



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**JANNE KELLI FREITAS MAIA**

**IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO  
INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NO MUNICÍPIO DE CUITÉ - PB:  
dificuldades apontadas pelos profissionais do serviço e da gestão**

**CUITÉ – PB  
2012**

**JANNE KELLI FREITAS MAIA**

**IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO  
INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NO MUNICÍPIO DE CUITÉ - PB:  
dificuldades apontadas pelos profissionais do serviço e da gestão**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Bacharelado em Enfermagem da  
Universidade Federal de Campina Grande-campus  
Cuité PB, como requisito necessário à obtenção do  
título de bacharel em Enfermagem.**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Msc. Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho**

**CUITÉ – PB  
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M217i      Maia, Janne Kelli Freitas.

Implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem no município de Cuité – PB: dificuldades apontadas pelos profissionais do serviço e da gestão. / Janne Kelli Freitas Maia – Cuité: CES, 2012.

74 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2012.

Orientadora: Msc. Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho.

1. Políticas de saúde. 2. Saúde do homem. 3. Enfermagem. I. Título.

CDU 614-005.1

**JANNE KELLI FREITAS MAIA**

**IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO  
INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NO MUNICÍPIO DE CUITÉ - PB:  
dificuldades apontadas pelos profissionais do serviço e da gestão**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Bacharelado em  
Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, como  
requisito necessário à obtenção do título de bacharel em Enfermagem.**

APROVADA EM \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

*Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho*  
*Orientadora – Mestre pela UFPB e Professora da UFCG*

---

*Profª. Adriana Montenegro de Albuquerque*  
*Membro- Mestre pela UFPB e Professora da UFCG*

---

*Profª. Maria Benegelânia Pinto*  
*Membro - Mestre pela UFPB e Professora da UFCG*

**Outubro  
2012**

## ***DEDICATÓRIA***

---

*Ao maravilhoso Senhor Jesus Cristo, pela conquista e vitória alcançadas em minha vida, por ter me abençoado com a sabedoria, inteligência, força e coragem à persistir em busca dos meus sonhos e, aos meus pais que se dedicaram de modo pleno à me ajudar, estimular e crescer com os seus princípios de humildade, fé e perseverança.*

## **AGRADECIMENTOS**

---

*À Deus, por me iluminar com as suas bênçãos de amor, inteligência, sabedoria e dedicação, por ter me erguido em momentos complicados e ter realizado a cada dia momentos de maturidade e fé.*

*Aos meus amados pais, José Zezone Maia e Rita Isabel de Freitas Maia, que me deram a oportunidade de alcançar essa vitória, pelo esforço do seu trabalho dia após dia, sol à sol, não desanimando em momento algum. A minha imensa gratidão.*

*Às minhas queridas irmãs, Jakeline, Kaliane e Kárem Krishna, por momentos de felicidades compartilhados, pela presença mesmo estando distante, pelo carinho, amor e amizade que temos umas pelas outras.*

*Às minhas lindas sobrinhas, Jhanni e Jhaanna, pelo amor, carinho, meiguice e credibilidade que oferecem à mim.*

*À minha vó, Isabel (Belinha), pela força e coragem de viver, pela sua religiosidade e confiança que permanece em Deus.*

*À uma pessoa especial que esteve presente em momentos da minha vida, por ter um coração e alma de bondade e sobretudo por acreditar no meu potencial.*

*Aos tios da ordem maçônica, pela amizade, irmandade e companheirismo à minha família, pelas palavras e presença no nosso cotidiano.*

*Aos meus colegas da turma 2007.1, por momentos inesquecíveis que passamos juntos, que com certeza foram únicos, pela amizade e verdadeiros laços que criamos.*

*Às amigas, Marcela e Clarice, que durante esses cinco anos podemos nos conhecer e cultivar muitos momentos, confidências e verdadeiras amizades.*

*Às minhas companheiras que dividimos o mesmo teto durante esses cinco anos, pela paciência e coleguismo.*

*À minha orientadora Prof<sup>ª</sup>. Msc. Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho, por ser essa pessoa tão responsável e comprometida, pelos seus esclarecimentos, paciência, incentivo e exemplo de profissional e mestre.*

*À todos os professores da UFCG, campus Cuité, que participaram e contribuíram para o meu ensino-aprendizado.*

*Àqueles professores que compartilharam comigo o início da minha caminhada, quando era apenas mais um graduando.*

*E aqueles educadores que permaneceram por muito mais tempo, ensinando a ser gente grande, à ser profissional, ético, pelo conhecimento teórico e prático, pelas diversas disciplinas, projetos e monitorias que passamos juntos, pela paciência, dedicação, entusiasmo, amizade e muito mais.*

*À todos os funcionários da Universidade pela contribuição e carinho durante o curso.*

*As professoras Adriana Montenegro de Albuquerque e Maria Benegelânia Pinto, por participarem da banca examinadora.*

*À todos os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité que se disponibilizaram à me ajudar no desenvolvimento desse trabalho.*

*À todos, amigos, colegas, familiares e demais pessoas que torceram, rezaram e participaram dessa enorme conquista em minha vida.*

*Amém.*

*Eu preciso aprender um pouco aqui  
Eu preciso aprender um pouco ali  
Eu preciso aprender mais de Deus  
Porque Ele é quem cuida de mim.*

*Se uma porta se fecha aqui  
Outras portas se abrem ali  
Eu preciso aprender mais de Deus  
Porque Ele é quem cuida de mim  
Deus cuida de mim.*

*Deus cuida de mim na sombra das suas asas  
Deus cuida de mim, eu amo a sua casa  
E não ando sozinho não estou sozinho,  
Pois sei: Deus cuida de mim.*

*Deus cuida de mim na sombra das  
suas asas  
Deus cuida de mim, eu amo a sua casa  
E não ando sozinho não estou sozinho,  
Pois sei: Deus cuida de mim.*

*Se na vida não tem direção É preciso tomar  
decisão  
Eu sei que existe alguém que me ama  
Ele quer me dar a mão.*

*Se uma porta se fecha aqui  
Outras portas se abrem ali  
Eu preciso aprender mais de Deus  
Porque Ele é quem cuida de mim  
Deus cuida de mim.*

***Deus Cuida de Mim (Kleber Lucas)***

## ***RESUMO***

---

O Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em 2009, e entre as metas do seu plano de ação estava implantar essa política em todos os municípios brasileiros até 2011. Este trabalho objetivou analisar, segundo a percepção dos profissionais do serviço e da gestão, as dificuldades no processo de implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de Cuité – PB. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. Na coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada. A amostra constituiu-se por 11 profissionais de saúde, sendo 9 profissionais do serviço e 2 da gestão. A análise do material empírico obtido foi realizada segundo a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade Temática. Os resultados mostraram as principais dificuldades no processo de implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem apontadas como: baixa procura masculina pelos serviços de saúde por questões culturais; ausência de capacitação dos profissionais do serviço para atuar de acordo com a política e pouco envolvimento das esferas governamentais a fim de garantir a sustentabilidade das ações. Com isso, percebe-se a necessidade de colocar a saúde do homem como ação prioritária no município para a efetiva implantação da política com o compromisso e apoio dos gestores locais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Políticas de Saúde. Saúde do Homem. Enfermagem.

## ***ABSTRACT***

---

The Brazilian Ministry of Health launched the National Policy on Integrated Health Care of Man in 2009 and among the goals of your action plan was to deploy this policy in all municipalities by 2011. This study aimed to analyze, according to the perception of service and management professionals, difficulties in the process of implementing this policy for Integrated Healthcare Man in Cuité (PB). This is a qualitative approach, in the data collection was used semi-structured interview. The sample consisted of 11 health professionals, nine of service and two of management. The analysis of empirical data obtained was performed using the technique of content analysis, thematic modality. The results showed the main difficulties in the implementation process of the National Integrated Healthcare Human identified as: low male demand for health services for cultural reasons, lack of training for the service professionals to act in accordance with the policy and little involvement of the governmental spheres to ensure the sustainability of actions. So, it's necessary to put the health of man as a priority for an effective policy implementation with the commitment and support of local managers.

**KEYWORDS:** Health's policies; Men's health; Nursing.

## ***RESUMEN***

---

El Ministerio de Salud puso en marcha la Política Nacional de Atención de la Salud del Hombre en 2009 y entre los objetivos de su plan de acción era desplegar esta política en todos los municipios para el año 2011. Este estudio tuvo como objetivo analizar, de acuerdo con la percepción de un servicio profesional y de gestión, dificultades en el proceso de implementación de la Política Nacional de Salud Integral del hombre en el municipio de Cuite - PB. Se trata de un estudio cualitativo. La recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada. La muestra está constituida por 11 profesionales de la salud, y nueve profesionales de servicio y de gestión. El análisis de los datos empíricos obtenidos se ha realizado mediante la técnica de análisis de contenido, modalidad temática. Los resultados mostraron que las principales dificultades en el proceso de implementación del Programa de la Nacional de Salud Integral identificados como: bajo demanda masculina de servicios de salud por razones culturales, falta de capacitación de los profesionales del servicio de actuar de acuerdo con la política y la poca participación de las esferas de gobierno para asegurar la sostenibilidad de las acciones. Con esto, se da cuenta de la necesidad de poner la salud humana como una prioridad en la ciudad para la aplicación eficaz de las políticas con el compromiso y apoyo de los gerentes locales.

**PALABRAS CLAVE:** Políticas de Salud. Salud de los Hombres. Enfermería.

## ***LISTA DE SIGLAS***

---

**ACS** - Agentes Comunitário de Saúde  
**APS** - Atenção Primária em Saúde  
**CAPs** - Caixas de Aposentadorias e Pensão  
**CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa  
**CNS** - Conferência Nacional de Saúde  
**CNS** - Conselho Nacional de Saúde  
**ESF** - Estratégia Saúde da Família  
**HUAC** - Hospital Universitário Alcides Carneiro  
**IAPs** - Institutos de Aposentadoria e Pensão  
**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social  
**KM** – Quilômetro  
**KM<sup>2</sup>** - Quilômetro quadrado  
**NOAS** - Norma Operacional de Assistência a Saúde  
**NOBs** - Normas Operacionais Básicas  
**OMS** - Organização Mundial de Saúde  
**PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
**PNAISH** - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Homem  
**PSF** - Programa Saúde da Família  
**SESP** - Serviço Especial de Saúde Pública  
**SGTES** - Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
**SNS** - Sistema Nacional de Saúde  
**SUDS** - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
**SUS** - Sistema Único de Saúde  
**UBS** – Unidade Básica de Saúde  
**UFCG** - Universidade Federal de Campina Grande  
**USF** - Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
2.1 GERAL.....	18
2.2 ESPECÍFICOS.....	18
<b>3 MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
3.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL.....	20
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.....	26
3.3 SAÚDE DO HOMEM X COMPROMISSO POLÍTICO.....	29
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>34</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	35
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	35
4.3 PARTICIPANTES DA INVESTIGAÇÃO.....	35
4.4 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	36
4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	36
4.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR.....	37
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>38</b>
5.1 UNIDADE TEMÁTICA CENTRAL: dificuldades para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.....	39
5.1.1 Procura dos homens pelos serviços de saúde.....	39
5.1.2 Capacitação dos profissionais do serviço.....	44
5.1.3 Compromisso Político dos gestores de saúde.....	49
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>65</b>
APÊNDICE I – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS- Profissionais do Serviço.....	66
APÊNDICE II – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS- Profissionais da Gestão.....	68
<b>ANEXOS.....</b>	<b>70</b>
ANEXO I – TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES.....	71

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE.....	72
ANEXO III – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	74
ANEXO IV – TERMO DO COMITÊ.....	75

# **1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

---

A saúde possui uma importância indiscutível e se refere às necessidades reais dos seres humanos (Homens, Mulheres, Crianças e Idosos). Fatores biológicos, ambientais, culturais, políticos, sociais, e econômicos interferem no processo de produção e melhora da qualidade de vida e saúde da população.

O processo de transformação da sociedade é também o processo de modificação da saúde e dos problemas sanitários. É perceptível que ao longo dos anos, tornou-se mais importante cuidar da vida e da saúde, de modo a reduzir a vulnerabilidade e/ou o adoecimento, a incapacidade, o sofrimento crônico e a morte de indivíduos.

Nas últimas décadas, a saúde no Brasil foi marcada por grandes mudanças, desde um modelo médico - assistencial - privatista, o qual é fundamentado na cura e tratamento, mais conhecido como “Modelo Hospitalocêntrico” ao modelo assistencial sanitário, de promoção a saúde, prevenção de doenças e reabilitação de agravos, conhecido como “Modelo Campanhista” (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009).

Rosa e Labate (2005) afirmam que a 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu com o intuito de modificar o sistema de saúde brasileiro culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de então, outras discussões foram aparecendo, a Constituição de 1988 aponta a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, garantindo a criação de políticas e ações que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

A situação da saúde começa a se modificar com a criação das Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, que viabilizam o cumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Assim é que, do ponto de vista legal, ficam garantidos princípios fundamentalmente novos na política de saúde brasileira, como por exemplo, universalidade do acesso, integralidade da assistência, equidade, descentralização político-administrativa e a participação da comunidade (COSTA *et al*, 2009).

Nesse cenário, o Programa Saúde da Família (PSF) surge como estratégia prioritária e modelo substitutivo para orientar a organização da rede de Atenção Básica em Saúde, sendo contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos, definindo ações individuais e coletivas situadas no nível primário, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. A organização dos serviços de atenção primária contribui para melhora da atenção, com impactos positivos na saúde da população e eficiência do sistema (ROSA; LABATE, 2005).

Só após a criação do SUS, as políticas de saúde tomam um novo rumo. Estas, tem como intenção principal a (re) organização dos sistemas e serviços de saúde, controlando a

incidência de doenças nas populações através de ações de vigilância e intervenções governamentais. Isso é resultado de uma avaliação dos fatos advindos do processo de Reforma Sanitária para melhoria do setor saúde (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009).

A partir daí, foram implantadas e implementadas políticas voltadas para populações específicas, tais como, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Política Nacional de Proteção aos Direitos da Criança e do Adolescente; Estatuto da Criança e do Adolescente; Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; Programa Nacional de Imunização; entre outras, e mais recentemente em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Homem - PNAISH.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deve ser alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, sendo assim, a rede básica será a porta de entrada da população masculina nos serviços de saúde, fortalecendo ações em redes e cuidados da saúde (BRASIL, 2009).

Percebe-se a necessidade de implantação de tal política, devido aos índices de morbimortalidade cada vez mais crescentes nesse grupo populacional. Mendonça e Andrade (2010), confirmam que a expectativa de vida dos homens é menor que a das mulheres, mas, muitas são as causas das doenças consideradas preveníveis e evitáveis nessa população. Este é considerado um problema de saúde pública pelo governo brasileiro. Além disso, por se tratar de uma política recente, os serviços de saúde e a gestão nos seus três níveis de governo parecem encontrar dificuldades na sua implantação.

No que compete ao compromisso político, o atributo fundamental, relaciona-se à disposição dos gestores em promover a implantação, implementação e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, estimulando o conhecimento e sensibilização da população, através dos serviços de atenção básica, para organização de uma rede integralizada à saúde, no intuito de fortalecer a assistência no cuidado com os homens (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

Logo, cabe aos gestores e aos profissionais de saúde, bem como os membros da Estratégia Saúde da Família (ESF) ter conhecimento de tais dificuldades para a efetiva implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

O interesse em desenvolver este estudo surgiu a partir do conhecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, por meio de um Projeto de Extensão da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, intitulado Homem Saudável: promovendo a saúde prevenindo a doença através de práticas educativas, que foi desenvolvido no ano de 2010.

Durante a realização deste projeto de extensão foi feito um levantamento de dados relacionados as questões que envolvem à saúde dos homens e a oferta dos serviços de saúde à estes, a partir dos prontuários das Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana do município de Cuité – PB e também a partir de informações colhidas com os Agentes Comunitário de Saúde (ACS), foi observado à falta de preparo da equipe de saúde das ESF do município no que diz respeito a atenção à saúde dos homens e do pouco esclarecimento da população masculina em relação a sua própria saúde.

Dessa maneira questiona-se: Quais os limites e possibilidades à implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de Cuité- PB ?

## **2 OBJETIVOS**

---

## 2.1 GERAL

**D**escrever as possíveis dificuldades encontradas no processo de implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de Cuité- PB, através dos discursos de profissionais de saúde que atuam no serviço e na gestão.

## 2.2 ESPECÍFICO

- Analisar a procura masculina pelos serviços de saúde.
- Analisar a oferta de ações de saúde voltadas para o público masculino nas Unidades Básicas de Saúde.
- Analisar o envolvimento dos gestores locais no processo de implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

## **3 MARCO TEÓRICO**

---

### 3.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

A saúde no Brasil antes da década de 20, era apresentada em casas de misericórdias, por resadeiras e até mesmo as chamadas bruxarias. Apenas em 1923, com a promulgação da Lei nº 4.682 de 24 de janeiro, de autoria do Deputado Eloy Chaves, ficou instituído o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), que atendeu, em um primeiro momento, aos trabalhadores ferroviários (MERCADANTE *et al*, 2002).

Segundo o mesmo autor, em 1926, houve uma substituição das CAPs e foram fundados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), agrupando o conjunto dos trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade. A assistência médica evoluía de forma segmentada e restrita aos contribuintes urbanos da previdência social, no âmbito da saúde pública surgia a primeira mudança na cultura campanhista com a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

As estratégias de saúde propostas pelo governo, tal como mostra a história, nem sempre visavam o bem-estar da população. As políticas de saúde no Brasil refletiam o momento vivido. Durante a Primeira República, as metas eram o saneamento de portos e núcleos urbanos, no intuito de manter condições sanitárias mínimas para implementar as relações comerciais com o exterior (LUZ, 1982 *apud* ROSA; LABATE, 2005).

Somente com o Decreto de Lei nº 72 de 21/11/1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado com o objetivo central de corrigir os desonestos da segmentação institucional e, com isto, aumentar a eficiência do sistema (MERCADANTE *et al*, 2002).

Como afirmam Rosa e Labate (2005), dificilmente o Estado na sociedade brasileira, desenvolveu qualquer política definida de implantação e controle de programas de assistência médica. Sua atuação foi concentrada em medidas de alcance coletivo, acrescentando-se ainda, que o próprio setor de saúde não constituiu setor prioritário nas definições de política econômico-social do Estado. Essa constatação é válida para todo o período que se está considerando, não obstante terem os programas de assistência médica se ampliado consideravelmente no âmbito da Previdência Social.

As décadas de 1970 e 1980 são marcadas pela transformação desse sistema e pela participação do Estado, de forma mais articulada na prestação de serviços, bem como no controle e avaliação destes pelo setor privado (SOARES, 2007).

De acordo com Mercadante *et al* (2002), foi instituído oficialmente em 1975 o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que teve como objetivo principal corrigir a variedade institucional descoordenada no setor público, que logo teve como conceito: Os serviços do setor público e do setor privado, voltados para as ações de interesse de saúde, organizado e disciplinado nos termos da lei, envolvendo as atividades que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Conferência Internacional de Alma Ata realizada em 1978, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é exemplo de proposta de Atenção Primária em Saúde (APS) como estratégia para ampliar o acesso de forma a atender, com igualdade de condições, todos os membros ou segmentos da sociedade até o ano 2000; e ainda representou um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental, onde a saúde não é apenas ausência de doença e sim um completo bem-estar físico, mental e social (ROSA; LABATE, 2005).

No caso brasileiro, o referencial proposto em Alma Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980, e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos (SCOREL, 1998 *apud* GIL, 2006).

Segundo Azevedo (2007), nessa nova década no setor saúde começam os primeiros movimentos e reivindicações por serviços e ações de saúde. Nesse cenário, concretizou-se no país o movimento pela Reforma Sanitária, o qual tinha como objetivos principais: a melhoria das condições de saúde da população; o reconhecimento da saúde como direito social universal; a reorientação e reorganização do sistema de saúde.

Dessa maneira, para Rosa e Labate (2005) a década de 80 foi marcada por diversas conquistas no setor saúde, entre as mais marcantes estão: a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, a qual propôs reforma administrativa e a unificação das instituições e serviço de cuidados médicos em um único Ministério da Saúde, responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde, como também incluiu ampla representação de usuários dos serviços de saúde. E a Constituição Federativa do Brasil em 1988, que refere o reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, através do art. 196, no qual “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”, ou seja, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Esta considerada como uma das maiores conquistas da sociedade brasileira (PALHA; VILLA, 2003).

Com isso, a Atenção Primária à Saúde, surge como estratégia para orientar, organizar o sistema de saúde e responder as necessidades da população exigindo o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la (GIOVANELLA *et al*, 2009). A boa organização dos serviços de APS contribui para melhorar a atenção, com impactos positivos na saúde da população e à eficiência do sistema.

Nesse processo, foi idealizado o Sistema Único de Saúde que tem por base os princípios doutrinários e os organizativos, respectivamente: Universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência; Integralidade do cuidado considerando o indivíduo um ser integral inserido em um contexto social próprio; Equidade baseando-se na idéia de que todo cidadão é igual perante o SUS, sendo atendido conforme suas necessidades; Descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; Participação Popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução; Regionalização e Hierarquização as quais pressupõe a alocação de recursos de saúde em uma determinada área, em uma ordem que facilite o acesso à atenção primária, como porta de entrada para os serviços de saúde (CUNHA; CUNHA, 2001 *apud* OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009).

Conforme Escorel *et al* (2007) tais elementos advém da construção de um sistema de saúde que reverte a lógica de provisão de ações e serviços, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar, predominante no modelo anterior, e substituindo-a por um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde.

Esta proposta luta para substituir a forma de pensar e praticar saúde, modificando o tradicional modelo médico, medicamentoso, curativo e individual que tem no hospital o lócus de solução de todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletiva, multiprofissional, centrado na família e na comunidade (COTTA *et al*, 2002 *apud* COSTA *et al*, 2009).

A partir desse período, várias iniciativas institucionais legais e comunitárias foram criando condições de viabilização do direito à saúde de acordo com a Lei 8.080/90 - “Lei Orgânica da Saúde”, promulgada pelo Ministério da Saúde que regulamenta o SUS. Segundo essa Lei, a saúde não é só a ausência de doenças e é determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer etc. Outra Lei, a 8.142/90, regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde (ROSA; LABATE, 2005).

Para Azevedo (2007) o Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição Federal de 1988, tem a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. Assim, o SUS é uma proposta de reorganização dos serviços de saúde, que se encontra ainda em fase de estruturação, apesar dos avanços conquistados (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Além disso, por meio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que ocorre o processo de estadualização e municipalização, através da descentralização e logo após a organização do SUS, delegando para os Estados e Municípios as responsabilidades de gestão dos sistemas regionais com a implantação das Normas Operacionais Básicas (NOBs) 01/91, 01/93 e fortalecido pela NOB 01/96, pelo processo de regionalização que busca promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, trazido pela Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) 01/01(SOARES, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (2003), essas normas surgem com o propósito de incentivar os instrumentos para implementação do SUS qualificando assim os gestores, pois na NOB-91 todo o poder de gestão do SUS está centralizado à nível Federal, apenas com a NOB-93 ocorre a municipalização, habilitando os municípios como gestores e criando assim a terceira instância do SUS. Só com a NOB-96 é que ocorre a organização do sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo em seu território, havendo a descentralização para os municípios da Atenção Básica, tornando-a assim a porta de entrada dos serviços de saúde.

A partir desse período o governo federal reforça a sua capacidade de investimentos e de indução de políticas. A presença do Estado, a noção de direito à saúde e estabelecimento de princípios e diretrizes para o setor saúde, são os marcos deste período (SOARES, 2007). Nesse contexto, verifica-se, a nova forma de atuar na saúde, o nascimento do Programa Saúde da Família (PSF) com propostas para mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante (ROSA; LABATE, 2005).

O Programa de Saúde da Família teve início na década de 90, sendo inspirado em experiências de outros países, a exemplo de Cuba e Canadá. Nesses locais, foi perceptível o aumento de qualidade na saúde pública, com investimento na promoção da saúde. Sua implantação foi precedida, em 1991, pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS) e, a partir de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do PSF, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009).

O Programa de Saúde da Família no Brasil iniciou-se com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, como medida de enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país. O PACS pode ser considerado o antecessor do PSF por alguns de seus elementos que tiveram um papel central na construção do novo programa (BRASIL, 2003).

Nessa última década, vimos crescer no cenário brasileiro o Programa Saúde da Família, que fortificou a organização dos sistemas locais e serviços de saúde. O período pós-1995 foi marcado pela expansão da Atenção Básica de Saúde. Essa expansão foi incentivada, em primeiro lugar, pelo Ministério da Saúde, posteriormente, pelas secretarias estaduais. Ao mesmo tempo em que isso ocorria, houve avanço no processo de municipalização e no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde, especialmente em nível da atenção básica (MARQUES; MENDES, 2003).

Para Lourenção e Soler (2004) a Saúde da Família surge como uma estratégia prioritária no tocante à reestruturação do setor, tendo como eixo a atenção básica e tomando impulso a partir de 1996, com a operacionalização da NOB-SUS 96. A implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira, uma política específica, nacional, de atenção primária para todo o país, que nunca havia sido formulada, ainda que diversas experiências localizadas tenham sido implementadas de modo disperso (ESCOREL *et al*, 2007).

O PSF propõe a reorganização da atenção básica em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, resolutividade na assistência e recuperação, com qualidade, o que favorece a maior aproximação dos serviços à população (COSTA *et al*, 2009).

De acordo com Mendes (2002) *apud* Machado *et al* (2007) com a implementação do SUS, não só foi desencadeado um processo de ampliação na quantidade de serviços de saúde, como também na qualidade destes, já que um de seus princípios é o da integralidade da atenção. Trata-se então, de buscar um modelo de atenção primária à saúde que desse conta de concretizar a integralidade das ações e dos serviços de saúde, ocupando uma posição de confronto frente ao modelo convencional vigente.

O objetivo da Saúde da Família é reorganizar as práticas assistenciais em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional da assistência que era orientado para a cura de doenças e hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu

ambiente físico e social, o território, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/ doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (LOURENÇÃO; SOLER, 2004).

A Estratégia de Saúde da Família, mais comumente usada, tem como base no processo de trabalho, a reorientação das ações de saúde por problemas, procurando contemplar os princípios da integralidade, intersetorialidade, planejamento e programação local, hierarquização, co-responsabilidade e adscrição da população em um determinado território. Para operacionalizar o processo de trabalho, este programa propõe atuação em equipe como mecanismo de propiciar a integralidade da assistência e diminuição do processo de fragmentação do trabalho (PALHA; VILLA, 2003).

Segundo Escorel *et al* (2007) o modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, dentista e auxiliar de consultório dentário) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pretende-se que a unidade de saúde da família constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos.

Então, é a partir da atenção primária que é o “primeiro nível de contato”, a porta de entrada dos indivíduos, das famílias e da comunidade no sistema para todas as novas necessidades e problemas. Está atenta aos problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, promoção, cura e reabilitação para elevar ao máximo a saúde e o bem estar da população (COSTA *et al*, 2009).

Com isso, não pode ser desconsiderado que o processo de implantação do SUS teve que lidar com inúmeras limitações, visto que representava uma proposta de ação renovada em saúde, quando na verdade os profissionais não haviam sido formados em acordo com o modelo de promoção à saúde, como também os gestores deparavam-se com inúmeras dúvidas ao tentar adequar a estruturação de ações básicas de saúde, sem dispor na ocasião de recursos para esta finalidade (MACHADO *et al*, 2007). E após todos esses anos, o PSF ainda é visto como um modelo inovador, consolidando o ideário de promover e prevenir na perspectiva de saúde e de qualidade de vida.

Várias políticas de saúde surgiram desde então, todas voltadas para públicos específicos, tais como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Só mais recentemente a problemática em torno da saúde do homem passou a incomodar os estudiosos com os dados alarmantes de morbimortalidade

nessa parcela da população. Com isso, em 2009 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, visando sua total implementação até 2011 por parte dos Estados e Municípios, a fim de atingir todos os aspectos da saúde masculina (BRASIL, 2009).

### 3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

O Ministério da Saúde, nos 20 anos do SUS, apresenta uma das prioridades desse governo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), desenvolvida em parceria entre gestores dos SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2008).

Esta surge com a finalidade de promover ações que contribuam para a realidade singular masculina, de modo a sensibilizar os homens para o reconhecimento de suas condições sociais e de saúde, desenvolvendo práticas cotidianas de promoção, prevenção e cuidados (BRASIL, 2009 *apud* MENDONÇA; ANDRADE, 2010).

A política explica um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. A partir disso, um de seus principais objetivos é promover a melhoria das condições de saúde da população de homens do Brasil, contribuindo de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2008).

A política coloca o Brasil na frente das ações voltadas para a saúde do homem, que se classifica como o primeiro da América Latina e o segundo do Continente Americano a programar uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Essa política está inserida no contexto do Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde para promover um novo padrão de desenvolvimento focalizado no crescimento, bem-estar e melhoria das condições de vida do cidadão brasileiro (BRASIL, 2008 *apud* JULIÃO; WEIGELT, 2011).

O Ministério da Saúde reconhece a necessidade de maior investimento, visando melhorias no acesso ao serviço de saúde. Nesse sentido, algumas metas foram estabelecidas na tentativa de expandir o SUS com trabalho de qualidade e, entre essas, está a implantação de ações voltadas para a Atenção à Saúde do Homem (BRASIL, 2008).

De acordo Mendonça e Andrade (2010), essa política foi formulada com base em estudos recentes, que trazem informações fundamentadas dos indicadores de enfermidade e mortalidade da população masculina, o que vem reforçar a importância de uma atenção mais integral para que ocorram mudanças no comportamento que os homens adotam em relação à saúde. E tem ainda o alvo nos serviços de saúde a fim de reconhecer os homens como sujeitos que necessitam de cuidados e, assim, incentivá-los na atenção à própria saúde.

A proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis (BRASIL, 2008, p. 05).

A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde, os quais poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO *et al*, 2002 *apud* BRASIL, 2008).

A proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem ganhado destaque no cenário nacional, principalmente a partir da 13ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, no ano de 2007. Um dos eixos discutidos estava associado à criação do programa de saúde do homem nas três esferas de governos, de forma articulada com outras políticas públicas. Debateu-se muito a respeito da criação dessa política e em agosto de 2009 o Governo aprova tal iniciativa, com previsão de ser colocada em prática até o ano de 2011 (MENDONÇA; ANDRADE, 2010).

A presente política trata de temáticas como as barreiras sócio-culturais e institucionais que interferem na acessibilidade da população masculina aos serviços de atenção primária e busca garantir que o primeiro acesso dessa população aconteça através da Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de resguardar a prevenção e promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção (SILVA, 2009).

Dessa forma, as ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, estarão concentradas em um recorte estratégico da população masculina, focando homens

adultos na faixa etária de 25 a 59 anos, o que corresponde a 41,3% da população masculina ou a 20,0% do total da população do Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2005. Além de corresponder à parcela preponderante da força produtiva, a política estará também integrada às outras políticas de saúde do país, sobretudo à Política Nacional de Atenção Básica, em consonância com a Estratégia Saúde da Família, priorizando o serviço da Atenção Primária do SUS (BRASIL, 2009 *apud* MENDONÇA; ANDRADE, 2010).

De acordo com os temas em que a política discorre são mais recorrentes nos estudos sobre a saúde do homem, tais quais: Violência; Alcoolismo e Tabagismo; População privada de liberdade; Direitos sexuais e direitos reprodutivos; Indicadores de morbidade e mortalidade; Tumores; Causas externas, entre outras. Nesse sentido, observa-se que é fundamental que as ações em saúde resguardecam as diferenças das necessidades da população de homens no país, visando garantir ações e serviços de saúde que possam promover, prevenir, assistir e recuperar a saúde da população masculina (BRASIL, 2009).

Quanto aos princípios da política, é enfatizada a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família. Além disso, objetiva orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção, como também, priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal e integral (MENDONÇA; ANDRADE, 2010).

De acordo com Brasil (2008), para o cumprimento dos seguintes princípios de humanização e a da qualidade de atenção integral deve-se considerar, entre outros: A melhoria do grau de resolutividade dos problemas, possibilitando o acesso hierarquizado nos diferentes níveis de atenção da população masculina aos serviços de saúde, organizados em rede; Compôr redes de compromisso e co-responsabilidade nas diversas áreas do governo e não-governamentais, quanto à qualidade de vida da população masculina em que todos sejam participantes da proteção e do cuidado com a vida; Fornecer informações e orientações à população-alvo, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem; Capacitar os profissionais de saúde para o atendimento do homem; Dispor de insumos, equipamentos e materiais educativos; Analisar os indicadores que permitam avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Ainda com relação a essa política, suas diretrizes deverão reger a elaboração dos planos, programas, projetos e atividades nas linhas de ação da saúde. Estas foram elaboradas

tendo em vista a integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade, sendo norteadas pela humanização e a qualidade da assistência, princípios que devem permear todas as ações (BRASIL, 2008).

A integralidade enquanto um dos princípios do SUS, está relacionada à integração dos atos preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diferentes níveis de complexidade, conhecendo o trânsito do usuário por todos os níveis da atenção e garantindo o cuidado contínuo. A integralidade remete a integração de serviços através de redes assistenciais reconhecendo a interdependência entre atores e organizações, considerando que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos para solucionar os problemas de saúde da população (HARTZ, 2004 *apud* KANTORSKI *et al*, 2006).

Em relação à factibilidade foram analisadas a disponibilidade de recursos, tecnologia, insumos técnico-científicos e estrutura administrativa e gerencial de modo a permitir, na prática, em todo o país, a implantação das ações delas decorrentes (BRASIL, 2008).

No que tange a coerência, as diretrizes foram propostas estando compatível com os princípios do SUS. Por fim, a viabilidade da implementação desta política estará diretamente relacionada aos três níveis de gestão e do controle social, a quem se condiciona o comprometimento e a possibilidade da execução das diretrizes (BRASIL, 2008).

Deste modo, apresenta-se algumas dentre as diretrizes da política, como: Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, sendo porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado; Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, de acordo com as competências de cada um, garantindo condições para a execução da presente política; Associar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde; Reorganizar as ações de saúde, através 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; Incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem; Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008).

### 3.3 SAÚDE DO HOMEM X COMPROMISSO POLÍTICO

A década de 70 do século passado é considerada como o marco dos estudos norte-americanos acerca da temática homem e saúde. Esses estudos traduziam um pensamento exploratório tangenciado pela teoria e política feministas e implicava que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde (COURTENAY, 2000 *apud* GOMES; NASCIMENTO, 2006).

Como expõe Gomes e Nascimento (2006) *apud* Julião e Weigelt (2011), a partir dos anos 90 do mesmo século, a temática em questão começou a ser abordada sob uma perspectiva diferenciada. A discussão passou a refletir, dentre outros aspectos, a singularidade do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos. Essa abordagem veio enfatizar, sobretudo, a significação do masculino que busca-se uma saúde mais integral para a população de homens.

De acordo com Schraiber, Gomes e Couto (2005) *apud* Gomes e Nascimento (2006), publicações da Organização Mundial da Saúde voltaram-se para as especificidades da saúde masculina com o compromisso em diferentes fases da vida. Na primeira publicação, defende-se uma abordagem específica para os rapazes nas ações da área da saúde, porque as principais causas da mortalidade de homens, em geral, relacionam-se com a forma de sua socialização e suas formas de vida. A segunda publicação da OMS propõe-se a estabelecer uma base para que políticas e estratégias voltadas para os homens em processo de envelhecimento sejam desenvolvidas.

Com relação aos estudos latino-americanos, a reflexão acerca do contexto homem e saúde, aborda considerações fundamentais como: os homens, sofrem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas; tanto a construção da masculinidade quanto as suas implicações no campo da saúde devem ser vistas a partir da perspectiva relacional de gênero; o desenvolvimento de habilidades agressivas por parte dos homens pode fazer deles um “fator de risco” quando cometem violência contra mulheres e crianças, contra os outros homens (através de acidentes, homicídios e lesões) e contra eles mesmos (mediante o suicídio, alcoolismo); devido à centralidade que o trabalho ocupa na identidade do homem como ser provedor, problemas relacionados ao desemprego podem também comprometer o bem-estar masculino (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

Para Mendonça e Andrade (2010), estudos sobre a saúde dos homens vêm ganhando destaque também no cenário nacional, devido às elevadas taxas de morbimortalidade que afetam esse grupo, assim, a saúde do homem surge como questão a ser analisada a partir do comportamento de risco adotado pelos próprios sujeitos do sexo masculino, muitas vezes enraizado pelos conselhos de uma masculinidade hegemônica imposta socialmente.

Logo, Connell (2005) *apud* Mendonça e Andrade (2010) revela que esse modelo de masculinidade hegemônica está baseado nas relações de classes sociais, em que um grupo social se destaca, de maneira que consegue garantir uma posição de superioridade em relação a outro grupo, ou seja, os homens precisam manter o poder e a dominação nas relações sociais, principalmente sobre as mulheres.

Para o Governo Brasileiro, uma situação preocupante é o alto índice de morbimortalidade entre a população masculina em relação à feminina durante os ciclos vitais, sendo este um problema de saúde pública. As principais causas destes índices são a violência, o alcoolismo, o tabagismo, as neoplasias, a hipertensão, a diabetes e a obesidade (BRASIL, 2008 *apud* JULIÃO; WEIGELT, 2011). Seguindo a linha de pensamento de outros autores que também desenvolveram estudos sobre esta temática, pesquisas revelam que entre as principais causas de morte masculina estão as doenças cardiovasculares, as neoplasias malignas e as violências, destacando-se os acidentes automobilísticos e os homicídios (BRASIL, 2009 *apud* JULIÃO; WEIGELT, 2011).

Mais recentemente, as relações entre masculinidade e cuidado em saúde têm sido analisadas com base na perspectiva de gênero, focalizando as dificuldades dos homens na busca por assistência de saúde e as formas como os serviços lidam com as demandas específicas dos homens (COUTO *et al*, 2010).

Segundo Julião e Weigelt (2011), o homem por uma série de questões culturais e educacionais ainda é visto pela sociedade como uma pessoa invulnerável, viril, forte e provedor imune a qualquer tipo de adoecimento, contribuindo assim para que ele descuide de sua saúde e se exponha a mais riscos do que as mulheres.

Para Figueiredo (2005); Gomes, Nascimento e Araújo (2007) *apud* Couto *et al*, (2010), recentes investigações acerca das percepções dos homens sobre os serviços de atenção primária à saúde apontam que estes se destinam às pessoas idosas, às mulheres e às crianças, sendo considerados pelos homens como um espaço feminilizado, o que lhes provocaria a sensação de não pertencimento àquele espaço.

Com respeito à pouca presença masculina nos serviços de APS, muitas são as suposições e/ou justificativas. Por um lado, associa-se a ausência dos homens nesses serviços a uma característica da identidade masculina relacionada a seu método de socialização. Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do auto-cuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Por outro lado, no entanto, afirma-se que, na verdade, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas (FIGUEIREDO, 2005).

Com relação ao autor supracitado, além dessas percepções centralizadas no comportamento do ser masculino, há também outras visões que reconhecem a unidade básica de saúde como sendo elas a causa da dificuldade do acesso dos homens ao serviço. Neste caso, os homens sentiriam mais dificuldades para serem atendidos, seja pelo tempo perdido na espera da assistência, seja pela composição da equipe de profissionais, que em sua maioria é formada principalmente por mulheres. Argumenta-se ainda, que os homens não procuram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) porque estas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina. Enfim, tudo isso indica que parece existir uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde das unidades de atenção primária.

No entanto, a política originou-se devido à constatação de que os homens só procuram o serviço de saúde quando perderam sua capacidade de trabalho. Com isso, perde-se um tempo precioso de diagnóstico precoce ou de prevenção, já que chegam ao serviço de saúde em situações críticas. Isso impõe um desafio ao SUS, já que vai exigir do sistema e dos profissionais um olhar mais atento à essa população (BRASIL, 2008 *apud* JULIÃO; WEIGELT, 2011).

Para a operacionalização das diretrizes constitucionais de descentralização tem contribuído na qualidade das ações de saúde ofertadas à população brasileira para a organização e gestão do Sistema Único de Saúde visando produzir intensas modificações no modo de atuação do Estado brasileiro no campo social, a exemplo, as Conferências de Saúde; Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores (LUCCHESI, 2003). As mudanças refletem-se no progressivo fortalecimento das esferas subnacionais de governo, ou seja, estados e municípios e no estabelecimento de novas relações intergovernamentais.

Como afirma Palha e Villa (2003), a descentralização proporciona tais fortalezas: está ligadas a uma eficiência maior na alocação dos recursos, em consequência da influência dos usuários; admite a inovação e adaptação do planejamento e programação às condições regionais e locais; atribui responsabilidade e legitimidade ao gestor na medida em que existe a participação da população no processo de tomada de decisão; e, por fim, pode qualificar melhor a integração entre agências governamentais e não-governamentais reafirmando outro ponto essencial que é a intersetorialidade.

Pode-se então considerar que a descentralização, ocorreu através do processo de municipalização que atribuiu novos desafios e responsabilidades para estados e municípios em relação ao desenvolvimento da atenção primária, provocando uma expansão da cobertura de saúde no âmbito local (MENDES, 2002 *apud* PALHA; VILLA, 2003).

No que concerne ao compromisso político, é importante ressaltar que a obrigação dos gestores de saúde no SUS vai além do simples fornecimento de materiais, equipamentos e medicamentos, mas também ele deve garantir uma melhor qualidade de vida à população (ANDRADE, 2006).

Um dos compromissos de posse do Ex-Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, foi uma resposta à observação de que as doenças que afetam o sexo masculino são um problema de saúde pública (BRASIL, 2009).

O compromisso político inclui à capacidade dos gestores em fornecer e articular recursos de informação e conhecimento, recursos organizativos, políticos e financeiros (SÁ *et al*, 2011). Preparar os serviços para a Atenção à Saúde do Homem, implica em disponibilizar subsídios estruturais, como exemplo, a capacitação e treinamento dos profissionais de saúde da ESF; insumos e equipamentos; e principalmente a sensibilização da população masculina; na perspectiva de implantar e/ou implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no intuito de integrar o processo de trabalho e o desenvolvimento nas competências individuais e institucionais.

Portanto, no que diz respeito as responsabilidades institucionais presentes na política e as competências das três esferas de governo, é necessário à nível **Federal**: Estimular e prestar cooperação aos estados e municípios visando a implantação e implementação da referida política; quanto aos **Estados**: Definir, coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito do seu território, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo as adequações necessárias, o perfil epidemiológico e as especificidades loco - regionais; e à nível de **Municípios**: Implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família; entre outras (BRASIL, 2008).

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

---

#### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

**T**rata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, considerando que foi realizado um estudo preliminar a respeito do assunto em artigos científicos, revistas eletrônicas e livros a fim de delimitar melhor o tema (RODRIGUES, 2006).

Para Rodrigues (2006), a pesquisa exploratória é desenvolvida com o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, tendo em vista torná-lo explícito. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. A pesquisa exploratória têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, para estudos posteriores (GIL, 2008).

Andrade (2006), afirma que as finalidades da pesquisa exploratória envolvem: proporcionar maiores informações sobre o assunto; facilitar a delimitação do tema de trabalho e ainda definir objetivos para o trabalho que se tem em mente. Afirma ainda, que na pesquisa descritiva os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles, ou seja, não são manipulados pelo pesquisador.

Considerando ainda que a pesquisa apresenta uma abordagem qualitativa, esta possui uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave (RODRIGUES, 2006).

#### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Cuité-PB, o qual está localizado na mesorregião do Agreste Paraibano e microrregião do Curimataú, encontrando-se a 117 Km de Campina Grande-PB. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano de 2006, sua população era estimada em 24.900 habitantes. Sua área territorial é de 758 km<sup>2</sup>, destacando-se na região por sua importância política.

#### 4.3 PARTICIPANTES DA INVESTIGAÇÃO

A amostra foi composta por 11 profissionais de saúde, sendo 09 enfermeiros que atuam nas 09 equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité, incluindo a zona urbana e a zona rural, e ainda 02 representantes do serviço de gestão da saúde do município.

Atualmente, a rede de atenção primária de saúde do município de Cuité conta com 09 Unidades Básicas de Saúde, sendo 5 na zona urbana e 4 na zona rural. As Equipes Saúde da Família da zona urbana são: Equipe Saúde da Família Abílio Chacom Filho, localizada na Rua Francisco Patrício - Bairro: Centro; Equipe Saúde da Família Ezequias Venâncio, localizada na Rua Sebastião Marcelino - Bairro: Novo Retiro; Equipe Saúde da Família Luíza Dantas de Medeiros, localizada na Rua Francisca Maria de Jesus - Bairro: Antônio Mariz; Equipe Saúde da Família Diomedes Lucas de Carvalho, localizada na Rua Projetada s/n - Bairro: São Vicente, e Equipe Saúde da Família Raimunda Domingos de Moura, localizada na Rua Nelson Mamede - Bairro: Basílio Fonseca. As da zona rural são: Equipe Saúde da Família Catolé, localizada no Sítio Catolé; Equipe Saúde da Família Melo, localizada no Sítio Melo; Equipe Saúde da Família Serra do Bombocadinho, localizada no Sítio Serra do Bombocadinho e Equipe Saúde da Família Assentamento Batentes e Retiro, localizada no Assentamento Retiro.

#### 4.4 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados dois roteiros de entrevistas semi-estruturados contendo questões abertas e fechadas, um direcionado aos enfermeiros e o outro aos gestores (APÊNDICE I e II). Optamos pelo recurso da entrevista por permitir uma maior flexibilização das respostas e dessa forma melhor apropriação do fenômeno estudado.

As entrevistas foram realizadas nos meses de fevereiro e março de 2012 com data e horário previamente agendados com cada profissional, de acordo com a sua disponibilidade. Para registro das entrevistas foi utilizado um gravador digital, o que garantiu maior fidelidade e veracidade das informações coletadas.

#### 4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

O material obtido dos discursos dos profissionais, gravados durante as entrevistas foram transcritos na íntegra, e os dados foram interpretados e analisados através da técnica de análise de conteúdo. Segundo Bardin (2011), para o qual é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, não se tratando apenas de um instrumento, mais de um leque de opções

marcado por uma grande variedade de formas e adaptável a um campo de aplicação mais vasto, as comunicações.

A interpretação do material foi feita após sucessivas leituras do conteúdo extraído dos discursos dos participantes a fim de captar informações relevantes que pudessem passar despercebidos, seguindo as etapas: leitura flutuante; constituição do corpus; seleção das unidades de contexto e das unidades de registro; codificação e categorização (BARDIN, 2011).

Com a finalidade de manter sigilo das informações e identidade dos profissionais entrevistados, optou-se por identificar os discursos por meio de grandes nomes da música popular brasileira, foi escolhido: Tom Jobim- E1; Gilberto Gil- E2; Zeca Baleiro- E3; Roberto Carlos- E4; Raul Seixas- E5; Cazuza- E6; Milton Nascimento- E7; Erasmo Carlos- E8; Tim Maia- E9; Caetano Veloso - G1; Djavan- G2.

#### 4.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) e só foi iniciado após autorização do mesmo, conforme exigências estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que norteia a prática de pesquisa envolvendo seres humanos (ANEXO IV).

Aos participantes da pesquisa foram passadas todas as informações necessárias sobre a mesma, a seguir, cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II), onde ficou atestado a voluntariedade de participação na pesquisa, podendo o participante desistir de se integrar a pesquisa, antes, durante ou após a finalização do processo de coleta dos dados, sem riscos de qualquer penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro.

Foi assinado pelos pesquisadores um termo de compromisso, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

## 5.1 UNIDADE TEMÁTICA CENTRAL

Os resultados obtidos a partir da análise do conteúdo apontaram para a Unidade Temática Central: Dificuldades para a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Esta foi desmembrada nas seguintes categorias: Procura dos homens pelos serviços de saúde; Capacitação dos profissionais do serviço e Compromisso Político dos gestores de saúde no município de Cuité- PB.

### 5.1.1 Procura dos homens pelos serviços de saúde.

Com a pesquisa foi identificado que os homens procuram os serviços de saúde, apenas diante da apresentação de sinais e sintomas alojados ou quando sofrem algum tipo de acidente, contudo, observa-se ainda que a ausência pela procura dos serviços muitas vezes se dá por questões socioculturais intrínsecas à população masculina, como se destaca nos depoimentos dos participantes.

*[...] ele procura o serviço quando ele vem para o cardiologista, quando ele vem fazer uma ultra-som, quando ele vem em busca de um tratamento [...]* **(Roberto Carlos)**

*[...] a procura é muita pequena, infelizmente eles só procuram quando já estão doentes [...]* **(Djavan)**

*[...] quando ocorre algum acidente de trabalho, aí é que eles procuram a unidade, fora isso, não procuram.* **(Milton Nascimento)**

*[...] os homens são cabeça dura né, [...] eles acham que por ser homem, o homem não precisa, o homem não adocece.* **(Gilberto Gil)**

Diante dos discursos apresentados, percebe-se a existência na nossa sociedade de uma evidência de modelos da masculinidade hegemônica, e entende-se que influenciados por esses modelos os homens podem trazer comprometimentos para a sua saúde, a exemplo, o homem visto como um ser forte, que não pode demonstrar sinais de fraqueza, medo e insegurança.

De acordo com Gomes, Nascimento e Araújo (2007) o ser homem é associado à invulnerabilidade, força e virilidade, características essas, as quais colocariam em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade ao buscar os serviços de saúde.

Para Junior; Maia (2009) na nossa sociedade, o corpo masculino ainda é visto como um corpo resistente que enfrenta qualquer dificuldade, um corpo viril necessário à competência, capacidade para o trabalho e à manutenção da família e da prole. Como destaca-se na fala abaixo.

*[...] e até o homem pensa assim, que a mulher tem que tá buscando o serviço, a criança tem que tá buscando o serviço, o idoso busca o serviço, mas, que o próprio homem como gestor da casa, ele ainda tá muito arraigado de que ele não adocece, de que ele é o provedor, que ele é o mais forte e que ele pode agüentar o que está sentindo, né.*  
**(Roberto Carlos)**

Assim, como afirma Gomes, Nascimento e Araújo (2007), essa busca ocorre quando estes sentem dores insuportáveis ou quando se vêem incapazes de exercerem as atividades laborativas sendo relevante também a procura para exames adicionais.

*[...] o homem muitas vezes só procura ir ao serviço de saúde quando realmente não tem mais jeito de não ir, ou seja, quando já está bem doente [...]* **(Caetano Veloso)**

Schraiber et al. (2010) diz que os homens valorizam mais as práticas de cura, não reconhecendo necessidades de orientações preventivas, pois procuram o serviço quando já apresentam doença manifestada, uma característica que os diferenciam das mulheres, pois a prevenção ou promoção da saúde são práticas tidas como obrigatórias “natural” para estas.

Para Campanucci e Lanza (2011) os homens buscam por serviços de saúde quando um problema já está instalado, perpetuando a visão curativa do processo saúde-doença e ignorando as medidas de prevenção e promoção da saúde disponíveis no âmbito da Atenção Básica.

Segundo Gonçalves et al. (2010) os homens não são captados pelos serviços de atenção primária, como ocorre com as mulheres, logo a sua entrada no serviço de saúde se dar principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidades, configurando um perfil que favorece o agravamento da morbidade pela busca tardia ao atendimento. Isso pode contribuir com o aumento da mortalidade dos homens, tendo em vista que muitas doenças quando descobertas tardiamente acabam evoluindo para o óbito.

*[...] eles acham que eles não adoecem, raramente eles procuram a unidade estando doentes, imagine pra prevenir uma coisa que possa vir à acontecer [...]* **(Raul Seixas)**

Essa pouca demanda masculina na atenção primária contribui para que os homens desenvolvam patologias passíveis de prevenção e tratamento eficiente quando diagnosticadas precocemente, porém com o diagnóstico tardio têm mal prognóstico (ALBANO; BASÍLIO E NEVES, 2010).

Schraiber et al. (2005) *apud* Albano; Basílio e Neves (2010), completa ainda que a inclusão dos homens em ações de saúde é desafiadora, por estes não reconhecerem a importância do cuidado e a valorização do corpo no sentido da saúde do homem.

*[...] os homens não se detém assim, a sair de casa à procura de um serviço de saúde, de um posto de saúde e procurar se cuidar, a não ser quando eles estão realmente sentindo alguma coisa [...]* **(Milton Nascimento)**

De acordo com o autor supracitado a demanda dos homens nos serviços limita-se a ações de cunho curativo a partir de alguma doença já instalada como diabetes e hipertensão. Diferentemente de crianças, mulheres e idosos que comparecem aos serviços de saúde de forma mais preventiva utilizando os serviços de vacinação, puericultura, coleta de preventivo, dentre outros. Essa resistência do homem em se cuidar não está associado às condições culturais, em que os homens são educados como seres fortes e resistentes quando comparados ao sexo feminino. Essa questão se faz presente nos discursos a seguir.

*[...] a gente tem o grupo na unidade de hipertensos e diabéticos, aí nesse grupo a gente já fez várias atividades com eles [...]* **(Erasm Carlos)**

*[...] não deixa de desenvolver, porque tem a parte da saúde dos hipertensos e diabéticos, que eles trabalham [...]* **(Djavan)**

Constata-se que as ações que conseguem atingir os homens não são exclusivamente destinadas a eles, e ainda assim, os poucos que utilizam estes serviços primários são idosos, captados principalmente pelos programas de acompanhamento a hipertensos e diabéticos.

A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como próprios à sua condição biológica. O homem julga-se invulnerável, tem medo que o

médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (BRASIL, 2008).

*[...] devido a vergonha, o medo do que será requisitado para eles [...] os homens só vão a procura do serviço de saúde quando está nas emergências [...]* **(Zeca Baleiro)**

Como afirma Gomes, Nascimento e Araújo (2007) possivelmente essa vergonha se associa à falta de hábito de se expor ao médico. Ao contrário da mulher que em sua socialização foi mais habituada a ter o seu corpo exposto para a medicina.

Além da doença já instalada, outra situação já mencionada que também leva o homem à procurar os serviços de saúde são os acidentes que, de uma forma geral, podem ser prevenidos através de práticas educativas. No entanto, é necessário que haja uma ação mais intensa por parte dos profissionais de saúde na realização de atividades preventivas tais como busca ativa de casos, atividades de educação em saúde e vacinação.

Segundo Junior; Maia (2009) muitas doenças e certos problemas de saúde não se manifestam de forma imediata, podendo assim ser evitadas ou controladas por comportamentos preventivos, e nesse sentido, programas de ações preventivas poderiam intervir para a promoção e manutenção da saúde masculina. Como é exposto no discurso abaixo.

*[...] quando a gente falava em prevenção ginecológica e que tinha homens envolvidos nas reuniões, a gente tentava falar da parte preventiva do homem [...]* **(Roberto Carlos)**

Figueiredo (2005) mostra que o trabalho também revela entre as principais causas de morte masculina, os acidentes de veículo a motor e os homicídios. Sendo que muitas dessas causas podem ser prevenidas ou controladas por meio de intervenção em atitudes e práticas cotidianas que contribuem para a ocorrência desses problemas, onde as UBS podem intervir com ações preventivas e de promoção à saúde.

Para Júnior; Maia (2009) os homens se preocupam e cuidam menos da saúde porque têm preocupações com o trabalho e evitam se ausentar dele e, ainda, pelas dificuldades diante da realização de alguns exames, refletindo preconceitos sociais.

*[...] o homem não vai ao médico, não procura hospital, então, a maioria do atendimento aos homens muitas vezes está relacionado com acidente de trabalho [...]* **(Caetano Veloso)**

Segundo Gonçalves et al. (2010) as funções que implicam em maior risco, ainda são exercidas pelos homens, como em siderúrgicas, metalúrgicas, construção civil, mineração, entre outras. A exposição dos homens a agentes de riscos físicos, químicos e de acidentes de trabalho é 90% maior que em mulheres.

Souza (2009) acrescenta que o comportamento do homem em relação a procurar os serviços de saúde somente quando a saúde já está afetada, certamente justifica a importância de uma Política de Saúde voltada para o homem, principalmente quando compreendemos que esse homem, além disso, trabalha em algum local sujeito a determinados riscos de doenças específicas e acidentes, logo, nossa visão clínico social deve ser ampliada e mais qualificada.

Mesmo assim, o Ministério da Saúde (2008) reconhece que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada, logo, demanda mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis.

Nesse sentido, a rede de atenção primária à saúde deve estar ampliando seu foco no cuidado para a população masculina, identificando as necessidades de saúde dos homens. Assim, produzirá um melhor conhecimento das singularidades e ou necessidades masculinas, tanto por parte dos profissionais quanto dos próprios homens (MENDONÇA; ANDRADE, 2010). Percebe-se em alguns discursos a necessidade de implementação dessa política.

*[...] o grande desafio que a gente percebe é essa barreira cultural mesmo, que ela vem pra romper, né, exatamente paradigmas [...] pra que o homem ele se conscientize da importância de cuidar de sua saúde [...] (Erasmu Carlos)*

Não bastassem as barreiras socialmente construídas e culturalmente perpetuadas afastando a população de homens do âmbito da Atenção Primária à Saúde, entraves organizacionais do SUS têm agravado ainda mais esta situação (CAMPANUCCI; LANZA, 2011). Tal fato pode ser visualizado no discurso que se segue.

*[...] A questão do horário, porque a gente tem que ter um horário diferenciado pra o acesso a clientela masculina e se a gente for mudar o horário vai vir toda aquela questão trabalhista [...] não é uma coisa que depende só da secretaria de saúde [...] (Djavan)*

Parece claro que os valores próprios da cultura masculina refletem entre os homens maior noção de invulnerabilidade, levando esses indivíduos a emitirem comportamentos de risco e poucas práticas preventivas (SCHRAIBER et al. 2010).

Fortalecendo esse pensamento, a fala dos participantes da pesquisa mostram que as questões culturais afastam os homens dos cuidados com sua saúde.

*[...] é um público difícil de acesso, até pela masculinidade, toda aquela cultura, né [...]* **(Tom Jobim)**

*[...] eles não procuram a unidade de saúde, acho que até pelo preconceito mesmo, ou machismo [...]* **(Raul Seixas)**

Julião; Weigelt (2011) afirmam que a cultura é um fator determinante para a educação em saúde, uma vez que os homens foram educados para não chorar e manterem a postura de “machos”, principalmente pelo estereótipo de homem está baseado em sua força, masculinidade, portanto o adoecimento demonstraria sua fragilidade.

De acordo com Junior; Maia (2009) a compreensão cultural sobre o masculino define um modelo de masculinidade predominante, incluindo padrões e normas a serem seguidas pelos homens em suas interações sociais.

*[...] ainda existe a questão cultural de o homem não procurar o posto, só quando tá doente mesmo [...]* **(Cazuza)**

O mesmo autor ainda afirma que determinados comportamentos de homens no que diz respeito à saúde corporal estão relacionados ao modelo de masculinidade, daí a negação ou omissão sobre as necessidades de cuidados em saúde e conseqüentemente a redução pela procura de serviços assistências.

Assim, Mendonça e Andrade (2010) afirmam que o imaginário do ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, o que provocaria possivelmente desconfianças acerca dessa masculinidade socialmente instituída.

### **5.1.2 Capacitação dos profissionais do serviço.**

O conhecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem demonstrado em alguns discursos dos entrevistados é adequado quando os sujeitos da pesquisa reconhecem a importância dos objetivos da mesma, que é justamente facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços básico de saúde.

*[...] essa política é justamente para cuidar da saúde desse homem e também fazer com que amplie a vida desse homem para unidade, buscar esse serviço de saúde. (Tom Jobim)*

*[...] na realidade é uma prevenção, né, [...] teriam um trabalho na prevenção de futuros problemas masculinos [...]* (Raul Seixas)

Apesar de alguns profissionais terem mostrado um certo conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem percebe-se uma predominância nos discursos que convergem para o conhecimento deficiente mostrando assim a necessidade de uma melhor qualificação profissional.

*Aqui ainda não apareceu ninguém, assim pra dizer como era tudinho. (Gilberto Gil)*

*[...] é uma política nova e ao mesmo tempo ela está envelhecendo, está chegando muito pouco assim pra gente [...] a gente vê que muito pouco tem sido feito [...]* (Roberto Carlos)

*[...] nunca me detive a ler sobre ela, a ficar mais informada, na verdade não tenho muita, muita informação como funciona realmente não. (Milton Nascimento)*

Nesse contexto, pode-se dizer que os profissionais de saúde necessitam ter um conhecimento técnico-científico sobre políticas e programas lançadas pelo Ministério da Saúde afim de melhorar a capacidade de intervir de forma integral nas diversas situações de saúde-doença da população brasileira.

A Política vem nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2008).

*[...] a política está sendo criada com o objetivo de levar o homem à atenção básica, né, não de procurar os serviços de média e alta complexidade [...]* (Cazuza)

De acordo com Julião; Weigelt (2011) a política de atenção integral a saúde do homem é regida por princípios, dentre eles pode-se destacar, a universalidade e equidade nas ações e serviços, qualificação da atenção à saúde garantindo orientação à população masculina, sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos das enfermidades masculinas, como também, a capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem.

Para Gonçalves et al. (2010) os profissionais multidisciplinares terão que se adequar às novas propostas, contribuindo para o auto cuidado desta população alvo, já que esta política é integrada com outras políticas de saúde como também com as estratégias de humanização em saúde.

Albano; Basílio e Neves (2010) recomendam que, nas situações em que os homens procurem os serviços de saúde, elas sejam bem aproveitadas de diferentes maneiras para garantir que o homem crie o hábito de utilizar os serviços existentes de forma rotineira, e que diferentes meios sejam utilizados para alcançá-los através de ações de educação para a saúde dentro e fora dos serviços de saúde. Mas para isso, os profissionais devem estar preparados adequadamente, para o trabalho com o público masculino afim de garantir um maior engajamento dessa parcela da população no cuidado com a sua saúde.

Para Saliba et al. (2007) os profissionais de saúde não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo, de modo integral, que possa ver a saúde do homem como um todo, assim como estabelece o Ministério da Saúde.

Assim como constata-se, as unidades básicas de saúde atualmente não estão adequadas às necessidades da população masculina, pois o acesso à esse serviço de saúde encontra obstáculos impostos pelo próprio sistema de saúde, na ausência de políticas de atenção à saúde do homem (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

Isso pode ser visto pelos depoimentos dos profissionais, ao serem indagados sobre as atividades desenvolvidas com o público masculino, pôde-se perceber que existe um pequeno número de ações prestadas à esse grupo.

*Na questão do planejamento familiar [...] e a questão de vacinação, as únicas duas que a gente consegue. (Zeca Baleiro)*

*[...] sempre que possível a gente faz as nossas orientações né, por exemplo, dos poucos homens que procuram o serviço pra pegar o seu preservativo, eu oriento [...] (Roberto Carlos)*

Figueiredo (2005) afirma que é necessário que os profissionais de saúde tenham uma maior sensibilidade para as interações entre as concepções de gênero e as demandas trazidas pelos homens no uso do serviço. Assim pode-se perceber isso no discurso seguinte.

*[...] assim, algo maior de sensibilização dos profissionais, de como a gente pode está recebendo esse homem na nossa unidade, de que atividades a gente pode desenvolver, até pra chamar eles, de que forma a gente poderia está trabalhando, se preocupando com a saúde do homem em si, não. (Roberto Carlos)*

Ainda de acordo com Figueiredo (2005), os serviços de saúde precisam ser transformados de modo a incluir as necessidades de saúde dos homens e não continuar sendo visto como um espaço feminilizado.

Para Galastro e Fonseca (2007) os profissionais, ao incorporarem o homem no serviço, têm rompido com valores, crenças e atitudes cristalizadas ao longo da sua formação profissional e social, adotando formas diferente de pensar e consequentemente agindo de uma nova maneira.

*[...] porque eu acho que o planejamento é importantíssimo, nisso, não é só chegar vamos implantar essa política amanhã, né, eu acho que tem que planejar, como se fazer; preparar os profissionais [...]*  
**(Erasmu Carlos)**

De acordo com Santana et al. (2011) o enfermeiro, como educador, necessita de formação teórica e de práticas que desenvolvam sua visão crítica e inovadora para que possa aplicar da melhor forma os conhecimentos adquiridos de acordo com as necessidades da comunidade.

Este, ainda reconhece a importância dos fatores de ordem biopsicossocial, econômica e cultural que envolvem os seres humanos, considerando as diversidades delineadas pelas questões de gênero, que constitui um saber necessário ao enfermeiro. Esse saber permite o estabelecimento de estratégias inclusivas e prioritárias na promoção à saúde, visando aumentar a visibilidade das necessidades específicas do público masculino mediante ações mais efetivas para o cuidado de saúde.

Como destaca o Ministério da Saúde (2008) a política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas tanto para população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde como também nos aspectos educacionais, entre outras ações, que os serviços públicos

de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se parte integrante deles.

Como refere Albano; Basílio e Neves (2010) o enfermeiro como profissional que atua na educação para a saúde, pode desenvolver um papel importante através de ações educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças, esclarecendo dúvidas e incentivando a população masculina a se cuidar, assim como é desenvolvido com crianças, mulheres e idosos através de programas e outras atividades. No discurso abaixo observa-se que tais atividades são desenvolvidas no município, mas é notória a dificuldade dos profissionais em envolver o homem na participação destas.

*[...] a gente de vez em quando desenvolve uma palestra, uma atividade educativa, a gente vai nas escolas, o pessoal do Brasil Alfabetizado, tem alguns homens que se interessam [...]* **(Tom Jobim)**

Silva (2009) acrescenta que é preciso enfatizar a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina com relação ao cuidado de sua saúde e de sua família, mediante ações e serviços de assistência à saúde. Baseado na atenção integral, valorizando, necessariamente, a promoção da saúde e a qualidade de vida, bem como a educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis (BRASIL, 2008).

Segundo Santana et al. (2011), para mudar a realidade local, o enfermeiro necessita ser capaz de articular os conhecimentos técnico-científicos de acordo com as necessidades evidenciadas na realidade sócio-política e cultural em que a comunidade se encontra inserida, exercendo o papel de agente de mobilização e transformação.

Vale a pena salientar que alguns dos entrevistados, além de não ter tido nenhuma atualização/capacitação sobre a política, demonstram a falta de interesse ou mesmo ausência de motivação em buscar o conhecimento e aprofundamento da política.

*[...] eu acho que foi por ordem de prioridades, talvez eles não tenham visto o programa, a política de saúde do homem uma prioridade agora [...]* **(Erasmão Carlos)**

*[...] não sou tão insistente, já por não ser insistente e saber que a população já é difícil, a população masculina, talvez por isso mesmo, eu nem tenha começado, nem tenho pensado em começar, realmente nunca pensei [...]* **(Raul Seixas)**

Para Julião; Weigelt (2011), o profissional enfermeiro é um dos mais envolvidos com a comunidade usuária, pois além da atenção individualizada nos momentos de acolhimento, de consultas, de práticas assistenciais também participa das visitas domiciliares e nos grupos de educação em saúde. Assim, a participação na organização das ações pautada nas reais condições detectadas, também é de sua responsabilidade. Esta tentativa de alerta, pode não ser suficiente se os profissionais não estiverem dispostos a refazer as práticas em saúde, especialmente, as técnicas educativas de promoção e prevenção.

Santana et al. (2011), afirmam que apesar da recente criação de uma política especificamente preocupada com o primeiro nível de atenção e acesso à população masculina as ações dos profissionais de saúde a esse grupo na Atenção Básica continuam focalizadas nas políticas de enfermidades.

A qualificação dos trabalhadores de saúde, principalmente os da atenção básica, é de fundamental necessidade, devido aos avanços teóricos, organizacionais e políticos ocorridos, como também a diversidade do campo da atenção aos usuários, o que impõe, diariamente, novas situações a serem enfrentadas (NETO; SAMPAIO, 2007).

Campanucci e Lanza (2011) ressaltam com pertinência que o atraso no reconhecimento em relação às condições de saúde dos homens brasileiros mantém ainda mais essa população afastada dos cuidados primários de saúde, justamente os que buscam a prevenção e a promoção da saúde.

### **5.1.3 Compromisso Político dos gestores de saúde.**

Foi possível visualizar nos discursos dos entrevistados a relação da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem com o interesse político dos gestores de saúde das três esferas governamentais.

*[...] até tentou o atendimento noturno, mas, percebi que não teve sucesso [...] os agentes comunitários de saúde não fizeram uma boa divulgação com os pacientes, eu também achei que alguns profissionais não tiveram o interesse de fazer essa divulgação [...] na verdade não foi implementada. (Cazuza)*

*[...] se a gente não nota que tem esse envolvimento [...] a gente deixa também de certa forma de lado, porque a gente é cobrado mais por outras coisas [...] assim, eu não vejo muito envolvimento assim da gestão, desse público [...] (Tom Jobim)*

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem define princípios, diretrizes e papéis dos órgãos responsáveis pela elaboração e execução de planos, programas, projetos e atividades concretas, visando garantir ações e serviços de saúde que possam promover, prevenir, assistir e recuperar a saúde da população masculina, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2008).

Para Julião e Weigelt (2011) o desenvolvimento da política, manteve como premissa a idéia de que, por se tratar de uma política de saúde brasileira em fase de implantação, muitas Unidades Básicas de Saúde poderão encontrar dificuldades na implementação desta política até 2011 como é a proposta do governo.

Segundo Santana et al. (2008) os profissionais de saúde lamentam, a baixa relação dos órgãos governamentais e, revelam que essa integração só existe de “fachada” e que a intersetorialidade anda a passos lentos. Tal informação pode ser comprovada no discurso seguinte.

*[...] esse envolvimento ainda não aconteceu [...] eu acho que não chegou algo ainda de despertar, nem a gestão e nem tão pouco no profissional em si, assim, da equipe, dentro do programa de saúde da família [...]* **(Roberto Carlos)**

De acordo com Mendonça e Andrade (2010) a proposta de uma Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem tem ganhado destaque no cenário nacional, e um dos eixos discutidos estava associado à criação do programa de saúde do homem nas três esferas de governos, de forma articulada com outras políticas públicas com previsão de ser colocada em prática até o ano de 2011. No entanto, é notório que no município de Cuité tal previsão não se concretizou por questões de desinteresse político dos gestores.

Quanto a esta questão, Lopes et al. (2009) afirmam que a gestão pode ser definida como um conjunto de processos utilizados para planejar, construir, avaliar, equipar e manter a competência de espaços e tecnologias. A Gerência implementa os procedimentos e as atividades, visando a manutenção, em condições adequadas e executa seu plano de acordo com as prioridades estabelecidas.

É oportuno destacar que também cabe à gestão garantir a sustentabilidade das ações, no entanto, não é isso que se observa através dos depoimentos dos profissionais e dos próprios gestores de saúde do município, como já citado anteriormente, os trabalhadores da saúde

esperam e até mesmo culpam os gestores e esses sempre refere-se as esferas ascendentes. Assim como destaca os discursos abaixo.

*[...] não sei se é falta de esforço, falta de criatividade, mas, eu acho que devia partir da gestão primeiro [...]* **(Zeca Baleiro)**

*[...] as dificuldades pra implantar realmente uma política voltada à saúde do homem, ela parte de uma fragilidade que a gente vê de modo vertical, ou seja, o próprio Ministério da Saúde [...] não tem tido se quer uma obrigatoriedade, um mapa, como se tem nos programas relacionados à saúde da mulher [...]* **(Caetano Veloso)**

Nesse interesse, no que diz respeito as responsabilidades das três esferas do governo, definidas de acordo com as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006, estão as competências dos níveis Federal, Estadual e Municipal. Dentre estas destaca-se: Estimular e prestar cooperação aos estados e municípios visando a implantação e implementação da referida política; Fomentar a implementação e acompanhar em seu território a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Definir, coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito do seu território, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a Estratégia de Saúde da Família, como porta de entrada do sistema de saúde integral e hierarquizado (BRASIL, 2009).

Para Melo; Santos (2007) estados e municípios passam a dividir com a união a tarefa de formular, planejar e implementar políticas, programas, ações e serviços de saúde, a partilha de poder e responsabilidades na implantação e implementação das políticas públicas de saúde, ocorre ainda com o processo de descentralização.

Segundo Fracoli e Egry (2001) esse processo de descentralização administrativa, têm encontrado diversas dificuldades para se realizar, tais como a falta de preparo técnico e econômico dos municípios para assumir suas funções gerenciais, o interesse das burocracias do setor público que, com a descentralização, perdem o manejo e a capacidade de influência político-clientelista sobre a saúde e a falta de políticas públicas de financiamento adequadas.

Uma outra questão também percebida através dos depoimentos dos entrevistados foi a questão de não existir no município nenhum tipo de atualização/ informação sobre a política de saúde do homem, fica claro que os profissionais cobram essa capacitação dos gestores do município entretanto, estes já cobram de níveis superiores.

*[...] eu acho que devia partir da gestão primeiro, como se diz, um treinamento, um encontro, alguma oficina [...]* **(Zeca Baleiro)**

*[...] não foi feito nenhuma capacitação até porque geralmente as capacitações partem à nível central, Ministério da Saúde, de Estado; o Estado tem o poder e a função de desenvolver as atividades e apoiar de forma consultiva os municípios [...]* **(Caetano Veloso)**

Schraiber et al. (1999) afirmam que os gestores de vários níveis sempre se envolvem com a implementação de uma dada política assistencial, implantando uma certa organização da produção dos serviços em acordo com as diretrizes do SUS e, ao mesmo tempo, buscando, em especial, a integralidade das ações e as interações que produzem cuidados diretos à população.

Ainda para este autor, é de responsabilidade dos gestores a implementação das políticas de saúde, buscando por meio dos modelos assistenciais a máxima qualidade de seus serviços, além da competência técnico-científica, a viabilidade econômico-financeira.

Contudo, as falas dos entrevistados retoma à um único ponto, o descompromisso das atividades e ações referentes as suas responsabilidades de governo, como também, a presença de outras prioridades de serviços, como é colocado nas falas a seguir.

*[...] o nosso envolvimento tem tido uma condição de discutir com a coordenação e gerência de atenção básica do município, com as equipes do programa saúde da família, pra que a gente pudesse desenvolver as atividades, mesmo sem ter tido o apoio consultivo, o apoio logístico [...] é de interesse nosso implantar a política, mas, com tantos problemas, com tantos projetos, com tantas atribuições, a gente acaba não dando como uma prioridade [...] a gente está esperando esse momento de melhorar as condições pra implantar a política nacional com apoio dos três entes [...]* **(Caetano Veloso)**

*[...] eu acredito assim, que eu acho que foi por ordem de prioridades, porque assim, veio o SAMU, CAPS, CEO, prótese, né, já teve vários programas implantados, então, eu acredito assim, que é uma questão mesmo de procurar sentar e vê a necessidade que existe da implantação desse projeto, programa, dessa política [...]* **(Erasmu Carlos)**

Para Mendes e Teixeira (2004) *apud* Santana et al. (2008) há uma necessidade de inovação da cultura política. Significa a construção de novos valores, uma nova visão de mundo que leve a população a exigir dos governantes a definição de novas formas de relação entre os níveis de governo, assim como novas formas de cooperação e articulação no planejamento para o desenvolvimento de novas habilidades e estratégias para uma atuação conjunta e compartilhada.

Logo, fica visível a insatisfação por parte dos profissionais de saúde, que muitas vezes permanecem a mercê de situações políticas pelo não cumprimento de suas responsabilidades. Isso é percebido através dos seguintes discursos.

*[...] eu diria que insatisfatória, porque realmente a gente não tem notícia nenhuma sobre a saúde do homem no município [...]* **(Raul Seixas)**

*[...] eu acho que tudo vem da gestão né, procurar implantar e não ficar engavetado como tá [...] até agora eu não vi nem movimento, nada da parte da gestão, nem dos gestores da saúde né, tá muito parado [...]* **(Tim Maia)**

O Ministério da Saúde instituiu um Plano de Ação Nacional (2009-2011), o qual estabelece principalmente metas prioritárias, responsabilidades e repasse financeiro para Estados e Municípios, com base em vários eixos a serem selecionados para a implantação da política. A expectativa do plano era que servisse de subsídio para que os Gestores, entre outros, desenvolvam estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem, inserindo-as em seus respectivos Planos de Ação Estadual e Municipal, respeitando as especificidades e as diversidades loco regionais.

Segundo o Plano de Ação Nacional (2009-2011), cada Estado deveria elaborar um plano de ação até o terceiro trimestre de 2010, para que pudesse ser transferido uma parcela única de R\$ 75.000,00 mil reais para cada Secretaria Estadual de Saúde com o objetivo de incentivar a elaboração e a implementação de estratégias e ações de saúde focadas na população masculina (BRASIL, 2009).

Porém, quando foi questionado aos entrevistados sobre a existência de algum recurso para viabilização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, fica claro através dos depoimentos que à maioria dos profissionais de saúde não souberam responder.

*Não, a gente não é informado pela questão do financiamento de cada programa, a gente sabe que o Ministério passa algum recurso, sendo que eu não sei dizer se é exatamente para política do homem [...]* **(Zeca Baleiro)**

*[...] até porque a gente nem tem conhecimento em termos financeiros, pra onde vem e quando vem [...] nós somos completamente ignorantes nesse sentido [...]* **(Raul Seixas)**

*Não que eu conheça, recurso específico não.* **(Djavan)**

*A questão de recursos que viabilizam nas folhas são meramente já inclusos dentro do piso que os municípios recebem, ou seja, a política mesmo sendo implantada não vem recurso novo, ou seja, não foi disponibilizado orçamento, nem dotação pra desenvolver essas atividades [...] seria até interessante, na minha opinião, que se tivesse destinado pelo Ministério da Saúde, um valor que fosse pelo menos um pontapé inicial, que a gente pudesse dá uma atenção prioritária a esse grupo mais vulnerável [...] (Caetano Veloso)*

Para uma efetiva implantação e implementação de políticas públicas de saúde deve-se partir inicialmente de responsabilidades dos gestores de saúde. O governo tem sido limitado em superar o desafio das políticas setorializadas com pouca integração das ações objetivas e saberes (SANTANA et al. 2008).

Assim pode-se perceber que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem não está tendo um olhar merecedor e diferenciado como é colocado pelo Ministério da Saúde através dos princípios e diretrizes contidos na mesma. E, isso pôde ser notado partindo das três esferas governamentais.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

**A** Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa contribuir na melhoria da assistência integral à saúde do homem através de práticas de promoção e prevenção de saúde, afim de reduzir os altos índices de morbidade e mortalidade dessa população.

Através desta pesquisa foi possível identificar alguns entraves para a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de Cuité tais como a baixa procura dos homens pelos serviços de saúde, a ausência de capacitação dos profissionais de saúde, e ainda, o descompromisso dos gestores de saúde com o processo de viabilização da política.

No que tange a procura ou demanda dos homens pelos serviços de saúde foi percebido que esta procura raramente acontece e das poucas vezes que ocorre está limitada a ações de cunho curativo, a partir de doenças pré-estabelecidas como exemplo, diabetes e hipertensão, como também à recuperação ou tratamento de acidentes de trabalho, estes podendo ser muitas vezes evitáveis principalmente se existisse uma assistência de qualidade na educação em saúde. Diferentemente de crianças, mulheres e idosos que comparecem aos serviços de saúde de forma mais preventiva utilizando os serviços de vacinação, puericultura, coleta de preventivo, acompanhamento do Hiperdia, dentre outros.

Por outro lado, a sociedade ainda continua com preceitos do modelo da masculinidade, considerando o homem como um ser que não adoece e não precisa de cuidados, os próprios entrevistados destacam a importância que o homem deve ter com a sua saúde, no entanto, não realiza atividades que possam modificar esse pensamento.

Uma outra razão pela qual os homens não buscam os serviços de atenção básica, também visualizado com a pesquisa, deve-se ao fato deles trabalharem e não estarem dispostos à ausentar-se, o que poderia implicar em falta e conseqüentemente em perda salarial.

É importante ressaltar que a qualificação dos profissionais para o atendimento ao público masculino ainda se encontra com um déficit muito grande, pôde-se observar diante várias falas dos entrevistados que não houve nenhum tipo de capacitação ou treinamento para os mesmos. Percebendo assim que os profissionais de saúde não se encontram preparados para oferecer uma assistência de modo integral, que tenha impacto efetivo, que possa ver a saúde do homem como um todo. Muitos dos entrevistados deixam claro a falta de interesse e/ou ausência de motivação em buscar um melhor conhecimento e aprofundamento sobre as estratégias da política.

Apesar disso, a política de atenção integral a saúde do homem que é regida por princípios e diretrizes, destaca que a capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento ao homem deve ser garantida para melhor atender essa população alvo.

Em relação as responsabilidades dos gestores, os discursos mostram o descompromisso com as atividades, como também, a presença de outras prioridades de serviços. É perceptível a insatisfação dos profissionais de saúde, que muitas vezes permanecem a mercê de situações políticas pelo não cumprimento de suas responsabilidades.

Pode-se dizer que para essa política não foi dada uma importância aos serviços e ações que está preconizado pelo Ministério da Saúde, pois até no que se refere aos recursos financeiros tanto os profissionais quanto os gestores de saúde do município de Cuité, relataram não terem conhecimento que existiam recursos destinados à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, talvez, seja essa a causa de ausência de interesse para implantação e implementação dessa.

Portanto, espera-se com essa pesquisa contribuir para novas reflexões de gestores e profissionais da saúde a respeito de melhorias na qualidade integral à saúde brasileira, principalmente pela busca precoce da população masculina para os serviços de atenção integral à saúde de homem.

## **REFERÊNCIAS**

---

ALBANO, B. R. BASÍLIO, M. C. NEVES, J. B. Desafios para a Inclusão dos Homens nos Serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem Integrada**. Minas Gerais, v. 3, n. 2, p. 554-563, 2010. Disponível em: <[http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3\\_2/08-desafios-para-inclusao-dos-homens-em-servicos-primarios-de-saude.pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/08-desafios-para-inclusao-dos-homens-em-servicos-primarios-de-saude.pdf)> . Acesso em: 10/03/2012.

ANDRADE, M. M. de. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ANDRADE, M. N. de. **O envolvimento dos gestores de saúde na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS nos municípios prioritários para o controle da tuberculose na Paraíba**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. Disponível em: <<http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2006/dissertacaomarclineide.pdf>> . Acesso em: 02/06/2011.

ARAÚJO, M. B. S. ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=440901&indexSearch=ID>> . Acesso em: 03/07/2011.

AZEVEDO, A. L. M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. 2007. Dissertação (Mestrado em saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007azevedo-alm.pdf>> . Acesso em: 09/06/2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, 2003. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/artigos/atencao\\_basica\\_bibliografias/PSF\\_ampliando\\_a%20cobertura\\_para\\_consolidar\\_o\\_modelo\\_de\\_Atencao\\_Basica.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/PSF_ampliando_a%20cobertura_para_consolidar_o_modelo_de_Atencao_Basica.pdf)> . Acesso em: 11/08/2011.

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). Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>> . Acesso em: 09/06/2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Nota Técnica 07/2009**. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília, 2009. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/arquivos/file/nt\\_072009.pdf](http://www.conass.org.br/arquivos/file/nt_072009.pdf)>. Acesso em: 09/06/2011.

CAMPANUCCI, F. da S.; LANZA, L. M. B. A atenção primária e a saúde do homem. **Anais do II simpósio Gênero e Políticas Públicas**, Universidade Estadual de Londrina, 18 e 19 de agosto de 2011. GT1. Gênero e Políticas públicas – Coordenador a Elaine Ferreira Galvão. Disponível em: <[www.uel.br/eventos/gpp/pages/.../Fabricio%20Campanucci.pdf](http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/.../Fabricio%20Campanucci.pdf)>. Acesso em: 10/03/2012.

COSTA, G. D. da. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-8, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=505913&indexSearch=ID>>. Acesso em: 12/08/2011.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 14, n. 33, p. 257-70, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a03v14n33.pdf>>. Acesso em: 16/09/2011.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, 2007. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892007000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892007000200011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 11/08/2011.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>>. Acesso em: 16/09/2011.

FRACOLLI, L. A. EGRY, E.Y. Processo de Trabalho de Gerência: Instrumento Potente para Operar Mudanças nas Práticas de Saúde? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692001000500003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000500003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20/04/2012.

GALASTRO, E. P. FONSECA, R. M. G. S. da. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 41, n. 3, p. 454-459, 2007. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/16.pdf)>. Acesso em: 10/03/2012.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf> >. Acesso em: 09/06/2011.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas da Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 783-794, 2009. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=517243&indexSearch=ID> >. Acesso em:09/06/2011.

GOMES, R. NASCIMENTO, E. F. do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/03.pdf>>. Acesso em: 16/09/2011.

GOMES, R. NASCIMENTO, E. F. do. ARAÚJO, F. C. de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 10/03/2012.

GONÇALVES, A. et al. **Saúde do Homem: um novo conceito de saúde pública**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós Graduação) – Faculdade de Enfermagem, Centro Universitário Monte Serrat, Santos.

JULIÃO, G. G. WEIGELT, L. D. Atenção à Saúde do Homem em Unidades de Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 144-152, 2011. Disponível em: < <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewPDFInterstitial/2400/1743> >. Acesso em: 16/09/2011.

JÚNIOR, F. M. da; MAIA, A. C. B. Concepções de Homens Hospitalizados sobre a Relação entre Gênero e Saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 055-063, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n1/a07v25n1.pdf> >. Acesso em: 10/03/2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n1/a07v25n1.pdf> >. Acesso em: 10/03/2012.

KANTORSKI, L. P. et al. A Integralidade da Atenção à Saúde na Perspectiva da Gestão no Município. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 434-441, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a07.pdf>>. Acesso em: 07/09/2011.

LOPES, M. M. B. et al. Políticas e tecnologias de gestão em serviços de saúde e de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 819-827, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n6/a15v22n6.pdf>>. Acesso em: 10/03/2012.

LOURENÇÃO, L. G. SOLER, Z. A. S. G. Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 11, n. 3, p. 158-62, 2004. Disponível em: < [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/Vol11-3/06%20ac%20-%20id%2038.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol11-3/06%20ac%20-%20id%2038.pdf)>. Acesso em: 11/08/2011.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a09v08n2.pdf> >. Acesso em: 21/08/2011.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf> >. Acesso em: 09/06/2011.

MARQUES, R. M. MENDES, Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n2/a07v08n2.pdf>>. Acesso em: 09/06/2011.

MELO, C. M. M. de. SANTOS, T. A. dos. A Participação Política de Enfermeiras na Gestão do Sistema Único de Saúde em Nível Municipal. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 426-432, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a07v16n3.pdf>>. Acesso em: 19/03/2012.

MENDONÇA, V. S. ANDRADE, A. N. de. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? **Revista Psicologia Política**, v. 10, n. 20, p. 215-226, 2010. Disponível em: < [www.fafich.ufmg.br/rpp/seer/ojs/include/getdoc.php?id...pdf](http://www.fafich.ufmg.br/rpp/seer/ojs/include/getdoc.php?id...pdf)>. Acesso em: 10/03/2012.

MERCADANTE, O. A. et al. **Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil: caminhos da saúde pública no Brasil**. 2002. Disponível em: < <http://www.fiocruz.br/editora/media/04-CSPB03.pdf>>. Acesso em: 12/08/2011.

NETO, F. R. G. X. SAMPAIO, J. J. C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família:

análise e perfil de necessidades de qualificação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 687-695, 2007. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2670/267019609014.pdf>>. Acesso em: 19/03/2012.

OGATA, M. N. MACHADO, M. L. T. CATOIA, E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 820-9, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a07.pdf>>. Acesso em: 12/08/2011.

PALHA, P. F. VILLA, T. C. S. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 19-26, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/03.pdf>>. Acesso em: 09/06/2011.

RODRIGUES, M. G. V. **Metodologia da Pesquisa: Elaboração de Projetos, trabalhos acadêmicos e dissertações em ciências militares**. 3. ed - Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <[http://www.esao.ensino.eb.br/paginas/secoes/div\\_ens/spg/material/arquivos/ampc.pdf](http://www.esao.ensino.eb.br/paginas/secoes/div_ens/spg/material/arquivos/ampc.pdf)>. Acesso em: 18/09/2011.

ROSA, W. A. G. LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 12/08/2011.

SÁ, L. D. de. et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da TB na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3413-3419, 2011.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007. Disponível em: <[www.scielosp.org/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf)>. Acesso em: 19/03/2012.

SANTANA, E. N. de. et al. A Atenção à Saúde do Homem: ações e perspectivas dos enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.15, n. 3, p. 324-332, 2011. Disponível em: <<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=REME%20rev.%20min.%20enferm&connector=ET&lang=pt>>. Acesso em: 19/03/2012.

SANTANA, P. R. de. et al. As ações intersetoriais e a estratégia saúde da família na ótica de gestores, profissionais e usuários da saúde no município de João Pessoa, Paraíba. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2. p. 76-87, 2008. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/734/743>>. Acesso em: 10/03/2012.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010. Disponível em: < [www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/18.pdf)>. Acesso em: 10/03/2012.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi> >. Acesso em: 10/03/2012

SILVA, V. L. Q. **Sexualidade masculina e saúde do homem na Estratégia Saúde da Família: trabalhando com a equipe a pesquisa-ação**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-26042010-101720/pt-br.php>>. Acesso em: 03/07/2011.

SOARES, A. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1565-1572, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/07.pdf>>. Acesso em: 09/06/2011.

SOUZA, M. T. de. Saúde do homem trabalhador. **Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 36, n. 6, p. 294, 2009. Disponível em: < [redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84212105002.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84212105002.pdf) >. Acesso em: 10/03/2012.

## **APÊNDICES**

---



9. Foi realizada alguma capacitação/atualização sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de Cuité?

( ) Sim. Como foi?

( ) Não. Porque?

10. Como foi ou está sendo o envolvimento dos gestores de saúde do município para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem?



8. Existe algum recurso para viabilização das ações com os homens ou implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem?

( ) Sim. De onde vem?

( ) Não. Porque?

9. Foi realizada alguma capacitação/atualização sobre da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de Cuité?

( ) Sim. Como foi?

( ) Não. Porque?

10. Como foi ou está sendo o seu envolvimento para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem?

**ANEXOS**

---

## ANEXO I

### Termo de Compromisso dos Pesquisadores

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Município de Cuité- PB: dificuldades apontadas pelos profissionais do serviço e da gestão**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

---

Marclineide Nóbrega de A. Ramalho  
Autora da pesquisa

---

Janne Kelli Freitas Maia  
Orientanda

## ANEXO II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Município de Cuité- PB: dificuldades apontadas pelos profissionais do serviço e da gestão**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho **Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Município de Cuité- PB: dificuldades apontadas pelos profissionais do serviço e da gestão** terá como objetivo geral descrever o processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de Cuité -PB, através dos discursos de profissionais de saúde que estão no serviço e na gestão, afim de identificar as dificuldades desse processo

- Ao voluntário só caberá a autorização para entrevista que será gravada e realizada com auxílio de um roteiro de entrevista semi-estruturado, e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 3372- 1900, ramal 1982, com Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

---

Assinatura do pesquisador responsável

---

Assinatura do Participante

**ANEXO III**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da realização do projeto intitulado “**Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de Cuité-PB: dificuldades apontadas pelos profissionais do serviço e da Gestão**”, desenvolvido pela discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, Janne Kelli Freitas Maia, sob a orientação da professora Msc. Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho.

Cuité, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

---

Secretaria Municipal de Saúde de Cuité- PB.

## ANEXO IV

## TERMO DO COMITÊ DE ÉTICA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que em reunião de 30/ 11/ 2011 foi aprovado o **Processo nº. 20110911 - 057** intitulado: **IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NO MUNICÍPIO DE CUITÊ – PB: DIFICULDADES APONTADAS PELO SERVIÇO E PELA GESTÃO.**

Projeto a ser realizado no período de: Dezembro de 2011 a Junho de 2012.

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC, em 30 dias (trinta dias), relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos HUAC em data a ser acordada entre pesquisador e CEP/ HUAC.

*Karyhna M. Barros da Nóbrega*  
Karyhna Magalhães Barros da Nóbrega  
Coordenadora CEP/ HUAC/ UFCG.

Campina Grande - PB, 30 de Novembro de 2011.

*Jamir Kelli Freitas Maia. 05/12/2011.*

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.  
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br)