

## Percepção das equipes de saúde da família sobre a implantação da política saúde do homem

Perception of health teams of family on the implementation of man health policy

Percepción de las equipos salud de la familia acerca da implantación de la política de salud del hombre

Tayani Campos Rodrigues<sup>1</sup>, Áurea Christina Paula Correa<sup>2</sup>, Jeane Cristina Anschau Xavier de Oliveira Fraga<sup>3</sup>, Luanna Arruda e Silva<sup>4</sup>

**Resumo:** Com o objetivo de promover a assistência integral à saúde do homem, visando reduzir as taxas de morbimortalidade masculina o Ministério da Saúde (MS), em 2009, lançou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem - PNAISH, tendo a atenção primária como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), privilegiando a Estratégia de Saúde da Família, como modelo assistencial para o atendimento das necessidades da população masculina. **Objetivo:** Conhecer as percepções de trabalhadores de duas equipes de Unidades de Saúde da Família em relação ao processo de

implantação da PNAISH. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa, descritivo e exploratório, realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas. **Resultados:** Dentre os principais resultados observados destacam-se as escassas ações com vistas a atender as necessidades da população masculina. Estas poucas ações centram-se na perspectiva curativista baseada no modelo biomédico. **Conclusão:** Nesse sentido, faz-se necessário que as equipes de saúde que trabalham na atenção primária, nível selecionado para implementação da PNAISH, sejam envolvidos e capacitados para que possam desenvolver em suas unidades estratégias inclusivas para a população masculina a fim de melhor atender suas demandas.

**Descritores:** Saúde do Homem; Atenção primária a saúde; Enfermagem

**Abstract:** In order to promote the comprehensive health care of man, to reduce male mortality rates of the Ministry of Health (MS) in 2009 launched the Care National Policy

<sup>1</sup> Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Mato Grosso. Mato Grosso, Brasil. E-mail: [tavanicampos10@gmail.com](mailto:tavanicampos10@gmail.com)

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP- São Paulo (SP), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá, MT, Brasil. E-mail: [aureaufmt@gmail.com](mailto:aureaufmt@gmail.com)

<sup>3</sup> Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMT. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMT e Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso. Mato Grosso, Brasil. E-mail: [jeane.anschau@hotmail.com](mailto:jeane.anschau@hotmail.com)

<sup>4</sup> Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Mato Grosso. Mato Grosso, Brasil. E-mail: [luannaarruda5@gmail.com](mailto:luannaarruda5@gmail.com)

Integral Health Man - PNAISH, and primary care as preferred gateway to the Unified Health System (SUS), favoring the Family Health Strategy, as preferred care model to meet the needs of the male population. **Objective:** This is an exploratory study that aimed to know the perceptions of workers in two health units teams of the Family regarding the process of implementation of PNAISH. **Method:** Study of qualitative, descriptive and exploratory approach, conducted through semi-structured interviews. **Results:** Among the main results observed there are the few actions in order to meet the needs of the male population. These few actions focus on curative perspective based on the biomedical model. **Conclusion:** In this sense, it is necessary that health teams working in primary care, level selected for implementation of PNAISH, be involved and trained so that they can develop in their units inclusive strategies for the male population in order to best meet their demands.

**Descriptors:** Human Health; primary health care; Nursing

**Resumen:** Com el fin de promover la salud integral del hombre, para reducir las tasas de mortalidad masculina del Ministerio de Salud (MS) en 2009 puso

en marcha la Política Nacional de Atención Integral de la Salud Hombre - PNAISH, y la atención primaria como puerta de entrada preferido para el Sistema Único de Salud (SUS), favoreciendo la Estrategia Salud de la Familia, como modelo de atención para satisfacer las necesidades de la población masculina. **Objetivo:** Se trata de un estudio exploratorio para conocerlas percepciones de los trabajadores de dos equipos de unidades de salud de la familia em relación com el proceso de implementación PNAISH. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, lleva a cabo a través entrevistas semiestructuradas. **Resultados:** Entre los principales resultados observados existen las pocas acciones com el fin de satisfacer las necesidades de la población masculina. Estas pocas acciones se centran en perspectiva curativa basada en el modelo biomédico. **Conclusión:** En este sentido, es necesario que los equipos de salud que trabajan em atención primaria, nivel seleccionado para la ejecución de PNAISH, estar involucrados y capacitados para que puedan desarrollarse en sus unidades de estrategias inclusivas para la población masculina com el fin de servir mejor a su demandas.

**Descriptors:** salud humana; atención primaria de salud; enfermería

### **Introdução**

Este estudo teve como objeto a percepção de trabalhadores de duas equipes de Unidades de Saúde da Família de Cuiabá, capital de Mato Grosso, sobre o processo de implantação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) como proposta Ministerial para a reordenação da atenção à saúde da população masculina.

Em 2007, foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) a Área Técnica de Saúde do Homem. Os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foram publicados em 2008, e somente em 2009 foi lançado oficialmente a PNAISH, através da promulgação da Portaria Ministerial<sup>(1)</sup>.

Nesse sentido, com o início da PNAISH foi criada com o intuito de promover melhoria nas condições de saúde da população masculina, e assim, modificar o quadro alarmante de morbidade e mortalidade desta população<sup>(1)</sup>.

A PNAISH foi pensada considerando as questões relacionadas ao gênero no planejamento das ações

voltadas para a população masculina. O conceito de gênero é útil na busca da compreensão das relações sociais entre os sexos, sendo preciso compreender que este diz respeito tanto ao universo feminino quanto ao masculino, uma vez que “o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens, sendo criado dentro e por esse mundo”<sup>(2)</sup>. Este conceito traz em seu bojo, fortemente, questões culturais, melhor dizendo, sua compreensão sofre variações a partir da sociedade onde o indivíduo está inserido, o que aponta para a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis próprios dos homens e das mulheres.

A incorporação desse modelo gera resistência, descuido por parte da população masculina em procurar os serviços de saúde, comportamento que pode ter como consequência o surgimento de problemas de saúde nessa população. Nesse sentido cabe interligar o conceito de masculinidade, entendendo-a como uma prática que estrutura a identidade do sujeito, é aquilo que realmente é feito e a partir da prática, daí se torna modelo de comportamentos e emoções a serem seguidos<sup>(3)</sup>. Este conceito influencia a formação do estereótipo socialmente determinado a ser seguido por homens,

assunto que também vem sendo investigado internacionalmente<sup>(4-6)</sup>.

Modelos como viril, forte, invulnerável e provedor fazem com que essa população, geralmente, busque por serviços de saúde apenas quando há impossibilidade de manter atividades diárias, o que determinaria uma crise financeira. Também é preciso considerar que, via de regra, homens percebem as Unidades pertencentes à atenção primária a saúde, ou seja, as unidades do Programa de Saúde da Família - PSF, popularmente conhecidos como “postinho de saúde”, como espaço frequentado por mulheres, crianças e idosos, uma vez que não são implementadas ações especificamente voltadas para eles<sup>(7)</sup>, fato que os afasta desse espaço.

A partir dos estudos com enfoque no ponto de vista de gênero e das relações de poder surgiram estudos sobre como a masculinidade exerce poder entre os sexos. Nesse contexto, o estudo sobre masculinidade hegemônica<sup>(5)</sup> que corresponde a um modelo idealizado culturalmente, no qual os atributos como a agressividade, a competitividade, a ambição, a virilidade, as austeridades, entre outros são fomentados e incentivados historicamente, desde a sociedade

patriarcal, com o intuito de legitimar o homem na posição dominante.

Desta forma, é preciso reconhecer que muitas das vezes a não adesão masculina aos serviços de saúde tem como base os estereótipos de gênero baseados em características culturais que levam a masculinidade, e assim as ações de saúde devem sempre ser voltada a essas características.

A política afirma que devem ocorrer mudanças na percepção da população masculina em relação a sua saúde, assim como a de sua família. Para tanto se faz necessário que os serviços públicos de saúde se organizem para que homens se sintam integrados e acolhidos. Essa organização deve ocorrer de maneira associada, articulada com outras políticas, com estrutura hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a atenção primária como porta de entrada preferencial do SUS, portanto, vinculada à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), privilegiando a Estratégia de Saúde da Família<sup>(8)</sup>, como modelo assistencial preferencial para a reorientação da atenção primária.

Entretanto, para efetivação das políticas públicas de saúde faz-se necessária a incorporação de ferramentas de gestão, pois “a ação gerencial é determinada e determinante

do processo de organização dos serviços de saúde<sup>(9)</sup>. A função gerencial tem como propósito a organização do serviço, para isso deve haver planejamento e programação, estabelecimento de metas e objetivos, avaliação da efetividade das ações, implementação de ações necessárias para sua implantação e estabelecimento de avaliação contínua do sistema, a fim de atingir o proposto<sup>(9)</sup>.

O município de Cuiabá foi um dos municípios selecionados pelo MS para implantação da PNAISH pelos altos índices de mortalidade masculina, porém ao analisar o processo de implementação da política pelos gestores que participaram deste constatou-se que depois de implantada não houve nenhuma modificação em relação ao quadro epidemiológico da população masculina, assim sendo, os sujeitos do estudo se restringiram mais em ações biomédicas, saúde sexual e reprodutiva, além de que as ações que foram desenvolvidas depois da implantação não tiveram grande influência sobre as ações que já vinham sendo realizadas<sup>(10)</sup>.

Sendo assim, a importância deste estudo se dá sobre a implantação da política no município e como os atores envolvidos diretamente no processo, os profissionais que lidam

diretamente com a população alvo da política, percebem esta após sua implantação visto que o quadro epidemiológico da população ainda continua em alerta como observado pelos dados do DATASUS que, entre os anos de 2011 a 2013, a porcentagem de óbitos ocorridos com pessoas entre todas as idades do sexo masculino na capital do estado de Mato Grosso foi de 56% do total de óbitos<sup>(11)</sup>.

Outros dados oriundos do DATASUS demonstram um panorama ainda mais alarmante no Estado de Mato Grosso, como a diferença do número de óbitos por causas externas em relação ao sexo feminino. Os dados mais recentes disponíveis no DATASUS, mostram que em 2013 ocorreram 3.100 óbitos por essa causa, dentre estes, 2.615 óbitos ocorreram entre indivíduos do sexo masculino, ou seja, 84,35% do total de óbitos por causas externas. A faixa etária em que mais ocorreu óbitos foi a de 20 a 29 anos, com 700 óbitos do total ocorrido no estado seguido da faixa de 30 a 39 anos, com 554 óbitos do total<sup>(11)</sup> Ou seja, pode-se considerar que a mortalidade da população masculina em Cuiabá-MT configura-se em verdadeiro problema de saúde pública.

Assim, objetivou-se conhecer a percepção de membros de duas equipes

de saúde da família, de Cuiabá, em relação à implantação da PNAISH na Capital do Estado de Mato Grosso, tomando por referências às práticas que já são desenvolvidas.

### **Métodos**

Pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. O estudo foi conduzido em duas Unidades de Saúde da Família que pertencem a uma das quatro regionais administrativas da Prefeitura Municipal de Cuiabá. A escolha por essas unidades foi por estas funcionarem como campo de prática da Universidade Federal de Mato Grosso para o curso de enfermagem. Após contato com a secretaria do município responsável por ações de saúde do homem, foi identificada uma unidade que já tinham ações da PNAISH implantadas, sendo escolhida para o estudo; a outra unidade selecionada não tinha qualquer prática neste sentido, porém foi escolhida pelo fato de já haver contato maior com a equipe e maior aproximação com esta.

Foram sujeitos deste estudo os profissionais atuantes nas duas unidades de saúde da família selecionadas - médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS). Os critérios de inclusão dos sujeitos no estudo foram: ser membro da equipe

selecionada para realização do estudo; atuar na unidade há pelo menos um ano, prazo considerado viável para ter conhecimentos necessários para avaliação do serviço. Após atenderem aos critérios de inclusão do estudo, foi apresentado aos profissionais os objetivos do trabalho, sendo explicitados as motivações para o estudo, os membros da equipe que concordassem em participar foram selecionados para o estudo.

As entrevistas foram realizadas somente após a assinatura Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em cumprimento da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

A coleta de dados foi realizada entre março e abril de 2015. Foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada, com as seguintes perguntas norteadoras: Como você vê a política de saúde do homem efetivada em sua unidade?; Quais são as dificuldades para fazer com que esta política funcione? A equipe foi preparada para esta política?; Foi realizada alguma capacitação

para isso?; Quais ações poderiam ser realizadas para que a implementação da política?; Qual

importância você vê em relação a saúde do homem dentro de sua área?

As entrevistas foram gravadas em meio digital com autorização dos sujeitos do estudo. Os dados foram posteriormente transcritos, constituindo um banco de dados. Após a transcrição os dados foram analisados com a aplicação da Técnica de Análise de Conteúdo conforme proposta de Bardin<sup>(12)</sup> a qual permite ir além do que foi falado, produzindo significados e sentidos na diversidade da amostragem sendo possível fazer interpretações, onde após a análise do material foi possível chegar as categorias seguintes.

Em função da troca de médicos ocorrida no transcorrer do processo de coleta de dados, foi excluída da pesquisa uma médica, que trabalhava na unidade há dois meses.

Com base nesses critérios os sujeitos deste estudo foram: 09 profissionais (02 enfermeiros, 02 médicos, 05 agentes comunitários de saúde). Para o levantamento dos dados foram realizadas entrevistas previamente agendadas com cada profissional. As entrevistas ocorreram individualmente, no horário de trabalho, realizada dentro da unidade em qualquer sala disponível ou o espaço que os próprios profissionais definiram. Os nomes dos sujeitos foram

substituídos por números, para assegurar o sigilo da identidade dos envolvidos.

Este estudo é um subprojeto da pesquisa matricial - Condições de saúde e as práticas de cuidado da população masculina de Cuiabá, Mato Grosso – aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM sob o protocolo N° 953.428.

De forma a manter o sigilo dos participantes, os enfermeiros serão identificados pela letra E (enfermeiro), A (ACS) e M (médico), todos acompanhados de um número arábico conforme a sequência que foram realizadas as entrevistas.

## **Resultados e discussão**

Os profissionais das duas equipes são em sua maioria mulheres, fato este que pode também contribuir para decisão do homem de se manter afastado de unidades de saúde, uma vez que este espaço é considerado feminilizado, fazendo com que o homem não se sinta pertencente a aquele espaço, aspecto este comprovado também por vários estudos<sup>(13)</sup>. A faixa etária dos pesquisados variou de 41 anos a 56 anos, com predomínio da faixa etária de 47 a 49 anos. Em relação ao tempo de atuação na unidade de

saúde, identificou-se que 4 dos 9 profissionais trabalham há 11 anos em unidades de atenção básica, 3 trabalham entre 10 a 13 anos e 1 profissional há 1 ano e 6 meses.

Após seguir a Técnica da Análise de Conteúdo, a aproximação das ideias que passaram a caracterizar os núcleos de sentido das falas, os quais foram formulados nas seguintes categorias: *A (não) procura dos homens pela unidade de saúde na visão dos profissionais; Ações desenvolvidas e ações em andamento pelos profissionais de saúde e A percepção da implementação e da organização dos serviços de saúde para atender a PNAISH.*

### **A (não) procura dos homens pela unidade de saúde na visão dos profissionais**

Na percepção dos profissionais os homens procuram pouco ou quase não procuram as UBS, dificultando a oferta de uma assistência qualificada para essa população, em função do não reconhecimento de suas necessidades de saúde, como verifica-se na fala:

*“Os homens têm uma resistência grande. Até por isso fica difícil a articulação da unidade*

*para trazer esses homens.” (E2).*

O distanciamento da população masculina dos serviços de atenção primária à saúde é concebida como elemento da identidade do homem pela sociedade. Tal atitude se reflete nos índices de mortalidade, pois como pode se constatar através dos dados epidemiológicos disponíveis nos DATASUS.

Para os sujeitos deste estudo, inúmeras são as razões da população masculina para não buscarem os serviços de saúde:

*“Uma dificuldade que vejo é o trabalho deles, homem não gosta de faltar serviço, eu vejo muito assim... “ah eu trabalho, dá atestado?[...]. Os homens acham que eles não têm tempo, eles preocupam que a esposa vai, meu filho vai, e eu to bem.”(A1)*

Para os trabalhadores entrevistados, a não procura dos homens está relacionada à forma como o próprio homem se percebe, o que está interligado com os modelos de masculinidade que associam o sexo

masculino a pessoas fortes, despreocupados, sem tempo, sem paciência, invulneráveis. Tal concepção está associada a questões culturais que determinam que homens assumam tais atitudes, uma vez que acreditam que o homem produtivo é aquele homem que está inserido no mercado de trabalho, portanto, cuidados com sua saúde não se configuram como prioridade, ideia relacionada ao gênero, uma vez que atribui diferenças entre os papéis sociais de homens e mulheres, interferindo na forma de agir dos sujeitos<sup>(2)</sup>.

Esses profissionais justificam que a invulnerabilidade associada ao sexo masculino, internalizado em função de questões relativas ao gênero e ao exercício da masculinidade vivenciado pelos homens<sup>(2;5)</sup> emerge como explicação possível para a ausência de homens do serviço de saúde, pois ao assumir a procura por esse serviço estariam expressando um sinal de fragilidade de sua masculinidade, da identidade masculina, que pode ser percebido na fala abaixo:

*“[...]eles realmente não sabem que podem prevenir, ou são tão auto-suficientes que falam “ah eu não preciso de orientação”, quem precisa disso é mulher,*

*que mulher que vive doente, porque falam que mulher que vive doente porque ela sempre tá na unidade então ela vai achar alguma coisa, agora o homem geralmente quando acha já é uma coisa, já tá num grau muito avançado e que geralmente não tem mais volta.” (E2).*

O posicionamento das mulheres em relação à procura por serviços de saúde faz com que o cuidar de si seja um elemento inerente ao sexo feminino, ao passo que para homens os serviços de saúde, principalmente os da atenção primária, não constituem lugar apropriado para sua permanência, o que os levam a ter receio e pouca familiaridade com o espaço<sup>(14)</sup>.

Tal visão advém da estrutura e organização dos serviços de saúde que historicamente tem privilegiado a binômia mãe e filho por meio das ações de puericultura, reprodução, higiene, articulando ações políticas sempre voltadas ao corpo feminino, o que interfere significativamente na maneira como as questões relativas ao gênero se relacionam com o cuidado a saúde<sup>(3)</sup>.

Por sua vez, homens pouco procuram os serviços de atenção

primária à saúde, e quando o fazem isso ocorre em função de agravos à sua saúde. Dados epidemiológicos demonstram que, em relação a morbidade masculina, nos últimos 5 anos, no país, 70,19% das internações deste grupo populacional ocorreu em função de agravos decorrentes de causas externas<sup>(11)</sup>, ao passo que mulheres buscam unidades básicas para realização de exames de prevenção e rotina<sup>(3)</sup>, assim pode-se dizer que, aos homens associa-se a adoção de práticas curativas e às mulheres adoção de práticas preventivas<sup>(14)</sup>.

*“[...] ele só vem quando não pode mais trabalhar ou fica à mercê de alguma situação que o constrange.” (A2)*

A fala acima demonstra que os homens procuram por serviços de saúde quando vivenciam intercorrências graves, visíveis, ou então que os incapacita de exercer suas atividades laborais e sociais. Tal comportamento dificulta a busca dessa população com vistas a ações de prevenção.

Os homens não buscam os serviços para fins preventivos, sendo que suas principais queixas se relacionam a sintomas agudos, doenças

cardiovasculares, hipertensão e diabetes<sup>(14)</sup>.

Outra razão que leva homens a buscarem por serviços de saúde é a prevenção do câncer de próstata por meio do exame de sangue, através do marcador para diagnóstico– o Antígeno Prostático Específico (PSA). A supervalorização deste aspecto reduz a interpretação da PNAISH a aspectos relativos à saúde urológica, enfatizando o câncer prostático e não relevando e observando outros problemas que prejudicam a saúde e a qualidade de vida dos homens<sup>(14)</sup>, para além, instala-se a possibilidade de associação entre o serviço de atenção primária e a realização do exame de PSA.

*“[...] PSA virou rotina e sendo que isso a gente sabe que isso não é um exame de triagem é um exame de acompanhamento, mas acaba virando porque todo mundo quer fazer o PSA, já que não é constrangedor na verdade.” (E2)*

Conforme a fala acima fica claro que a busca pelo exame de PSA é maior pelos homens pelo fato deste exame não

gerar desconforto físico, psicológico e nem constrangimento perante o profissional de saúde, o que acaba reduzindo a busca de saúde pelos homens por meio do exame de PSA.

No Brasil, o câncer de próstata é um grave problema de saúde pública. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), as altas taxas de incidências e mortalidade por essa neoplasia fazem com que o câncer de próstata seja o tipo mais frequente em homens, sem considerar os tumores de pele não-melanoma. Segundo o INCA, a prevenção primária e o diagnóstico precoce aumentam as possibilidades de cura, sendo uma das medidas preventivas o toque retal que deve ser realizado por urologistas<sup>(15)</sup>

O desconforto físico e psicológico gerado por esse exame faz com que muitos homens evitem sua realização, por haver exposição do corpo aos profissionais, podendo gerar constrangimento. Outro aspecto a ser considerado é o medo frente a um possível diagnóstico não favorável, a insegurança e o sentimento de humilhação ou inferioridade gerado pelo toque, sentimentos ligados a questões relativas ao gênero, por esses motivos eles recorrem ao exame de sangue, sendo que o ideal é a associação

dos dois métodos para triagem e rastreamento populacional (INCA)

*“[...] antes era só mulher, por exemplo, se ele vem com alguma queixa ele não vai deixar fazer toque até porque é um paciente que tem vínculo a mais de 10 anos com a médica, não vai[...] a médica disse que alguns já chegam falando “a senhora vai me mandar pro urologista” eles já vem determinando, então ela fala que não vai insistir [...]” (E2).*

Porém, existe uma visão reducionista sobre os significados do ser homem, o que pode ocasionar a desqualificação do atendimento, ao não se considerar as especificidades que envolvem o homem. Ou seja, os profissionais de saúde influenciados pelo modelo de masculinidade hegemônica<sup>(5)</sup> justificam a ausência deste sujeito nos serviços e a dificuldade de acesso a essa população o que acaba se traduzindo na oferta de um atendimento superficial que não se aproxima do universo masculino e não supre suas necessidades de saúde.

### **Ações desenvolvidas e ações em andamento pelos profissionais de saúde**

A PNAISH tem como finalidade primeira assegurar o direito à saúde da população masculina, com vistas a atingira integralidade da assistência de forma a inseri-lo em serviços de atenção básica, enquanto porta de entrada preferencial para o SUS<sup>(1)</sup>. Esta política requer que os profissionais de saúde, agentes diretos para aplicabilidade desta política, se apropriem de seu conteúdo com vistas a favorecer o acesso da população masculina, o acolhimento dessa população e um melhor entendimento e atendimento de suas demandas de saúde/doença<sup>(7)</sup>.

A implantação da PNAISH tem se configurado um importante desafio para os profissionais sujeitos deste estudo, pois vários entrevistados desconhece o *hall* de ações que podem ser implementadas para sua efetivação assim como percebem como não satisfatórias as práticas implementadas em sua unidade.

*“Na verdade, tentou implementar a política, abrindo um dia só pra saúde do homem [...] só que o problema é que o homem a procura é muito baixa, ai você deixava*

*um dia só pra saúde do homem, ai as vezes aparecia 1, as vezes não aparecia nenhum, ai você ficava praticamente sem fazer nada, e a população precisando de atendimento, então acabou implementando mas não funcionando.”*  
(M1).

É necessário a implementação de ações conjuntas, de forma a inserir o homem no contexto da unidade de saúde, facilitando seu acesso a diversas ações direcionadas a esse público, sempre com a finalidade de promover saúde, prevenir agravos, dando a eles o direito de informação, à participação na família, fazendo com que esse homem seja coparticipante no seu processo de saúde-doença<sup>(7)</sup>.

Uma das ações mais significativas assumidas pelas equipes, voltadas ao atendimento de necessidades em saúde de homens, foi a busca ativa que é realizada pelos ACS. Nesse sentido, os ACS têm desenvolvido um papel muito importante nessa busca, assim como também na articulação entre equipe e população, facilitando o acesso a consultas, a exames, entre outros. Os ACS são figuras centrais nas equipes de

Saúde da Família (SF), uma vez que por vezes são responsabilizados por comunicarem à comunidade as possibilidades de utilização dos serviços de saúde disponíveis. São de extrema importância, pois detectam as necessidades dos usuários e levam ao conhecimento da equipe de saúde<sup>(8)</sup>.

*“[...] os agentes de saúde eu acho que favoreceu muito a orientação no sentido da gente falar que eles não precisam madrugar, a gente só marca consulta se ele não quiser vim aqui e ele vem na hora marcada né [...].” (A3)*

Em relação às ações da enfermagem para a implantação da PNAISH, constatou-se que algumas poucas ações pontuais são efetivadas atualmente, porém são citadas ações realizadas no passado, como atuar em sala de espera e educação em saúde.

*“Nós fizemos atividades muito em sala de espera e isso se deu praticamente dois anos, dali pra cá nós tivemos uma desconexão com a secretária porque não havia mais técnico responsável pra assumir*

*o programa [...] temos feito mais educação em saúde porque praticamente o programa saiu, tá estagnado, e eu não sei mais o caminho que a secretaria vai dar em direção ao programa saúde do homem.” (E1).*

O enfermeiro é um dos profissionais mais envolvidos com a população usuária da unidade de saúde, uma vez que participa da maioria das ações que envolvem a unidade de saúde, tanto no que diz respeito à atenção individualizada, nos momentos de acolhimento, de consultas e práticas assistenciais, como também participa das visitas domiciliares, nos grupos de educação em saúde, além de participar da organização das ações propostas pela equipe de saúde<sup>(16)</sup>.

O enfermeiro deve conhecer minuciosamente a realidade das famílias em sua área de abrangência, incluindo todos os aspectos (físicos, mentais, demográficos e sociais) para além de realizar uma assistência integral, planejar, organizar e desenvolver ações individuais e coletivas, e quando necessário ou indicado essas ações podem ser realizadas em domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, e dar

prosseguimento em ações iniciadas por ACS<sup>(16)</sup>.

Ações em grupos como as realizadas pelo Hiperdia foram elencadas pelos entrevistados como ações realizadas nas unidades de saúde.

*“Eu tenho um grupo de hipertensos e diabéticos aqui né, então nesse grupo que é uma vez por semana a gente sempre aproveita uma vez por mês porque cada semana é de uma microárea a gente fala de uma determinada doença [...] a gente fala um mês sobre tuberculose outro mês sobre hanseníase, saúde do homem, alimentação saudável, então todo mês a gente agrega um assunto diferente” (E2)*

O Hiperdia tem como finalidade subsidiar ações para reorganizar a atenção à hipertensão arterial sistêmica – HAS e ao diabetes mellitus – DM, em função da alta prevalência dessas morbidades e pelo grau de incapacidade que elas provocam. Esse programa tem como estratégias principais -sua prevenção, suas complicações e a

promoção da saúde, objetivando assim uma melhor qualidade de vida. As duas morbidades, em 50% dos casos aproximadamente, coexistem em associação, razão pela qual figuram conjuntamente nesse programa, pois desta forma há o manejo das duas patologias simultaneamente no mesmo paciente<sup>(17)</sup>.

Pelo fato da atenção básica ser considerada a porta de entrada para o SUS, este Programa serve para estimular e instrumentalizar profissionais para a promoção e prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular e DM. O propósito é agregar os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços<sup>(17)</sup>.

O cenário da mortalidade na população masculina em relação às doenças hipertensivas e doenças isquêmicas do coração são maiores no país, nos anos de 2009 a 2013, 54,7% das mortes ocorreu no sexo masculino. O estado de MT segue o mesmo cenário sendo, 61,6% de mortes para população masculina no mesmo período<sup>(11)</sup>.

### **A percepção da implementação e da organização dos serviços de saúde para atender a PNAISH**

A organização do serviço para efetivação da PNAISH tem sido o grande desafio enfrentado, pois não houve nenhum tipo de capacitação específica para o atendimento à saúde do homem, sendo que alguns profissionais tiveram uma apresentação prévia do que seria a política.

*“Eles fizeram uma apresentação da política, numa tarde apresentou a política, apresentou as ações e jogou pras unidades, sem capacitação, sem nada, porque assim... eu não sei abordar saúde do homem, se eu não for capacitada e não tiver instrumentos adequados eu não vou saber abordar [...] nós não fomos preparados então faltou capacitação [...].”*  
(E2)

As falas explicitam que a gestão municipal promoveu a divulgação da Política, no entanto sem sucesso, uma vez que não houve continuidade das

ações por meio da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes, ficando a mercê das equipes locais a definição de práticas para a efetivação da Política.

*“Quando você tem um programa é preciso definir um protocolo pra enfermagem de como será realizado a consulta de enfermagem pra essa faixa etária específica, [...] pra saúde do homem a gente deveria rediscutir e montar um protocolo de ações e de como checar essa consulta de enfermagem na saúde do homem e isso não foi feito.”* (E1)

A PNAISH tem como princípios: “Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem; Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos”<sup>(1)</sup>. No município, apesar de ter ocorrido implantação da política não houve a implementação da mesma, visto que não foram promovidas as necessárias condições para sua concretização, inclusive por incipiente vontade política e capacitação<sup>(10)</sup>. Como foi possível constatar pelas falas dos participantes,

não houve nenhum dos requisitos apontados pelos princípios da PNAISH, a capacitação técnica se concentrou em apenas uma tarde e com apresentação da mesma, além de que insumos e equipamentos nunca chegou as unidades de saúde, essa falta de recursos acaba desqualificado o atendimento a população masculina o que o afasta cada vez mais do serviço de saúde.

Essa condição determinou a não construção de protocolos e diretrizes que forneçam a orientação das práticas dos profissionais de saúde para a implementação da PNAISH. Tal situação também foi encontrada em estudo<sup>(18)</sup> que visou analisar a implementação desta Política em cinco municípios brasileiros.

Entrevistados também relataram a ausência de diálogo com os encarregados técnicos pela política, e por vezes a inexistência desses encarregados.

*“A ficha é bastante simples e a gente achou que no começo devia sentar com SMS, com o programa saúde do homem pra discutir, pra melhorar a qualidade da ficha, a ficha vem pronta de lá pra cá o que a gente*

*queria era uma discussão para poder avaliar o uso dela e pra poder melhorar as condições de informação, até porque precisaria de um protocolo de enfermagem que não foi instituído até hoje na unidade pra saúde do homem.” (E1)*

Elementos como: “Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias” também estão presentes no plano de ação da política de saúde do homem<sup>(1)</sup>.

A implementação da PNAISH requer tomadas de decisões que devem envolver desde o gestor municipal de saúde, os responsáveis técnicos, a equipe técnica designada para a política de saúde do homem até os profissionais que estão diretamente ligados ao serviço. Assumir decisões coletivamente oferecem autonomia para tomadas de decisões baseadas em suas práticas e preferências. Entretanto, essa autonomia é relativa, visto que por serem agentes a serviço do estado tem suas atividades regulamentadas, mas ainda assim podem deliberar no que diz respeito à quantidade e a qualidade dos

serviços que ofertam, com base em suas convicções pessoais<sup>(LEAL)</sup>.

Por falta de articulação da gestão com as unidades básicas os implementadores não se sentem capacitados para dar conta dos serviços de forma adequada, assim agem de forma superficial em relação às práticas de saúde para a política, deixando a encargo do médico as práticas voltadas para os homens e estes profissionais acabam baseando mais em práticas curativas do que preventivas. Fato este também encontrado no estudo<sup>(10)</sup>, que analisou o processo de implementação da PNAISH pelos membros da equipe gestora municipal.

*“Os homens vêm só quando estão doentes, os que procuram espontaneamente são os de 50 pra cima que vem pra fazer exclusivamente o exame, os outros você tem que oferecer. [...] quando vêm procurar é por lesão, ou é alguma doença.” (M1)*

A falta de capacitação gera um equívoco em relação às atividades que devem ser realizadas para saúde do homem e outras atividades previstas para atenção básica como o Hiperdia.

*“[...] hoje tem muitos hipertensos e diabéticos, dentre eles tem homens, então ao invés da gente deixar no dia do hipertenso e diabético os homens vim, marcamos pra ter o dia especial pra o dia do homem e ai foi fácil a conquista [...].” (A3)*

Por não haver práticas voltadas especificamente para os homens como estabelece a PNAISH, os grupos de hipertensos e diabéticos constituem-se no motivo pelo qual homens frequentam as unidades de saúde como se essas atividades fossem atividades inclusas na política de saúde do homem. No entanto, além de práticas coletivas a política prevê também práticas individuais, por isso propõe a atenção básica como aliada para sua efetivação.

A proposta para a atenção básica aponta para a necessidade de considerar o sujeito em sua singularidade, portanto, os profissionais que lá atuam devem trabalhar com o homem de forma singular e integral, buscando a promoção de sua saúde, prevenção e redução de danos que comprometam sua vida saudável<sup>(8)</sup>.

### **Considerações finais**

As análises realizadas neste estudo demonstraram que os homens procuram as unidades de atenção primária à saúde de forma pontual, quando procuram buscam por serviços de saúde, que avaliam e possibilitam a resolução imediata de suas necessidades de saúde, melhor dizendo, que ofereçam medicação, renovação de receitas, entre outras ações relacionadas a ações curativas.

Dentre os fatores identificados que justificam tal atitude estão: conceber a unidade básica como um espaço feminino, a autoimagem da invulnerabilidade do homem e as ideias socialmente construídas sobre as formas adequadas de ser homem, fato esses essencialmente ligados a questão de gênero.

Assim sendo, embora tenha ocorrido formalmente à implantação da PNAISH no município, não foi possível destacar por meio das falas alguma ação que efetive a política conforme foi proposta pelo MS. Para além, a insegurança em realizar ações para efetivação da política se refere por falta de capacitação técnica conforme os sujeitos do estudo.

Desta forma evidencia-se a necessidade de implantar um programa

de capacitação dos profissionais para atendimento as demandas da população masculina a partir de suas características e necessidades em saúde expressas.

Apesar de haver ações empreendidas pelos profissionais de saúde, estas não estão de acordo com o objetivo da PNAISH, para tanto é fundamental que a população masculina se julgue corresponsável por sua saúde, promovendo ações preventivas, de promoção e assistência a essa população, de forma a ultrapassar o modelo de cuidado à saúde vigente, ultrapassando o modelo biomédico seguido por grande parte da população masculina, melhor dizendo, ultrapassando a supervalorização da medicalização e de ações curativista.

Desta forma, para uma implementação real e satisfatória é necessário que os profissionais sejam capacitados, envolvidos e que problematizem a realidade de sua unidade de saúde para agir e criar estratégias inclusivas para população masculina, sendo fundamental que os gestores sejam participantes das ações planejadas e implementadas nos serviços de saúde.

Assim, é necessário que os gestores ampliem os olhares para a PNAISH, visto que a política possui

sete anos de implantação, porém não tem ações concretas para implementação, a equipe gestora deve promover estratégias práticas para implementação desta política, sempre articulando com o serviço de atenção básica, serviço porta de entrada para o SUS.

O estudo realizado apresentou limitações quanto ao tempo e a população definida para o estudo. O tempo para término do estudo foi reduzido, visto que foi um trabalho de conclusão do curso. A população do estudo se apresentou reduzida, pois conforme informação da área técnica da saúde do homem no município não havia no município muitos serviços de atenção básica com atividades que abrangesse a política.

Porém, este estudo traz implicações para prática dos profissionais que atuam nos serviços de atenção básica visto que após a apresentação destes resultados fica evidente a deficiência em relação a implantação da PNAISH no município, sendo assim necessário melhor análise para que promover ações que melhor efetivem essa política.

Considera-se que a enfermagem repense atitudes e práticas para atendimento da população masculina, já que estes profissionais estão

Percepção das equipes de saúde da família...

diretamente ligados com a necessidade da população, além de que, os profissionais dos serviços de saúde devem aproveitar à busca do homem a atenção primária para as ações curativas para desenvolver outras ações como ações de prevenção e outras a modo de atender as necessidades desta população.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: Princípios e Diretrizes/Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
2. Scott JW. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Educação & Realidade; 1995.
3. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(11):4503-4512.
4. Visser, RO; McDonnell, EJ. “Man Points”: Masculine Capital and Young Men’s Health. Health Psychology. 2013; 2(1):5-14
5. Connell, RW; Messerschmidt, J W. Masculinidade Hegemônica: repensando o conceito. Estudos Feministas. 2013; 21(1): 424-441.
6. Courtenay, WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. Social Science & Medicine. 2000; 50:1385-1401.

7. Carvalho FPB, Silva SKN, Oliveira LC, Fernandes ACL, Solano LC, Barreto ELF. Conhecimento acerca da política nacional de atenção integral à saúde do homem na estratégia de saúde da família. Rev. APS. 2013; 16(4):386-392.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.

9. Fernandes MC, Barros AS, Silva LMS, Nóbrega MFB, Silva MRF, Torres RAM. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. Rev. bras. enferm. 2010; 63(1):11-15.

10. Mozer IT, Corrêa ACP. Implementação da Política Nacional de Saúde do Homem: o caso de uma capital Brasileira. Esc Anna Nery. 2014; 18(4):578-58.

11. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. **Mortalidade**, 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 26 de maio de 2015.

12. Lopez SB, Moreira MCN. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. Ciênc. saúde coletiva. 2013; 18(3):743-752.

13. Bardin, L. Análise de conteúdo. Edições 70, 2009.

14. Barbosa CJL. Saúde do homem na atenção primária: mudanças necessárias no modelo de atenção. Revista Saúde e Desenvolvimento. 2014; 6(3):100-114.

15. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WS. Visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(10):2617-2626.

16. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

17. Julião GG, Weigelt LD. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. Rev. enferm. UFSM. 2011; 1(2):144-152.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM). Brasília, 2001.

19. Leal AF, Figueiredo WS, Nogueira-da-Silva GS. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(10):2607-2616.

#### Participação dos autores

Os autores escreveram e revisaram o artigo conjuntamente

Recebido: 19.04.2016

Revisado: 16.06.2016

Aprovado: 04.07.2016