhar no município de Foz do Iguaçu - PR, a qual irá revelar o perfil sócio demográfico dos usuários e suas compreensões em relação à Política Pública de Saúde destinada a eles.

Desfecho Primário:

A contribuição deste estudo será de grande relevância social e acadêmica para a atenção à saúde dos homens, pois contribuirá para uma maior aproximação deles com os profissionais e os serviços de saúde. E, especificamente, para a Saúde Coletiva, porque o universo masculino, até o momento,

Endereço: Avenida Dom Pedro I, 65 - 2º andar, sala 02 Ramal 9171
Bairro: Centro **CEP:** 87.113-280
UF: PR **Município:** SARANDI
Telefone: (44)3264-8800 **E-mail:** coep@redemetropolitana.org.br



Continuação do Parecer: 5.838.521

tem sido pouco explorado por essa profissão. Assim sendo, a partir da compreensão dos homens em relação ao cuidado e ao processo, os/assanitaristas poderão planejar ações de promoção, cuidado e prevenção congruentes, colaborando, dessa forma, para a transformação do paradigma almejado.

Desfecho Secundário:

Pretende-se aplicar os resultados obtidos na pesquisa futuramente enquanto profissional da saúde e professora pesquisadora. Também pretende-se dar continuidade ao estudo através de doutorado. E apresentar os resultados em congressos da área, publicá-los, etc.

Tamanho da Amostra no Brasil: 12

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide Campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide Campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Prezada pesquisadora, as pendências elencadas no parecer substanciado anterior foram todas respondidas adequadamente e seu projeto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS no 466/12, para o desenvolvimento do estudo cabe ao pesquisador:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar o relatório final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP a qualquer momento;
- d) manter em arquivo, sob sua guarda, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, os seus dados, em arquivo físico ou digital;
- e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;
- f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados, quando pertinente.

Endereço: Avenida Dom Pedro I, 65 - 2º andar, sala 02 Ramal 9171
Bairro: Centro **CEP:** 87.113-280
UF: PR **Município:** SARANDI
Telefone: (44)3264-8800 **E-mail:** coep@redemetropolitana.org.br



Continuação do Parecer: 5.838.521

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2027396.pdf	04/12/2022 20:17:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO_CORRIGIDO_PENDENCIAS_COMITE.pdf	04/12/2022 20:15:59	DAIANI SCHEFFER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_RESPOSTA_PENDENCIAS_PLATAFORMA_BRASIL_PPGPPD.pdf	04/12/2022 20:13:50	DAIANI SCHEFFER	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_DE_PENDENCIA_S_AO_CoEP_SARANDI.pdf	04/12/2022 20:11:49	DAIANI SCHEFFER	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PPGPPD.pdf	30/09/2022 22:01:36	DAIANI SCHEFFER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PLATAFORMA_BRASIL.pdf	30/09/2022 22:01:18	DAIANI SCHEFFER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_SUBMISSAO_PLATAFORMA_BRASIL_PPGPPD.pdf	30/09/2022 22:00:58	DAIANI SCHEFFER	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_DAIANI_SCHEFFERassinada_ILACVN.pdf	30/09/2022 21:53:05	DAIANI SCHEFFER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SARANDI, 26 de Dezembro de 2022

Assinado por:
NEIVA MARIA GARCIA CATTO DE MARCHI
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Dom Pedro I, 65 - 2º andar, sala 02 Ramal 9171
Bairro: Centro **CEP:** 87.113-280
UF: PR **Município:** SARANDI
Telefone: (44)3264-8800 **E-mail:** coep@redemetropolitana.org.br

APENDICES

APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA
(UNILA)

INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E
POLÍTICA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem na
Leitura do Usuário em Unidades de Saúde do Município de Foz do Iguaçu – PR

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N°
63993322.7.0000.9432

Pesquisador: Daiani Scheffer

Telefone: (45) 99914-9213

Pesquisador Assistente: Prof. Dr. Carmen Justina Gamarra

Telefone: (45) 3529- 2764

Endereço de contato (Institucional): Avenida Tarquínio Joslin dos Santos, 1000
– Pólo Universitário, Foz do Iguaçu, Paraná – Brasil
CEP: 85870-901

Convidamos o sr. _____ a participar de uma pesquisa sobre “Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem na Leitura do Usuário em Unidades de Saúde do Município de Foz do Iguaçu – PR”. O objetivo deste estudo visa identificar quais são os saberes e as práticas de cuidado desenvolvidas por homens de 20 a 59 anos, observando o atendimento prestado a eles nas Unidades Básicas de Saúde do município de Foz do Iguaçu – PR e sua consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Esta pesquisa visa agregar conhecimentos e base científica para futuros estudos acadêmicos, voltados ao ensino-aprendizagem, além de projetos nas áreas de Políticas Públicas e Saúde Coletiva. Outra justificativa pertinente a este estudo é que os trabalhos já publicados por especialistas sobre o tema saúde do homem evidenciam que o número de procura pelo atendimento à saúde básica por estes usuários é muito pequeno se comparando aos demais perfis da população, mulheres, crianças e idosos). Para tanto, o senhor será submetido a uma pesquisa de campo que utilizar-se-á de uma metodologia quali-quantitativa com aplicação de um questionário objetivo e uma entrevista subjetiva gravada através de áudio de modo a permitir a livre expressão dos participantes envolvidos na pesquisa. A análise dos dados dar-se-á através da técnica de análise de conteúdo de onde emergirão dois

subtítulos, o perfil sócio demográfico dos usuários e a percepção dos mesmos em relação a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. Quanto aos benefícios imediatos esta pesquisa poderá trazer aos participantes envolvidos um processo de compreensão de realidades. Portanto, a contribuição deste estudo se pauta na relevância social e acadêmica para a atenção à saúde dos homens, pois contribuirá para uma maior aproximação dos homens com os profissionais e os serviços de saúde. E, especificamente, para a Saúde Coletiva, porque o universo masculino, até o momento, tem sido pouco explorado por essa profissão. Assim sendo, a partir da compreensão dos homens em relação ao cuidado e ao processo, os/as sanitaristas poderão planejar ações de promoção, cuidado e prevenção congruentes, colaborando, dessa forma, para a transformação do paradigma almejado.

Os riscos da pesquisa: Em se tratando de uma pesquisa qualitativa, que não irá abordar questões de foro íntimo, não fará uso de medicamentos ou exames de quaisquer naturezas. Somente perguntas, relacionadas a percepção dos homens quanto ao atendimento em relação a estrutura e serviços de saúde prestado a eles, pode-se afirmar, que são ínfimos, os danos psicológicos previsíveis, de agravo imediato ou posterior, diretos ou indiretos, ao indivíduo ou à coletividade, decorrente da pesquisa. Contudo, poderá ocorrer sentimentos de vergonha ou timidez, nesses casos, os participantes de pesquisa serão informados sobre a possibilidade de retirar o seu consentimento. Caso a resposta seja afirmativa a pesquisa será cessada imediatamente. Podendo deixar o estudo sem nenhum prejuízo no atendimento nesta Unidade Básica de Saúde, imediato ou posterior, direto ou indireto, ao indivíduo ou à coletividade, decorrente da pesquisa.

Em qualquer momento, o sr. poderá a desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para isso, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

O sr. não receberá nenhum valor para participar desse estudo. Pois, será convidado a participar da pesquisa quem está no serviço, após o acolhimento, durante o período de permanência em que aguarda atendimento na Unidade Básica de Saúde, respeitando o tempo e a ordem de chamada das fichas dos usuários, não ocasionando nenhum prejuízo no atendimento aos que aceitarem participar da pesquisa e a entrevista terá duração máxima de 60 minutos, pelo que, não está previsto gastos com transporte e ou alimentação.

O sr. terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a fazer parte. Poderá retirar o consentimento ou interromper a participação a qualquer momento e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados. A sua participação é voluntária e a recusa em fazer parte não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela Unidade Básica de Saúde onde será realizado o estudo.

Caso o sr. tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento da pesquisa, por favor, entre em contato com os pesquisadores abaixo a qualquer tempo. Pesquisador Responsável – Mestranda Daiani Scheffer, Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1000 - Polo Universitário, Foz do Iguaçu – PR. Telefone: (45) 3529-2764 ou (45) 99914-9213. Pesquisador Colaborador – Profa. Dra. Carmen Justina Gamarra. Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1000 - Pólo Universitário, Foz do Iguaçu – PR. Telefone: (45) 3529- 2764. UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA) INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO (PPGPPD).

Os resultados da pesquisa quando finalizada será entregue a Secretaria de Saúde do Município de Foz do Iguaçu e as Unidades Básicas de Saúde para devolutiva a comunidade. O seu nome, endereço, voz e imagem (ou qualquer informação pessoal) nunca serão associados aos resultados desta pesquisa.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nessa pesquisa. Caso as informações obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, o senhor será procurado para autorizar novamente o uso. No entanto, caso o senhor não queira ser procurado para nova autorização, informe abaixo:

É necessário à minha autorização para que outros estudos utilizem as mesmas informações aqui fornecidas

() sim () não

Este documento que o senhor vai assinar contém (04) páginas. O senhor deve vistar (rubricar) todas estas páginas, exceto a última, onde o senhor assinará com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha). Este documento está sendo apresentado ao senhor em duas vias, uma das vias deste termo será arquivada pelo pesquisador responsável, na secretaria do mestrado e a outra via será sua, sugerimos que a guarde de modo seguro. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466°/12 do Conselho Nacional secretaria do mestrado de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Se houver dúvida em relação aos aspectos éticos da pesquisa o senhor poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CoEP - Rede De Assistência à Saúde Metropolitana de Sarandi), que atende às terças e quintas-feira no horário de 14:00-17:00h, está situado na Avenida Dom Pedro I, no 65, 20 andar, sala 2, pelo e-mail: coep@redemetropolitana.org.br, ou pelo telefone: (44) 3264.8800, ramal: 9171

Declaro estar ciente e suficientemente esclarecido sobre os fatos informados neste documento.

Assinatura (Participante de pesquisa)

Eu, Daiani Scheffer, declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante de pesquisa.

Assinatura (Pesquisador)

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de 20__.

APENDICE B – Instrumento da pesquisa

QUESTIONÁRIO OBJETIVO - PERFIL SÓCIO/DEMOGRÁFICO DOS HOMENS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

1) Idade

- 20 a 25 anos
- 26 a 30 anos
- 31 a 35 anos
- 36 a 40 anos
- 41 a 45 anos
- 46 a 50 anos
- 51 a 55 anos
- 56 a 59 anos

2) Renda familiar

- Até 01 salário mínimo
- Até 02 salários mínimos
- Até 03 salários mínimos
- Mais de 03 salários mínimos

3) Grau de escolaridade

- Analfabeto
- 1º grau incompleto
- 1º grau completo

2º grau completo

Nível superior

Pós-graduado

4) Possui emprego registrado Sim Não

5) Jornada de trabalho diária

Trabalha o dia todo, todos os dias da semana;

Trabalha meio período, manhã ou tarde;

Trabalha à noite

6) Estado civil

Solteiro

Casado

Viúvo

Divorciado

Relacionamento estável

7) Possui dependentes

Sim Não

8) Se sim, quantos? _____

9) Fuma?

Sim Não

10) Faz uso de bebida alcoólica?

Sim Não

11) Possui algum problema de saúde?

Sim Não

12) Faz algum tratamento ou acompanhamento de saúde?

Sim Não

QUESTIONÁRIO/ROTEIRO PARA ENTREVISTAS GRAVADAS EM ÁUDIO - A PNAISH SOB A LEITURA DO USUÁRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

1) O senhor conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem do Ministério da Saúde?

2) O senhor sabe quais são os objetivos desta política?

3) O senhor sabe por que existe uma política de saúde só para homens?

4) Fale sobre o que o senhor sabe a respeito da Política.

5) Aqui no município de Foz do Iguaçu - PR, quais as unidades de saúde que possuem um atendimento diferenciado para a população masculina?

6) Como o senhor ficou sabendo deste atendimento diferenciado para os homens aqui nesta unidade?

7) Quando o senhor precisa de um atendimento em saúde, de que forma o senhor consegue o agendamento?

8) Quando o senhor precisa de um especialista, o encaminhamento é feito com facilidade nesta unidade?

9) Houve alguma vez que o senhor precisou de um atendimento nesta unidade e não conseguiu? Conte um pouco sobre o ocorrido.

10) O senhor considera que a sua saúde é bem assistida pelo serviço público ou falta alguma coisa que precisa ser melhorada?

11) O senhor consegue todos os exames aqui na unidade?