



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO
CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIA POLÍTICA**

Bruno Santos de Assis

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NA
LEITURA DO USUÁRIO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA/AGOSTO/2016

BRUNO SANTOS DE ASSIS

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NA
LEITURA DO USUÁRIO EM UMA UNIDADE DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada ao Centro
Universitário UNIEURO como requisito
parcial do Curso de Mestrado em Ciência
Política para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Professora Dr^a Lídia Oliveira
Xavier.

BRASÍLIA/AGOSTO/2016

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Beatriz Nascimento CRB1/3088

A848p Assis, Bruno Santos de
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do
Homem na leitura do usuário em uma unidade do Distrito
Federal. / Bruno Santos de Assis – Brasília : Centro
Universitário UNIEURO, 2016.
121f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Ciência Política.
Centro Universitário UNIEURO.

1. Ciência Política 2. Saúde pública 3. Políticas públicas
4. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
5. Política de gênero I. XAVIER, Lídia de Oliveira
(Orientadora) III. Título.

CDU 32:614-055.1(817.4)(043)

Proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio eletrônico ou mecânico, inclusive através de processos xerográficos, sem permissão expressa do Autor. (Artigo 184 do Código Penal Brasileiro, com a nova redação dada pela Lei n.8.635, de 16-03-1993).

BRUNO SANTOS DE ASSIS

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NA
LEITURA DO USUÁRIO EM UMA UNIDADE DO DISTRITO FEDERAL.**

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Lídia Oliveira Xavier
Orientadora

Profª Drª Aldira Guimarães Duarte Dominguez

Profº Drº Renato Zerbini Ribeiro Leão

BRASÍLIA/AGOSTO/2016

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.

AGRADECIMENTOS

À minha Orientadora, Professora Doutora Lídia Oliveira Xavier, coordenadora do Programa de Mestrado em Ciência Política do UNIEURO, que me acolheu desde o primeiro contato, ainda na inscrição do processo seletivo, onde eu parecia adivinhar que seria uma das grandes responsáveis por me tornar um Mestre.

À Professora Doutora Iolanda Bezerra dos Santos Brandão que, na disciplina de Seminário de Pesquisas I, foi de grande valia para que meu projeto se tornasse mais pontual, contribuindo assim para elaboração dele.

Ao Professor Doutor Carlos F. Domínguez Ávila que, na disciplina de Seminário de Pesquisa II, com todo o seu conhecimento e determinação, foi um fator decisivo para a conclusão do primeiro capítulo deste trabalho.

Ao Professor Doutor Renato Zerbini que se tornou de fundamental importância para o aprofundamento dos meus conhecimentos acerca dos Direitos Humanos colaborando assim com a construção deste estudo.

À Sálua Husein companheira de curso, que durante toda trajetória desta formação esteve ao meu lado, abrandando os momentos mais difíceis do curso, com seu sorriso, carinho e generosidade.

Ao meu grande incentivador, Zeuxis Guimarães, por ter estado ao meu lado, colaborando de todas as formas para que me mantivesse firme no foco de finalizar mais essa etapa. Nossas conversas e o apoio incondicional fizeram a diferença.

À minha família, meus pais Paulo Geraldo de Assis e Maria Conceição Santos de Assis que me educaram para vida, minhas irmãs Ana Paula S. de Assis e Juliana S. de Assis Justino, minha sobrinha Maria Eduarda S. Justino e meu cunhado irmão Alessandro Franklin peças fundamentais que me estimularam a vencer mais esta etapa. Obrigado pelas orações.

À minha amada e eternamente entre nós, vó Fia (Maria dos Anjos), que está presente em minha vida todos os dias, através da saudade, pensamentos e recordações de todos os ensinamentos que me proporcionou.

Aos amigos Ana Paula Miranda e Adriano Lima que compartilharam seus conhecimentos e fontes bibliográficas de forma efetiva os quais foram decisivos para a construção do Capítulo I deste trabalho.

Aos meus colegas de profissão, equipe de enfermagem da Clínica da Família 122 de Samambaia e da Unidade de Clínica Médica do Hospital Regional de Samambaia, os quais colaboraram efetivamente para que eu pudesse me dedicar ainda mais ao objetivo de concluir este mestrado.

À LS Educacional, Instituição de Ensino Superior que me dá a oportunidade de colocar em prática um dos meus maiores contentamentos, a arte de educar.

E por fim, agradeço a Deus que, na sua infinita bondade, sempre supriu todas as minhas necessidades, não deixando faltar nada em minha vida.

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer”.

Mahatma Gandhi

RESUMO

Esta pesquisa busca analisar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio da percepção do usuário do Distrito Federal. Deste modo, seu objetivo geral é analisar a percepção dos usuários com idade entre 25 a 59 anos do atendimento prestado a eles no Centro de Saúde nº 06 da Região Administrativa de Ceilândia o qual implementa atividades específicas para a população masculina em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. 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 na Unidade de Saúde ela não contribui com a manutenção da saúde deles em decorrência das várias dificuldades que impedem que o programa seja implementado integralmente. A pesquisa de campo utilizou-se de 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 sujeitos envolvidos na pesquisa. A análise dos dados se deu através da técnica de análise de conteúdo de onde emergiram dois subtítulos, o perfil sócio demográfico dos usuários do Programa de Saúde do Homem e análise da percepção dos usuários a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Os resultados evidenciaram que o perfil sócio demográfico destes usuários contribui para o adoecimento e agravamento da saúde deles e que este perfil da população não possui um conhecimento adequado sobre a Política implementada pelo Ministério da Saúde, além desses usuários não terem o acompanhamento 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: Direitos. Direito à saúde. Homens. Gênero. Políticas Públicas.

ABSTRACT

This research aims analyze the National Politic of the integral attention to man's health through the user's perception of the Distrito Federal. There fore, the objective of this research is to analyze the understanding of people aged 25 to 59 years old treated at health center number 6 in the city of Ceilândia which is implementing specific activities for the male population. According to the Nacional Politic of attention to man's health. The problem of this research is when we ask questions. According to the perception of users of ensure access to health care of all them? There is an hypothesis guiding according to the men who were awarded through center health, It did not contribute to the assistance to their health due to a lot of difficulties that prevent program be fully implemented. The field research used, was qualitative and quantitative methodology through application of a questionnaire objective and a subjective interview recorded on audio that allows the free expression of the subjects involved in the research .The analysis of the data was made through technical specifies the content which emerged two captions. the demographic profile of users of social man's Health program and analysis of the view of users of National Politic Integral of attention to Man's Health. The results showed that the socio-demographic profile of these users has contributed to the disease and aggravation of their health, and the profile of the population doesn't have adequate knowledge about politic implemented by the Ministry of Health, beyond these users did not have the maintain to their health. It is considered necessary more attention from the state and the health managers in relation to completeness of assistance of man's health of male population.

Keywords - Rights. Right to health. Men. Genre. Public politic.

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
AIDS - Síndrome da Imune Deficiência Adquirida
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CAPS - Caixa de Aposentadorias e Pensões
CS - Centro de Saúde
CEP - Comitê de Ética e pesquisa
CNS - Conferência Nacional de Saúde
DF - Distrito Federal
DIVEP/SVS - Diretoria de Vigilância Epidemiológica/ Subsecretaria de Vigilância em Saúde
DDHC - Declaração dos Direitos Humanos e do Cidadão
DNSP - Departamento Nacional de Saúde pública
DAPES/SAS - Departamento de Ações Programas Estratégicos da Secretaria de Atenção à Saúde
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
HC - Hospital das Clínicas
IAPS - Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública
MS - Ministério da Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem
PSF - Programa da Saúde da Família
RIDE – Região Integrada de Desenvolvimento
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SES/DF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS - Sistema Único de Saúde
SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBU - Sociedade Brasileira de Urologia
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1	17
O ESTADO E A POLÍTICA PÚBLICA: UMA DISCUSSÃO SOBRE DEVERES E RESPONSABILIDADES	17
1.1 O ESTADO ENQUANTO PROMOTOR DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DO HOMEM	17
1.1.2 A DIVISÃO INCRONGUENTE DOS DIREITOS HUMANOS	28
1.2 A ATUAÇÃO DO ESTADO POR INTERMÉDIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	31
1.3 O ESTADO BRASILEIRO E AS AÇÕES E PROGRAMAS DE SAÚDE.....	36
1.3.1 A SAÚDE PASSA A TER UM NOVO FORMATO A PARTIR DA PROMULGAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL	42
1.3.2 CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: MUDANÇA DE RUMO NAS AÇÕES E PROGRAMAS DESAÚDE PÚBLICA	44
CAPITULO 2	48
UMA POLÍTICA COM VISTAS À SAÚDE DO HOMEM	48
2.1 FATORES QUE IMPULSIONARAM A CRIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM E OS PROCEDIMENTOS PARA SUA EFETIVAÇÃO	48
2.2 COMPREENDENDO A PROPOSTA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	58
2.3 POLÍTICA DISTRITAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: UMA LEITURA ACERCA DESTA REALIDADE.....	68
CAPÍTULO 3	81
O PROGRAMA DE SAÚDE DO HOMEM M DO CENTRO DE SAÚDE Nº 06 DE CEILÂNDIA – DF: ANÁLISE DO CONHECIMENTO E PERFIL SÓCIO ECONÔMICO DE SEUS USUÁRIOS	81

3.1 CONTEXTO GERAL DA PESQUISA.....	81
3.2 SUJEITOS DA PESQUISA E ASPÉCTOS ÉTICOS.....	83
3.3 ANÁLISE E DISCUSSÕES DOS DADOS	85
3.3.1 O PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DO HOMEM	86
3.3.2 ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM – PNAISH	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
ANEXO I.....	134
ANEXO II.....	135
APÊNDICE I.....	138
APÊNDICE II.....	140

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como proposta analisar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem sob a leitura do usuário que é atendido no Centro de Saúde (CS) nº 06 da Região Administrativa da Ceilândia¹. Estudiosos da área, bem como o Estado observaram a necessidade de se criar uma política pública de saúde que contemplasse diretamente as necessidades de saúde do homem, tendo em vista que, de acordo com dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde entre outros órgãos, esse grupo populacional tem adoecido cada vez mais e conseqüentemente indo a óbito. Por isso, em 2008 o Ministério da Saúde (MS) juntamente com a Secretaria de Atenção à Saúde e o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas criaram um manual contendo princípios e diretrizes para assegurar a saúde integral dos homens.

Assim o problema de pesquisa é: De acordo com a percepção dos usuários do Centro de Saúde nº 06 de Ceilândia a política pública que existe voltada para saúde do homem tem sido suficiente para se garantir-lhes o acesso e tratamento devido?

Neste sentido, a hipótese de pesquisa identificada é que de acordo com a leitura feita por usuários deste serviço ela não contribui com a melhoria da saúde deles em decorrência a várias dificuldades que impedem que o programa seja implementado integralmente.

A linha de pesquisa em que o trabalho está inserido é específica: Estado, Política Pública e Cidadania, tendo em vista que analisar a implementação de um programa de assistência à saúde de uma população é fazer um estudo acerca de uma Política Pública gestada pelo Estado a partir da verificação de uma demanda social.

A justificativa desta dissertação é acrescentar conhecimentos e base científica para futuros estudos ao meio acadêmico das Políticas Públicas o qual é uma subárea da Ciência Política. Outra justificativa que se apresenta para o estudo

¹ Atualmente no Distrito Federal existem duas unidades de saúde que oferecem atendimento específico à população masculina. A pioneira, Centro de Saúde nº 02 de Sobradinho além do Centro nº 06 de Ceilândia. Outra Unidade ainda está iniciando suas atividades em prol desta população, o Centro nº 08 também de Ceilândia, contudo, não se pode considerar esta Unidade, pois suas atividades voltadas a saúde do homem ainda são muito limitadas.

é que os trabalhos já publicados por especialistas da temática 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, como a procura pelo serviço por mulheres, crianças em crescimento e desenvolvimento e pacientes idosos, assim, surgiu deste pesquisador uma indagação em relação a essa variação, pois os dados do Ministério da Saúde e de outros órgãos competentes revelam que eles adoecem mais e mais cedo, estão mais vulneráveis a riscos de adquirirem problemas de saúde do que demais grupos.

Portanto, alguns questionamentos se tornaram presentes, tais como: será que a Política Pública que existe e que é voltada para este grupo tem tido o alcance almejado? Seria necessário que os representantes do Estado voltassem a atenção para eles, reestruturando, ampliando as políticas existentes, da mesma forma que é voltada para a saúde da mulher? Diante disso, observou-se a necessidade de aprofundar os estudos e conhecimentos acerca do dever do Estado para com a Política Pública de Saúde do Homem, tendo em vista que se trata de um sério problema de saúde pública, onde os homens com idade entre 25 e 59 anos adoecem e tem agravos a sua saúde cada vez mais precocemente, como é revelado em dados estatísticos do governo e de outras fontes de pesquisa, como se virá no decorrer do trabalho.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a percepção dos usuários com idade entre 25 a 59 anos frente ao atendimento prestado a eles no Programa de Saúde do Homem no Centro de Saúde nº 06 de Ceilândia. Os objetivos específicos são: 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) apresentar a política de saúde do homem no Distrito Federal, 4) revelar o perfil sócio demográfico dos usuários do Programa de Saúde do Homem e suas compreensões em relação à Política Pública de Saúde destinada a eles.

Com o presente estudo realizou-se uma pesquisa exploratória de caráter quali-quantitativo a qual teve seu projeto submetido à Plataforma Brasil do Ministério da Saúde para que fosse avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e que teve o parecer de aprovação sob o número 1.398.850 (anexo II). Para a obtenção dos dados foram realizadas entrevistas direcionadas por dois questionários previamente elaborados com base no referencial teórico e conhecimento específico do tema. O

primeiro questionário é objetivo e composto por perguntas que objetivaram identificar o perfil sócio demográfico dos usuários envolvidos na pesquisa, já o segundo questionário é composto por questões subjetivas, que foi 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 no programa de Saúde do Homem no Centro de Saúde nº 06 de Ceilândia.

A pesquisa foi realizada na unidade supracitada na qual são implementadas as diretrizes e princípios dispostos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Esta unidade foi escolhida por ter sido o local no Distrito Federal que implantou o serviço de atendimento a homens mais recentemente e de maneira integral.²

Foram selecionados 30 sujeitos, tendo como critérios de inclusão homens na faixa etária entre 25 a 59 anos de idade, que estivessem sendo atendidos pelo Programa de Saúde do Homem e que aceitaram 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.

O referencial teórico utilizado como base de estudos que irá nortear a produção acerca de políticas públicas é Maria das Graças Rua e acerca de Cidadania, José Murilo de Carvalho.

Este trabalho está sistematizado em capítulos. No primeiro se apresenta uma discussão sobre Estado, Política Pública e Cidadania, a fim de se aprofundar na temática de Ciência Política.

No segundo capítulo, são realizadas abordagens sobre Políticas Públicas e Políticas Públicas de Saúde, conceitos e elucidações acerca desta temática.

O terceiro capítulo tem como objetivo apresentar a metodologia proposta da pesquisa realizada no Centro de Saúde nº 06 de Ceilândia a qual irá revelar o perfil sócio demográfico dos usuários do Programa e a leitura que eles fazem acerca da implementação da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem na referida unidade básica de saúde.

²Tendo em vista que no Distrito Federal, existem apenas duas unidades de Saúde que implementam a política de atendimento ao homem, o estudo proposto contempla 50% do serviço implementado no Distrito Federal.

CAPÍTULO 1

ESTADO E POLÍTICA PÚBLICA: UMA DISCUSSÃO SOBRE DEVERES E RESPONSABILIDADES

Este capítulo se propõe a apresentar uma discussão sobre a adoção de Políticas Públicas de modo geral e de modo particular as Políticas Públicas de Saúde como medida promotora de Cidadania, além de apresentar o Estado enquanto provedor dos direitos fundamentais. Esta discussão se faz necessária para que haja o entendimento do objeto desta pesquisa, qual seja a Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem, sob a ótica do usuário.

O Estado deve atuar por meios de políticas que visem à promoção e proteção dos direitos e para isso as Políticas Públicas de Saúde do ponto de vista regulamentador são apresentadas como uma das garantias de direitos dos cidadãos as quais são preconizadas pela Constituição.

1.1 O ESTADO ENQUANTO PROMOTOR DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

As discussões acerca dos direitos fundamentais do homem veem se estendendo durante anos o que resultou desta forma na evolução dos conceitos e teorias que norteiam esta temática. Os direitos fundamentais são operacionalizados, assim como planejados e elaborados pelo Estado, o qual exerce um papel direto de além de promovê-los, mantê-los, garantindo desta forma, a cidadania a toda a população.

Carvalho (2002) destaca que para realizar uma leitura acerca da cidadania no Brasil, faz necessário retornar ao período da colonização em que a população era composta por escravos e 85% de analfabetos que não possuem direitos e viviam em uma sociedade latifundiária e escravocrata que não contribuía

para a consciência da cidadania, a qual passou por um grande período de esmero no que tange aos direitos políticos,³ civis⁴ e sociais.⁵

Ainda sob o ponto de vista do estudioso supracitado, os movimentos e investimentos na área sindical, contribuiriam para que houvesse um avanço na consciência acerca da cidadania no Brasil e completa ainda que a relação entre cidadãos e governo era ambígua, pois a medida que o governo os apresentava aos direitos sociais, ele os tornava dependentes. “A cidadania que daí resultava era passiva e receptora antes que ativa e reivindicadora” (CARVALHO 2002, p.118).

Carvalho (2012) acrescenta que a primeira experiência democrática no Brasil que operacionou a cidadania no país do ponto de vista regulamentador se deu com a Constituição de 1946, a qual manteve as conquistas sociais e garantiu ainda a os direitos civis e políticos.

Contudo em tese, uma das razões para o dificultoso progresso no longo caminho à cidadania plena pode ter a ver com a própria cronologia da história do Brasil que sempre esteve marcada pelo regime escravagista e também por um governo absolutista.⁶

De acordo com Bobbio (2004, p.35) os direitos do homem sempre estiveram em contradições, refutações e limitações, mas que, no entanto, evoluíram muito e este processo se faz presente deste que surgiram no pensamento político dos séculos XVII e XVIII.

³ Os direitos políticos constituem um conjunto de regras constitucionalmente fixadas, referentes à participação popular no processo político. Dizem respeito, em outras palavras, à atuação do cidadão na vida pública de determinado país.

⁴ Os direitos civis agrupam as prerrogativas de liberdade individual, liberdade de palavra, manifestação, pensamento e fé, liberdade de ir e vir, defesa, propriedade, contrair contratos válidos e o direito à justiça.

⁵ Os Direitos Sociais têm por finalidade permitir que as pessoas disponham de serviços que garantam uma mínima qualidade de vida.

⁶ O absolutismo pode ser compreendido como o rei exercendo o poder de forma indiscriminada, com mínima interferência de outros setores da sociedade, e a classe burguesa apoiadora do monarca poderá prosperar com a unificação do poder nas mãos de um indivíduo em que confiam e que os auxilia a manter um comércio de proporções nacionais (em certos casos, até internacionais).

Durante anos, a luta pela garantia desses direitos passou por etapas importantes onde se pode destacar a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (DDHC), vinculada à Revolução Francesa⁷.

Ferreira Filho (2004, p.19) vai ao encontro do autor anterior acrescenta que a importância da referida Declaração é de ter sido por um século e meio um modelo por excelência das declarações e por ser considerada como relevante pelos que se preocupam com os direitos do homem e sua liberdade. A declaração de 1789 possui uma incontestável influência sobre as demais por ter sido considerada como exemplo a ser seguido pelo constitucionalismo liberal.

Contudo, sabe-se que anteriormente à declaração de 1789, houve outra editada pela Virgínia em 1776, que da mesma forma o reconhecia os direitos fundamentais a favor do ser humano (FERREIRA FILHO, 2004, p.20).⁸

A finalidade e objetivo da declaração dirigiam-se a proteger os direitos do homem contra os atos do Governo, além de ensinar e instruir o povo quanto aos seus direitos. A sua leitura resume-se em fazer com que os direitos sejam recordados, para que os direitos declarados não caiam no esquecimento do povo (FERREIRA FILHO, 2004, p.22).

Assim, do ponto de vista normativo, a Revolução Francesa e a Declaração Francesa de 1789 influenciou muitos países. Na Europa teve o papel de superar o Antigo Regime, já que o povo além de autor da Constituição passaria a ser também o soberano, ganhando espaço desta forma, a soberania popular (MENDES e BRANCO, 2013, p.44).

⁷A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (em francês: *Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen*) é um documento culminante da Revolução Francesa, que define os direitos individuais e coletivos dos homens (tomada a palavra na acepção de "seres humanos") como universais. Influenciada pela doutrina dos "direitos naturais", os direitos dos homens são tidos como universais: válidos e exigíveis a qualquer tempo e em qualquer lugar, pois pertencem à própria natureza humana. Na imagem da Declaração, o "Olho da Providência" brilhando no topo representa uma homologação divina às normas ali presentes, mas também alimenta teorias da conspiração no sentido de que a Revolução Francesa foi motivada por grupos ocultos.

⁸A Declaração de Direitos de Virgínia é uma declaração de direitos estadunidenses de 1776, que se inscreve no contexto da luta pela independência dos Estados Unidos da América. Precede a Declaração de Independência dos Estados Unidos da América e, como ela, é de nítida inspiração iluminista e contratualista. Ela foi elaborada para proclamar os direitos naturais e positivados inerentes ao ser humano, dentre os quais o direito de se rebelar contra um governo "inadequado".

Analisando do ponto de vista regulamentador, a prática da vontade popular passaria a ser reconhecida pelos representantes no legislativo e desta forma, o Parlamento a sede de defesa dos interesses do povo, que tinham como base, o valor da liberdade individual e da propriedade passou por uma mudança de conduta. A Revolução Francesa não colaborou apenas com a restrição dos excessos do regime anterior, mas também para confrontá-los e após a revolução, as monarquias que até então eram tidas como “monarquias absolutistas”, passaram a ser “monarquias constitucionais” (MENDES e BRANCO, 2013, p.45).

As ideias fundamentais do Constitucionalismo Francês eram direcionadas para garantia dos direitos e a separação dos poderes. O artigo 16 da Declaração de 1789 estabelece que toda a sociedade na qual não é assegurada a garantia dos direitos, nem determinada a separação dos poderes, não possui constituição (NOVELINO, 2011, p.57).

Além do constitucionalismo francês, o americano também serviu normativamente de suporte legal para a garantia e respeito dos direitos do homem. Jonh Locke⁹ e Charles de Secondat¹⁰ foram os responsáveis pelo embasamento das concepções do constitucionalismo norte-americano (“individualismo e liberalismo”) (NOVELINO, 2011, p.56).

Analisando a Constituição norte-americana do ponto de vista regimental, observa-se que o seu foco está voltado para o judicialismo, onde sua finalidade é manter as regras básicas da organização política e se destaca pela a ideia de supremacia da Constituição, a distinção entre poderes constituintes e constituídos, controle judicial da Constituição, a forma federativa do Estado, o sistema presidencialista, a forma republicana de governo, regime democrático, a rígida

⁹Filósofo inglês e ideólogo do liberalismo, sendo considerado o principal representante do empirismo britânico e um dos principais teóricos do contrato social. Locke rejeitava a doutrina das ideias inatas e afirmava que todas as nossas ideias tinham origem no que era percebido pelos sentidos.

¹⁰Barão de La Brède e de Montesquieu, conhecido como Montesquieu, foi um político, filósofo e escritor francês. Ficou famoso pela sua teoria da separação dos poderes, atualmente consagrada em muitas das modernas Constituições internacionais.

separação e equilíbrio entre poderes estatais, fortalecimento do judiciário e por fim, a declaração de direitos humanos (NOVELINO, 2011, p.57).

Desta forma, a principal reivindicação da burguesia nas revoluções liberais, tanto no caso dos Estados Unidos quanto na França ocorrida ao final do século XVIII era a limitação do poder do Estado em função do respeito às liberdades individuais, uma forma de garantia de igualdade e liberdade individual (BOBBIO, 2004, p. 41).

Miranda, Castilho e Cardoso (2009) revelam que, no século XIX, as conquistas sociais foram marcadas por um longo processo de conflitos em movimentos operários, greves, ações de quebra-quebras de máquinas ou simplesmente o cruzar de braços implicava em prejuízos imediato aos capitalistas, posto que, não havendo produção não havia exploração da mais-valia e, portanto, não havia acumulação. Esses eram os únicos instrumentos de luta dos trabalhadores, uma vez que os mesmos não tinham quem os representassem para defender seus interesses diante do Estado em face do capital.

Estas ações levaram a formação de uma consciência crítica sobre uma sociedade capitalista e também foram afirmadas como ações que serviram para uma transformação social, tendo em vista que os operários deixaram de estar em uma condição passiva e passaram para uma condição ativa de luta pelos seus direitos, complementam os estudiosos mencionados acima.

As reivindicações que foram destacadas pela luta por direitos sociais foram a garantia ao indivíduo de exercer e usufruir de direitos fundamentais e em condições de igualdade, para que se tivesse vida digna por meio das garantias oferecidas pelo Estado Democrático de Direito (MIRANDA, CASTILHO e CARDOSO, 2009).¹¹

Neste mesmo contexto, faz-se necessário entender que um Estado que se preocupa com a garantia de tipos mínimos de renda, alimentação, saúde,

¹¹ O Estado de Direito é uma situação jurídica, ou um sistema institucional, no qual cada um é submetido ao respeito do direito, do simples indivíduo até a potência pública. O estado de direito é assim ligado ao respeito da hierarquia das normas, da separação dos poderes e dos direitos fundamentais.

habitação, educação e com o direito público do cidadão é considerado como um Estado de bem-estar sociais (*Welfare State*)¹².

Um exemplo que se aproxima deste conceito é a política posta pela Grã-Bretanha a partir da Segunda Guerra Mundial com o relatório “*Beveridge*” no qual foram aprovadas providências para a saúde que garantisse serviços idênticos a todos os cidadãos, independentemente do tipo de renda (BOBBIO, 2010, p. 416.).

A constituição do *Welfare State* teve grande evolução nos anos de 1920 e 1930, tanto a primeira Guerra Mundial, quanto a Segunda, permitem observação da forte intervenção do Estado na produção (indústria bélica) e na distribuição de gêneros alimentícios e sanitários. Com a crise de 1929, a inflação e o desemprego causaram uma tensão mundial que levaram ao aumento das despesas públicas relacionadas com a sustentação do emprego e das condições de vida dos trabalhadores e na Inglaterra dos anos 1940 o princípio fundamental do *Welfare State* era explicitado: “independentemente da sua renda, todos os cidadãos, como tais, têm direitos de ser protegidos” (BOBBIO, 2010, p. 417).

No entanto, Bobbio (2010) acrescenta que as possibilidades de utilização do *Welfare* diminuíram consideravelmente ao final da década de 1960. As despesas governamentais aumentaram e levaram o Estado a uma crise fiscal e tudo isso associado ao aumento do déficit público, instabilidade econômica e inflação potencializou ainda mais as dificuldades de utilização do *Welfare*.

Contudo, os direitos do homem como normas obrigatórias são consequências de uma longa maturação histórica o que leva a concluir que eles não foram sempre os mesmos ao longo dos anos. Foram surgindo ao longo de períodos distintos e conforme a necessidade e a demanda de cada época deram-se origem aos textos constitucionais das gerações, que também são conhecidos na literatura e por outros pensadores como dimensões dos direitos fundamentais (MENDES e BRANCO, 2013, p.135-136).

¹² O Estado de bem-estar-social, também chamado de Estado Social é caracterizado por um tipo de organização política e econômica que vê o Estado como um agente de promoção social e organizador da economia.

De acordo com Marchinhacki (2012):

A história dos direitos fundamentais está ligada com a evolução filosófica dos direitos humanos como direitos de liberdade, evoluindo das concepções naturalistas para a concepção positivista até a formação do chamado novo constitucionalismo ou pós-positivismo (MARCHINHACKI 2012, P.166).

Desta forma, do ponto de vista filosófico, os direitos fundamentais evoluíram juntamente com os direitos de liberdade o que acabou gestando o novo constitucionalismo.¹³

Mendes e Branco (2013, p.137) apontam os direitos fundamentais da primeira geração como os direitos que foram referidos na Revolução Francesa e na Americana, que tinham como intuito controlar a expansão do poder do Estado. São direitos considerados como indispensáveis a todos os homens, e se preocupam com as desigualdades sociais. Contudo a liberdade sindical e o direito de greve foram considerados importantes fatores, os quais não eram aceitos no Estado de Direito Liberal e um novo relacionamento entre sociedade/Estado levou os Poderes públicos assumirem o dever de superar as dificuldades estruturais da sociedade.

Sob o ponto de vista de Alexandrino e Paulo:

Por serem repressores do poder estatal, os direitos fundamentais de primeira geração são reconhecidos como direitos negativos, liberdades negativas ou direitos de defesa do indivíduo frente ao Estado (ALEXANDRINO e PAULO, 2012. p. 102).

Neste sentido, sob uma análise regulamentadora, esses direitos marcam uma importante etapa na evolução das garantias dos homens, pois evidenciam o a

¹³ O novo constitucionalismo procura superar o constitucionalismo clássico no que este não teria avançado, sobretudo no que se refere às possibilidades de articulação e releitura da categoria soberania popular, como condição necessária de legitimação das instituições e de gestão do próprio Estado. Indo mais longe, o Estado deverá ser refundado sobre os escombros das promessas liberais não cumpridas, promovendo-se sua reconstrução a partir de uma “nova geometria do poder” (UFRJ, 2009).

defesa dos indivíduos e a conquista pela igualdade frente a expansão de poder do Estado.

Já os direitos fundamentais de segunda geração são os ligados à igualdade material e são conhecidos como direitos sociais, econômicos e culturais. Pelo fato de estarem diretamente dependentes da disponibilidade orçamentária do Estado, acabam tendo menos efetividade que os direitos da primeira geração (NOVELINO, 2011, p.388).

Mendes e Branco (2013, p.137) acrescentam que os direitos fundamentais da segunda geração, são os que estão ligados à assistência social, saúde, educação, trabalho e lazer, os quais se buscam uma liberdade real e igual para todos por meio de ações corretivas dos Poderes públicos.

De acordo com Marchinhacki (2012):

Os direitos fundamentais de segunda geração buscam assegurar os direitos sociais, econômicos e culturais, tendo seu fundamento no princípio da igualdade, e obrigam a prestações positivas por parte do Estado na realização da justiça social. Por exigirem do Estado prestações positivas muitas delas impossíveis de serem cumpridas, os direitos de segunda geração permaneceram por um longo período na esfera programática, sendo reconhecidos apenas como diretrizes ou programas a serem atingidos (MARCHINHACKI 2012, p. 169).

Sendo assim, esses direitos vão ao encontro da justiça social, tendo em vista que muitos foram considerados como impossíveis de serem cumpridos, o que os levou a ficarem por um longo período aguardando pelo seu reconhecimento.

Desta forma, esta geração de direitos acaba dando realce ao princípio da igualdade, por ser entendida como a que reconhece a liberdade social e que na maior parte dos casos, esses direitos têm como possuidores indivíduos singulares (MENDES e BRANCO, 2013, p. 138.).

Os direitos fundamentais da terceira geração são aqueles ligados à fraternidade ou solidariedade, afirma Novelino (2011, p. 388) e do ponto de vista normativo tiveram como causa, a necessidade de diminuir as diferenças entre as

Nações desenvolvidas e as subdesenvolvidas por meio da colaboração de países ricos com os países pobres.

Estes direitos são caracterizados pela coletividade, tendo em vista que foram concebidos para a proteção do homem, mas não de forma individual ou isolada e sim para o homem em grupo. Tem-se aí o direito à paz, ao desenvolvimento, à qualidade de vida, ao meio ambiente, à conservação do patrimônio histórico e cultural (MENDES e BRANCO, 2013, p. 138).

Marchinhacki (2012) colabora afirmando que:

Com os direitos fundamentais de terceira geração completa-se o lema da Revolução Francesa: liberdade, igualdade, fraternidade, no qual a primeira geração seria a dos direitos de liberdade, a segunda, dos direitos de igualdade, e a terceira, está relacionada à fraternidade que corresponde aos direitos de solidariedade (MARCHINHACKI 2012, p. 170).

Neste sentido, os direitos de solidariedade traduzidos na terceira geração vieram a efetivar o que foi proposto pela Revolução Francesa, direito à liberdade, igualdade e também à fraternidade.

Novelino (2011, p. 388) acrescenta a quarta geração de direitos fundamentais, sendo esta a que envolve os direitos à democracia, informação e pluralismo.

De acordo com Bonavides (2012):

A globalização política na esfera da normatividade jurídica introduz os direitos de quarta geração, que, aliás, correspondem à derradeira fase de institucionalização do Estado social. Os direitos da quarta geração consistem no direito à democracia, direito à informação e o direito ao pluralismo. Deles depende a materialização da sociedade aberta do futuro, em sua dimensão de máxima universalidade, para a qual parece o mundo quedar-se no plano de todas as afinidades e relações de coexistência (BONAVIDES 2012, p. 412).

Sendo assim, esta geração torna-se de grande relevância por corresponder ao direito a democracia, pois permite do ponto de vista normativo que o povo participe de todas as importantes decisões políticas

É importante ressaltar que essa diferenciação permite situar diferentes períodos da história dos direitos do homem e que decorrem da reivindicação de ordem jurídica de cada época, lutas operárias e mudança de pensamento da burguesia. O surgimento de cada geração de direitos não quer dizer que a geração anterior se tornou sem valor, ou seja, os direitos de cada geração permanecem válidos juntamente com a nova geração e, no entanto, o que acontece é que os direitos se adaptam de acordo com as concepções jurídicas e sociais prevalentes na ocasião. Desta forma, entende-se que um antigo direito pode ser adaptado de acordo com a Constituição o que se possibilite entender a evolução do direito da época da Revolução Francesa até os dias de hoje (MENDES e BRANCO, 2013, p. 138.).

Ainth, *in* Bucci (2006, p. 221) afirma que além da garantia dos direitos dentro das nações soberanas, a evolução dos direitos humanos do ponto de vista regulamentador trouxe também, através das Constituições dos Estados Modernos, uma proteção universal dos direitos humanos, baseada em postulados internacionais. Estes representam um grande marco na defesa e na garantia concreta dos direitos humanos da sociedade e que após a Segunda Guerra Mundial foram ampliados.

Esta sociedade a quem se refere o autor acima é também denominada de sociedade civil (*societas civilis*) e contrapõe-se a sociedade natural (*societas naturalis*), onde é tida como sinônimo de uma sociedade política.

A relação entre sociedade e Estado, estabelece uma característica própria que leva a elaboração das políticas que garantem os direitos de uma sociedade e inevitavelmente, têm-se como fatores predeterminantes para a conquista de novos direitos frente ao Estado, o perfil da sociedade, que quanto mais tiver poder de pressão, e articulação de diferentes grupos sociais no processo de estabelecimento e reivindicação de demandas mais serão suas conquistas (HOFLING, 2001, P. 31).

Aith, *in* Bucci (2006, p.217) revela que nos dias de hoje, observa-se que ao se falar em uma sociedade política, fica claro que ela está quase sempre organizada em forma de Estado o que vem a afirmar que para que o homem possa viver em comum, faz-se necessário um mínimo de organização política.

O pesquisador anterior acrescenta que o Estado é uma organização da sociedade política que do ponto de vista normativo tem como objetivo principal promover e proteger os direitos da sociedade, ou seja, manter a garantia dos direitos de cada pessoa existente assim, toda ação do Estado deverá ser feita no sentido de garantir esses direitos na sua integralidade. São considerados como esses direitos, todos aqueles que forem reconhecidos num dado ordenamento jurídico legal e quanto mais evoluído for esse ordenamento, mais garantidos estarão.

Desta forma, os governos que representam o Estado, podem atuar por meios de políticas que visem à promoção e proteção desses direitos.

Sendo assim, Rua (1997) revela que:

Dentre os muitos e complexos desafios do Estado, um vem se destacando pela sua recente inclusão no debate político e acadêmico: a capacidade do sistema político de responder satisfatoriamente às demandas da sociedade e de enfrentar os desafios da eficiência e eficácia da ação pública em contextos de complexidade e incerteza crescente (RUA 1997, p. 134).

Portanto, o Estado possui uma importante tarefa, a de garantir os direitos fundamentais à sociedade. Do ponto de vista normativo e legal, esses direitos evoluíram bastante e ainda continua a evoluir, o que varia de acordo com o crescimento da sociedade, do Estado e com as necessidades, demandas e interesse do povo.

Estando garantidos os direitos fundamentais à sociedade, concomitantemente a isto, garante-se também a cidadania.

Desta forma, os direitos são passíveis de mudanças no amplo sentido de serem complementados de acordo com a legislação e constituição atual para que desta forma, os homens tenham seus direitos garantidos e a cidadania seja efetivada. As políticas que são implementadas pelo Estado, são programas

diretamente promovedores de bem-estar, fazendo com que desta forma, o Estado seja considerado como um Estado de bem-estar.

Por fim, sob a luz da evolução dos direitos, observa-se que os direitos fundamentais de segunda geração, que garantem ao homem igualdade estão diretamente ligados disponibilidade orçamentária do Estado e são os que justamente vão ao encontro do objeto de pesquisa deste trabalho, assegurar o direito à saúde e uma política pública que atenda aos homens.

1.1.2 A DIVISÃO INCRONGUENTE DOS DIREITOS HUMANOS

Mesmo sendo amplamente discutidas e divulgadas, as gerações dos direitos vêm sofrido fortes críticas da doutrina nacional e estrangeira por se entender que o uso do termo “geração” leva a uma distorção de entendimento.

De acordo com Lima (2003), a expressão “geração dos direitos” pode levar a falsa interpretação de substituição gradativa das gerações anteriores à medida que as novas vão surgindo e abordando direitos diferentes dos citados anteriormente, o que é um erro, tendo em vista que os direitos à liberdade não devem ser substituídos pelos de igualdade e assim consecutivamente aos de fraternidade e democracia e desta forma faz-se necessário destacar que a evolução dos direitos não deve ser um processo de sucessão e sim de acumulação.

Ainda sob a reflexão do autor mencionado acima, a expressão utilizada pode levar a um entendimento de que a criação de uma nova geração pode se dar a partir do momento em que a anterior já está madura o suficiente e sob o ponto de vista regimental em países ditos como subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, se quer conseguiram garantir o mínimo dos direitos descritos na primeira geração.

Como se observa do ponto de vista normativo, os direitos descritos em todas as gerações se equivalem e se completam, sendo assim interdependentes e com isso possuem uma afinidade estrutural destacando o conceito de indivisibilidade (LIMA, 2003).

Desta forma destaca-se que:

É de suma importância tratar os direitos fundamentais como valores indivisíveis, a fim de não se priorizarem os direitos de liberdade em detrimento dos direitos sociais ou vice-versa. Na verdade, de nada adianta a liberdade sem que sejam concedidas as condições materiais e espirituais mínimas para fruição desse direito. Não é possível, portanto, falar em liberdade sem um mínimo de igualdade, nem de igualdade sem as liberdades básicas. Como afirma Sérgio MORO, "é até valioso relacionar os direitos sociais às liberdades para que, desde logo, fique claro que não se trata de optar entre aqueles e estas. Não se querem direitos sociais sem liberdade, assim como esta não é possível, para todos, sem aqueles. Em ambos esses casos, ficaria comprometida a democracia e o princípio da dignidade da pessoa humana" (LIMA 2003, p.04).

Sendo assim, a teoria de indivisibilidade dos direitos é tratada e defendida fortemente, uma vez que não há como garantir direitos como a liberdade haja vista que não exista condições materiais e espirituais para que se possa colocar em prática esse direito.

Conforme alerta Leão (2009):

[...] a divisão dos direitos humanos em civis e políticos por um lado e econômicos, sociais e culturais por outro é contrária à própria essência destes, sobretudo, se analisados à luz de sua complementaridade, indivisibilidade, integridade e universalidade. Essa divisão careceu de sentido em sua origem e também agora não possui razão. Obedeceu a uma lógica política e não a um desenvolvimento racional *pro homine* [...] (LEÃO 2009, p.56).

Portanto, a divisão dos direitos em gerações tornou-se contrária à própria criação, pois havendo a separação destes direitos, observa-se que os princípios da complementaridade, indivisibilidade, integridade e universalidade acabam sendo feridos, haja vista que cada geração é separada por direitos distintos.

Contudo sob à luz de várias críticas em relação à expressão “geração dos direitos”, muitos doutrinadores têm utilizado o termo dimensão acreditando assim que a ideia de sucessão dos direitos poderia ser afastada.

Lima (2003), afirma que:

O ideal é considerar que todos os direitos fundamentais podem ser analisados e compreendidos em múltiplas dimensões, ou seja, na dimensão individual liberal (primeira dimensão), na dimensão social (segunda dimensão), na dimensão de solidariedade (terceira dimensão) e na dimensão democrática (quarta dimensão). Não há qualquer hierarquia entre essas dimensões. Na verdade, elas fazem parte de uma mesma realidade dinâmica. Essa é a única forma de salvar a teoria das dimensões dos direitos fundamentais (LIMA 2003, p.05).

Sendo assim, observa-se que ao separar os direitos fundamentais em dimensões, os doutrinadores continuam incorrendo no erro, pois não se atentam com isto ao aspecto da indivisibilidade, pois do ponto de vista racional, não se deve considerar como correto que um direito é de primeira, segunda, terceira ou quarta geração, pois um não mais importante do que o outro e sim todos fazem parte de um mesmo grau de importância.

De acordo com Lima (2003), o direito à saúde, essencialmente possui uma conotação individualista, o qual se descreve proteger a vida do indivíduo contra as adversidades e patologias existentes, porém esse direito vem descrito na 2ª dimensão com uma conotação social que cumpre ao Estado o dever de prestar serviços de saúde pública, construir hospitais, atender situações de epidemia dentre outras. Já na 3ª dimensão o direito à saúde possui uma conotação de humanismo e solidariedade, onde um país deve ajudar a outro, caso necessário e sob a análise da 4ª dimensão a saúde é compreendida do ponto de vista da democracia, onde a população participa da gestão do SUS.

Sendo assim, compreende-se que os direitos fundamentais não são limitados apenas à geração ou dimensão a qual eles foram destinados e com isto, deve-se reforçar a importância da mudança de paradigma que precisa ser feita, pois uma vez que se busquem novos direitos, estes deverão complementar os já

existentes e se fazerem presentes em todas as chamadas “gerações de direitos” efetivando desta forma a teoria de que estes direitos devem ser indivisíveis, universais e complementares.

Contudo, sob a luz da teoria das gerações, ou melhor dizendo, dimensões, observa-se que o direito à saúde é comprometido, tendo em vista que a ideia inicial deste direito tem como entendimento que ele é individual, ou seja, cada ser humano possui o direito de ter uma saúde livre de agravos, porém, ao se realizar uma leitura acerca da 2ª dimensão, a qual prevê o direito à saúde, observa-se que este é disposto de forma coletiva, com a construção de hospitais, o controle de endemias e epidemias dentre outros.

Desta forma, o objeto desta pesquisa, o qual se descreve na saúde do homem, acaba sendo prejudicado na prática pelo fato deste perfil de população possuir necessidades e direitos específicos de saúde e conseqüentemente a atuação do Estado através de uma política pública direcionada.

1.2 A ATUAÇÃO DO ESTADO POR INTERMÉDIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para que o Estado cumpra com suas funções, ele conta com uma ferramenta importante, as políticas públicas. Estas devem ser planejadas na medida em que as demandas da sociedade forem surgindo e desta forma implementadas para que se garanta a cidadania.

No sentido de se aprofundar os conhecimentos acerca da atuação do Estado por intermédio das Políticas Públicas, faz-se necessário considerar Bobbio *et al.*(2010) que esquematiza as funções tradicionais do Estado: 1 – predisposição das condições materiais da reprodução (proteção do trabalho, segurança social, assistência sanitária, etc.); 2 – criações de motivações consentâneas com o processo do trabalho (dispositivos ideológicos, estabilização da família como agente essencial do processo de socialização burguesa); 3 – regulamentações da oferta da força-trabalho (função intermediária do sistema de formação profissional, qualificação e requalificação, mobilidade e seleção).

No entanto, para que o Estado possa cumprir suas funções, ele fundamenta suas ações em uma política e de acordo com o autor anterior o significado clássico e moderno de política é derivado do adjetivo originado da *pólis*, que significa tudo o que se refere a cidade, a urbano, civil, público e social e este conceito se expandiu pela influência da obra de Aristóteles “Política” que deve ser considerada como o primeiro estado de natureza, funções e divisões do Estado.¹⁴

Toda a política gestada pelo Estado para atender uma demanda emergente é considerada como pública e quando se fala sobre políticas públicas, observa-se que o conceito está sempre voltado para o foco de o Estado ser o responsável pela sua promoção através de ações governamentais (GONÇALVES, in BUCCI, 2006, p. 77).

Neste mesmo contexto, Hofling (2001) afirma que políticas públicas são o “Estado em Ação”, ou seja, é o Estado implantando, colocando em prática um projeto do Governo, através de programas e ações em benefício da sociedade. As políticas públicas são de responsabilidade direta do Estado, quanto a elaboração e manutenção, não podendo assim, serem reduzidas a políticas estatais.

Teixeira (2002) acrescenta que “políticas públicas” são normas, diretrizes que norteiam a relação entre o poder público e a sociedade, são políticas sistematizadas em documentos que orientam ações a serem desenvolvidas. Elas podem ser traduzidas como forma de poder público, desde a sua elaboração, implantação e sobre tudo nos seus resultados.

Ainda sobre o conceito de Política pública, Derani in Bucci (2006, p.131) afirma que ela é considerada como um processo que se originou do desenvolvimento de uma determinada sociedade, é fruto de um Estado complexo que interfere diretamente no desenvolvimento desta sociedade, com isso, o Estado passar a ter um novo papel, o de participação na vida social. É a sociedade e que é responsável pelo papel do Estado e que define suas ações.

¹⁴ De acordo com Aurélio (2014), o conceito de política é ciência do Governo nas ações, arte de regular as ações de um Estado com outros Estados, sistema particular de um governo, tratado de política, modo de haver assuntos particulares a fim de se obter o que deseja.

Rua (2009) afirma que:

Considerando o amplo, diversificado e indefinido uso do termo política, o primeiro desafio que se apresenta, para o estudo de políticas públicas, é o de esclarecer o seu significado na perspectiva da ciência política. De maneira geral, as pessoas, fora do universo científico, referem-se à política pensando no momento eleitoral, em que um grande número de candidatos disputa um cargo no governo, e, em nome disso, faz uma série de promessas em termos de promoção do bem-estar social, levando os indivíduos a acreditarem na sua boa vontade e no seu altruísmo. Nesse caso, o que têm em mente é a ação de indivíduos imbuídos do desejo de “tirar vantagem”, ou seja, maximizar seus interesses particulares em detrimento do interesse público (RUA 2009, p.17-18).

Contudo, a autora acrescenta:

Este é um entendimento bastante impreciso. Ainda que de maneira puramente conceitual, cabe uma distinção. Para fazê-la, recorreremos ao uso de algumas palavras da língua inglesa, já que na língua portuguesa uma mesma palavra tem vários significados. O termo “política”, no inglês, *politics*, faz referência às atividades políticas: o uso de procedimentos diversos que expressam relações de poder (ou seja, visam a influenciar o comportamento das pessoas) e se destinam a alcançar ou produzir uma solução pacífica de conflitos relacionados a decisões públicas (RUA 2009, p.17-18).

Desta forma, o conceito de política não deve ser associado apenas à eleições e disputas por um cargo no governo, mas também a forma de atuação de um governo em relação a determinados temas sociais e econômicos de interesse público: política educacional, política de segurança, política salarial, política habitacional, política ambiental e de saúde.

Rua (2009, p.20) revela que mesmo que uma política pública implique em uma decisão política, nem sempre uma decisão política chega a efetivar uma política pública.

Ainda dentro desta mesma perspectiva conceitual, a referida estudiosa acrescenta que mesmo que estas políticas possam ir ao encontro de instituições privadas como a família, mercado e religião, por mais óbvio que possa parecer, elas ainda serão consideradas como “públicas”.

Teixeira (2012) colabora afirmando que as políticas públicas são ações, diretrizes que servem para direcionar as atividades do poder público para com a sociedade, servem ainda para intermediar o Estado e a sociedade, elas refletem nas formas de exercício do poder político através da sua elaboração, implantação e dos seus resultados. Para que o Estado possa elaborar políticas que promovam os direitos fundamentais do ser humano deve haver a definição *quem decide o que, quando, com que consequências e para quem* são essas políticas. No entanto, torna-se de extrema importância o entendimento entre a diferença de “Política Pública” de “Política Governamental”, pois nem sempre uma política governamental é pública, pois para que esta seja considerada como uma “Política Pública” é preciso saber se seus resultados estarão destinados à sociedade e se sua elaboração foi proveniente de um debate público.

Rua (2009) acrescenta que:

Ao serem elaboradas, as políticas públicas podem se basear em várias metodologias, dentre os quais se destacam: o método racional-compreensivo, que se relaciona com a macropolítica e suas grandes análises do cenário político-institucional; e o método incrementalista, que se liga à micropolítica e à busca de soluções para problemas mais imediatos e prementes (RUA 2009, p.19).

Sendo assim, a elaboração das políticas públicas deve estar sempre voltada tanto para o cenário geral do Estado quanto para as demandas originárias do dia a dia da sociedade, as quais necessitam uma abordagem imediata.

Contudo, cabe enfatizar que as políticas públicas são vistas como ferramentas, “para colocar o governo em ação”, ou seja, o processo de formulação destas políticas é uma forma dos governos de colocar suas ações e programas em prática em busca de resultados de mudanças (SOUZA, 2003).

O objetivo das políticas públicas é suprir as necessidades da sociedade, principalmente das classes mais marginalizadas, pois estas estão mais vulneráveis a terem seus direitos violados. Visa aumentar, e garantir os direitos de cidadania, promover o desenvolvimento social através de geração de empregos, aumento da renda em políticas econômicas mais específicas (TEIXEIRA, 2002).

Para que haja a atuação do Estado por intermédio destas políticas, faz-se necessário um planejamento que irá levar o Estado a uma unidade de fins, tendo o

plano como uma expressão da política geral do Estado. A ideia central de um planejamento é a perseguição pela alteração da situação econômica e social vivida naquele momento além de transformar uma determinada estrutura política (BERCOVICI, *in* BUCCI, 2006, p. 145/146).

Para que ocorra um planejamento efetivo, torna-se de grande importância a presença de um Estado capaz de direcionar e coordenar o processo que está dividido em três fases: a decisão de planejar uma decisão política, a implementação do plano que é totalmente política e o plano propriamente dito, que está comprometido com objetivos políticos. (BERCOVICI, *in* BUCCI, 2006, p. 147).

Contudo, tem-se como prioridade a compreensão de que o Estado é o principal responsável por formular políticas de desenvolvimento que busquem a efetivação de um sistema econômico nacional. O próprio fundamento das políticas públicas é fazer com que os direitos fundamentais do ser humano sejam garantidos por meio de prestações positivas do Estado (BERCOVICI, *in* BUCCI, 2006, p. 144).

Por fim, ainda sob o contexto de Estado e Políticas Públicas, Rua (2009) acrescenta:

As políticas públicas ocorrem em um ambiente tenso e de alta densidade política, marcado por relações de poder, extremamente problemáticas, entre atores do Estado e da sociedade, entre agências intersetoriais, entre os poderes do Estado, entre o nível nacional e níveis subnacionais, entre comunidade política e burocracia. (RUA 2009, p.36).

Desta forma, a execução das políticas públicas se dá em meio a um ambiente que envolve uma relação altamente espessa entre Estado e sociedade nos seus mais diversos níveis.

Sob uma análise normativa, para que as políticas públicas sejam garantidas de forma a suprir as necessidades da população em especial das classes minoritárias e menos favorecidas, faz-se necessário um planejamento efetivo além de um controle constante das ações propostas pelas políticas.

Da mesma forma ocorre com políticas públicas de saúde que são específicas para atenderem demandas relacionadas ao acesso e garantia ao cidadão de forma integral e de acordo com a demanda emergente.

Para que se conclua o entendimento acerca da temática de políticas públicas, faz-se necessário pontuar que do ponto de vista normativo, todas elas, inclusive as de saúde devem ser da responsabilidade do Estado, através de ações efetivadas por seus representantes.

1.3 O ESTADO BRASILEIRO E AS AÇÕES E PROGRAMAS DE SAÚDE

Realizando uma análise sob a luz regimental, dentre as garantias do Estado, pode-se citar as políticas públicas e neste contexto têm-se as políticas direcionadas para a atenção à saúde da sociedade o que vai ao encontro com o que está garantido pela Constituição, onde se preconiza que a saúde é um direito de todos e deve ser assegurada pelo Estado.

No Brasil o histórico de implantação e implementação destas políticas teve um constante e contínuo desenvolvimento até que se chegasse aos dias de hoje e este desenvolvimento resultou de vários movimentos operários, pressões sindicais e necessidade de assistência à saúde coletiva e individual além da forte influência de parte da sociedade em busca de direitos e cidadania.

Realizando uma leitura acerca dos programas e ações voltados para saúde no Brasil, observa-se que em 1904, a lei da vacinação obrigatória contra a febre amarela e a peste bubônica marcaram os primeiros anos desta década, o que demandou medidas de saúde para a resolução destes problemas agudos (POSSAS, 1981).¹⁵

As campanhas sanitárias assinalaram a saúde desta época o que resultou em 1921, a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP que tinha como função o saneamento, higiene industrial para a saúde dos trabalhadores e saúde materno-infantil em especial (SOUSA e BATISTA, 2012).

Segundo Roncalli (2003) a Lei Eloy Chaves de 1923 instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs) e com isso, teve-se o início das políticas sociais

¹⁵ Revolta da Vacina foi uma revolta e manifestação popular ocorrida entre 10 a 16 de novembro de 1904 na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. O início do período republicano no Brasil foi marcado por vários conflitos e revoltas populares. O motivo que desencadeou isso foi a campanha de vacinação obrigatória, imposta pelo governo federal, contra as doenças emergentes.

no Brasil. Vale ressaltar que essa política foi decorrente de um movimento operário grevista e não da preocupação com o bem-estar social da população. As CAPs eram organizadas pelas empresas com financiamento dos próprios empresários e pelos próprios trabalhadores as quais eram responsáveis em oferecer alguns serviços de saúde para os empregados. A lei Eloy Chaves, além de seguridade social, oferecia também aos seus assegurados, serviços médicos-assistenciais e medicamentos.

Contudo, Luz (1991) acrescenta que:

Com a criação desta Política foi a primeira vez que o Estado interfere para criar um mecanismo destinado a garantir ao trabalhador algum tipo de assistência. Todavia, o direito às CAPs é desigual, pois elas são organizadas somente nas empresas que estão ligadas à exportação e ao comércio (ferroviárias, marítimas e bancárias), atividades que na época eram fundamentais para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil.

Desta forma, esse modelo de assistência acabou privilegiando apenas um grupo da sociedade, negligenciando assim os demais trabalhadores que não faziam parte de empresas ligadas à exportação e ao comércio.

Com a chegada de Getúlio Vargas ao poder em 1930, o país passou por muitas modificações políticas e econômicas e uma de suas primeiras medidas foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública – MESP (SOUSA e BATISTA, 2012).

Wahrlick (1983) esclarece que:

Inicialmente, a criação do Ministério não trouxe nenhuma alteração para a saúde pública, significando apenas a incorporação do já existente Departamento Nacional de Saúde Pública. Posteriormente, foi sofrendo modificações provisórias por meio de uma legislação fragmentada e que atendia somente às necessidades conjunturais. No final do ano de 1930, já haviam sido delineadas algumas das diretrizes que orientariam a reforma administrativa implementada por Vargas: fortalecer a organização administrativa federal e introduzir medidas de racionalização administrativa. Porém, segundo alguns analistas da reforma administrativa, nesse período acabaram por não passar de meros atos formais.

Sendo assim, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública evidenciou uma política fragmentada e que possuía lacunas para atender as necessidades de saúde emergentes das demandas da época.

No Estado Brasileiro, em 1897 o Ministério da Justiça e Negócios Interiores era quem tratava de assuntos relacionados com a saúde no Brasil e até 1930, tudo o que dizia respeito à saúde era limitado às ações de saneamento básico e combate às endemias e diante deste fato, surgiu então o Sanitarismo Campanhista (MÉDICE, 1994).¹⁶

Esta política era voltada para a assistência e apoio à saúde das pessoas empregadas na produção e exportação e a partir daí o Estado ia progressivamente começando a intervir em assuntos relacionados à saúde e assumiu de fato a obrigação com a assistência à saúde (MARTIN, CARVALHO e CORDONI JÚNIOR, 2001).

Em 1933, ressalta-se a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs que trouxe um novo modelo administrado pelo Estado, reestruturado das antigas CAPs (SOUSA e BATISTA, 2012).

Cordoni (1986) acrescenta que com a criação do MESP as ações de saúde deixaram de ser voltadas para o coletivo e ganharam um impulso voltado para a assistência individual.

A criação do MESP parecia ser a realização dos anseios do rigoroso movimento sanitaria da Primeira República. A política do Governo Vargas sofreu muitas oscilações e paralelo a isso as reformas da saúde pública iam acontecendo juntamente com as sucessivas mudanças no comando do MESP. Inicialmente a criação do Ministério trouxe apenas a incorporação do já existente Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Em seguida, começou a sofrer algumas modificações por meio de uma legislatura que atendia somente às necessidades conjunturais (HOCHMAN, 2005).

¹⁶ O Sanitarismo Campanhista ficou marcado na história por seu modelo autoritário e militarista de suas ações como a fiscalização dos portos, o poder de polícia dado aos agentes de saúde, que na maioria das vezes usava força para intervir no processo saúde-doença da população, e também, pelas campanhas de vacinação em massa desenvolvidas por Oswaldo Cruz, que adotavam o modelo autoritário das ações dos agentes de saúde para as campanhas de vacinação, o que na época gerou o movimento denominado de Revolta da Vacina (1904).

No período Getulista, novas políticas foram implementadas como resultados do crescimento da economia industrial. O aumento da população urbana sem planejamento favoreceu ao surgimento de doenças, levando os médicos e leigos a organizarem Associações e Ligas. Outros aspectos, além dos mencionados anteriormente, favoreceram ao incentivo à saúde hospitalar de natureza privada bem como a construção de grandes hospitais, entre eles, Hospital das Clínicas (HC) de São Paulo (MASSAKO, 1994).

Paim (2009) revela que a reestruturação dos órgãos de saúde, bem como a ampliação destes se deu nos anos de 1940 e, neste sentido, observa-se que as ações passaram a ser conduzidas pelo Governo Federal e neste período houve a criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, órgão de fundamental importância no combate à malária na década de 1950 além de promover pesquisas de doenças tropicais e atuação em educação sanitária.

Massako (1994) revela que, a primeira CNS (Conferência Nacional de Saúde), ocorrida em 1941, enfocou o modelo de assistência individual à saúde e apresentou como principal objetivo a situação sanitária e assistencial dos Estados. Com isso houve uma discussão mais elaborada, acerca das responsabilidades em níveis estaduais e municipais quanto ao serviço de saneamento básico, ações de proteção materno-infantil além de tuberculose¹⁷ e hanseníase.¹⁸

Neste contexto, a autora revela que houve a necessidade de criação de novos leitos de hospitais gerais ou sanatórios para o atendimento de pacientes com tuberculose, sendo esta proposta retificada com a Constituição Federal de 1946, que previa novos hospitais para atender este tipo de agravo à saúde entre outros.

Em 1950 ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde a qual abordou assuntos relacionados com legislação referente à higiene e à segurança do trabalho (HISTÓRIA DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE, 2011).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que inicialmente teve como ação, as atividades coletivas, como campanhas de vacinação e vigilância sanitária.

¹⁷A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada por uma bactéria que afeta principalmente os pulmões, mas também pode ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, rins e meninges (membranas que envolvem o cérebro).

¹⁸ A hanseníase é uma doença infecciosa e contagiosa causada por um bacilo denominado *Mycobacterium leprae*. A hanseníase não é hereditária e sua evolução depende de características do sistema imunológico da pessoa que foi infectada.

Em 1966, da fusão dos IAP, originou-se o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, o que foi fator determinante para o financiamento de serviços de saúde no país. Porém a instabilidade no país motivada pelo suicídio de Vargas (1954), pela renúncia de Jânio Quadros (1961) e pelo golpe militar (1964) que depôs João Goulart, são exemplos de fases que dificultaram o desenho da política social e desta forma, esse período ficou marcado pela lentidão da expansão dos direitos do povo (SARRETA, 2009).

Os problemas relacionados a saneamento básico tais como o aparecimento de pragas e de outros agentes patogênicos emergiu no cenário brasileiro e graças à III Conferência Nacional de Saúde em 1963, tiveram espaço para discussão. Esta conferência teve como tema “Descentralização na área de saúde” e teve como diferencial o surgimento dos movimentos democráticos na saúde que serviram para a ampliação de discussões que levaram a necessidade de definir um plano nacional que abrangesse as três instâncias do governo, as quais são a federal, estadual e municipal. Este plano propunha ações de descentralização a partir da participação dos municípios na solução de problemas de saúde (SARRETA, 2009).

Em 1967 ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde que abordou assuntos relacionados a recursos humanos para as atividades em saúde e saúde do trabalhador e da trabalhadora (HISTÓRIA DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE, 2011).

Nos anos 1970 observou-se uma estagnação nas ações relacionadas à saúde, mantendo-se o foco nos programas de saúde coletiva o que levou a necessidade do Estado atuar na saúde do trabalhador, com ações de restauração (MENDES, 1996).

Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006) revelam que em 1972 houve uma abrangência na assistência à saúde, onde as empregadas domésticas e trabalhadores rurais foram beneficiados com a assistência médica no sistema de saúde e reconhecidos como trabalhadores autônomos.

Em 05 de agosto de 1975 a V Conferência Nacional de Saúde contribuía com o avanço dos programas para a saúde no Brasil e trazia à discussão cinco eixos temáticos, os quais foram I. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; II. Programa de Saúde Materno-Infantil; III. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; IV. Programa de Controle das Grandes Endemias; e V. Programa

de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais (HISTÓRIA DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE, 2011).

No ano de 1977, o Ministério da Saúde afirmou que o papel fundamental dos municípios era estruturar uma rede de serviços básicos de acordo com a atenção primária, contudo nada foi feito para que esse objetivo fosse alcançado (ALMEIDA, 1979).

De acordo com a História das Conferências de Saúde (2011), no mesmo ano ocorreu a XI Conferência Nacional de Saúde que discutiu: I. Situação atual do controle das grandes endemias; II. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; III. Interiorização dos serviços de saúde; e IV. Política Nacional de Saúde.

Em maio de 1978, na cidade de Campinas, ocorreu o primeiro encontro municipal do setor de saúde, onde foi definido que os casos mais complexos relacionados à saúde da população seriam de responsabilidade da União e dos Estados (ALMEIDA, 1979).

Na VII Conferência Nacional de Saúde, em maio de 1980, surgiram as primeiras ideias que iriam sustentar a criação de um programa do Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social (INAMPS) o qual seria denominado como PREVSAÚDE e que de acordo com Médice (1994), nunca saiu do planejamento, pois ficou engavetado em decorrência da crise econômica da Previdência iniciada em 1981.

Goulart (1996) esclarece que em 1982, o Ministério da Previdência Social, Saúde e Secretarias de Estado de Saúde, firmaram um convênio com a intenção de universalizar o acesso da população aos serviços de saúde e esta parceria favoreceu aos estados e municípios a participação na política nacional de saúde.

Em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde contemplou assuntos organizados em quatro eixos: I. Saúde como Direito; II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e III. Financiamento Setorial os quais serviram de subsídio para a criação de um novo formato de programa de saúde pública.

Contudo, observa-se uma constante evolução na história dos programas e ações de saúde no Brasil até os anos de 1980, a qual passou por diversas alterações decorrentes das demandas e necessidade de cada época e década.

No entanto durante todo esse período, não houve uma preocupação por parte do Estado em formular programas e ações de saúde para grupos específicos,

tudo o que se apresentou foi com o foco no coletivo, deixando a população masculina sem a devida atenção em suas particularidades e demandas.

1.3.1 A SAÚDE PASSA A TER UM NOVO FORMATO A PARTIR DA PROMULGAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.

Considerando a constante evolução das ações de saúde no Brasil ao final da década de 1980, torna-se de grande importância mencionar a promulgação da Constituição Federal, a qual exerceu um papel fundamental no que tange aos direitos à saúde.

Do ponto de vista legal em 1988, novos conceitos foram agregados ao que se refere a ações e programas para a saúde e com a Constituição, a saúde passou a ser considerada como um direito universal e seu conceito passou a ser vinculado às políticas sociais e econômicas. Assistência à saúde passara a ser oferecida de forma integral, desde a prevenção até a recuperação (BRASIL, 1988).

A Constituição de 1988 trouxe um novo modelo de cuidados à saúde ao Estado brasileiro que até então contava com uma política imediatista e sem planejamento que nunca tiveram um objetivo de cuidado amplo e sem restrições. Todas as ações de saúde existentes até então, eram respostas de manifestações, pressões populares e tinha um intuito de cessar os protestos, greves e manifestações populares (SOUSA e BATISTA, 2012).

Sobre a criação da referida Constituição, Souza (2005) afirma que:

A Constituição de 1988 foi a mais detalhada de todas as constituições brasileiras. Quando aprovada, continha 245 artigos e mais 70 no capítulo sobre as Disposições Constitucionais Transitórias. Com as emendas constitucionais posteriores, o texto constitucional foi expandido para 250 artigos no corpo constitucional e para 94 nas Disposições Constitucionais Transitórias, números semelhantes aos das constituições da Índia e da África do Sul. A tendência à constitucionalização de questões consideradas importantes pode ser, portanto, parcialmente creditada às incertezas decorrentes das mudanças de regime político ocorridas nesses três países (SOUZA 2005, p.109).

Desta forma, a Nova Constituição representou do ponto de vista normativo a mais completa de todas as outras já existentes até então, marcando desta forma uma nova fase no Estado brasileiro.

Os principais aspectos aprovados foram “o direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado e não segurado” (TEIXEIRA, 1989, p. 50-51).

A saúde deve ser garantida como um direito fundamental a todos os seres humanos, não apenas aos brasileiros, mas da mesma forma às pessoas estrangeiras, sendo este considerado como um direito social. Desta forma, o direito à saúde pode ser considerado como defesa de impedir as ingerências por parte do Estado e exigir ao Estado políticas públicas que busquem efetivar o atendimento de saúde, atendimento hospitalar de qualquer natureza, fornecimento de medicamentos (SARLET, 2007).

Ferraz e Vieira (2009) afirmam que a reflexão sobre a complexa tarefa em definir o conteúdo do direito constitucional à saúde é baseada em três fatores principais, em primeiro lugar, faz-se necessário a compreensão de que a saúde não é apenas a ausência de doenças, mas que se trata de um conceito multidimensional que engloba fatores de natureza ambiental, social, econômica e cultural. Em segundo lugar, essa multidimensionalidade sobre o conceito de saúde requer elaboração e implementação de forma complexa de medidas que visem a proteção, promoção e recuperação da saúde e por fim, faz-se necessário lembrar que os recursos disponíveis para o investimento na saúde são insuficientes, obrigando o Estado a fazer escolhas sobre onde e como aplicar esses recursos.

Ainda sobre o mesmo contexto é muito difícil reconhecer que, mesmo sendo a saúde algo de extremo valor para a vida do ser humano, ela tem preço. Por esse motivo, torna-se imprescindível adotar critérios para que sejam alocados os recursos escassos em saúde para atender todas as necessidades de saúde da população, complementam os autores anteriores.

Vieira (2008) descreve que a própria Constituição reconhece que não basta ter acesso aos serviços de saúde para que se tenha o direito de saúde garantido, é preciso muito mais, fazem-se necessárias outras políticas sociais. Contudo, é fato que a escassez de recursos é fator determinante para impossibilitar a garantia de todas as pessoas terem um serviço de saúde de acordo com os princípios da integralidade, equidade e igualdade.

A constituição de 1988 inaugurou no Brasil uma nova política de proteção social, mais abrangente cujos objetivos principais são o bem-estar e justiça-sociais, com isso, observou-se que entre os anos de 1990 e 2000, cresceu de forma continua os mandatos judiciais e reivindicações em relação à saúde. A atuação do Ministério Público passou a revelar várias inconsistências e contradições na legislação vigente, o que recoloca em pauta novas discussões do direito à saúde (BAPTISTA *et al.* 2009).

Ferraz e Vieira (2009) afirmam que a Constituição reconhece que para se garantir a saúde da população, não basta a oferta de produtos e serviços médicos e seno assim, no art. 196 da Carta Constitucional, estão claramente previstos que a garantia ao direito à saúde se dá mediante políticas sociais e econômicas e ao acesso de forma igualitária a todos os tipos de serviços. Contudo, se reconhece que a questão da saúde é muito complexa e requer a reformulação por parte do Estado de políticas abrangentes que vão muito mais além do simples ato de se garantir o acesso aos serviços o que vai de encontro com o art. 200, que esclarece de forma clara e objetiva todas as competências do Sistema Único de Saúde - SUS.

Sendo assim, o ano de 1988 passou a ser um divisor de águas acerca das ações de saúde na história do Estado brasileiro, novos conceitos, medidas e propostas passaram a ser evidenciados com a Constituição Federal o que gestou a criação do Sistema Único de Saúde - SUS que do ponto de vista normativo traria uma assistência com foco em diferentes perfis da população, estando o homem neste foco.

1.3.2 CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – MUDANÇA DE RUMO NAS AÇÕES E PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA.

Na década de 1990 ocorre um grande marco para a história e a evolução das políticas públicas de saúde com a criação do SUS o qual do ponto de vista regulamentador serve como exemplo de assistência de saúde em outros países do mundo.

Yunes (1999) revela sobre a criação do SUS:

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em plena transição democrática, foi aprovada a proposta que mudaria radicalmente a forma como vinha sendo tratada a questão da saúde no país. A proposta previa a criação do SUS e a municipalização da saúde, ideias que acabaram sendo inscritas na Constituição de 88, com sua posterior regulamentação por meio das leis 8080 e 8142, de 1990. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, diz o texto constitucional, ao adotar o modelo do Sistema Único de Saúde – o SUS –, consubstanciado em três diretrizes básicas: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. O novo modelo, segundo se estatuiu nos diplomas legais, deve levar em conta que a questão da saúde não pode ser vista isoladamente, mas associada às políticas públicas de saneamento, moradia, alimentação, transporte, emprego e lazer (YUNES 1999, p. 35).

Sendo assim, as propostas aprovadas na referida Conferência representaram um ganho para toda a sociedade, pois traduziram uma preocupação até então não tida com a saúde da população e assim gestaram a criação do SUS.

Uma espécie de estado para a saúde foi criado de maneira relevante com o surgimento das leis 8.080/90 que sedimenta o SUS e 8.142/90 que trata do envolvimento da população nas questões de saúde através dos Conselhos de Saúde (LEI 8.080, 1990).

As Coletâneas e normas para o controle social no Sistema Único de Saúde (2006, p.5) revelam que o SUS em sua estrutura formada por leis, normas, resoluções e diretrizes foi um marco na garantia do direito à saúde da população, por trazer a determinação de que a saúde deveria ser de caráter universal quanto às ações e aos acessos aos serviços no Brasil.

De acordo com Sousa e Batista (2012) o SUS tem como objetivos e atribuições à assistência às pessoas (em tudo o que envolve ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação), bem como vigilância epidemiológica e sanitária, a saúde do trabalhador além de assistência farmacêutica. Além disto, o SUS trouxe todas as diretrizes e princípios a serem seguidos por todas as pessoas envolvidas no sistema e trouxe também que, de forma complementar, os serviços da

iniciativa privada iriam fazer parte da assistência à saúde desde que fosse através de contrato público.

Neste contexto, os referidos autores acrescentam ainda que além dos serviços públicos, os filantrópicos e privados que tinham convênio com SUS, teriam que desenvolver suas atividades em prol da população baseados nos princípios da universalidade, igualdade, integralidade, participação popular, descentralização e comando único além da regionalização e hierarquização.

Realizando uma leitura conceitual do ponto de vista normativo acerca destes princípios, conclui-se que todos os brasileiros possuem direito de acessar os serviços de saúde oferecidos, sem nenhum tipo de preconceito e nem privilégios que possam diferenciar a assistência a qual deverá ser na forma mais plena possível nos vários níveis de complexidade, todos os usuários deverão participar da elaboração das ações e programas a serem implementados. Quando as ações forem elaboradas, deverá levar-se em consideração a realidade local para que se possa definir uma política pública necessária sendo esta realizada tanto por estabelecimento público quanto por uma parceria privada.

Do ponto de vista regulamentador, o SUS é tido como modelo de política de saúde pública para todo o mundo e possui um sistema de atenção primária à saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) que propõe através de uma equipe multidisciplinar, uma reorganização da assistência à saúde a partir de ações de prevenção e cura em substituição do modelo tradicional que visa apenas a cura de doenças (SOUSA e BATISTA, 2012).

A lei 8.080/90 reafirma em seu 3º parágrafo que os níveis de saúde da população devem ser expressos através da alimentação, moradia, saneamento, renda, trabalho, lazer e transporte e que estes fatores reunidos constituem a organização social e econômica do país (FERRAZ e VIEIRA, 2009).

A Emenda Constitucional 29 foi promulgada em 13 de setembro de 2000 com a intenção de definir as formas de financiamento da política pública de saúde de maneira vinculada à Receita Tributária, passando assim o financiamento do SUS a ser garantido constitucionalmente (EMENDA CONSTITUCIONAL, 2000).

Sarreta (2009) evidencia que a concepção de saúde no Brasil privilegiou ao longo de toda a história uma minoria no que se trata nos serviços de assistência médica. Esses serviços foram desenvolvidos pelas instituições filantrópicas ou por

meio do sistema previdenciário, o que favoreceu fortemente a comercialização da saúde.

No entanto, do ponto de vista regimentar, as políticas públicas de saúde são medidas promotoras de cidadania e que o Estado as utiliza na forma de promoção dos direitos fundamentais do homem e enquanto de um lado existem os direitos fundamentais do homem considerados como invioláveis, por outro lado existe um Estado que apresenta limitações frente ao grande desafio de garantir o bem-estar social da população.

Contudo deve-se considerar que, o direito fundamental à saúde, positivado pela constituição de 1988 tem que ser observado como infinito, enquanto os recursos e atuação do Estado para garanti-lo se demonstram ao longo da história como “finitos”.

Deste modo, as ações de saúde no Estado brasileiro passaram por uma considerável evolução ao longo dos anos, onde inicialmente tinham o foco na atenção coletiva e conforme as necessidades foram surgindo, evoluíram para o foco na assistência individual com a criação do SUS. A Constituição de 1988 contribuiu de forma relevante para a sociedade, garantindo a saúde como um direito fundamental e a criação do SUS marcaram em definitivo a evolução das políticas de saúde, pois ele é considerado como exemplo mundial de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde.

O novo formato de assistência à saúde pública oferecido com a criação do SUS trouxe do ponto de vista normativo a resolução para um problema de saúde que perpetuou até então, o qual se faz entender pelas diversas lacunas apresentadas na assistência durante toda a história da saúde no Estado brasileiro que até então vinha se preocupando com a sociedade de uma forma abrangente.

Desta forma o cuidado direcionado passou a ser visto como prioridade nos cuidados à saúde, favorecendo então à grupos específicos da população e de acordo com a necessidade de cada um e esta nova visão daria a origem a programas para a saúde da mulher, do idoso e da criança. No entanto, ação de saúde específica para as demandas masculinas continuaram a ser negligenciadas pelo Estado até que fosse criada uma política que atendesse as necessidades de saúde específicas do homem.

CAPÍTULO 2

UMA POLÍTICA PÚBLICA COM VISTAS À SAÚDE DO HOMEM

Esse capítulo se propõe a apresentar uma política pública voltada diretamente para a saúde do homem denominada Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem – PNAISH. Durante a discussão serão apresentados os fatores que impulsionaram a criação desta política e todos os procedimentos que foram realizados para sua criação, desde o nascimento da ideia até a sua implantação.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem será apresentada de forma detalhada e regulamentadora considerando desta forma toda sua particularidade para que se forme um arcabouço teórico acerca do tema.

2.1 FATORES QUE IMPULSIONARAM A CRIAÇÃO DA PNAISH E OS PROCEDIMENTOS PARA SUA EFETIVAÇÃO.

Ao longo dos anos, a história dos programas e ações de saúde evidenciou que o Estado enquanto promotor de direitos fundamentais como a saúde priorizou uma assistência de saúde de forma abrangente e apenas com a chegada do SUS, houve uma proposta voltada para o cuidado de grupos específicos. Mesmo assim, os programas que foram criados, priorizaram grupos sociais específicos, não havendo desta forma um programa direcionado para a saúde masculina o que evidenciou uma emergência de cuidados para esses indivíduos.

Assim, estudos do Ministério da Saúde que versam sobre o perfil epidemiológico da saúde masculina começaram a ganhar força no cenário nacional e apontaram a singularidade do “saudável” e do “doente” nos segmentos masculinos.

Neste contexto a saúde da população masculina estava sob a imprescindibilidade da criação de uma política pública de saúde que contemplasse as necessidades do homem.

Sendo assim, para que o presente estudo aprofunde os conhecimentos acerca da saúde da população masculina, torna-se inevitável elucidar o significado de “homem” que de acordo com o Dicionário Aurélio é:

Um homem é um ser humano do sexo masculino, um adulto, animal bípede da ordem dos primatas pertencente à subespécie *Homo sapiens*. Menino é termo usual para uma criança humana do sexo masculino e os termos rapaz ou moço para um macho humano adolescente ou jovem adulto. O termo Homem, com inicial maiúscula, pode ser utilizado ainda para se referir ao ser humano de maneira geral, seja ele homem ou mulher, embora tal aplicação esteja sendo questionada por feministas (AURÉLIO 2004, p.1052).

Desta forma, o conceito mencionado reflete as muitas variações que podem ser associadas ao homem, desde sexo, masculinidade e idade, o que pode levar a sub conceitos separados didaticamente.

A década de 1970 datou os primeiros estudos sobre a saúde do homem, estes direcionados para as formas de adoecimento do homem, no entanto desconsideraram a complexidade dos contextos históricos sociais e políticos, que o homem sempre esteve inserido, ou seja, não foram considerados os meios pelos quais esses homens estavam adoecendo (GOMES, 2003).

Laurenti, Jorge e Gotlieb (1998) revelam que ao final da década de 1980 a saúde masculina nas Américas foi contemplada com um estudo que traçou o perfil de adoecimento dos homens, onde foram consideradas as principais diferenças entre gênero masculino e feminino e mortalidade em todas as faixas etárias marcaram os resultados deste estudo.

De acordo com os pesquisadores, na década de 1990 os estudos sobre os homens começaram a serem aprofundados, associando o seu perfil epidemiológico à sua raça, etnia, orientação sexual, religião dentre outros.

A partir de então é que se percebeu uma importante mudança na concepção teórico-política destes estudos, os quais passaram de fato a analisar a perspectiva do gênero (SCHARAIBER, *in* GOMES, 2008, p.7-20).

Neste sentido, observa-se uma mudança no cenário das políticas públicas no Brasil, as quais passaram a direcionar um olhar diferenciado para a saúde do homem até então negligenciada pelos governantes. A saúde do homem foi inclusa no cenário acadêmico e passou a ser discutida entre as políticas públicas em vigência (ARAÚJO, SCHRAIBER, COHEN, 2011).

Desta forma, o foco da atenção na saúde da população masculina no Estado brasileiro encontra-se traduzido na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH a qual se deu através da Portaria 1.994 do Ministério da Saúde.

De acordo com a referida normativa, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem possui como objetivo:

Promover 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 enfretamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (PORTARIA 1994, p.01).

Desta forma, a Política apresentou do ponto de vista regulamentador, um objetivo direcionado para as demandas existentes da população masculina as quais foram fortalecer os atendimentos de saúde do homem de forma integral a fim de se diminuir as taxas de morbidade e mortalidade em ascensão nestes indivíduos.

No tocante a construção da Política de Saúde dos Homens, Figueiredo (2005) afirma que a população masculina não esteve presente no processo de criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e ainda nos dias de hoje se encontra distante dos espaços e serviços de saúde, principalmente os que são oferecidos na atenção básica como forma de prevenção às doenças.

Neste mesmo contexto, o surgimento da Política não se deu de um movimento de demanda reconhecida da população, nem tão pouco da população masculina e sim de uma decisão política. O então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão fez a primeira referência à criação da Política em seu discurso de posse para Ministro da Saúde, onde dentre as vinte e duas metas estabelecidas para sua gestão, estava a de "incluir a Política de Atenção à Saúde do Homem".

Em seu discurso (2007), o Ministro Temporão afirma que um de seus desafios imediatos assim que assumisse o Ministério da Saúde seria compreender o que determinava a situação de saúde da população brasileira e com isso providenciar ações possíveis dentro da governabilidade setorial e sem perder o foco na atenção do homem comum, cidadão deste país ao qual se deve imputar o sentido único da construção do Sistema Único de Saúde.

Martins e Malut (2013) revelam que após o Ministro Temporão demonstrar interesse em construir essa nova política, as discussões sobre adoecimento e saúde da população masculina aumentaram consideravelmente na sociedade brasileira.

Os autores anteriores acrescentam que, no mesmo ano da posse do Ministro houve a XIII Conferência Nacional de Saúde, na qual foram aprovadas duas propostas referentes a política pública voltada à saúde dos homens.

De acordo com o Relatório Final da referida Conferência (2008), as propostas aprovadas foram:

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, p. 31).

Estas propostas serviram para “alavancar” a criação da Política, tendo em vistas que contemplaram a real necessidade de saúde da população masculina, uma vez que o foco delas foi o fortalecimento da promoção, prevenção e a atenção primária à saúde masculina.

Em seguida, foi criada uma área técnica da saúde do homem no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à

Saúde (DAPES/SAS), a qual foi conduzida sob a coordenação do ginecologista Ricardo Cavalcanti que se preocupou em valorizar os saberes e interesses urológicos, a redução do adoecimento do homem às enfermidades genitais e urológicas com um foco na integralidade e promoção da saúde (MARTINS e MALAMUT, 2013).

Ao se falar da criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, Carrara, Russo e Faro (2009) mencionam que, a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) vinha se mobilizando junto às autoridades do Governo para a criação de uma política pública de saúde que atendesse as especificidades da população masculina.

No entanto, para os pesquisadores anteriores, a preocupação desta entidade era, sobretudo com a inserção dos profissionais urologistas nas unidades de atenção primária à saúde, além do aumento de seus honorários oferecidos pelo SUS o que não passou de interesses próprios da categoria e para reunir mais força para este propósito, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), passaram a contribuir com a SBU nas discussões desta temática.

Contudo, observou-se que a população masculina se manteve ausente durante todo o processo de construção do texto base da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem o que vai de encontro com distanciamento deste grupo com assuntos de interesses à sua saúde (FIGUEIREDO, 2005).

Guida (2011) acrescenta que pelo fato da Política possuir um caráter inovador, no sentido de ser uma política nova, diferente das demais existentes do ponto de vista normativo e por ser algo exclusivo para a saúde do homem, estes foram os motivos que colaboraram para o distanciamento dos homens na sua criação e que os gestores da época deveriam ter se preocupado em criar mecanismos de aproximação e participação dos homens.

Carrara, Russo e Faro (2009) destacam que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem se trata da primeira política de saúde com o foco na população masculina na América Latina e a segunda do Continente Americano, ficando atrás apenas do Canadá.

Entretanto, levando-se em consideração que desde o século passado os homens vêm adoecendo e morrendo mais e que o desenvolvimento das políticas

específicas veio sendo incentivado a cada ano, faz-se necessário levantar uma discussão que abranja os reais motivos que levaram a criação de uma política de saúde que atendesse as necessidades do público masculino (MARTINS e MALUT, 2013).

Para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes (2008), ao se iniciar uma discussão direcionada para as causas que levaram a criação de uma política pública de saúde para os homens, faz-se necessário analisar os indicadores demográficos da população masculina do Brasil a qual foi apontada pelo IBGE no ano de 2005, que 49,2% da população residente no território nacional é composta por indivíduos do sexo masculino o que totaliza um número de 90.671.019 (noventa milhões, seiscentos e setenta e um mil e dezenove) pessoas e que deste total, 41% se concentram entre homens com faixa etária de 25 a 59 anos.¹⁹

A referência anterior revela também os principais indicadores de morbidade entre a população masculina e aponta que as internações por causas externas, tumores e doenças do aparelho circulatório aumentaram entre os anos de 2000 e 2007, recorte de anos utilizado como base de pesquisa para elaboração da Política. As causas externas são os acidentes de transporte e são mais frequentes entre a população de faixa etária entre 20 e 29 anos. Além da problemática relacionada ao sofrimento do próprio paciente, faz-se necessário mencionar outros impactos ocasionados pelos acidentes, os quais são o aumento dos gastos hospitalares devido a permanência desses pacientes nas unidades de terapia intensiva.

Estes gastos aumentaram de R\$ 121.768.759,45 (cento e vinte um milhões, setecentos e sessenta e oito mil, setecentos e cinquenta e nove reais e quarenta e cinco centavos) no ano de 2000 para 239.927.842,06 (duzentos e trinta e nove milhões, novecentos e vinte e sete mil, oitocentos e quarenta e dois reais e seis centavos) em 2007. Já os tumores, destacam-se como maior número de internações as neoplasias do aparelho digestivo (boca, faringe, esôfago, estômago e cólon). Considerando o número de internações no ano de 2000 e 2007, observa-se que o número praticamente dobrou, passando assim as despesas com internações

¹⁹ Para elaboração do texto base da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, seus autores utilizaram dados estatísticos sobre o número populacional do Brasil levantado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no ano de 2005 e estes números revelaram um valor representativo da população masculina nacional.

de R\$ 13.286.369,99 (treze milhões, duzentos e oitenta e seis mil, trezentos e sessenta e nove reais e noventa e nove centavos) para R\$ 35.785.675,58 (trinta e cinco milhões, setecentos e oitenta e cinco mil, seiscentos e setenta e cinco reais e cinquenta e oito centavos).

Ainda sob a análise da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes (2008), observa-se que as internações por doenças do aparelho circulatório podem ser resumidas em 40,5% relacionadas aos acidentes circulatórios, seguidas de 18,7% de hipertensão, 1,2% de miocardiopatias e 39,6% distribuídas entre outras patologias.²⁰

Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005) destacam os diferenciais na saúde do homem e da mulher que se demonstram indicadores com bastante clareza, onde a população masculina praticamente em todas as faixas etárias apresenta uma maior mortalidade do que feminina.

No entanto, Laurenti (1998) revelou em um estudo realizado por ele sobre o perfil epidemiológico da saúde masculina, que a maior causa das mortes ocorridas entre a população masculina se destaca as doenças cardiovasculares, neoplasias malignas e as violências.

Ao ser analisado os indicadores de mortalidade entre homens de 25-59 anos no ano de 2005, identifica-se que 75% dos casos, os óbitos estiveram incidentes em cinco grupos principais, sendo eles, 1 – causas externas, 2 – doenças do aparelho circulatório, 3 – tumores, 4 – doenças do aparelho digestivo e por fim, 5 – doenças do aparelho respiratório (PNAISH: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES, 2008).

As causas externas de óbitos englobam acidentes de transporte, lesões autoprovocadas voluntariamente e as agressões, as quais representam 78% dos óbitos por causas externas. Os tumores com maior incidência entre os homens de 25-59 anos são os de aparelho digestivo que corresponde cerca de 43,2% dos casos, dentre eles os de pâncreas, fígado, colo, anus, reto, estomago, esôfago e boca. Tumores do aparelho respiratório também ocupam um lugar de destaque e totalizam um número de 12.005 (doze mil e cinco) óbitos em 2005 sendo os mais comuns, tumor de traqueia, brônquios e pulmão. Já os tumores de próstata quando identificados precocemente possuem uma taxa de mortalidade diminuída, pois é um

²⁰ As doenças do aparelho circulatório são todas as relacionadas ao funcionamento do músculo cardíaco o qual quando não exerce sua função de manter a circulação do sangue para órgãos e tecidos de forma adequada originam estas patologias.

tipo de neoplasia que possui uma evolução muito lenta (PNAISH: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES, 2008).

Não se deve deixar de falar do câncer de pênis ao se abordar as neoplasias do aparelho urinário, estes representam 2% dos casos que atingem os homens e são mais frequentes nas regiões norte e nordeste (NARDI, GLINA e FAVORITO, 2007).

Contudo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes (2008) revela que, além das causas externas e dos tumores as doenças do aparelho digestivo também são causas de mortalidade e que as doenças do fígado merecem destaque. Em 2005 foram responsáveis por 70% das causas de morte entre os homens de 25-59 anos e dentre essas doenças as que mais ocorreram foram a doença alcoólica, a fibrose e a cirrose hepática.²¹

Entretanto, passando a analisar a taxa de internação entre os homens, foi constatado que a principal causa está relacionada às doenças do aparelho respiratório que ocupam a porcentagem de 21,1% dos casos, seguindo de números bem próximos às doenças do sistema circulatório, infecciosas e aparelho digestivo (LAURENTI, JORGE e GOTLIEB, 2005).

Neste sentido, devem-se levar em consideração alguns agravos importantes que influenciam diretamente na saúde masculina como a síndrome da deficiência imuno adquirida (AIDS) a qual sempre esteve associada predominantemente ao sexo masculino por serem um grupo de pessoas com determinados comportamentos de risco e, além disto, outro agravo que merece destaque é o uso indiscriminado do álcool o qual é responsável por transtornos mentais, cirrose hepática dentre outras doenças (LAURENTI, JORGE e GOTLIEB, 2005).

A prevalência do abuso de álcool entre homens acima de 12 anos é de 19,5% e de acordo com esses dados, para cada seis pessoas do sexo masculino que possuem o hábito de ingerir bebidas alcoólicas, uma fica dependente (CEBRID, 2006).²²

²¹ O ano de 2005 foi utilizado pelos autores como fonte de dados para elaboração da PNAISH

²² Segundo o professor de terapia ocupacional da UFPR Luís Felipe Ferro, que atua na área de saúde mental, o alto consumo de álcool pode causar danos no cérebro, trato digestivo (incluindo pâncreas e fígado), coração, sangue, músculos e glândulas hormonais. "O uso contínuo pode causar ainda demência alcoólica, prejuízo na memória e capacidade de julgamento e pode até alterar a personalidade do sujeito", acrescenta.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes (2008) traça um diagnóstico acerca da população masculina no Brasil e afirma que outros agravos influenciam na saúde do homem, tais como a violência onde o homem é mais vulnerável a esse tipo de situação, seja ele como autor ou como uma vítima e afirma também que a agressividade está associada biologicamente ao sexo masculino e que pode ser agravada pelo uso abusivo de álcool, drogas ilícitas, acesso a armas de fogo. A violência deve ser analisada como causa determinante de morbimortalidade. O tabagismo é outro agravo que deve ser levado em consideração, tendo em vista que acomete os homens em maior proporção do que as mulheres e com isto expõe estes indivíduos a maiores riscos de doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças bucais entre outras.

Neste sentido, Gomes (2003) associa o índice de mortalidade dos homens à falta de prevenção e à resistência desses indivíduos a se prevenirem, pois, seus hábitos de vida e as formas conservadoras de padrões de vida que eles têm ao acharem que nunca vão adoecer não são fáceis de mudar.

Esta questão de hábitos de vida dos homens foi descrita claramente por Welzer-Lang *in* Schpun (2004) que afirmou que os homens consideram que é da responsabilidade das mulheres o “papel do cuidado”, pois estas é que são educadas para essa tarefa.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes (2008) acrescenta também que os homens não acreditam na possibilidade de adoecer e que não reconhecem suas necessidades o que é agravado pelas ações de comunicação que privilegiam a saúde da criança, do adolescente, da mulher e do idoso.

Outro ponto importante que vai ao encontro da problemática do adoecimento e mortalidade masculina foi mencionado por Schraiber *in* Villela e Monteiro (2005) que afirmaram que muitos estudos destacam que os homens não procuram por um serviço de prevenção por não terem tempo, pois os horários de trabalho e de estudo não coincidem com os de funcionamento das unidades básicas de saúde evidenciando desta forma que estes indivíduos têm como prioridade suas atividades laborais.

As considerações feitas pelos autores anteriores vão ao encontro com Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes

(2008), que reforça o fato dos homens não procurarem os serviços de saúde por terem outras prioridades, por serem provedores do lar e não se darem ao direito de adoecer e esta problemática se agrava ainda mais quando se trata de homens de condições sociais menos favorecidas. Alegam que os horários de funcionamentos dos serviços não são adequados à sua realidade. No entanto faz-se necessário destacar que as mulheres mesmo estando diretamente inseridas no mercado de trabalho conseguem conciliar suas atividades laborais com seus cuidados de saúde e prevenção às doenças.

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) acrescentam que um ponto que interfere diretamente na procura dos homens pelo serviço primário à saúde são as filas de espera para marcação de consultas que os levam a perder um dia inteiro de trabalho e que uma consulta apenas não irá ser o suficiente para resolver seus problemas de saúde.

Muitas situações que levam o adoecimento entre os homens poderiam ser evitadas caso houvesse uma cultura entre eles de prevenção primária. A falta de prevenção impacta diretamente o financeiro da sociedade bem como atinge a família destes homens que acabam sendo expostas a um sofrimento físico e emocional em decorrência da luta pela sobrevivência e qualidade de vida desses indivíduos (PNAISH: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES, 2008).

Portanto, os números e dados apresentados no decorrer do capítulo serviram para mobilizar o Estado para a direção do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Neste sentido, observa-se que muitos foram os fatores que impulsionaram a criação de uma política pública de saúde que atendesse as demandas da população masculina. Pesquisas e estudos do Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística efetivaram os indicadores do perfil de saúde e doença destes indivíduos e demonstraram que ao decorrer dos anos houve um aumento considerável entre as taxas de morbidade e mortalidade entre os homens.

Neste contexto, os gastos públicos com internações e tratamentos de doenças poderiam ser evitados caso houvesse uma prevenção primária e este é outro fator determinante que impulsionou a criação da Política.

No entanto, devem-se levar em consideração outros fatores também levaram a criação da Política, os quais foram questões políticas e de interesses pessoais de classes médicas que tinham o intuito de se beneficiarem.

Contudo, entre os diversos motivos, o Estado deixa de negligenciar a atenção à saúde dos homens do ponto de vista regulamentador, e cria-se então um novo modelo de assistência para a população masculina, colocando do ponto de vista normativo, um fim nas lacunas existentes nos cuidados de saúde do homem.

2.2 COMPREENDENDO A PROPOSTA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM.

Em novembro de 2008 foi criada pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas a Política Nacional de Atenção À Saúde do Homem, com seus princípios e diretrizes a qual foi motivada pelas necessidades de saúde da população masculina observada durante anos através de estudos e pesquisas do Ministério da Saúde que revelaram o perfil de saúde do homem, além de interesses políticos e de parte da sociedade médica.

Contudo, em 27 de agosto de 2009, esta política foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde através da Portaria Ministerial nº 1.944 e do ponto de vista regimental, a população masculina de todo território nacional deixa de ser “esquecida” pelas autoridades públicas no que se tange à sua saúde e passar a ser vista com novos olhos através da ótica desta política pública inovadora.

No entanto, por entender que as complicações de saúde dos homens que constituem um grave problema público, o Ministério da Saúde propõe esta Política em parceria com outros órgãos da sociedade, tais como, gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores da área, acadêmicos e agências de cooperação internacional, todos em prol de objetivos exclusivos que são promover ações que contribuam para a melhoria da realidade masculina nos seus diversos aspectos socioculturais e político-econômicos além de respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais e tipos de gestão e com isso espera-se que a população masculina tenha um aumento da expectativa de vida e uma queda nos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (PNISH: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES, 2008).

De acordo com o Pacto pela Saúde em Defesa da Vida e da Gestão (2006), para que se aprofundam os conhecimentos acerca da Política Nacional de

Atenção Integral à Saúde do Homem, é importante compreender a Política de Atenção Básica – PNAB, a qual revisou e adequou todas as normas já existentes de atenção básica da população. Esta política tem como característica principal promover ações de caráter individual e coletivo para a promoção e manutenção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2006), na referida lei foi determinada as responsabilidades dos municípios e dos profissionais da Atenção Básica com o intuito de captar os usuários, satisfazer suas necessidades e mantê-los presentes nos serviços.

Contudo, de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2010), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada diretamente com os princípios da Política Nacional de Atenção Básica e propõe fortalecer as ações e serviços em redes, além de qualificar a atenção básica para que a assistência aos homens não se restrinja apenas à recuperação, mas que garanta também a promoção de saúde e prevenção de agravos evitáveis culminando desta forma em uma assistência integral à toda população masculina.

A Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem foi formulada com o foco voltado para um recorte etário da população masculina, o qual é de homens com idade de 25 a 59 anos e prioriza suas ações para esse recorte etário, porém vale ressaltar que esta política não desconsidera as outras idades, tendo em vista que crianças, adolescentes e idosos já são assistidos por outras políticas públicas de saúde (PIROLO *et al.*, 2009).

De acordo com o texto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes (2008) a implantação desta Política ocorreu de forma integrada às outras políticas já existentes e de acordo com a hierarquização de atenção à saúde, priorizando assim a Atenção Básica como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime fortalecendo os cuidados do homem.

A referência anterior evidencia os números de morbimortalidade, aponta os principais fatores socioculturais que levam a uma maior vulnerabilidade do homem aos problemas de saúde e considera ainda que representações sociais sobre masculinidade vigente comprometam o acesso à atenção integral.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes (2008), enfatiza a necessidade e importância de alguns eixos

metodológicos, conceituais e práticos, os quais se fazem fundamentais para a formulação das estratégias e ações.

O primeiro eixo trata da mudança do foco programático, saindo assim do campo restrito da adesão a programas assistenciais de saúde, tais como programa de hipertensão e diabetes, para uma perspectiva mais ampla que privilegie uma atenção integral, que valorize a promoção da saúde, a qualidade de vida e a educação como uma estratégia de fundamental importância para que haja mudanças comportamentais da população masculina à consolidação das ações propostas.

O segundo eixo metodológico abre espaço para uma articulação da política com outras demandas da sociedade organizada, tais como, empresas, escolas, sindicatos, campos de futebol, quartéis, estações rodoviárias, metrô entre outros. E por fim, o terceiro eixo se refere ao alinhamento das ações da PNAISH com a PNAB, que irá evitar a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2008) suas ações são orientadas com o foco nos atendimentos da população masculina, levando sempre em consideração um atendimento humanizado, ênfase na necessidade de mudanças de paradigmas em relação à percepção dos homens aos seus cuidados de saúde e da sua família. Considera-se essencial além dos aspectos educacionais, que os serviços públicos de saúde sejam para colher e fazer com que os homens se sintam parte integrante do serviço. Esta política tem como princípios fundamentais a humanização e a qualidade no atendimento prestado, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais.

Para que se possa garantir que os princípios da política sejam respeitados, faz-se necessário considerar alguns elementos, os quais sejam que a população masculina não tenha apenas acesso aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis, mas que tenham seus problemas solucionados e que sejam acompanhados pela equipe de saúde; que haja uma articulação do Governo com setor privado e sociedade, de modo a garantir um compromisso e uma corresponsabilidade com a saúde dos homens e sua qualidade de vida; que a população masculina, bem como seus familiares e comunidade tenham informações e orientações sobre a promoção, prevenção e tratamento de agravos e

enfermidades do homem; que as atividades de prevenção primária à doenças cardiovasculares e cânceres entre outros problemas recorrentes possam captar a população masculina de forma precoce, afim de se garantir um breve restabelecimento da saúde desses indivíduos (PNAISH: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES, 2008)

Ainda sob a análise dos elementos que foram respeitados para a criação das diretrizes da Política, a PNAISH: Princípios e Diretrizes (2008) acrescenta ainda que, os profissionais de saúde que irão atender os homens possam estar devidamente qualificados e preparados, não só para acolher esta população, mas também para mantê-la no serviço; que todo o material educativo necessário seja disponível, assim como os insumos e equipamentos que possam garantir a continuidade da assistência; que seja realizado um monitoramento contínuo dos serviços prestados, desempenho dos profissionais de saúde que atendem os homens além da participação dos usuários; e por fim, que a partir do monitoramento sejam realizados indicadores que permitam aos gestores de saúde monitorar e avaliar o impacto do serviço, no sentido de redefinir novas estratégias caso sejam necessárias.

As diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foram elaboradas tendo em vista a integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade. A integralidade pode ser compreendida como a utilização de todos os níveis da atenção pelo usuário, que ele tenha uma linha de atendimento e cuidados com referência e contra referência entre a atenção primária, de média e de alta complexidade. A factibilidade está relacionada com a disponibilidade de recursos que permitam a implantação das ações decorrentes das diretrizes, estes recursos compreendem tecnologia apropriada, insumos técnico-científicos e estrutura administrativa e gerencial. No que dizem respeito à coerência, todas as diretrizes que forem propostas deverão estar de acordo com os princípios do SUS e a viabilidade, da implementação desta Política deverá estar diretamente relacionada aos três níveis de gestão e do controle social, os quais são responsáveis pela execução das diretrizes, acrescenta o autor supracitado.

Tendo em vista o texto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Princípios e Diretrizes (2008), para que sejam implementadas todas as ações de assistência integral à saúde do homem, deve-se levar em consideração

que a saúde do homem deverá ser entendida como um conjunto de ações interligadas que visa a saúde e bem-estar destes indivíduos, as quais são ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, todas executadas nos diferentes níveis de atenção. Contudo deverá ser priorizada a atenção básica, com o foco na Estratégia de Saúde da Família, a qual é a porta de entrada para o serviço integral e hierarquizado; para que a presente política seja garantida, faz-se necessário que se reforce a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social de acordo com a competência de cada um; toda a prática de saúde deverá ser direcionada pela assistência humanizada e qualidade e sua execução deverá ser integrada à outras políticas, bem como outros programas, estratégias e ações vindas do Ministério da Saúde.

Ainda de acordo com o texto mencionado acima, para que haja a implementação das ações da Política deverá haver uma articulação interinstitucional, principalmente com o setor da Educação, o qual se torna importante para a promoção de novas formas de pensar e agir da população em relação à saúde dos homens; a realização de novas ações de saúde, de modo que se garanta que os homens sejam inclusos nelas e que estes considerem os espaços de saúde como espaços masculinos também e que por sua vez, os serviços de saúde também possam reconhecer que os homens também necessitam de cuidados e as demandas da sociedade deverão ser integradas e corresponsáveis das ações do Governo entendendo estas que a saúde não é um dever apenas do Estado, mas uma prerrogativa da cidadania.

E por fim, para que as ações de assistência inclusas nas programações direcionadas a população masculina possam ser garantidas, o texto base da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – Princípios e Diretrizes (2008) acrescenta que deverá existir uma educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, com temas relacionados à Atenção Integral à Saúde do Homem, para que eles estejam sempre em contato com os conhecimentos da temática proposta; os sistemas de informação deverão ser aperfeiçoados de forma a facilitar um melhor monitoramento para tomadas de decisões racionais e estudos e pesquisas deverão ser realizadas para que possam contribuir para a melhoria das ações que visem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem - Princípios e Diretrizes (2008), os objetivos deste programa se traduzem em um objetivo geral, o qual é:

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 (PNAISH 2008, p.31)

Sendo assim, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem traduz do ponto de vista regulamentador, uma importante preocupação com a saúde da população masculina.

Os objetivos específicos podem ser resumidos quanto a atenção à saúde do homem, à luz dos princípios supracitados, de forma organizada, fortalecida e humanizada em todo território nacional, facilitando o acesso e incentivando a garantia da assistência integral, inclusive no que tange à saúde sexual e reprodutiva do homem e enfrentamento de fatores de risco, nos serviços públicos e privados. Ainda se somam aos objetivos específicos a formação e qualificação dos profissionais da área da saúde para proporcionar um atendimento eficaz e de qualidade aos homens e incluir o cidadão nas ações integradas, estimulando-o a participar de planejamento, conhecimento e reflexão sexual e reprodutiva, uso do contraceptivo, DST/AIDS, disfunção sexual, infertilidade, contracepção voluntária, paternidade responsável (PNAISH: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES, 2008).

Igualmente, realizar ações de saúde integradas a outras áreas governamentais, e associar tais ações às da sociedade civil organizada e movimentos sociais, ampliando por meio educativo as informações da população masculina quanto à medida de prevenção e controle de enfermidades, autocuidado compõem o rol de objetivos específicos do programa de atenção integral à saúde do homem, independente dos grupos, etnias e situações que se encontra. Portanto, primordial alcançar índios, gays, negros, quilombolas, travestis, transexuais, portadores de necessidades especiais, trabalhadores rurais, apenados e em situação de risco e desenvolver estratégias de saúde com equidade, embora

enfoque das ações educativas direcionadas. Esses e os demais objetivos devem ser efetuados com emprego necessário de recursos, evitando, assim, quaisquer dispersões (PNAISH: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES, 2008).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes (2008), revela as responsabilidades institucionais acerca da Política e as definem de acordo com as diretrizes emanadas do Pacto pela Saúde 2006, respeitando a autonomia e competência da União, Estados e Municípios.

Contudo no ano de 2009, o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem através da Portaria Ministerial nº 1.994 de 27 de agosto. Esta portaria além de implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no território brasileiro, vem a reafirmar os seus princípios e diretrizes, objetivos, competências da União, Estado e Municípios e o processo de avaliação e monitoramento da implantação e implementação da Política.

A sobredita Portaria Institui as competências da União em relação à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, as quais são compreendidas em:

- Coordenar e fomentar, em âmbito nacional, a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Estados e aos Municípios, visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locais regionais;
- Promover no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;
- Promover ações educativas relacionadas aos estereótipos do gênero;
- Estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Definir estratégias de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS, voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PORTARIA 1994, 2009, p.02).

Ademais, compete à União estabelecer parcerias técnicas e científicas no âmbito nacional e internacional, primando a cooperação mútua nos planos, programas e estratégias das atividades decorrentes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, coordenando o processo de construção das diretrizes e protocolos assistenciais da atenção à saúde do homem, em conjunto com os demais entes federados. Apoiar financeiramente a qualificação dos profissionais envolvidos, sem deixar de monitorar e avaliá-los continuamente; também lhe cabe analisar os indicadores de monitoramento, tanto dos serviços como das próprias ações, redefinindo estratégias necessárias, e, promover ações informativas e educativas em saúde e debate popular para tornar conhecida a referente Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (PORTARIA 1.994, 2009).

Neste mesmo contexto, a referida Portaria descreve as competências dos Estados em relação à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, as quais são, além de fomentar a implementação, coordenar, estimular e prestar cooperação financeira e técnica aos Municípios e no âmbito estadual as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS, no que tange à PNAISH, respeitando às diversidades locorregionais:

Promover na esfera de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;
Elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais de atenção, apoiando os Municípios na implementação desses protocolos;
Promover, junto a população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;
Estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, o processo de discussão com a participação de todos os setores da sociedade, com o foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
Incentivar junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e a atenção à saúde do homem;
Capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para o atendimento do homem; e por fim,
Analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e ou atividades que se fizerem necessárias. (PORTARIA 1.994, 2009, p.03).

Deste modo, o Estado desenvolve um papel de fundamental importância, pois analisar indicadores da Política a fim de se traçar estratégias de melhoria no serviço e nas ações de atendimento é poder garantir uma assistência resolutiva a seus usuários.

Por fim, Portaria Ministerial traduz as competências destinadas aos Municípios para que haja a implementação da Política:

Implementar, acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família;

Apoiar técnica e financeiramente a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Implementar no âmbito municipal, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS, voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locorregionais;

Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

Incentivar as ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem; Implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais [...] (PORTARIA 1.994,2009, p.03).

Desta forma, os Municípios contribuem de forma relevante com a Política, tendo em vista suas competências que abrangem desde a implantação da política, apoio técnico, financeiro e ações de caráter educativo tanto para usuários e familiares quanto para profissionais envolvidos no Programa.

Ainda sobre a interpretação das competências dos Municípios, para que se garanta a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, eles deverão manter uma parceria com o Governo em todas as suas ações, promover uma constante divulgação junto a população sobre a existência acerca da Política, estimular e apoiar o processo de discussão com a participação de todas as demandas da sociedade com o foco no controle social e esta discussão deverá ser juntamente com o Conselho Municipal de Saúde e por fim, manter o profissionais de

saúde em constante treinamento e aperfeiçoamento de suas práticas profissionais (PORTARIA 1994, 2009).

Do ponto de vista regulamentador, as competências dos Municípios, assim como as do Estado e União, representam um amplo e relevante compromisso com a saúde dos homens, tendo em vista que asseguram metodologia de implementação da Política, promovendo uma articulação para que todos os princípios e diretrizes dispostas no postulado normativo sejam cumpridos de forma integral.

Para o texto base da PNAISH: Princípios e Diretrizes (2008), a Política de Saúde do Homem deverá passar por um processo de avaliação e monitoramento e este deverá ser de acordo com as pactuações feitas em âmbito federal, estadual e municipal. A finalidade deste procedimento é suprir o cumprimento dos princípios e diretrizes dispostos na Política e verificar se suas ações estão sendo efetivas ou não.

Ainda sob o mesmo contexto, a Política supracitada acrescenta também que, para que seja avaliado o processo, faz-se necessário definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, pois através desta avaliação irá se criar novas diretrizes, alterar o que for necessário a partir de sugestões do Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde.

Contudo, do ponto de vista regimental, observa-se que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem abrange de forma cuidadosa todas as necessidades e especificidades da saúde da população masculina, o que faz jus a sua comparação por estudiosos como sendo uma política pública inovadora e de destaque no cenário mundial.

A referida Política reconhece todos os agravos à saúde do gênero masculino, tanto quanto os indicadores de morbimortalidade desta população, além de propor medidas e ações de atenção integral à saúde do homem, com o objetivo de estimular o autocuidado e, sobretudo o reconhecimento de toda a sociedade de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros.

Ficam estabelecidos ainda todos os princípios, diretrizes, objetivos geral e específicos, além das competências da União, Estados e Municípios o que irá garantir do ponto de vista legal que a população masculina tenha seus problemas de saúde atendidos, além de uma melhora na qualidade de vida.

2.3 POLÍTICA DISTRITAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: UMA LEITURA ACERCA DESTA REALIDADE.

A atenção integral à saúde da população masculina no âmbito do Distrito Federal se dá de forma ainda muito restrita, mesmo havendo uma real necessidade de atenção a esses indivíduos.

Os dados apresentados a seguir demonstram a real necessidade da atenção das autoridades de saúde em desenvolver atividades exclusivas à promoção, prevenção e recuperação da saúde dos homens.

Os dados populacionais do DF utilizados como referência no texto base da Política Distrital foram os da Diretoria de Vigilância Epidemiológica/ Subsecretaria de Vigilância em Saúde (DIVEP/SVS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – 2012 apontaram uma população estimada de 2.570.160 (dois milhões, quinhentos e setenta mil e cento e sessenta) habitantes, sendo que destes, 748.060 (setecentos e quarenta e oito mil e sessenta) habitantes eram do sexo masculino com recorte etário entre 20 e 59 anos e maior quantitativo entre 20 e 30 anos.

No entanto, dentro do contexto populacional e de acordo com dados da Política Distrital (2013), o Distrito Federal faz limites de divisas territoriais com municípios dos estados de Goiás (Cristalina, Cidade Ocidental, Valparaíso, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto, Águas Lindas, Padre Bernardo, Planaltina de Goiás e Formosa) e Minas Gerais (Cabeceira Grande). A Região do Entorno é ainda acrescida dos municípios de Luziânia, Alexânia, Abadiânia, Corumbá, Cocalzinho, Pirenópolis, Mimoso, Água Fria, Vila Boa no estado de Goiás e Buritis e Unaí no estado de Minas Gerais, abrangendo uma população superior a novecentos mil

habitantes, que compõem a RIDE (Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno).

Passando a analisar o perfil de morbidade entre a população masculina do Distrito Federal, os dados apresentados para a elaboração do texto base da Política Distrital (2013) revelam que o Acidente Vascular Cerebral – AVC ocupou o primeiro lugar nas causas de internação entre a população masculina. No ano de 2009 foram 480 casos, em 2010, 426 e até junho de 2011, 298 homens foram internados com essa patologia e o predomínio etário desses casos foram pacientes entre 55 a 59 anos nos três referidos anos²³.

Neste contexto, a Política Distrital (2013) revela que:

A concomitante redução das taxas de mortalidade e morbidade hospitalar pelo diagnóstico considerado nos permite entender que além da qualificação dos tratamentos oferecidos a estes pacientes de alta complexidade com a respectiva incorporação de novas tecnologias médicas, houve também qualificação da Atenção Básica aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica considerada o principal Fator de Risco para o desenvolvimento de casos de AVC. Isto certamente deverá resultar na diminuição de casos, de suas sequelas e conseqüentemente, diminuição dos custos na assistência médica à Doença Cerebrovascular (POLÍTICA DISTRITAL 2013, p.11).

Desta forma, compreende-se a fundamental importância da Atenção Básica de Saúde, que de acordo com os preceitos da PNAB, colabora com a identificação de pacientes vulneráveis a doenças crônicas e controle dos casos já existentes, impedindo assim, que estes evoluam para um agravamento de saúde.

Passando a análise para leitura das taxas de mortalidade, a pesquisa divulgada pela Política Distrital (2013), revela que entre os anos de 2009 e 2011 agressões e homicídios ocupam o primeiro lugar do ranking entre os homens, com 1.392 casos, seguidos por 757 acidentes de transporte, 197 casos de suicídio e por último, as neoplasias de pulmão, com 84 casos de óbitos.

²³ 2009 – 2011 - Recorte de anos utilizados como fonte de dados na elaboração da proposta de Política Distrital de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Contudo, no Distrito Federal a Política Distrital de Atenção à Saúde do Homem, teve início a partir da discussão de um grupo de trabalho composto por diferentes profissionais de áreas estratégicas do setor de saúde e foi definida pela portaria nº 27 de fevereiro de 2010 (POLÍTICA DISTRITAL DE SAÚDE DO HOMEM, 2013).

De acordo com a Política Distrital (2013), seu objetivo principal é garantir a atenção integral à saúde do homem com ênfase na redução da morbimortalidade dessa população e os objetivos específicos, princípios e diretrizes estão todos em acordo com o preconizado na Política Nacional.

Conforme disposto no texto base da Política Distrital (2013), para que ocorra a implantação da Política os aspectos psicossociais ligados à masculinidade deverão ser considerados, além das mudanças que vêm ocorrendo na identidade masculina, diminuição da procura desses indivíduos pelos serviços de atenção básica e iniquidade de gênero.

Sendo assim, esta Política afirma que:

A Secretaria da Saúde do Distrito Federal por meio da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, cumpre seu papel ao formular essa Política que deve nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens [...] (POLÍTICA DISTRITAL 2013, p. 04).

Desta forma, a Política Distrital reforça o que já é afirmado pela Nacional, que o homem deve criar uma consciência acerca de sua saúde, implementando na sua rotina diária o autocuidado.

Diante do exposto e em consonância com a Política Nacional, no Distrito Federal a implantação deverá ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, numa lógica hierarquizada de atenção à saúde sendo a atenção básica a porta de entrada desses usuários o quais deverão ter os seus problemas resolvidos de forma integral, equânime e universal (POLÍTICA DISTRITAL, 2013).

O texto base da Política Distrital (2013) propôs que inicialmente os gestores dos setores central e regional da SES/DF devem ser sensibilizados para

que seja construída uma política integrada com estabelecimento de diálogo entre as diversas áreas envolvidas. Doenças de maior prevalência entre os usuários masculinos deverão ser discutidas em parcerias intra-institucionais.

Desta forma, de acordo com a referência anterior, o intuito destas parcerias é identificar as principais injúrias que afetam os homens, organizar os serviços para que eles possam resolver o problema do usuário de forma ágil, além de desenvolver programas de educação continuada acerca da temática para os profissionais ligados ao programa, orientar pesquisas com intuito de melhoria e aperfeiçoamento da política já existente e promover mudanças na rede pública de forma a oferecer a estes cidadãos um atendimento diferenciado, com horários estendidos para que se garanta a prevenção e promoção da saúde deles.

Diante dos fatos apresentados, observa-se que no Distrito Federal a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem possui seus moldes traduzidos em três unidades distintas de saúde, sendo o Centro de saúde nº 03 de Sobradinho a unidade pioneira em implementar esta política e desde o ano de 2007 vem realizando um atendimento diferenciado à saúde do homem.

Em 19 de fevereiro de 2009, houve a inauguração do Ambulatório de Atenção Básica ao homem em Sobradinho e se constituiu da fusão do de doenças sexualmente transmissíveis (DST) /AIDS e do Serviço de Urologia. O alto índice de homens infectados com vírus do papiloma humano foi que impulsionou a criação deste ambulatório com viés DST/AIDS e Urologia.

O objetivo deste ambulatório é proporcionar aos homens um acesso ao serviço de saúde de forma ágil, garantindo que o mesmo tenha seu atendimento efetuado e seu problema resolvido através de uma multidisciplinaridade em horário especial, além de formar uma equipe capacitada em abordar a população masculina e orientar o usuário sobre sua responsabilidade no processo de adoecer e na manutenção de sua saúde (RIETHER, 2014).

Na unidade de Sobradinho, o plano de ação que norteia as atividades do Ambulatório do homem inclui atendimento de clínica médica com capacitação em abordagem sindrômica – DST/AIDS e capacitação na área de urologia e o recorte etário para atendimento nesta unidade é de homens de 14 a 60 anos de idade e ocorrem com horário estendido em terceiro turno as segundas, terças e quartas-

feiras das 18 até às 22 horas, com atendimento agendado e de livre demanda (RIETHER, 2014).

De acordo com a rotina da unidade, o atendimento é multidisciplinar e multiprofissional e realizado em parceria com a urologia no Centro de Saúde para a realização de procedimentos cirúrgicos de menor complexidade, como cauterização de lesões relacionadas ao vírus do papiloma humano, biópsias, câncer de pênis, vasectomia, postectomia, entre outros além de exames de diagnósticos para outras patologias urológicas.

Desta forma, este ambulatório se define de acordo com o que se espera a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, uma porta de entrada do homem ao serviço de atenção básica à saúde e após o primeiro atendimento são encaminhados conforme a necessidade de cada caso para outros serviços, tais como, Grupo de Hipertensão arterial sistêmica e Diabéticos (Grupo Hiperdia²⁴) que possui um foco na alimentação saudável, prática de atividades físicas, etilismo e tabagismo, grupo de planejamento familiar, DST/AIDS (tratamento específico para essas doenças e hepatites) e cirurgia urológica a qual só é encaminhada após resultado de exames de PSA livre, bem como ecografia prostática via abdominal e transretal (RIETHER, 2014).

De acordo com os profissionais envolvidos no programa, pacientes portadores do vírus do papiloma humanos também tem um atendimento diferenciado nesta unidade, com uma captação precoce de casos e controle da doença, bem como a peniscopia de rotina. Neste sentido, torna-se importante salientar que em todo o Distrito Federal, o Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho é a única unidade de saúde a disponibilizar tal aparelho, que é de suma importância no diagnóstico de patologias sexualmente transmissíveis e conseqüentemente favorece a um tratamento imediato.

Para os profissionais acima mencionados, ações educativas, conforme previsto na Política de Atenção Integral à Saúde do Homem também fazem parte

²⁴ HIPERDIA - 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.

das ações voltadas à população masculina no Centro de Saúde nº 03. A prevenção de doenças sexualmente transmissíveis direciona estas ações nas modalidades de debates dentro e fora da unidade, palestras e conferências. Parcerias entre Associações e Cooperativas formadas por homens foram criadas com o intuito de atrair esta população e conscientizá-los da necessidade de cuidar da própria saúde. Uma parceria com a Polícia Rodoviária Federal é um exemplo em que se pode citar, onde os caminhoneiros que passam pela fiscalização são orientados sobre sua responsabilidade no controle do processo saúde/doença.

Tendo em vista que saúde não é apenas a ausência de doenças e sim o bem-estar físico, mental e social, o Centro de Saúde também possui ações direcionadas à interdisciplinaridade voltada para que o cidadão esteja em paz, com uma moradia estruturada e ecossistema em funcionamento.

No ano de 2013, a Secretaria de Estado de Saúde ampliou a assistência específica à saúde do homem de acordo com os moldes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, disponibilizando assim mais duas unidades que serviriam a partir de então também como referência de assistência à saúde da população masculina, sendo estas unidades o Centro de Saúde nº 06 da Ceilândia. Esta unidade trouxe a oportunidade de atendimento aos homens em horários diferenciados, o terceiro turno, que funcionaria a partir das 18 horas uma vez por semana para atender às consultas.

Contudo, todas as ações oferecidas por estas unidades de saúde são ações diferenciadas ao público masculino e que estão de acordo com o que é preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem o que vai de encontro com esta Política (2009) que afirma que o intuito desta é desconstruir a masculinidade que vem enraizada na sociedade durante anos e que vem a contribuir com o afastamento dos homens aos serviços de saúde.

De acordo com as informações fornecidas pela unidade, o serviço de atendimento à saúde do homem no Centro de Saúde nº 06 da Ceilândia teve início em 2013, após a identificação por parte dos profissionais de saúde daquela unidade de haver uma urgente necessidade de se mobilizarem para atenderem os homens da comunidade, pois estes havia apresentando um aumento considerável das taxas

de morbidade além de se observar a diminuição da procura deles pelo serviço de atenção básica.

O programa é focado na assistência de homens com idade entre 25 e 59 anos e ocorre em horário estendido, todas as quartas-feiras, das 18 às 22h. Neste período, as atividades são exclusivas para resolução de problemas, educação e promoção de saúde da população masculina e possui a denominação de “Dia da Saúde do Homem”, a qual toda a comunidade que frequenta a unidade já compreende que se trata de um momento de atendimento diferenciado para os homens.

A enfermeira responsável pelo Programa ressalta que para a implementação do serviço na unidade, foram observadas todas as diretrizes e princípios preconizados na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e adaptadas à realidade e necessidade da saúde dos homens que compõem a área de atuação da unidade, criando assim uma rotina de atendimento específica da unidade.

O serviço oferece atendimento de clínica médica com agenda aberta de livre demanda, com dezesseis vagas a cada quarta-feira. Neste atendimento é realizada uma consulta de forma holística a fim de se resolver a queixa principal do usuário e de identificar demais problemas fatores de vulnerabilidade.

Em casos de identificação de algum outro problema, esse usuário é devidamente encaminhado às especialidades de acordo com sua necessidade, o que vai de encontro com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes (2008) que afirma que para se implementar a Política deve ser observado alguns elementos, tais como que a população não tenha apenas acesso aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis, mas que tenham seus problemas solucionados e que sejam acompanhados pela equipe de saúde.

O Centro de Saúde oferece um atendimento de acordo com as condições da Unidade, pois há uma escassez de recursos humanos adequados a implementação da Política, afirma a enfermeira responsável pelo Programa. Além do atendimento de clínica médica, foi incluído na rotina de atendimento à população

masculina atendimento de enfermagem, através de ações voltadas para educação, prevenção e promoção em saúde.

O foco principal destas ações é para a sensibilização e conscientização dos usuários quanto a responsabilidade que cada um exerce em sua própria saúde, o que vai de encontro com um dos objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que é ampliar através da educação, o acesso dos homens às informações sobre medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina, além de estimular estes indivíduos ao autocuidado com a própria saúde através da informação, educação e comunicação.

De acordo com a equipe envolvida no Programa, assuntos relacionados às doenças crônicas, como diabetes e hipertensão também são abordados no viés da educação, prevenção e promoção à saúde onde no momento em que os pacientes aguardam pelo atendimento médico, enfermeiros fazem abordagens individuais e coletivas, esclarecendo sobre as doenças, causas, sinais e sintomas, formas de prevenção e tratamento. Orientações quanto ao uso abusivo e indiscriminado do álcool e tabagismo também norteiam as atividades educacionais da unidade.

A partir do ano de 2014, os trabalhos direcionados à população masculina foram ampliados e além de consultas médicas, encaminhamentos à serviços especializados, consultas de enfermagem e educação em saúde, passou-se a oferecer o serviço de odontologia e imunização. Todos os pacientes que são atendidos no programa são devidamente encaminhados para o serviço de odontologia a fim de se realizar uma avaliação da saúde bucal, identificado possível situações de agravo tais como, perda de dentição, próteses inadequadas, cáries, restaurações a serem realizadas e lesões que levam a um possível câncer, ressalta a enfermeira do Programa que acrescenta também que a sala de imunização passou a acompanhar a rotina de atendimento à saúde do homem e todos os usuários passaram a ter seu cartão de vacinação atualizado, conforme a necessidade e perfil etário de cada um.

Em 2015, as atividades da unidade foram mais uma vez readaptas conforme a necessidade do usuário e disponibilidade do serviço e se resume em

assim que o usuário chega, ela recebe orientações de saúde sobre doenças crônicas como hipertensão e diabetes, sobre alimentação saudável, sobre prática de atividades físicas, hábitos de vida saudáveis, tabagismo, alcoolismo.

Após o momento de educação em saúde, ele é encaminhado para sala de vacina para avaliação da sua imunização, onde grande parte possui o cartão de vacina incompleto e na ocasião são ofertadas todas as vacinas necessárias.

Na sequência, as práticas desenvolvidas dão espaço à prevenção e detecção de DST, onde eles são encaminhados para um momento de palestra, conscientização sobre doenças sexuais e realizadas de forma individual testes rápidos de HIV e sífilis. Esta atividade vai ao encontro com um dos objetivos da Política que é estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual no âmbito da atenção integral à saúde, realizar a prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e infecção pelo HIV juntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS, estimulando o uso de preservativos no sentido de prevenir gravidez inoportuna e DST/AIDS.

Após todas estas etapas, finalmente o indivíduo passa pela consulta médica, a qual como dita anteriormente é realizada de forma holística, a fim de se resolver a queixa principal do paciente e de encontrar outras situações de problema e vulnerabilidade.

Contudo, a enfermeira responsável pelo Programa conclui que antes de ir embora, ele passa por uma pós-consulta que tem o intuito de esclarecer todas as dúvidas do paciente, esta consulta é realizada pelo enfermeiro, o qual esclarece sobre o uso de medicamentos, exames que deverão ser realizados, de que forma são agendados, dia e hora e já deixa marcado o retorno.

Neste sentido, as atividades implementadas no Centro de Saúde nº 06 da Ceilândia estão em consonância com A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que diz que todas as suas ações têm que ser orientadas com o foco de integralidade e equidade nos atendimentos de saúde, levando sempre em consideração um atendimento humanizado.

Torna-se relevante acrescentar que a rotina de atendimento da unidade vai de encontro com princípios fundamentais os quais são a humanização e a

qualidade no atendimento, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais.

Outra unidade que possui um atendimento diferenciado para a população masculina é o Centro de Saúde nº 8 de Ceilândia Norte, embora a implantação do programa seja ainda recente, iniciada em 2015.

De acordo com a equipe que atua no programa, o atendimento ocorre em dia diferenciado, quarta-feira e com o horário estendido, das 17h30min às 22 horas o que está em consonância com o disposto na Portaria Ministerial que institui a PNAISH no âmbito do SUS que diz que:

Deverá haver uma reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados (PORTARIA 1.994, 2009, p.02).

Sendo assim, os serviços de saúde precisam reformular suas rotinas de modo a atender as necessidades da população masculina, fazendo com que esta, se sinta parte integrante de uma sociedade que possui direito de acesso à saúde.

A rotina da unidade descrita ainda é muito restrita, pois consiste apenas em atendimento de clínica médica, onde são disponibilizadas 16 vagas previamente agendadas às terças feiras juntamente com a marcação de todas as outras especialidades da unidade.

De acordo com a equipe da unidade, durante a consulta, o paciente é examinado de uma maneira holística a fim de se identificar possíveis alterações e situações de vulnerabilidade tendo em vista que de acordo com a equipe responsável pelo atendimento a maioria dos pacientes procura o serviço para tratar a queixa principal que é o acompanhamento de doenças crônicas.

Quando ocorre a necessidade de um acompanhamento específico que o serviço não disponha, o usuário é devidamente encaminhado para uma unidade de

referência, garantindo assim a continuidade aos cuidados de saúde o que vai ao encontro com a Portaria Ministerial:

O programa deverá garantir assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contra referência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção (PORTARIA. 1994, 2009, p. 02).

Desta forma, oferecer uma assistência de saúde de forma continuada é poder garantir que os direitos da população masculina sejam respeitados e tratados de uma maneira integral.

Ainda sobre a rotina da unidade, após realização de exames e consulta com especialistas, o paciente tem o retorno agendado com o clínico, o qual irá definir a conduta a ser tomada no tratamento. Em casos que o paciente não retorna ao serviço, o enfermeiro responsável pelo programa faz contato com ele para solicitar que o mesmo retorne ao serviço e dê continuidade no acompanhamento.

De acordo com os profissionais da unidade, a procura pelo atendimento é muito pequena, tendo em vista que não há nenhum meio de divulgação e por outro lado, os próprios pacientes possuem uma resistência em serem atendidos pelo programa.

Desta forma, foi adotada uma rotina de captação e encaminhamento de usuários para o programa, onde durante rotina semanal do Centro de Saúde, os homens que procuram por qualquer tipo de atendimento, são agendados para a quarta-feira à noite esta ação contempla um dos objetivos da Política Nacional, disposta na Portaria Ministerial 1.994 (2009) que afirma que a população masculina deverá ser estimulada a cuidar da própria saúde, tendo como rotina de vida a realização de exames de prevenção e adoção de hábitos saudáveis.

No entanto, ainda que de maneira restrita e com pouca adesão do público alvo, o Centro de Saúde nº 08 de Ceilândia Norte deu o “primeiro passo” para efetivação da Política o que vai ao encontro do artigo 1º da Portaria que instituiu o programa do homem no âmbito do Sistema Único de Saúde:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Parágrafo único. A Política de que trata o caput deste artigo visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da 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 (PORTARIA MINISTERIAL 1.994, 2009, p.01).

Desta forma, garantir uma melhoria nas condições de saúde da população masculina é manter o compromisso com todas as normas e diretrizes propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Assim, analisando do ponto de vista normativo a população masculina do Distrito Federal possui seu acesso à saúde através da atenção primária a qual se vê como porta de entrada para os usuários da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, esta realidade inclui o Distrito Federal.

Esta Política deixa claro em seu texto que todo usuário deve ter uma atenção integral com ênfase na redução da morbimortalidade dessa população e nas ações promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.

No entanto, para que isto ocorra, o homem precisa ser visto dentro de suas barreiras sociais, as quais são consideradas como fator de vulnerabilidade para eles não procurarem o serviço de saúde.

E por fim, para que todo processo de implantação da Política no Brasil e no Distrito Federal ocorra de forma satisfatória, ele deve ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, numa lógica hierarquizada de forma a dar continuidade nos cuidados de saúde do homem e todo este processo deve ser pautado no princípio Constitucional de que a saúde é um direito de todos e dever do

Estado, entendendo o homem como ser integral inserido na sociedade, portanto numa perspectiva relacional.

Faz-se necessário afirmar que mesmo havendo uma real necessidade de atenção à saúde do homem no Distrito Federal, como visto na Política Distrital, ainda existe um déficit na atenção a esses indivíduos, tendo em vista que existem apenas duas unidades que conseguem implementar uma assistência próxima ao que se preconiza na Política Nacional, as quais são o Centro de Saúde nº 02 de Sobradinho e o nº 06 de Ceilândia.

Embora o Centro de Saúde nº 08 de Ceilândia tenha um atendimento diferenciado para homens, a unidade ainda não pode ser considerada como referência, tendo em vista suas fragilidades relacionadas no texto.

Contudo, mesmo que exista ações implementadas em duas unidades de saúde no Distrito Federal que atenda as diretrizes e princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, estas são insuficientes para o número populacional de homens que residem aqui, o que leva a concluir a existência de uma real necessidade de projetos que levem à expansão de Programas de Saúde do Homem para as demais regiões.

CAPÍTULO 03

O PROGRAMA DE SAÚDE DO HOMEM DO CENTRO DE SAÚDE Nº 06 DE CEILÂNDIA – DF: ANÁLISE DO CONHECIMENTO E PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DE SEUS USUÁRIOS.

O presente capítulo apresenta considerações relacionadas aos materiais e métodos que foram utilizados para o desenvolvimento da pesquisa, bem como apresentação e discussão dos resultados encontrados. Na primeira sessão apresenta-se o contexto geral da pesquisa com informações sobre o local, descrição sobre o e método que foi empregado, já na segunda sessão é feita uma descrição dos sujeitos pesquisados, bem como uma elucidação dos procedimentos éticos empregados para coleta de dados e o alcance dos objetivos propostos. Por fim a terceira e última sessão da pesquisa traz todos os aspectos relacionados às análises e discussão dos dados obtidos seguidos de abordagens reflexivas acerca das significações e ressignificações propostas pelos sujeitos da pesquisa. Para tanto, se utiliza, sobretudo como corpo teórico desta sessão as perspectivas de Maria das Graças Rua e José Murilo de Carvalho.

3.1 CONTEXTO GERAL DA PESQUISA

Como se pode observar, a pesquisa se desenvolveu em duas fases distintas, sendo a primeira composta pela análise documental que compreendeu em uma leitura seletiva que proporcionou a seleção de um suporte teórico e a segunda fase constituiu-se em planejamento, cronograma e implementação das entrevistas no cenário da pesquisa.

Para o alcance dos objetivos propostos optou-se pela realização de uma pesquisa quanti-qualitativa direcionada por dois instrumentos de coleta de dados traduzidos em um questionário objetivo e um subjetivo, o qual foi realizado por uma entrevista gravada através de áudio.

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.

Corroborando 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, para 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 definida quando se tem dados numéricos parece ser uma resposta correta e óbvia, mas há outro 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 conhece as qualidades e se tem controle do que se vai pesquisar (SILVA e SIMON, 2005).

Desta forma, conforme já descrito, o local escolhido para o estudo foi o Programa de Saúde do Homem implementado no Centro de Saúde nº 06 da Região Administrativa de Ceilândia no Distrito Federal.

Este Programa foi criado em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Homem para atender à demanda da população masculina da região e suas respectivas necessidades e particularidades inerentes à sua saúde.

Sua rotina cotidiana compreende em oferecer um dia de atendimento exclusivo para homens, toda a quarta-feira no período noturno, das 18 às 22h. Este dia foi intitulado como “Dia do Homem” e consiste em consultas médicas com um clínico geral, onde são disponibilizadas 16 vagas para consultas previamente marcadas além de atendimentos de livre demanda, solicitação e retorno de exames

de rotina, palestras educativas e de promoção à saúde que são realizadas por uma enfermeira que é responsável pelo programa.

Desta forma, o programa constitui-se 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 saúde²⁵.

Este Centro de Saúde oferece ainda atendimentos em outros programas para as demais demandas da população tais como, Programa de Saúde da Mulher, Crescimento e desenvolvimento (CD), Grupos de Diabetes e Hipertensão, Atendimento e acompanhamento de Pré-Natal, Odontologia e Programa de Saúde da Família.

Atualmente para que seja garantida a assistência em saúde 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 ser uma das duas únicas unidades de saúde do Distrito Federal que consegue implementar uma assistência de saúde voltada para os homens de maneira individualizada, optou-se em escolhê-la como campo de pesquisa para coleta de dados do presente estudo.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA E ASPECTOS ÉTICOS

A população da pesquisa foi composta por homens com faixa etária entre 25 a 59 anos de idade que façam uso do Programa de Saúde do Homem. Foram

²⁵Internacionalmente 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.

selecionados 30 sujeitos de forma aleatória durante o momento em que eles aguardavam pela consulta.

A 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 pesquisado.

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.

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 Política 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 no DF prestam o atendimento de saúde específico a população masculina. Norteou ainda a entrevista a forma em que eles ficaram sabendo do atendimento no Programa de Saúde do Homem na referida unidade, 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.

Desta forma todos os aspectos éticos para realização da pesquisa foram considerados, tendo em vista a Resolução nº 466/2012²⁶ 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 Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal sob o parecer de nº 1.398.850 em 01/02/2016, conforme Anexo II.

3.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados obtidos por meio do questionário e da entrevista foram submetidos à técnica de análise de conteúdo²⁷ que enfatiza 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.

²⁶ A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde dispõe sobre os aspectos éticos e legais acerca de pesquisas com seres humanos.

²⁷ 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).

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 explorada e com o discurso dos participantes da pesquisa.

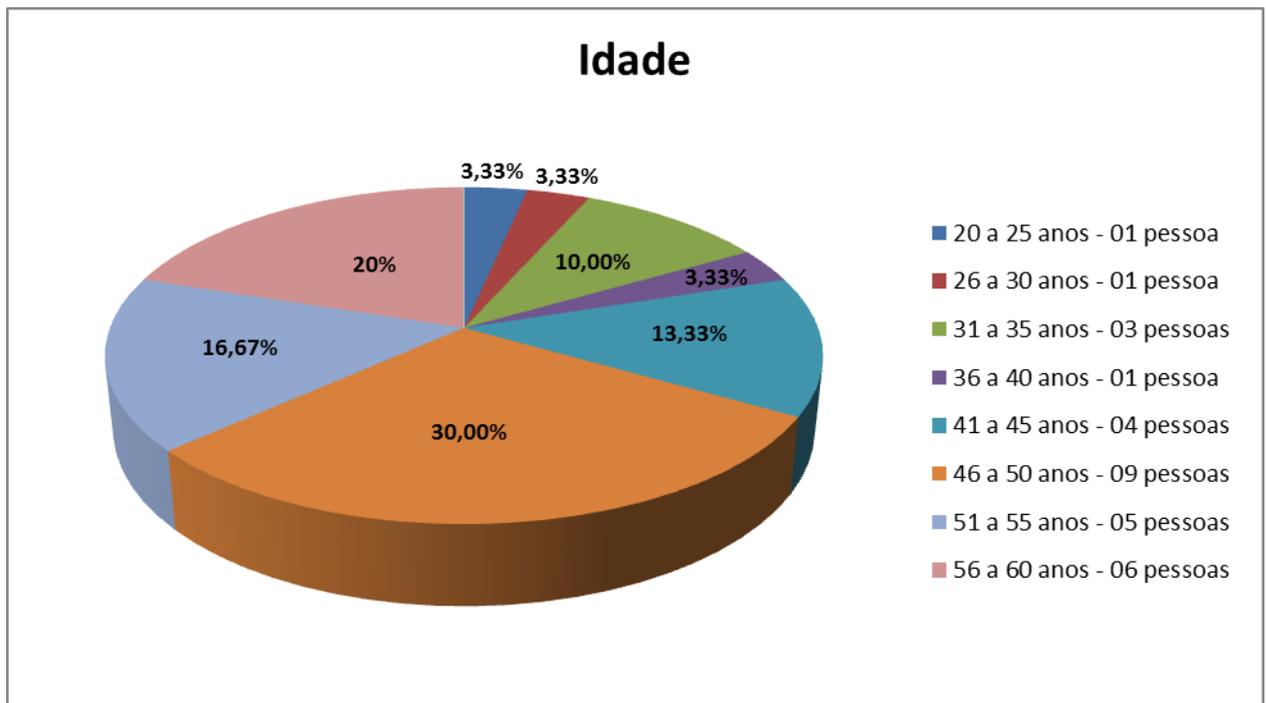
Com a análise dos dados coletados, busca-se a elucidação das discussões dos resultados encontrados nas considerações que foram feitas pelos participantes, ressaltando que nenhum deles sofreu interferência e/ou influência do meio externo (pesquisador) e do meio interno (campo de pesquisa) que pudesse 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.

3.3.1 O PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DO HOMEM.

Conforme exposto anteriormente, a amostra da pesquisa constituiu-se de 30 homens que fazem uso do Programa de Saúde do Homem no Centro de Saúde nº 06 de Ceilândia – DF e após análise dos dados coletados originou-se como resultados da pesquisa 11 gráficos que descrevem o perfil sócio demográfico da amostra pesquisada.

Foram realizados estudos por idade dos usuários, renda familiar, escolaridade, registro de trabalho, jornada laboral, estado civil, dependentes, se possui hábito de ingerir bebidas alcoólicas e uso de cigarro, se apresenta algum problema de saúde e por fim, se faz algum acompanhamento ou tratamento de saúde.

Gráfico 01 – Classificação por idade dos usuários



Fonte: elaborado pelo autor

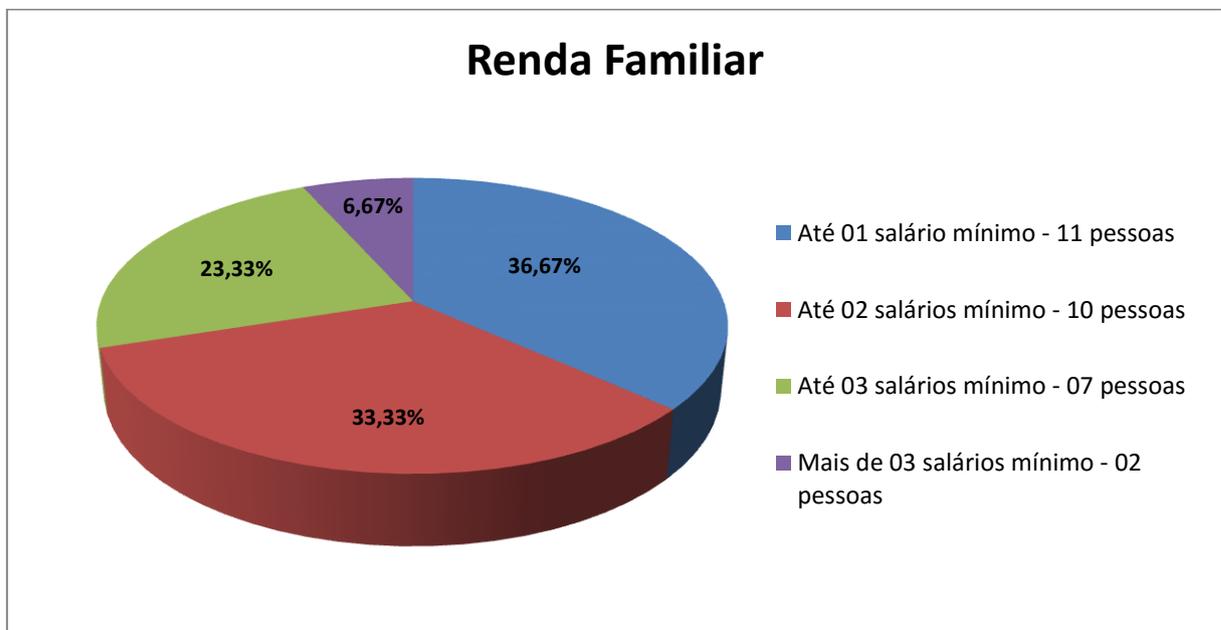
Conforme revelado pelo Gráfico 01, o percentual de homens inscritos no Programa concentra-se predominantemente entre pessoas com 40 a 60 anos de idade e desta forma, observa-se o baixo índice de homens jovens a procura pelo serviço, o qual se percebe que a perspectiva preventiva do Programa não tem obtido êxito

De acordo com os indicadores do IBGE (2005), as injúrias que mais acometem homens jovens com idade entre 20 a 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.

O estudo revela que de toda a amostra pesquisada, apenas 01 indivíduo possui idade entre 20 a 25 anos, entre 26 a 30 anos também apenas uma incidência, entre 31 a 35 anos, 03 usuários e com idade entre 36 a 40 anos também apenas um usuário o que demonstra uma baixa procura por homens jovens ao Programa de atendimento da unidade.

Gráfico 02 – Classificação por renda familiar dos usuários



Fonte: elaborado pelo autor

O Gráfico 02 revela a renda familiar dos usuários do Programa e aponta que a maioria dos entrevistados possui baixa renda familiar, concentrando-se predominantemente entre 01 a 02 salários, o que equivale a 11 indivíduos que recebem até um salário e 10 com renda máxima de 02 salários. Em seguida observa-se 07 indivíduos com renda de até 03 salários e de toda a amostra apenas 02 entrevistados possuem 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.

De acordo com Rua (2012), necessidades materiais não são apenas aquelas que estão relacionadas a necessidades de moradia, mas também as necessidades de sobrevivência física.

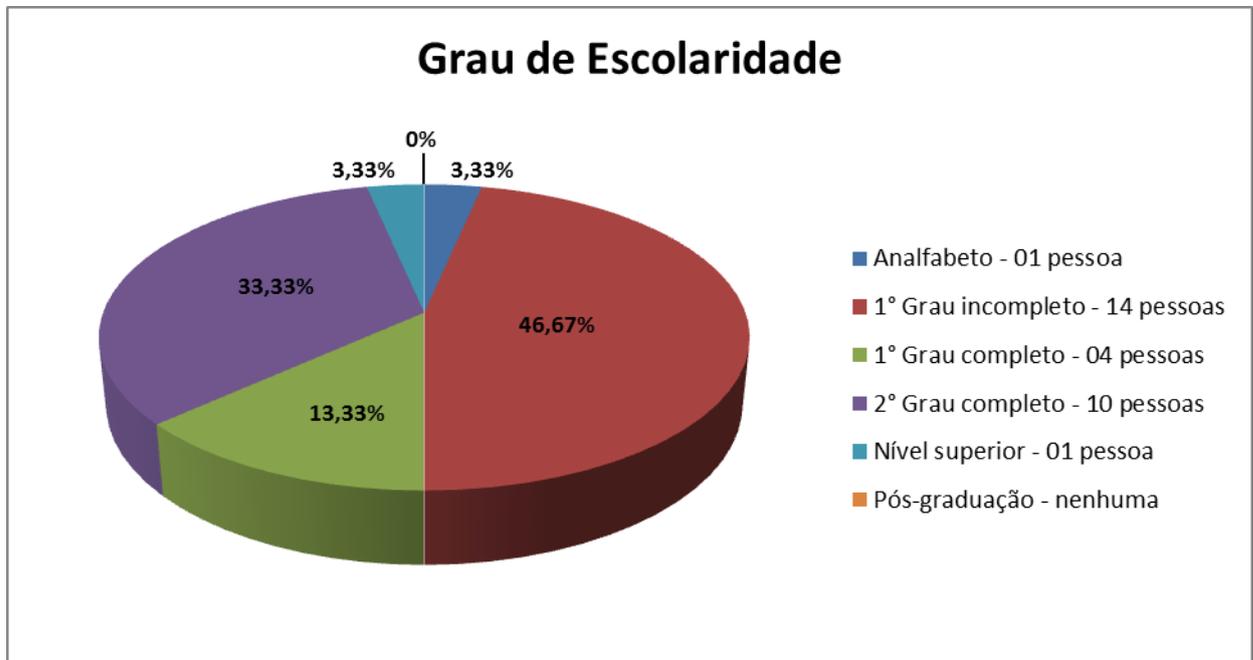
Ainda sob este contexto, a lei orgânica do SUS define que:

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 consequentemente níveis dolorosos de pobreza e miséria.

03 – Classificação por grau de escolaridade dos usuários



Fonte: Elaborado pelo autor.

De acordo com o exposto no Gráfico 03, o grau de escolaridade entre os usuários do programa varia predominantemente entre pessoas que não chegaram a concluir o 1º grau, 14 indivíduos, seguidos de 04 que terminaram e 10 que concluíram o ensino médio.

Desta forma, observa-se que apenas um dos pesquisados possui formação superior e este por sua vez não chegou a cursar uma pós-graduação. Da amostra pesquisada verificou-se uma pessoa que não possui nenhum grau de instrução e se diz ser analfabeta.

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% 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).

Desta forma, analisando o Gráfico 03, 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.

Gráfico 04 – Classificação por usuários com emprego registrado em carteira de trabalho



Fonte: Elaborado pelo autor.

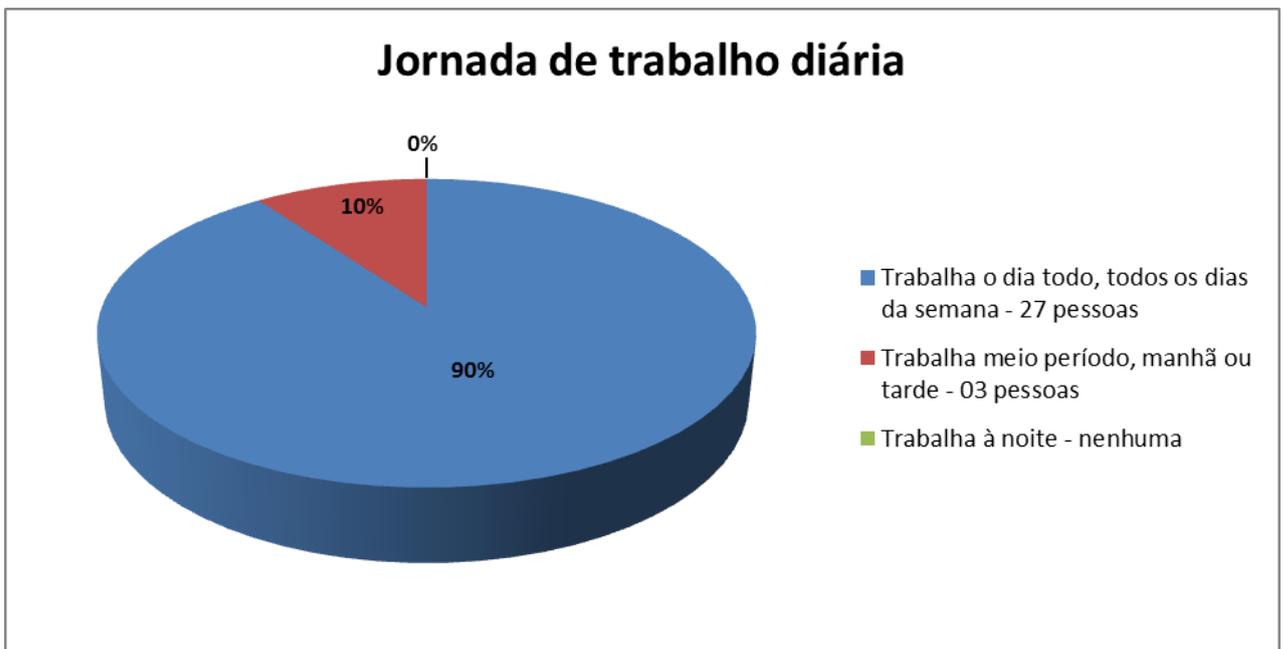
Em relação à ocupação dos usuários, observa-se no gráfico 04 que todos possuem emprego e que existe um equilíbrio entre o número de indivíduos que possuem registro trabalhista e os que não possuem.

Desta forma identifica-se que 53,33% da amostra possui uma ocupação informal, sendo esta composta por negócio próprio ou por ocupações eventuais, chamada por eles como “bico”. Já 46,67% dos pesquisados referem-se a possuir emprego formalizado 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.

Desta forma, com vistas a evitar a falta de acesso da população masculina aos serviços de saúde, a Política Nacional descreve que os homens deverão ter um horário de atendimento nas unidades de saúde estendido para que desta forma, suas atividades laborais não sejam prejudicadas.

Gráfico 05 – Classificação por jornada de trabalho diária dos usuários



Fonte: Elaborado pelo autor

Evidenciado pelo Gráfico 05, a jornada de trabalho dos usuários do programa concentra-se predominantemente em todos os dias da semana durante todo o horário comercial. Este grupo ocupa 90% da amostra pesquisada.

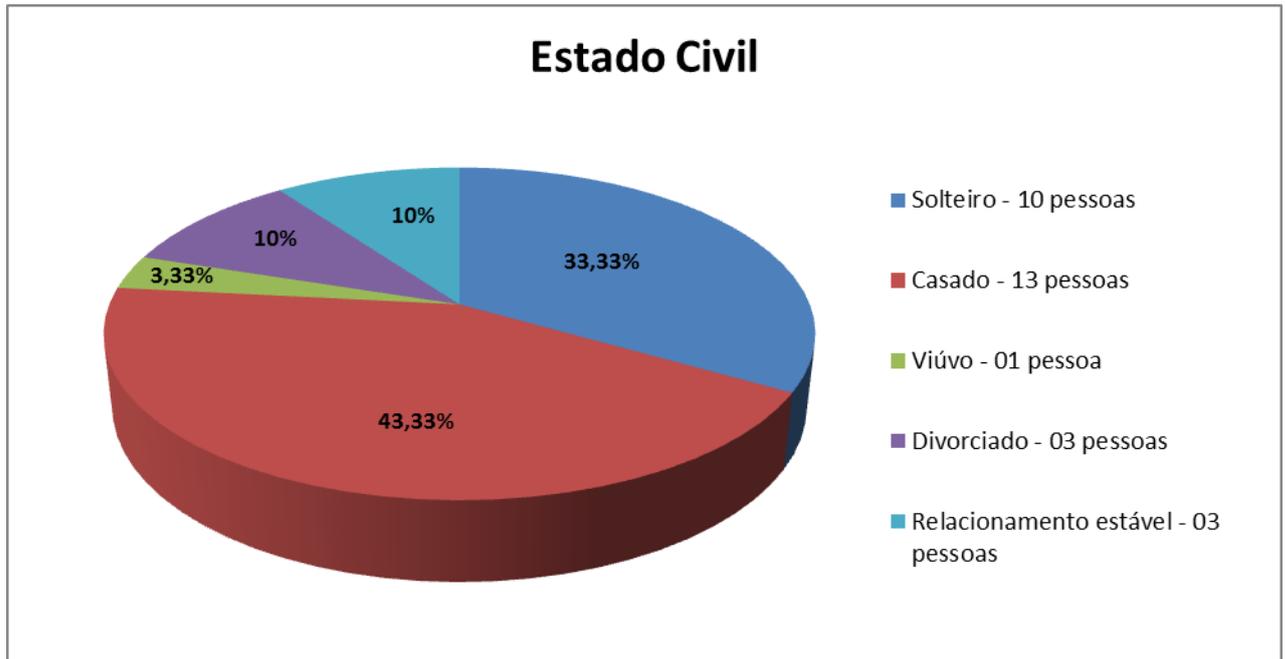
Este perfil de usuários acaba tendo dificuldade de acessibilidade ao serviço de marcação de consultas para o programa de saúde do homem da unidade pesquisada, pois embora o atendimento seja realizado no período noturno, o agendamento é realizado pelas manhãs de quarta-feira e desta forma eles contam com a ajuda de terceiros para a marcação da consulta, sendo esta feita comumente por esposas, mães e vizinhos.

Apenas 03 indivíduos possuem flexibilidade de tempo na sua jornada diária de trabalho por trabalharem apenas meio período, manhã ou tarde e desta forma possuem 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 auto cuidado 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.

Gráfico 06 – Classificação de acordo com o estado civil dos usuários

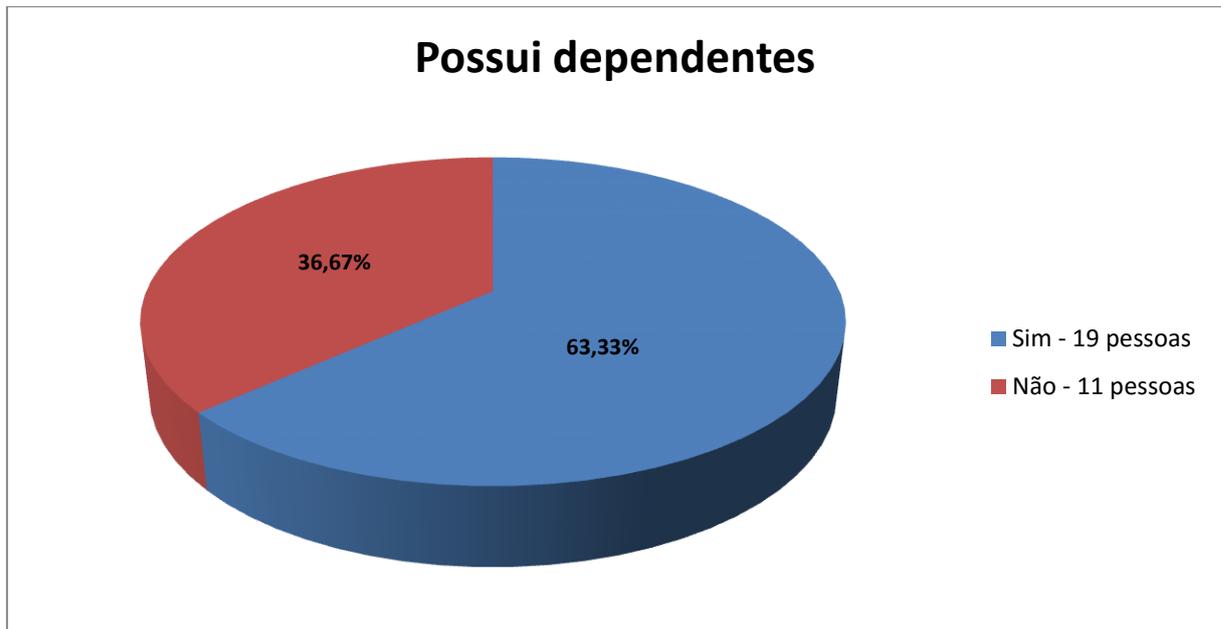
Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com o descrito pelo Gráfico 06, existe uma variação entre o perfil de estado civil dos usuários do programa, sendo que 13 deles são casados e 10 são solteiros.

O estudo revela ainda que 03 indivíduos se descrevem como relacionamento estável, 03 divorciados e 01 viúvo.

É oportuno lembrar 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 redirem 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 (LAURIENTI, JORGE, GOTLIEB, 1998).

Em situações em que o homem ainda é solteiro, este estímulo para busca aos serviços de saúde é feito pelas mães.

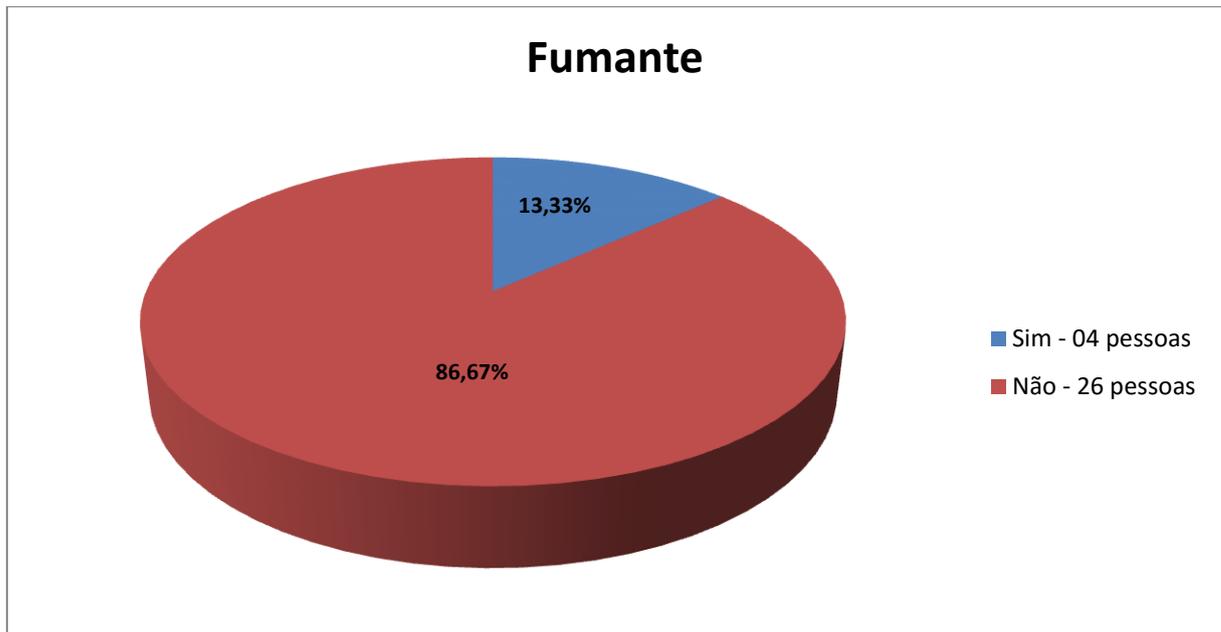
Gráfico 07 – Classificação por número de dependentes dos usuários

Fonte: elaborado pelo autor.

Em relação ao número de dependentes, o Gráfico 07 descreve que 19 usuários possuem filhos ou esposa que dependem diretamente do seu sustento, ocupando um percentual de 63,33 da amostra. Esta análise permite uma compreensão de 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 do ponto de vista regimental alguma evolução, 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 mortalidade entre eles conforme descrito na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Gráfico 08 – Classificação de usuários que são fumantes

Fonte: elaborado pelo autor

De acordo com a pesquisa descrita no Gráfico 08, 26 entrevistados afirmaram não possuir vício relacionado ao uso do tabaco, o que representa 86,67% da amostra. Observa-se ainda que mesmo estando fazendo parte de um programa público de saúde que leva informações sobre hábitos e práticas de vida saudável, 04 indivíduos revelaram o uso de cigarro, uma amostra pequena de 13,33 % 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 à doenças do aparelho respiratório que ocupam 21,1%.

A nicotina presente no cigarro pode acarretar vários tipos de tumores, dentre eles os do aparelho digestivo como o câncer de boca. Neoplasias do aparelho digestivo 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.

Gráfico 09 – Classificação de usuários que fazem uso de bebidas alcoólicas

Fonte: elaborado pelo autor

Como se pode observar no Gráfico 09, 50% dos entrevistados admitiram fazer uso de bebidas alcoólicas mesmo que seja de cunho social e 50% 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 hepática²⁸ e outras doenças como tumores do trato gastrointestinal além de acarretar possíveis acidentes de transporte.

A prevalência do abuso de álcool entre homens 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.

Desta forma, o combate ao alcoolismo é diretamente implementado pelo Programa de Saúde do Homem no Centro de Saúde nº 06 de Ceilândia através de orientações, palestras, acompanhamentos e encaminhamentos que se fizerem necessários.

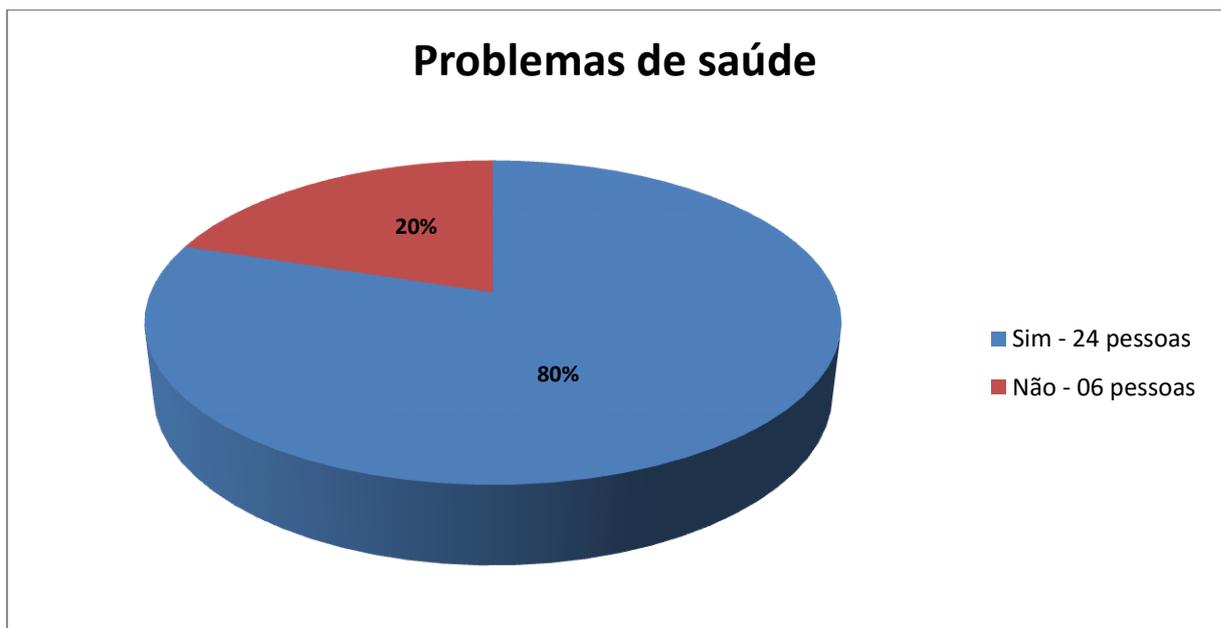
²⁸Cirrose hepática é definida anatomicamente como um processo difuso de fibrose e formação de nódulos no fígado, acompanhado frequentemente de necrose hepatocelular. Independente das causas que levaram ao processo cirrótico, todas resultam em um mesmo processo clínico.

Rua (2012) esclarece que:

[...] a implementação consiste em fazer uma política sair do papel e funcionar efetivamente. Envolve os mais diversos aspectos do processo administrativo: provisão de recursos no orçamento, formação de equipes, elaboração de minutas de projeto de lei autorizando realização de concurso para contratação de servidores, elaboração de editais para aquisição de bens ou contratação de serviços (RUA 2012, p.93).

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

Gráfico 10 – Classificação de usuários que possuem algum problema de saúde



Fonte: elaborado pelo autor

Observando o que se descreve no Gráfico 10, 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 saúde no Programa com o intuito de prevenir doenças é muito baixo

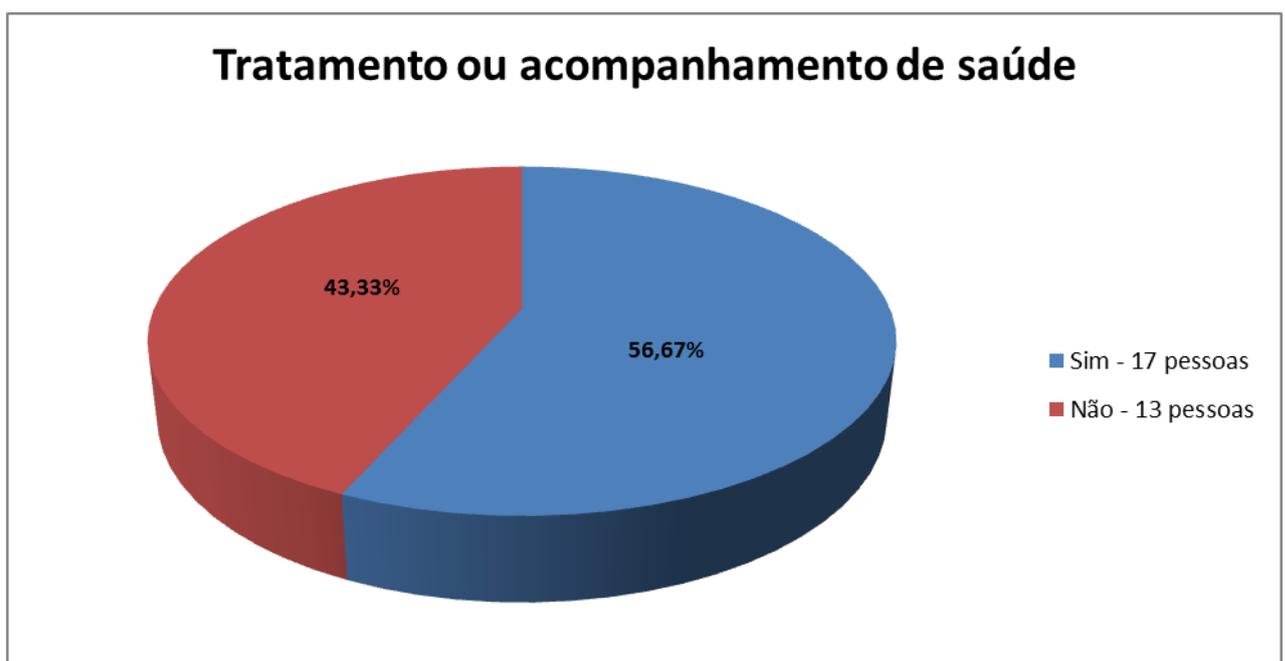
e que a população masculina possui o hábito de procurar pelo atendimento somente quando não tem outra opção.

De acordo com os Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2008), os indicadores de morbidade dos homens com idade entre 25 a 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 conseqüentemente 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, sobre tudo 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.

Gráfico 11 – Classificação de usuários que fazem tratamento ou acompanhamento de saúde



Fonte: elaborado pelo autor

O gráfico 11 aponta que mesmo sendo atendidos pelo Programa, 13 dos entrevistados não possuem um acompanhamento rotineiro, procuram o serviço apenas quando se faz necessário. Já analisando por outra vertente, observa-se que 17 indivíduos possuem a prática regular de tratamento e acompanhamento de saúde no Programa de Política Pública, o qual foi emerso das próprias demandas da população masculina.

Desta forma, Rua (2012) afirma que:

O termo “política”, no inglês, *politics*, faz referência às atividades políticas: o uso de procedimentos diversos que expressam relações de poder (ou seja, visam a influenciar o comportamento das pessoas) e se destinam a alcançar ou produzir uma solução pacífica de conflitos relacionados a decisões públicas (RUA 2012, p.16).

Sendo assim, a citação anterior leva à compreensão de que as políticas públicas que são disponibilizadas para a sociedade são destinadas a alcançar uma solução de conflitos dentre as quais, se tem como referência, a Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem.

Ainda sob o pensamento de Rua (2012), destaca-se:

[...] o termo *policy* é utilizado para referir-se à formulação de propostas, tomada de decisões e sua implementação por organizações públicas, tendo como foco temas que afetam a coletividade, mobilizando interesses e conflitos. Em outras palavras, *policy* significa a atividade do governo de desenvolver políticas (RUA 2012, p. 17).

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.

Rua (2012) torna compreensível que:

Quando as alternativas para solucionar um problema começam a ser formuladas, as aspirações dão origem às expectativas. Expectativas não significam desejos. Expectativas são suposições que os atores formulam sobre as consequências de cada alternativa, sobre os seus interesses. Obviamente, há atores que têm expectativas de obter vantagens com uma decisão e outros que acreditam que esta decisão vá lhes trazer desvantagens. A partir destas expectativas é que os atores se mobilizam, defendendo o seu interesse, expresso em preferências (RUA 2012, p.72).

Desta forma, observa-se que os atores descritos na citação anterior, os quais podem ser comparados aos usuários do Programa de Saúde do homem criam expectativas acerca de seu atendimento de saúde e somente se mobilizam para defenderem seus interesses se forem obter vantagens, ou seja, ter suas demandas e necessidades solucionadas.

Contudo, a presente análise permite identificar o perfil sócio demográfico dos usuários do Programa de Saúde do Homem do Centro de Saúde nº 06 de Ceilândia – DF, 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 6% 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 46,70% 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 63,30% 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 13,33% 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 43,30% 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 ANÁLISE DA COMPREENSÃO DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE AO PROGRAMA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM – PNAISH.

De acordo com a metodologia proposta, para obtenção e análise dos dados, foi utilizado um questionário subjetivo que orientou uma entrevista gravada através de áudio, a qual foi transcrita e traduzida para uma análise aprofundada.

Para verificação da percepção dos usuários de uma unidade de saúde ao Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, foram sistematizados três eixos do saber. O primeiro irá revelar o conhecimento dos usuários acerca da Política Nacional. Já o segundo eixo irá descrever a experiência dos usuários na utilização da Política e por fim, a percepção deles em relação à aplicabilidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem norteará o terceiro eixo.

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

Como já descrito no decorrer deste trabalho, a responsabilidade com a saúde da população masculina do Brasil deve ser compartilhada com diversas demandas da sociedade dentre elas, o Estado, a família, o meio social em que o indivíduo está inserido e com próprio homem e do ponto de vista regulamentador para que ele possa garantir a manutenção de sua saúde, faz-se necessário um conhecimento específico acerca da política pública existente no Brasil voltada para a saúde do Homem.

Conhecer os princípios e diretrizes, bem como o objetivo geral e específico e os motivos pelos quais se fez necessário a criação da Política Nacional se tornam extremamente ponderoso para a que a população masculina possa refletir sobre a responsabilidade com sua própria saúde.

Desta forma, os sujeitos da pesquisa ao serem questionados se conheciam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem 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, nunca ouvi falar nada a respeito”*.²⁹

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

H7 - *“Não sabia que existia”*.

H12 - *“Não sei nada a respeito, nunca ouvi falar”*.

H16 - *“Não conheço, nunca ouvi falar”*.

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

H18 - *“Eu já ouvi falar, mas não conheço nada a respeito”*.

²⁹ Para descrição dos sujeitos envolvidos na pesquisa, os entrevistados foram classificados como “H” o que se refere a homem, para que desta forma não seja feito nenhum tipo de referência que leve a identificação dos sujeitos.

H26 - *“Já ouvi falar, mas não sei falar nada a respeito”.*

H28 - *“Conheço só de ouvir falar”.*

De acordo com a Política Nacional (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 haver a construção de 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.

H11 - *“Conheço, é um atendimento diferenciado para os homens, mas eles divulgam muito pouco né, além disso, quando a gente precisa de consulta não consegue. Nem adianta divulgar”.*

H15 - *“Conheço sim, é este atendimento aqui. É o atendimento médico só para homem”.*

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 ouvi falar nada, nem na televisão”.*

H12 - *“Não sei nada, não sei nem pra que ela serve”.*

H23 - *“Não sei, só fiquei sabendo que existe agora”.*

H27- *“Nunca ouvi falar nada sobre isso”.*

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

H11- *“os objetivos são evitar gastos no futuro, porque a prevenção é tudo. Essa é a política dos EUA, eles gastam muito com prevenção é mais barato. O obeso lá é tratado com prevenção”.*

H14 - *“O objetivo dela é prevenir doenças, prevenção é o melhor caminho”.*

H15 - *“O principal objetivo é tratar dos homens para evitar complicações mais tarde. Um planejamento para prevenir doenças e tendo alguma tratá-las”.*

H24 - *“Melhorar a saúde dos homens”.*

H28 - *“Conscientizar os homens a cuidarem da saúde”.*

H29 - *“Prevenir o câncer de próstata e outras doenças que só aparecem nos homens”.*

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 (PNAISAH, 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 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 se referem 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”.*

H7 - *“Não tenho noção, porque que existe essa necessidade”.*

H14 - *“Não tenho ideia. Não sei por que, pois, só agora criaram, há poucos anos”.*

Já em relação aos que souberam evidenciar 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.

H6 - *“Eu acho que é porque estava precisando, o homem está adoecendo e nem conhece às vezes o que está acontecendo. Acha que é uma coisa simples e na verdade não é”.*

H9 - *“A política existe para acompanhar o homem, porque ele precisa de acompanhamento tanto quanto a mulher, tanto quanto ao idoso”.*

H11 - *“Estão surgindo muitas doenças que o homem nunca imagina que possa ter como o câncer de próstata. É uma doença que sempre existiu, mas por não haver uma preocupação com a saúde do homem ela era desconhecida”.*

H15 - *“Nós temos doenças específicas que a mulher não tem e assim fica mais fácil tratar separado, próstata, por exemplo,”.*

H16 - *“Eu acredito que seja pela falta de interesse dos homens pela sua saúde, acredito que esse seja um dos motivos. O homem só procura a assistência médicas só quando está precisando”.*

H27 - *“Porque o homem é mais sistemático, tem mais medo de ir ao médico. O exame de próstata é um exemplo, ele tem medo”.*

Contudo, observa-se que partes dos usuários do Programa de Saúde do Homem da unidade de saúde pesquisada 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.

Além da negligência masculina descrita pelas autoras supracitadas, as mesmas 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.

Neste 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, foi constatado pelos entrevistados que esta política existe para suprir uma necessidade emergente de atenção à saúde dos homens, os quais têm a cada dia se afastado dos serviços de saúde e

consequentemente 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 do Programa de Saúde do Homem do Centro de Saúde nº 06 de Ceilândia não possuem um conhecimento adequado sobre a Política Nacional, 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.

Eixo 2 – A experiência dos usuários na utilização da Política Nacional implementada através do Programa de Saúde do Homem em uma unidade de saúde do Distrito federal.

Uma das barreiras vivenciadas pela população masculina em relação a baixa adesão destes indivíduos aos serviços e ações específicas de saúde está associada a 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, vizinhos e amigos para que se garanta o acesso ao atendimento de saúde.

Ao serem questionados, de que forma ficaram sabendo do Programa de Saúde do homem, os pesquisados revelaram que o acesso ao atendimento está sempre relacionado com o auxílio de terceiros.

H1 - *“Minha mãe é usuária aqui do posto de saúde e ela que procurou por um atendimento pra mim e informaram a ela que tem esse programa de saúde do homem”.*

H2 - *“Eu tenho um colega que pega remédios aqui todo mês e fiquei sabendo através dele que dia de quarta – feira tem consultas para homens”.*

H5 - *“Uma amiga da minha filha é enfermeira e foi ela que me disse que aqui tinha esse atendimento. Ela me disse que eu poderia vir aqui para tirar uma ficha pra me consultar”.*

H12 - *“Através de conversas de boca a boca com vizinho”.*

H14 - *“Eu tenho uma esposa que é da área da saúde e ela disse que aqui tem esse atendimento e alguns funcionários daqui também disseram que na quarta – feira era atendimento para homens”.*

H18 - *“Eu fiquei sabendo através de uma conhecida minha, ela faz acompanhamento aqui, daí ela me disse pra eu vir que eu conseguia”.*

H28 - *“Minha mãe veio aqui se consultar e ficou sabendo e me disse”.*

Os homens não possuem a cultura frequentar unidades de saúde, 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, vizinhos dentre outros.

Contudo, faz-se necessário reafirmar que a falta de procura da população masculina pelas unidades de saúde se dá devido a questões relacionadas ao trabalho, uma vez que estes indivíduos precisam se ausentar das atividades profissionais para marcação e atendimento de saúde.

Ao realizar uma análise sobre a procura e permanência dos homens nos serviços de saúde, Couto *et al.* (2010), revelam 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 m 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 no Programa de Saúde do Homem 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.

H5 - *“Minha esposa é que corre atrás de marcar consulta pra mim, se deixar por minha conta só vou para o hospital em último caso. Tenho problema de pulmão, de coração e sou diabético, quando passo mal vou ao hospital, fora disso, minha esposa é que marca pra mim”.*

H11 - *“Eu tenho que vir para a fila, mas nem sempre eu posso por conta do trabalho, nesse caso minha esposa é que vem. Hoje mesmo eu perdi o dia inteirinho para marcar e agora consultar”.*

H12 - *“Sempre que eu preciso minha mãe vem para a fila, marcar pra mim e no dia da consulta eu vou. Não tenho tempo para marcar, demora muito e aí eu venho só no dia da consulta mesmo”.*

H18 - *“Minha vizinha marca pra mim, pois eu não posso vir para a fila por conta do trabalho. Deixo para faltar só na hora da consultar mesmo, saiu mais cedo do trabalho”.*

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 pesquisada revelou que eles próprios realizam o agendamento, o que acaba requerendo sacrifício, esforço e empenho.

H13 - *“Eu não consigo com facilidade, tenho que vir para a fila, pegar senha, ir para outra fila da triagem e outra fila para consulta esperar o médico. Demora”.*

H15 - *“Eu venho pela manhã, marco e volto ao final da tarde para o atendimento que começa às 19 horas mais ou menos”.*

H17 - *“Eu venho pela manhã agendar, tenho que vir mais cedo porque as vagas são poucas, não dá para todo mundo”.*

H25 - *“Aqui a gente tem que vir praticamente de madrugada, pego a senha, faço a triagem e volto a noite para ser atendido”.*

H26 - *“Eu venho pela manhã, pego a senha, na hora do almoço eu faço a triagem por ordem de chegada e volto à noite pra consulta. Fico o dia todo por conta disso, ai nesse dia eu não posso ir trabalhar”.*

Contudo, fica demonstrada a dificuldade vivenciada pelos usuários do Programa de Saúde do 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.

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 - *“Tem muita dificuldade para conseguir uma consulta com especialista é muita burocracia, muito papel”.*

H11 - *“Já precisei de um ortopedista, 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, no SUS não faz e particular eu não consigo e até hoje não pude voltar no retorno”.*

H17 - *“o encaminhamento para um especialista não é feito com facilidade, meu médico neurologista que me tratava se aposentou. Agora estou aguardando a marcação com novo médico, mas até agora não consegui. 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”.*

H27 - *“Tenho que fazer alguns exames no laboratório particular porque aqui está faltando reagente”.*

H29 - *“Os exames mais específicos eu tenho que pagar, na verdade eu prefiro, porque assim eu volto ao retorno médico mais rápido”.*

Desta forma, observa-se que a referida unidade de saúde não consegue garantir a continuidade da assistência à saúde dos usuários do programa de forma integral, pois esta depende de outros serviços de referência e contra referência para que seus usuários tenham seus problemas de saúde resolvidos.

A Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem 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 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 contra referência que se fizerem necessários para que suas necessidades de saúde sejam atendidas.

Desta forma, o presente eixo traduz que os usuários do Programa de Saúde do Homem convivem com dificuldades em relação a utilização do Programa, 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 no período diurno sendo apenas 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 na referida unidade de saúde.

Carvalho (1998) 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 (CARVALHO, 1998, p.37).

Desta 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 propostas pelo Programa de Saúde do Homem implementado no Centro de Saúde. Esta proposta de reformulação engloba a desburocratização nos agendamentos de consultas além da garantia aos serviços de referência e contra referência para resolutividade integral dos problemas de saúde apresentados por seus usuários.

Eixo 3 – A percepção dos usuários em relação a aplicabilidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em uma unidade de saúde do Distrito Federal.

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

H23 - *“Semana passada mesmo eu não consegui, na hora que chegou minha vez não tinha mais vaga, pois era só um medico para atender todo mundo, por isso que vim hoje. Graças à Deus essa semana eu consegui”.*

H29 - *“Sim, cheguei e falaram que o médico estava de férias. Das fiquei o mês todo esperando, quando ele voltou de férias consegui marcar, mas para um mês depois”.*

H30 - *“Sim, direto! Sempre falta vaga porque é só um médico para atender todo mundo”.*

Desta forma, destaca-se que a falta de profissionais médicos é o fator responsável pelos usuários não conseguirem um agendamento no Programa de Saúde do Homem e desta forma perceberem que o programa possui 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 intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política.

Sobre a implementação de uma política pública, Rua (2009) colabora afirmando que:

Na prática, a implementação pode ser compreendida como o conjunto de decisões e ações realizadas por grupos ou indivíduos de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos estabelecidos mediante decisões anteriores sobre uma determinada política pública. Em outras palavras, a implementação consiste em fazer uma política pública sair do papel e funcionar efetivamente. Envolve os mais diversos aspectos do processo administrativo: desde a provisão de recursos no orçamento, formação de equipes, elaboração de minutas de projeto de lei autorizando realização de concurso para contratação de servidores, elaboração de editais para aquisição de bens ou contratação de serviços (RUA, 2009, p. 94).

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, agente consegue as consultas, é difícil, mas agente 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 Rua (2009). 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) (RUA, 2009, p.99).

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 na implantação do Programa de Saúde do Homem apresentadas no decorrer desta pesquisa, observa-se que parte dos usuários considera que possuem a saúde bem assistida pelo serviço público e em contra partida, uma parte predominante da amostra revela a necessidade de melhoria, principalmente no que diz respeito ao acesso aos serviços.

Sendo assim, faz-se necessário uma atenção especial por parte dos gestores da unidade para que o acesso ao Programa seja garantido integralmente, tendo em vista que, mesmo o atendimento aos homens ocorra em horário estendido, ainda assim, a marcação e a triagem acontecem durante o dia, o que dificulta a acessibilidade dos usuários. 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, cujo objeto de estudo foi a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, teve como arcabouço teórico os estudiosos Maria das Graças Rua que trata sobre políticas públicas e José Murilo de Carvalho sobre Cidadania, os quais foram de grande magnitude para que este estudo fosse finalizado com êxito.

Outros pesquisadores fomentaram o entendimento sobre Estado e Políticas Públicas, Políticas Públicas de Saúde e a Saúde dos Homens no Brasil e possibilitou desta forma o entendimento do ponto de vista regimental do Estado enquanto promotor de políticas públicas efetivando desta maneira o processo de cidadania, a evolução das ações e programas de saúde voltados aos Brasil desde os anos de 1900 até 2008 com a criação da Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem, tendo em vista que o objetivo principal do estudo foi analisar a compreensão dos usuários frente ao atendimento prestado a eles no Programa de Saúde do Homem no Centro de Saúde nº 06 de Ceilândia e a pergunta norteadora se constituiu em a Política Pública que existe e que é voltada para a população masculina tem tido o alcance almejado na referida unidade de saúde?

A escolha do tema proposto se deu pela indagação deste pesquisador em reconhecer a aplicabilidade da Política Nacional no DF, haja vista que de acordo com dados publicados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do DF e pela sua vivência profissional enquanto Enfermeiro, a população masculina tem adoecido cada vez mais e mais cedo além de estarem mais vulneráveis a riscos de adquirirem problemas de saúde do que os demais grupos.

O referido tema se integrou diretamente com a linha de pesquisa do Programa de Mestrado Unieuro, Estado, Política Pública e Cidadania 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 do Programa e conseqüentemente da Política Nacional 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 seja implementado integralmente.

O processo de verificação permitiu corroborar integralmente com tal hipótese, bem como participar das atividades do Programa de Saúde do Homem durante o processo de coleta de dados, observando e analisando as práticas profissionais de saúde, procurando entender suas proposições e agregando às suas respostas as particularidades e singularidades próprias do sujeito.

Para o alcance dos objetivos do estudo fez-se necessário a construção de duas linhas de pesquisas as quais como já dito, se traduzem nas respostas de um questionário objetivo e uma entrevista gravada através de áudio que foi transcrita e para a discussão dos resultados da pesquisa, utilizou-se Maria das Graças Rua e José Murilo de Carvalho para o aprofundamento do conhecimento produzido.

Os resultados evidenciam que o perfil sócio demográfico dos usuários do Programa se descreve predominantemente entre indivíduos com idade entre 41 a 60 anos o que determina que homens com idades inferiores a este corte etário não está tendo acesso ao serviço de saúde.

Como já descrito no corpo do trabalho e nas literaturas existentes, culturalmente o homem possui a tendência à auto negligência com sua saúde, tendo em vista que é imposto a eles pela sociedade machista o fato de que “homem é forte e não adoece”, sendo assim acabam negando a si mesmos a possibilidades de adquirirem alguma patologia e, contudo só procuram por assistência de saúde em ultimo caso, quando não tem outra opção e desta forma, entende-se do ponto de vista fisiológico que a partir dos 40 anos é que os sinais e sintomas de adoecimento ficam mais visíveis e presentes na rotina diária destes indivíduos.

O estudo revela que os usuários do Programa são indivíduos de baixa renda, haja vista que 70% da amostra pesquisada apresentam renda familiar de no máximo dois salários mínimos o que interfere diretamente nas condições de saúde desta população, pois de acordo com a Organização Mundial de Saúde, o conceito

de saúde não restringe apenas na ausência de doenças, mas também no bem estar físico, mental e social.

Ainda sob o contexto social, observa-se o baixo grau de escolaridade dos entrevistados, sendo que apenas 01 indivíduo possui nível superior completo e os demais se concentram predominantemente em pessoas que não concluíram nem o 1º grau e desta forma o grau de entendimento deles em relação à responsabilidade com a saúde pode ser comprometido.

Quanto às atividades laborais, nota-se que todos possuem uma ocupação diária, sendo esta majoritariamente, registrada em carteira de trabalho e ainda 90% da amostra trabalha de segunda a sexta-feira durante todo o dia.

Tal condição é vista como “barreira de acesso” ao serviço de saúde, haja vista que para as marcações, exames e consultas de saúde é dispensado ao usuário um atestado de comparecimento e grande parte das empresas não aceitam este como abono de ponto diário de trabalho, ficando o trabalhador com um desconto no salário relacionado a falta o que irá conseqüentemente interferir na renda da família. Esta situação ainda é gravada levando-se em consideração que mais de 60% da amostra possui dependentes e sendo assim acabam ocupando a responsabilidade de provedores do lar.

O estudo revela também que existe uma predominância entre homens casados e com relacionamento estável, o que de acordo com o descrito no corpo teórico do trabalho e na literatura existente é visto como um ponto positivo, uma vez que as esposas e companheiras geralmente são as responsáveis pelo acesso deles aos serviços de saúde.

Ainda sob a análise do perfil dos usuários do programa, observa-se que mais de 86% da amostra reconhece a prática do tabagismo e 50% do alcoolismo. Estes dados são de grande relevância, pois associado a estas práticas de vida, o usuário possui maior vulnerabilidade de adquirir doenças cardiovasculares e tumores, o que foi descrito no trabalho como causas importantes de morbimortalidade da população masculina.

Concluindo a descrição do perfil da amostra, compreende-se que 80% já possuem sabidamente problemas de saúde, sendo que apenas 56,7% fazem tratamento ou acompanhamentos.

Sendo assim, constata-se que o perfil sócio demográfico dos usuários do Programa de Saúde do Homem do Centro de Saúde nº 06 – Ceilândia colabora com vulnerabilidade para o adoecimento desses indivíduos.

Quanto à verificação da percepção dos usuários na unidade de saúde ao Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a discussão foi sistematizada em três eixos do saber.

O primeiro revela a falta de conhecimento dos usuários em relação à existência da Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem, os motivos de sua existência e seus objetivos e desta forma, faz-se necessário por parte do Estado maior divulgação e investimento na educação em saúde da população masculina e também das outras demandas da sociedade, para que desta forma, seja estimulado o desenvolvimento de uma consciência em relação a saúde dos homens.

Já o segundo eixo, traduz a experiência dos pesquisados com a utilização do Programa de saúde destinado a eles e com isso observa-se um dia e horário de atendimento diferenciado, respeitando as particularidades do gênero e os princípios e diretrizes da Política Nacional, porém para que o serviço oferecido alcance seus objetivos e metas os quais são melhoria e manutenção da saúde de seus usuários, ele conta com recursos humanos e materiais dispensados pelo Governo, tais como médicos especialistas, equipe de saúde treinada, exames, medicamentos e procedimentos de auto custo, o que infelizmente não tem sido suficiente conforme relatos descritos no desenvolvimento da pesquisa.

Sendo assim, faz-se necessário a intervenção da União e Estado conforme suas responsabilidades preconizadas no texto base da Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem a fim de se garantir um atendimento de integral e com resolutividade para as necessidades de saúde dos homens assistidos pelo Programa, garantindo ainda o fluxo aos serviços de referência e contra referência de forma ágil.

Por fim, sobre a percepção dos usuários, o terceiro eixo revela a compreensão deles em relação à aplicabilidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e aponta que de acordo com os dados obtidos, a saúde dos homens não tem sido bem assistida pelo Estado, fazendo com que os usuários não tenham seus problemas de saúde resolvidos. Ainda de acordo com dados revelados, essa não resolutividade está diretamente ligada à falta de profissionais médicos e serviços especializados que possam garantir a conclusão dos tratamentos e a resolução das necessidades de saúde dos usuários.

Desta forma, o estudo promove uma reflexão acerca da Implementação da Política de Saúde do Homem, não apenas na unidade 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.

Logo estes resultados corroboram a teoria da indivisibilidade, complementariedade e universalidade dos direitos fundamentais, haja vista que não há como garantir direitos como a saúde uma vez que não existam condições materiais, sociais e espirituais para que se possa colocar em prática esse direito que é descrito apenas na segunda dimensão dos direitos.

Sendo assim, conclui-se que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem criada em 2008 e implantada no âmbito 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, contudo para que os objetivos alegados nesta normativa possam efetivar-se, faz-se imprescindível investimento, acompanhamento, avaliação e reformulações que se fizerem necessários para garantir a política, além da quebra de paradigmas culturais em relação a saúde dos homens, entendendo desta forma que trata-se de um perfil da população que continua exposto a altos índices de morbimortalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITH, F. **Políticas públicas de Estado e de governo: instrumentos de consolidação do Estado Democrático de Direito e de promoção e proteção dos direitos humanos.** In: Bucci, Maria Paula Dallari (Org.). Políticas Públicas reflexões sobre o conceito jurídico, São Paulo: Saraiva, 2006.

ALBERTO, M.M.; MALAMUT, B.S. **Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** *Revista Saúde e Sociedade.* São Paulo, v. 22, n.2, p.429-440, 2013.

ALEXANDRINO, M. PAULO V. **Direito constitucional descomplicado.** 8º ed. Editora Método. São Paulo-SP. 2012.

ALMEIDA, M.J.A. **Organização de serviços de saúde a nível local: registros de uma experiência em processo.** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1979.

ANDRADE, R.F.; MONTEIRO, A.B. **Fatores determinantes para a criação da Política Nacional de Saúde do Homem.** PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP. Macapá, n.5, p.71-86, dez. 2012.

ARAUJO, M.F.; SCHRAIBER, L.B.; COHEN, D.D. **Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva.** *Interface: Comunicação, Saúde e Educação,* São Paulo, v. 15, n.38, p.805-818, 2011.

AURÉILO. **Novo dicionário da Língua Portuguesa** / Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004.

BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos poderes**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3): 829-839; Rio de Janeiro, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3ª Edição. Lisboa: Edições, 2004.

BERCOVICI, G. **Planejamento e políticas públicas: por uma nova compreensão do papel do Estado**. In: Bucci, Maria Paula Dallari (Org.). Políticas Públicas reflexões sobre o conceito jurídico, São Paulo: Saraiva, 2006.

BOBBIO, N. **Era dos Direitos**. Elsevier Brasil, 2004.

BOBBIO, N., MATEUCCI, N., PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2010.

BONAVIDES, P. **Curso de Direito Constitucional**. 27ª Edição. São Paulo: Saraiva, 2012. 863 p.

BRASIL, Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília; 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica do SUS. n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília/DF, 1990.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário oficial [as República Federativa do Brasil] 20 set 1990; Seção I. Pt. 1, p. 18055-59.

_____. Ministério da Saúde. **Coletâneas e normas para o controle social no sistema único de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela saúde, em defesa da vida e da gestão.** Brasil: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Discurso de posse do Drº José Gomes Temporão no cargo de Ministro da Saúde em 19 de março de 2007.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25744> Acesso em 13 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.994 de 27 de agosto de 2009. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Histórias das Conferências de Saúde.** Brasília, DF, 2011.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. **Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc 29.htm

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

CARVALHO, J.M. **Brasileiro: Cidadão?** Revista do Legislativo, p. 32-39, jul-set/1998.

CARVALHO, J.M. **Cidadania no Brasil. O longo Caminho.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CEBRID (2006). **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005/E.** A. Carlini (supervisão) [et.al.], São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de

Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFEST – Universidade Federal de São Paulo.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Connas). **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem**. Brasília, 2010.

CORDONI JÚNIOR L. **Serviços Municipais de saúde do Paraná: Tendências e perspectivas**. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de saúde pública, Universidade de São Paulo; 1986.

COSTA, A.M. **Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, V. 14, n.4, p.1073-1083, 2009.

COUTO, M.T. et al. **O homem na atenção primária à saúde: discutindo invisibilidade a partir da perspectiva de gênero**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 14, n.33, p.270-275, abr/jun. 2010.

DERANI, Cristiane. **Política pública e a norma política**. In: Bucci, Maria Paula Dallari (Org.). Políticas Públicas reflexões sobre o conceito jurídico, São Paulo: Saraiva, 2006.

FERRAZ, O. L. M., VIEIRA, F. S. **Direito a saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial e dominante**. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, vol. 52, n. 1, 2009, pp. 223 a 251.

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

FERREIRA FILHO, M. G. **Direitos Humanos Fundamentais**. 6ª edição. São Paulo: Saraiva, 2004. 197p.

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

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. **Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. Caderno de Saúde Pública, vol. 23, n.3, Rio de Janeiro, mar.2007.

GONÇALVES, A. **Políticas Públicas e a Ciência Política**. In: Bucci, Maria Paula Dallari (Org.). Políticas Públicas reflexões sobre o conceito jurídico, São Paulo: Saraiva, 2006.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Estado de Saúde. **Política Distrital de Atenção Integral à Saúde do Homem (proposta)**. Brasília, DF, 2013.

GOULART, F. A. A. **Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1996.

HOCHMAN, G. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil(1930-1945)**. Educar, n. 25, p.127-141, Curitiba. 2005.

HOFLING, E. M. **Estado e políticas (públicas) sociais**. Caderno Cedes, ano XXI, n. 55, novembro 2001.

JÚNIOR, A.P., JÚNIOR, L.C. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. Revista Espaço para a Saúde, v. 8, n. 1, p. 13-19, Londrina, dez. 2006.

LAURIENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. **Perfil epidemiológico da saúde masculina nas Américas. Uma contribuição para o enfoque do gênero**. Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo, 1998.

_____. **Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina**. Ciência Saúde Coletiva 2005; 10: 35-46.

LEÃO, R. Z. R. **La construcción jurisprudencial de los Sistema Europeo e Interamericano de Protección de los Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**. Porto Alegre: Núria Fabris, 2009.

LIMA, W.G. **Política Pública: discussão de conceitos**. Rev. Interface. Porto Nacional, Ed. 05, outubro. 2012.

LUZ, M. T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80**. PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva, São Paulo, v.1, n.1. 1991.

MARCHINHACKI, R. P. **Direitos Fundamentais: Aspectos Gerais e Históricos**. Revista da Unifebe (online) 2012; 11 (dez): 166-179.

MARTIN, G. B., CARVALHO, B. G., CORDONI JÚNIOR, L.A. **A organização do sistema de saúde no Brasil**. In: Andrade S.M, Soares D.A, Cordoni Júnior L (Org). Bases da saúde coletiva. Londrina: EDUEL;2001.

MASSAKO, I. Y. D. A. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista (1994).

MÉDICE, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1994.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996.

MENDES, G. F.; BRANCO, P. G. G. **Curso de Direito Constitucional**. 8ª edição. São Paulo: Saraiva, 2013. 1424 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 8. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

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, Uberlândia, v.1, n.1, p. 176-185, 2009.

NARDI, A.; GLINA, S.; FAVORITO, L.A. **Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil**. International Braz J Urol, v.33, p. 1-7, 2007.

NOVELINO, M. **Direito Constitucional**. 5ª edição. São Paulo: Método, 2011. 927 p.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PIROLO, S.M. et al. **O desafio de operacionalizar as ações de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família**. Faculdade de Medicina de Marília, Secretaria Municipal de Saúde de Marília. Marília, 2009.

POSSAS, C. A. **Saúde e trabalho: a crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

RIETHER, A. M. **Direitos Humanos, Políticas Públicas e Gênero no Processo de Acesso à Saúde**. 2014. 139p. Dissertação de Mestrado em Ciência Política – Centro Universitário Unieuro, Brasília, Distrito Federal.

RUA, M.G. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2009. 130p.

_____. **Desafios da administração pública brasileira: governança, autonomia, neutralidade**. Revista do Serviço Público Ano 48 Número 3 Set-Dez 1997.

_____. **Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos**. In: RUA, M.G; VALADÃO, M.I. O Estudo da Política: Temas selecionados. Brasília: Paralelo 15, 1998.

RONCALLI, A. G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: PEREIRA A. C. (Org.).

Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. P. 28-49.

SARRETA, F.O. **Educação em saúde para trabalhadores do SUS [online]**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009.

SARLET, I. W. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. Revista eletrônica sobre a Reforma no Estado, Salvador, n.11, set./out./nov. 2007.

SCHRAIBER, L.B. **Saúde dos homens...e mulheres: questão de gênero na saúde coletiva**. In: GOMES, R. (org.). Saúde do Homem em Debate. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2008. P. 7-20.

_____. **Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa de Saúde da Família do Recife**. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. Gênero e Saúde: Programa da Saúde da Família em questão. São Paulo: ABRASCO – UNFPA, 2005.

Silva, D.; Simon, F. O. **Abordagem quantitativa de análise de dados de pesquisa: construção e validação de escala de atitude**. Cadernos do CERU, 2(16), 11-27.(2005).

SOUSA, R. C., BATISTA, F. E. B. **Política Pública de saúde no Brasil: História e perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS**. VII Congresso Norte Nordeste de Pesquisas e Inovação, Palmas – 2012.

SOUZA, C. **Políticas Públicas: questões temáticas de pesquisa**. Caderno CRH, n. 39, p. 11-24, Salvador, jul./dez. 2003.

_____. **Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil pós – 1988**. Revista Sociologia e Política, Curitiba, 24. P.105-121, jun. 2005.

STOTZ, E. N.; ARAUJO, J. W. G. **Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso**. Saúde e sociedade, V. 13, p. 5-19. Maio-agosto 2004.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Associação dos Advogados de Trabalhadores Rurais (AATR-BA), Salvador (2002).

TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma sanitária**. In: **Reforma Sanitária em Busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1989.

UFRJ/FACULDADE DE DIREITO. **Refundar o Estado: O Novo Constitucionalismo Latino Americano**. Rio de Janeiro, 2009.

VIEIRA, F. S. **Ações judiciais e direito à saúde: reflexões sobre a observância aos princípios do SUS**. Revista de saúde pública 2008; 42(2): 365-369.

VIEIRA, K.L.D. et al. **Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a não procura**. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v.17. n.1, p. 120-127, jan/mar. 2013.

YUNES, J. **O SUS na lógica da descentralização**. Estud.Av [online].1999, vol.13, n.5, p. 65-70.

WAHRLICH, B. M. S. **Reforma administrativa na era Vargas**. Rio de Janeiro: FGV, 1983.

WELZER-LANG, D. **Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo**. In: Schpun, M. R.; organizador. Masculinidades. Santa Cruz .do Sul: EDUNISC; 2004. p. 107-128

ANEXO I – COMPROMISSO DE AUTENTICIDADE E AUTORIA DE TRABALHOS ACADÊMICOS



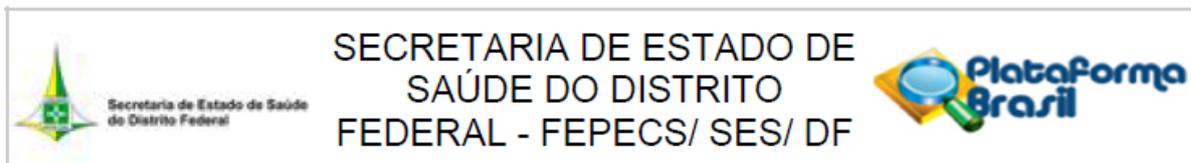
CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIA POLÍTICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO AMERICANA - UNIEURO

Eu, Bruno Santos de Assis, aluno do Curso de Mestrado em Ciência Política do Centro Universitário UNIEURO, CPD nº 203865 **DECLARO** que estou **ciente** de que a falta de autenticidade em qualquer trabalho acadêmico fere as normas de ética acadêmica previstas no Estatuto Geral desta instituição e no Regimento do Curso de Mestrado em Ciência Política, bem como estou **ciente** de que a violação de direito autoral, nos seus aspectos material e imaterial, é fato tipificado penalmente pelo Art. 184 do Código Penal vigente e cuja proteção encontra-se albergada pela Lei 9.610/1998, de modo que a violação da ética acadêmica enseja reprovação direta e sumária do aluno que deixar de apresentar, em qualquer fase do curso, trabalho acadêmico autoral e autêntico, sujeitando-o, ainda, a processo acadêmico disciplinar. Diante disso, **COMPROMETO-ME** a apresentar, ao longo de todo o mestrado, apenas trabalhos dotados de autoria e originalidade.

Brasília, 25 de julho de 2016.

Aluno: Bruno Santos de Assis

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NA LEITURA DO USUÁRIO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: Bruno Santos de Assis

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51088215.5.0000.5553

Instituição Proponente: Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.398.850

Apresentação do Projeto:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 08/12/2015 do CEP/FEPECS/SES/DF.

Objetivo da Pesquisa:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 08/12/2015 do CEP/FEPECS/SES/DF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 08/12/2015 do CEP/FEPECS/SES/DF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 08/12/2015 do CEP/FEPECS/SES/DF.

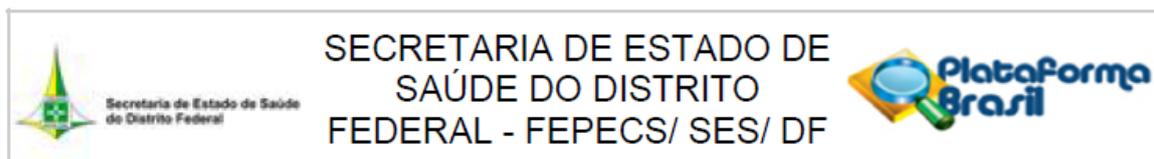
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 08/12/2015 do CEP/FEPECS/SES/DF.

Recomendações:

*Acrescentar no TCLE que as entrevistas serão gravadas através de áudio, transcritas e analisadas a fim de se obter as informações da leitura dos usuários, assim como o resultado da pesquisa deverá ser publicado no CS onde ela foi realizada.

*Rever o título da pesquisa, pois se trata de uma amostra muito pequena diante de todas as unidades de saúde do DF. O título da pesquisa atenderia a metodologia se fosse apresentado da



Continuação do Parecer: 1.398.850

seguinte forma: A POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NA LEITURA DO USUÁRIO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.

*Alterar o cronograma da pesquisa conforme provável aprovação da mesma pelo Comitê de Ética em Pesquisa, pois a coleta de dados só poderá ser iniciada após aprovação do projeto pelo CEP/FEPECS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências acima citadas, solicitadas, atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

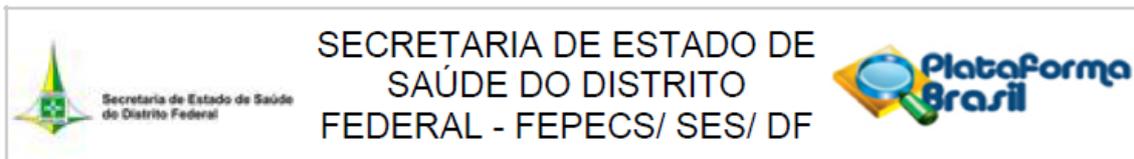
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_624240.pdf	15/12/2015 08:26:37		Aceito
Outros	RESPOSTAS_PENDENCIAS.docx	15/12/2015 08:25:43	Bruno Santos de Assis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.docx	15/12/2015 08:23:09	Bruno Santos de Assis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.doc	15/12/2015 08:22:38	Bruno Santos de Assis	Aceito
Outros	curriculopesquisadora.pdf	12/11/2015 16:25:38	Bruno Santos de Assis	Aceito
Outros	curriculopesquisador.pdf	12/11/2015 16:25:02	Bruno Santos de Assis	Aceito
Outros	termoconcordancia.PDF	12/11/2015 16:23:46	Bruno Santos de Assis	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.PDF	12/11/2015 16:16:49	Bruno Santos de Assis	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não



Continuação do Parecer: 1.398.850

BRASILIA, 01 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO OBJETIVO - PERFIL SÓCIO/DEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS

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 60 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

**APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO/ROTEIRO PARA ENTREVISTAS GRAVADAS
EM ÁUDIO - A PNAISH SOB A LEITURA DO USUÁRIO.**

- 1) Você conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem do Ministério da Saúde?
- 2) Você sabe quais são os objetivos desta política?
- 3) Você sabe por que existe uma política de saúde só para homens?
- 4) Fale sobre o que você sabe a respeito da Política.
- 5) Aqui no Distrito Federal, quais as unidades de saúde que possuem um atendimento diferenciado para a população masculina?
- 6) Como você ficou sabendo deste atendimento para os homens aqui nesta unidade?
- 7) Quando você precisa de um atendimento em saúde, de que forma você consegue o agendamento?
- 8) Quando você precisa de um especialista, o encaminhamento é feito com facilidade?
- 9) Houve alguma vez que você precisou de um atendimento e não conseguiu? Conte um pouco sobre o ocorrido.
- 10) Você considera que a sua saúde é bem assistida pelo serviço público ou falta alguma coisa que precisa ser melhorada?
- 11) Você consegue todos os exames aqui na unidade?