

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

Denise Brabos Azevedo

**A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
DO HOMEM E O SERVIÇO SOCIAL: UM ESTUDO PRELIMINAR**

Santa Maria, RS

2016

Denise Brabos Azevedo

**A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
DO HOMEM E O SERVIÇO SOCIAL: UM ESTUDO PRELIMINAR**

Artigo de Conclusão de Curso Apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Bacharel em Serviço Social**.

Aprovado em 06 de dezembro de 2016.

**Cassia Engres Mocelin, Me. (UFSM)
(Presidente/Orientador)**

Cristina Kologeski Fraga, Dr^a. (UFSM)

Santa Maria, RS

2016

A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM E O SERVIÇO SOCIAL: um estudo preliminar

Denise Brabos Azevedo¹, Cassia Engres Mocelin²

Resumo

Este artigo apresenta uma discussão sobre a constituição da política de saúde pública no Brasil, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e as possíveis contribuições do Serviço Social, identificando os motivos que levam os homens a se distanciarem das unidades de saúde, bem como buscar estratégias para o Serviço Social contribuir com a implantação da PNAISH. O estudo apontou que o fato dos homens não procurar à Atenção Básica de Saúde se dá por caráter cultural, onde ficar doente está longe do perfil estipulado historicamente pela sociedade, já as mulheres tem como responsabilidade o cuidado, estendido a todos os membros da família. Diante disso, verificou-se a necessidade de se implantar uma política pública que tenha como alvo a população masculina, pois se identificou que o modelo de homem invulnerável não condiz com a realidade. O profissional assistente social deve ser um incentivador da implantação da PNAISH, haja vista que a saúde, em sua integralidade, é um dos direitos sociais fundamentais, cabendo a este profissional proporcionar acesso aos serviços de saúde, onde os homens se reconheçam enquanto protagonistas dessa política.

Palavras-chave: Saúde pública. PNAISH. Serviço Social.

Abstract:

This article presents a discussion about the constitution of the public health policy in Brazil, of the National Policy of Integral Attention to the Health of the Man and the possible contributions of the Social Service, identifying the motivations that lead the men to distance themselves from the health units, as well as to seek strategies for Social Service contribute to the implementation of PNAISH. The study

¹ Autora; graduanda do 9º semestre do Curso de Bacharelado em Serviço Social na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

² Orientadora; mestre e professora substituta do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

pointed out that the fact that men do not look for Basic Health Care is due to a cultural character, where being sick is far from the profile historically stipulated by society, since women have a responsibility to care extended to all members of the family. Diante disso, it was verified the need to implement a public policy targeting the male population, because it was identified that the model of man invulnerable does not match the reality. The social-welfare professional should be an incentive for the implementation of the PNAISH, given that health is, in its entirety, one of the fundamental social rights, and this professional should provide access to health services where men recognize themselves as protagonists of this policy.

Key-words: Public health. PNAISH. Social service.

INTRODUÇÃO

O presente estudo parte da premissa de que o homem está predisposto à maior vulnerabilidade e a mortalidade por câncer e doenças cardiovasculares, além de outras causas externas.

Os dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) apontam que, no ano de 2014, a expectativa de vida dos brasileiros homens era de 72,2 anos a menos que as mulheres (homens 71,6 anos e mulheres 78,8 anos). Segundo a mesma pesquisa a expectativa de vida do brasileiro (homem e mulher) ao nascer é de 75,2 anos em 2014.

Em 2011, foi publicado no Portal Saúde, do Ministério da Saúde, que as doenças que mais atingem a população brasileira são as doenças cardiovasculares, principalmente o infarto e o AVC (acidente vascular cerebral).

O Brasil encontra-se entre os dez países com maior taxa de mortalidade, onde tais doenças foram responsáveis por 29,4% das mortes registradas no país no período de um ano, sendo que 60% das vítimas são homens.

Em segundo lugar o câncer é a doença que mais desencadeia uma alta taxa de mortalidade masculina, estando diretamente ligado ao fato dos homens não prevenir-se, ocasionando um déficit de saúde. Quando a doença é descoberta já se encontra em fase avançada, reduzindo as chances de cura.

Segundo pesquisa realizada pela Revista Farrapo, no ano de 2015, a diferença para mortalidade por câncer entre homens e mulheres é de 62,5 mulheres para cada cem mil e 82,7 para cada cem mil homens.

Além das doenças citadas acima cabe destacar que os homens, na concepção de masculinidade, devem ter características como a de bom provedor, seja financeiro, sexual ou afetivo. Enquanto os estudos da categoria gênero e sexualidade tem um estereótipo de forte, dominador, viril, estando este último relacionado a práticas sexuais de risco, deixando-os mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS.

A histórica falta de cultura preventiva, no meio masculino, concomitante ao medo da descoberta de uma doença ou a possibilidade do constrangimento de submeter-se a um procedimento clínico, acrescentado ao fator fundamental da não identificação com os programas oferecidos pelos serviços de saúde, são alguns dos fatores que afastam os homens das ações de promoção e prevenção.

Estudos apontam que homens também precisam de acompanhamento individualizado para lidar com a dor, o medo da morte, a incapacidade profissional, os conflitos na vida sexual, a tristeza e a solidão, porém o que se destaca na sociedade, é o preconceito e a falta de equidade nos serviços oferecidos, em relação à atenção da saúde dos homens, ressaltando a manutenção dos papéis sociais de homem e mulher.

Alguns homens justificam a falta de autocuidado como ausência de tempo para esperar nas longas filas dos serviços, já que ocupa a função de provedor, não podendo deixar o trabalho em segundo plano, outros se consideram nos padrões da sociedade machista onde homens fortes, viris e imponentes e não necessitam de cuidados, tornando-os mais vulneráveis a doenças como a AIDS.

No entanto, o que se descobre com estudos já realizados, é que, na saúde pública, os homens aparecem na perspectiva utilitarista, onde todos os temas são relacionados à mulher e a paternidade, imersos em um discurso de responsabilidade e de obrigação. Observa-se então a necessidade de estudos direcionados ao universo masculino, sendo objeto das políticas capazes de tornarem o homem um sujeito de direitos, com necessidades e sentimentos.

É importante ressaltar que existem também estudos que mostram a diferença observada na população masculina atendida durante campanhas de atenção à saúde do homem, reforçando que é fundamental estabelecer estratégias de

promoção de saúde voltada ao público masculino, cujos resultados obtidos possam servir de subsídios para planejamentos organizacionais que busquem compreender as necessidades de saúde e de cuidados oferecidos a esta população, com intuito de melhorar o acesso à atenção primária de saúde.

Cabe salientar que a mudança não deve ser somente dos homens, pois a instituição de saúde que tem interesse em resgatar essa população quase invisível deve mudar o modelo de abordagem desse público, buscando estabelecer um vínculo com os usuários que anteriormente eram tratados com preconceito, como se fossem coadjuvantes do processo de saúde e não usuários de direito, pois hoje, na maioria das vezes, ocupam o papel de acompanhante.

As estratégias que colocam os homens como público alvo, onde se respeitem seus interesses e necessidades, resultam em um significativo aumento nas consultas médicas que são a gênese de um possível processo de atendimentos.

Devido à cultura da falta de autocuidado e a baixa procura do sistema de saúde pública pelo público masculino no Brasil, aliado a um alto índice de mortalidade do homem por doenças cardiovasculares e câncer, foi criada a PNAISH (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem), em (2009, p. 53), tendo como objetivos:

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

Considerando a saúde do homem um tema emergente no Brasil, no que se refere ao SUS, ainda é um assunto pouco discutido no meio acadêmico. A importância de se discutir tal assunto é percebida quando ao problematizarmos as situações proporcionamos a desconstrução de conceitos pré-estabelecidos, que são assumidos pelos homens e mulheres, sejam usuários dos serviços ou profissionais da área da saúde.

O ideal proposto é uma política voltada aos indivíduos em sua totalidade, onde diferença de raça, cor ou ainda orientação sexual não sejam motivos de discriminação, prevalecendo à promoção de saúde através da atenção universal. Esta perspectiva transversal e interdisciplinar contribui para um crescente avanço na presença dos homens nos setores.

A população masculina é vista como relapsa e displicente, esquecendo-se que vivemos numa sociedade machista, que coloca os homens como principais provedores, desconsiderando o caráter de cidadãos de direitos.

Fica evidenciado quão escasso são os estudos acerca deste assunto e também a falta de participação do Serviço Social na efetivação da PNAISH como forma de contribuir com a mudança dessa realidade, dessa forma formulou-se o seguinte problema de pesquisa: *“Como o Serviço Social pode contribuir na política do nacional de atenção integral a saúde do homem?”*

A partir dessa premissa buscou-se como objetivos deste trabalho estudar a constituição da política de saúde pública no Brasil e a sua relação com o Serviço Social e compreendendo a relação entre a PNAISH (Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem) e o Serviço Social.

Como metodologia tratou-se de uma pesquisa bibliográfica que buscou através da conversação entre os autores expor tal problemática, cercada de preconceitos e padrões pré-estabelecidos pela sociedade machista.

Um levantamento bibliográfico foi realizado através de artigos e trabalhos acadêmicos, a fim de trazer reflexões que pudessem alcançar os objetivos propostos.

1. Trajetória histórica da saúde pública no Brasil

O processo de construção da política de saúde pública no Brasil sofreu influência do contexto político-social, onde se faz necessária uma breve análise da realidade buscando conhecer os determinantes históricos envolvidos.

De 1500 a 1850 a maioria das doenças era tratada com auxílio de plantas utilizadas pelos “curandeiros” embasados somente em conhecimento empírico.

A responsabilidade da saúde pública nesse período era controlar a entrada e saída dos navios nos portos. Como não havia médicos suficientes para atender as necessidades da população, difundiu-se no território brasileiro a profissão dos farmacêuticos, conhecidos na época como Boticários, que eram responsáveis por repassar as receitas prescritas pelos médicos.

O início do Séc. XX foi marcado por um quadro de epidemias de doenças como malária, varíola e febre amarela. Tais doenças estavam trazendo sérias

consequências para a saúde da população, então um modelo sanitário de intervenção conhecido como “campanhista” foi colocado em ação. Neste período foi instituída a Lei Federal 1261, de 31 de outubro de 1904, uma medida adotada por Oswaldo Cruz, que obrigava a todos a se vacinar contra a varíola. Novamente a população revoltou-se, ocasionando a “Revolta da Vacina”.

Apesar de toda a insatisfação percebida nesse processo foi daí que se originou o Instituto Oswaldo Cruz, responsável por avanços na área da saúde coletiva no Brasil.

Em 24 de janeiro de 1923, temos o marco da Previdência Social no Brasil, onde com o decreto da Lei Eloy Chaves foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's). Através da organização da classe trabalhadora são conquistados alguns direitos como: definição da jornada de trabalho, pensões e aposentadorias, serviços funerários e médicos, preço especial para medicamentos, além de assistência aos acidentados no trabalho. Tal lei não se estendia aos trabalhadores rurais, porém na década de 1960 foi criado o FUNRURAL.

Até esse período a Política de Saúde Pública no Brasil é conhecida como “assistencialista”, onde o Estado não reconhecia a questão social, fazendo assim uma política voltada à filantropia. A partir de 1930, o Estado começa a reconhecer a questão social, adotando uma política “previdencialista” (MONTINELLI, 2011).

Com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, houve um desmembramento do Departamento Nacional de Saúde Pública. No que diz respeito à saúde pública, destacam-se os programas de abastecimento de água e construção de esgotos.

É neste período também que a Constituição Federal de 1934 tornou obrigatória a contribuição tríplice, ou seja, a contribuição de partes iguais de empregados, empregadores e União. Essa alteração refletiu na saúde pública, pois foi através desta que os trabalhadores formais começaram a ter acesso ao sistema de saúde (MONTINELLI, 2011).

No ano de 1953 o Ministério da Saúde desvincula-se do Ministério da Educação, o que não refletiu em melhoras na área da saúde.

Em meio ao regime militar, instalado em 31 de março de 1964 e caracterizado pela repressão imposta pelo governo ocorre a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), efetivado em 02 de janeiro de 1967.

O governo militar, na tentativa de manter o sistema de saúde existente, repassa recursos ao sistema privado, firmando convênios com médicos e hospitais dando origem a um complexo sistema médico-industrial, tornando-se inviável para o INPS, tanto no sentido econômico quanto no administrativo, o que levou a criação, em 1978, do INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Ainda em 1967, foi promulgado o Decreto Lei 200, que estabelece competências do Ministério da Saúde. A prevenção era uma das responsabilidades do Ministério da Saúde e este não dava conta, já que o governo federal não destinava recursos suficientes para o desenvolvimento de ações no âmbito da saúde, mesmo sabendo-se que a prevenção demanda menor investimento, portanto em 1975, o que se via era uma medicina curativa.

Com o fim do regime militar dá-se início a um dos períodos mais importantes da saúde pública no nosso país. Nesse período foi realizada a eleição da Assembleia Nacional Constituinte e a VIII Conferência Nacional de Saúde, ambas em 1986, sendo que foi esta última que deu embasamento à reforma sanitária e a criação do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde).

O Movimento de Reforma Sanitária, contrapondo a conjuntura em vigência, apresenta novas propostas na área de saúde e assistência. Tais propostas tomaram como bases ideais democráticos e universais, que futuramente vieram a compor o Sistema Único de Saúde (SUS). (MONTINELLI, 2011).

A composição do Movimento de Reforma Sanitária se dá por profissionais de saúde, pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), pelos partidos políticos de esquerda e pelos movimentos sociais urbanos. Estes defendiam:

[...] a universalização do acesso à saúde; a compreensão da saúde como direito de todos e dever do Estado; a implantação de um Sistema Unificado de Saúde; a descentralização, privilegiando o planejamento e administração das esferas locais, obedecendo cada nível de governo; o financiamento efetivo e a participação e controle do poder local por meio dos Conselhos de Saúde. (MONTINELLI, 2011, p. 20).

Como citado anteriormente, no ano de 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, que levou a discussão acerca da Reforma Sanitária para sua pauta, dando maior visibilidade para o movimento, já que tal evento contava com a participação de um grande grupo de pessoas, aproximadamente

quatro mil, sendo que muitas destas eram representantes de partidos políticos, sindicatos, além de usuários dos serviços de saúde.

A intenção da VIII Conferência Nacional de Saúde era fazer a Reforma Sanitária, por isso apresentou como temas centrais:

[...] a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do Sistema Nacional de Saúde; financiamento setorial, expondo a necessidade de estruturar tanto o Sistema Único de Saúde, bem como fazer a Reforma Sanitária. (MONTINELLI, 2011, p. 20).

Com o impacto causado na sociedade pela VIII Conferência Nacional de Saúde, caminharam-se para transformações no que se pensava a respeito da saúde, partindo-se do princípio da criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), em 1987, passando pela promulgação da Constituição Federal de 1988, que apresentou avanços na área da saúde, estes advindos do Movimento de Reforma Sanitária, até a criação do SUS (Sistema Único de Saúde).

A saúde está presente na Constituição Federal de 1988, na seção II, nos artigos 196, 197, 198.

[...] Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle,

[...] Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (Constituição Federal, 1988).

A partir do advento do SUS a saúde passa a ser considerada como direito e não mais como um favor. A regulamentação do SUS (Sistema Único de Saúde) ocorreu em 1990, através das Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

As atribuições do SUS estão diretamente ligadas às necessidades da população tendo como foco a saúde coletiva, considerando-se que saúde vai além da ausência de doenças, estando relacionada a fatores de organização social como: moradia, saneamento básico, trabalho e acesso aos bens e serviços essenciais.

Os princípios doutrinários do SUS são Universalidade e Equidade, que visam à garantia de acesso às ações e serviços a todas as pessoas, independente do sexo, raça, renda, ocupação, etc, de forma a gerar igualdade na assistência à saúde; Integralidade, referindo-se a considerar a pessoa como um todo.

A organização do SUS se dá segundo os princípios da Hierarquização - imprescindível na organização dos níveis de complexidade através da referência e contra referência, Participação Popular - democratização dos processos decisórios com a participação dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde, Descentralização Política Administrativa, onde o município é gestor administrativo e financeiro do SUS.

Segundo o Artigo 200 da Constituição Federal de 1988, compete ao SUS:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A partir de 1991 com a NOB (Norma Operacional Básica) do SUS nº 01/91, o INAMPS foi transferido ao Ministério da Saúde e o INSS destinaria ao Ministério da Saúde 25% do seu orçamento. Essa norma era responsável pela regulamentação da aplicação das Leis 8080/90 e 8142/90 (POLIGNANO, 2001).

A NOB SUS/92 tratou das transferências financeiras feitas pelo INAMPS, de assistência ambulatorial e hospitalar, tanto para estados quanto para municípios. A Fundação Nacional de Saúde permanece responsável pelos recursos no que diz respeito as demais ações de saúde, seja de forma direta ou através de convênios.

Após a IX Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em agosto de 1992, que tratava da descentralização e municipalização da saúde, baseada nas Leis 8080/90 e 8142/90, publicou-se a NOB 01/93, em maio de 1993. O objetivo desta NOB era propor regras mais rígidas, a exemplo da descentralização, como forma de apontar o rumo desejado para o SUS, mesmo que em longo prazo. O fortalecimento do pacto entre as esferas do governo era estratégia fundamental para o êxito, para tanto a Comissão Intergestores Tripartite, já existente, passou a ter reuniões quinzenais.

Com a NOB 01/93 a assistência hospitalar conquista um teto financeiro, ou seja, além de existir um número máximo de internações também estabelece um valor máximo para internação.

Neste período são criadas três modalidades de gestão para os municípios (incipiente, parcial e semiplena) e duas modalidades para os estados (parcial e semiplena), conforme a organização do SUS e estando dentro dos requisitos da lei 8.142/90.

Durante a vigência da NOB 01/93 (1994 a 1996), 63% dos municípios brasileiros (excluídos aqueles criados a partir de 1997) habilitaram-se em alguma forma de gestão, ainda que exista uma grande variação nestes percentuais entre os estados, refletindo o desenvolvimento desigual da descentralização da saúde no Brasil. Desse total, apenas 3% (144) dos municípios aderiram à gestão semiplena, forma mais avançada entre as definidas pela NOB 01/93 para a gestão municipal. (JUNIOR, 1998, p. 116).

Na busca pela autonomia dos municípios e estados, com mudanças nos repasses financeiros surge a NOB 01/96, publicada em novembro de 1996, tendo como maior avanço a alteração na forma dos pagamentos de internações, que passou a ser por produção de serviços, onde o INAMPS implantou o Sistema de Informação Hospitalar do SUS – SIH/SUS.

Em 1998, com a implantação da gestão plena e não mais semiplena, os estados e municípios passam a ser responsáveis pelas ações de saúde assim como já acontecia com a assistência.

Também em 1998, elaborou-se a primeira versão da NOB/RH SUS, após a 10ª Conferência Nacional de Saúde. A intenção era atender as reivindicações dos trabalhadores que recebiam salários, vantagens e benefícios diferenciados. A forma sugerida era a implantação de um Regime Jurídico Único. A implantação desta política se dá em busca de assegurar aos trabalhadores da área da saúde a

satisfação com o resultado no seu processo de trabalho, estabelecendo parâmetros gerais para a gestão do trabalho no SUS.

A formulação desta NOB tem um caráter democrático e foi criada embasada em discussões e negociações para se chegar a um conteúdo operacionalizável, visando o cumprimento das normas regulamentares de contratação de pessoal.

Em 2006 foi divulgado o Pacto pela saúde, documento que visa estabelecer as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem o Sistema Único de Saúde. No período que foi divulgado, o pacto pela saúde, o Brasil era o segundo país do mundo em número de transplantes, também reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS.

O compromisso do Pacto pela saúde é buscar superar dificuldades de se estabelecer normas a um país como o Brasil, com tamanha desigualdade e complexidade, para tanto se faz necessário utilizar-se dos três componentes propostos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida prioriza compromissos sanitários ligados à situação de saúde do País como: Saúde do idoso – Através da Política Nacional da Pessoa Idosa; Atenção ao câncer de colo de útero e de mama; Mortalidade infantil e materna; Doenças emergentes e endemias – Dengue, Influenza, entre outras; Promoção da saúde – Através do incentivo à atividade física, à alimentação saudável e combate ao tabagismo; Atenção básica à saúde – Modelo da saúde da família além de ordenar as redes de atenção à saúde.

O Pacto em Defesa do SUS trata de reforçar o SUS como política de Estado, onde a saúde é vista como direito de todo o cidadão e o SUS como sistema público universal que deve garantir esses direitos.

O Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades de cada ente federado, com a finalidade de regionalizar o SUS, respeitando as singularidades regionais.

Mesmo com todos os avanços observados no sistema de saúde, ainda se percebe a política de saúde pública muito direcionada ao universo feminino, pois além da busca por atendimento ser basicamente feminina (seja para a própria mulher, ou crianças acompanhadas pelas mães, ou ainda idosas), as equipes de profissionais das Unidades Básicas de Saúde são compostas basicamente por

mulheres, causando mais desconforto a parcela da população masculina, que historicamente é tão excluída dos serviços de saúde.

2. Por que o SUS fez uma política para o homem?

Com base em estudos referentes à saúde observou-se um diferencial entre os sexos, relacionado à mortalidade masculina. Em relação à idade, os homens tem uma menor expectativa de vida, em função de gênero, os homens também morrem mais quando são afetados por doenças e outras causas (violência, trânsito, etc...). Percebeu-se então uma clara desvantagem dos homens em relação às mulheres ao nível de saúde.

Os desafios a superar são imensos, a começar pelas causas externas de mortalidade, onde o predomínio dos óbitos do sexo masculino é devastador. A violência, por exemplo, vitima no geral o dobro de homens em relação às mulheres, e ao triplo, se considerarmos a faixa de 20 a 39 anos. Enquanto isso, de cada cem óbitos em acidentes de transporte terrestre, oitenta e dois são de homens, em geral jovens. Os homens são responsáveis por pelo menos seis de cada dez óbitos por doenças do aparelho circulatório e, no conjunto, esta é uma faixa etária em que a mortalidade masculina é pelo menos o dobro da feminina. No Brasil, a esperança de vida ao nascer já atingiu a média de 76,71 anos para as mulheres e 69,11 para os homens –, um indicador cuja melhoria está ligada fundamentalmente à elevação da expectativa de vida dos homens. (PNAISH, 2009, p. 8).

Não bastasse esta realidade intrínseca à população masculina, o contexto sóciohistórico contribui para reforçar as condições de insalubridade ao qual se estabelece essa parcela da população. O que acontece é que os homens, diferentemente das mulheres, não dão importância a sua própria saúde, por reconhecerem-se culturalmente como inatingíveis, ao passo de levar um estilo de vida diretamente ligado a fatores de risco, como o fumo, o álcool, a despreocupação com a dieta alimentar, além do estresse e a falta de exercício físico. Aliado a todos estes riscos os homens demonstram muita resistência em procurar os serviços de saúde.

Segundo Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005) *apud* Priscila, (2014, p. 40), ainda que os indicadores de mortalidade comprovem situações desfavoráveis para os homens, os indicativos à morbidade, medidos pela demanda aos serviços e por inquéritos populacionais, destacam, de uma maneira geral, maior frequência para as mulheres. Por outro lado, há agravos de saúde, vinculados a comportamentos específicos do homem e da mulher, que dependem de fatores culturais e, de uma maneira geral, sociais.

Por mais que não se possam negar que os fatores biológicos contribuem para esse quadro na saúde do homem, é fundamental ressaltar o quanto significa ter uma política pública pensada unicamente para essa população, pois os números demonstram que existe sim um abismo entre a saúde da mulher e do homem.

No Brasil, de acordo com Ripsa (2004 apud LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005, p. 36) essas diferenças, que eram de aproximadamente cinco anos, durante as décadas anteriores a 1980, elevaram-se nas décadas seguintes, sendo que, para 2001, as mulheres tinham maior sobrevida de oito anos, em relação à esperança de vida masculina (respectivamente, 73 e 65 anos). (Priscila, 2014, p.40).

Baseado nesses números pode-se dimensionar que temos uma população de idosos menor que de idosas, ou equivalente, já que nascem mais homens que mulheres, no entanto os homens que chegam à velhice estão mais doentes que as mulheres, já que deixam para procurar ajuda somente quando estão em estágio avançado de doença. Além do que é de comum conhecimento que doenças crônicas surgem com maior frequência com o avançar da idade (PRISCILA, 2014).

A par desses indicadores, o Estado verifica a necessidade de buscar um novo direcionamento no âmbito da saúde masculina, entendendo que as diferenças entre homens e mulheres vão além das questões relacionadas a gênero e ciente que a falta de acesso às unidades de saúde, pela população masculina, tende a tornar-se um problema o qual reflete no andamento da sociedade como um todo, destacando-se como importante área de atuação para as ações das políticas públicas.

As relações acerca da temática da saúde tornaram-se dever do Estado, no entanto começam a aparecer lacunas na sociedade que só puderam ser observadas quando este deu ênfase à atenção integral dos usuários, neste caso a saúde dos homens.

As questões de gênero estão implícitas na sociedade contemporânea, porém por mais que o número de famílias chefiadas por mulheres tenha crescido consideravelmente nos últimos anos, ainda percebe-se que a visão de provedor continua associada à imagem do homem. Essa realidade só tem contribuído para afastar, ou pelo menos dificultar o acesso aos serviços de saúde pública a esta parcela significativa da população, pois culturalmente os homens se veem como forte, viril e invulnerável ao ponto de não adoecerem e então não precisarem de cuidados.

Entendendo gênero como: “forma de legitimar e construir as relações sociais” (Gomes, 2003, p. 826) e sabendo-se que a maioria dos estudos relacionados ao gênero são direcionados ao campo feminino, observa-se nesse caso que a relação homem-mulher desfavoreceu a parcela masculina da população.

Além de a identidade masculina estar associada à falta de autocuidado e a ideia de autossuficiência, geralmente são as mulheres, crianças e idosos que são privilegiadas quando se trata de atenção básica à saúde, porque as UBS (Unidades Básicas de Saúde) são lugares destinados ao atendimento do universo feminino, pois o que encontramos nessas instituições é: médicos clínicos gerais, pediatras e ginecologistas, concomitantemente são observadas estratégias relacionadas à família, como: planejamento familiar e métodos contraceptivos, assuntos que, por questões culturais, remetem notadamente às mulheres, tornando a população masculina excluída.

Quando existe uma ação diretamente voltada ao público masculino, esta não é divulgada com a mesma ênfase que as ações direcionadas a população feminina, como é o caso do “Novembro Azul”, uma campanha de prevenção ao câncer de próstata, que certamente tem um alcance muito menor que a campanha de prevenção ao câncer de mama, “Outubro Rosa”.

Tal realidade fica clara no trabalho de pesquisa realizado por Santos (2014, p. 74), onde esta relata que em uma de suas entrevistas com a equipe de coordenação da UBS a fala foi a seguinte: “a gente fez orientações no balcão mesmo [...] Não foi feito nada além de orientações”.

Esse tipo de atitude só aumenta o distanciamento dos homens em relação à integralidade da saúde, mas como vemos está diretamente ligado à questão cultural das equipes que atendem essa população. Entende-se que é necessário melhorar o treinamento dessas equipes, além da inclusão de profissionais homens para atenderem essa demanda.

Em Santa Maria (RS), os homens, com idade entre 20 e 59 anos, representam uma parcela da população que abrange 72.260 de pessoas (27,7% da população do município, conforme o IBGE), ou seja, grande parte da sociedade está desassistida no que se refere à saúde pública, destacando-se a importância de estabelecer novas políticas públicas direcionadas a esta camada com intuito de formar cidadãos de direitos, através da emancipação pela participação social.

Vale citar também alguns dados trazidos pela Sociedade Brasileira de Urologia, onde o Ministério da Saúde destaca, em uma pesquisa realizada no ano de 2007, a qual aponta que 16,7 milhões de mulheres consultaram um ginecologista enquanto somente 2,7 milhões de homens consultaram um urologista. Uma diferença gritante que ilustra mais uma vez a relevância de se pensar uma política pública mais eficaz para essa população.

A discussão acerca da dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública, no que tange a população masculina, remete à garantia de direitos, já que a saúde é um dos princípios da Constituição Federal de 1988, cabendo ao Estado dar conta dessa população que, por vezes, torna-se “invisível” no cenário atual.

O Ministério da Saúde, em conjunto com as esferas estaduais e municipais que compõem solidariamente o Sistema Único de Saúde, compreendeu que para acelerar o alcance de melhores indicadores de qualidade de vida e padrões de vida mais longa é essencial desenvolver cuidados específicos para o homem jovem e adulto. Não se trata de reduzir a ênfase nos cuidados aos demais grupos populacionais, mas sim de chamar a atenção dos homens para que se cuidem mais e propiciar serviços de saúde que facilitem o enfrentamento dos agravos que são específicos do sexo masculino ou que nele encontram maiores taxas de ocorrência. (PNAISH, 2009, p. 8).

Segundo Pontes et al. (2009, p. 501) “[...] apesar de todos terem direito de acesso aos serviços, independente de cor, raça ou religião e sem nenhum tipo de privilégio, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas”. Partindo-se deste princípio, não podemos esquecer que cada indivíduo é único, inclusive em relação às suas necessidades, valendo lembrar que de nada adianta adotar-se políticas públicas que não tenham sido estrategicamente elaboradas, visando o atendimento do homem como um todo.

Portanto, o que se verificou, foi a necessidade de se implantar uma política pública que tenha como alvo a população masculina, pois se identificou que o modelo de homem invulnerável não condiz com a realidade e ainda contribui para o aumento da demanda a nível médio de complexidade, já que os homens demoram a buscar ajuda e normalmente quando decidem estão em estágio mais avançado de doença.

Avessos à prevenção e ao autocuidado, é comum que protelem a procura de atendimento, permitindo que os casos se agravem e ocasionando, ao final, maiores problemas e despesas para si e para o sistema de saúde, que é obrigado a intervir nas fases mais avançadas das doenças. (PNAISH, 2009, p. 7).

Para Santos (2014) os principais motivos que ocasionam o afastamento dos homens das UBSs são: 1) a dificuldade de dizer o que sentem – [...] falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros. Denota-se daí a ideia de feminilização associada aos cuidados de saúde; 2) carga horária de trabalho – o medo de uma futura demissão por se ausentar do trabalho, faz com que os homens protelem ao máximo a ida ao médico, salientando-se o perfil provedor historicamente relegado à população masculina. Vale ressaltar aqui:

[...] o horário de funcionamento dos serviços de saúde não atende às demandas dos homens, por coincidir com carga horária de seu trabalho. Observa-se que esse problema não se reduz apenas aos homens, pois o horário de funcionamento das instituições públicas de saúde nem sempre são conciliáveis com os horários das pessoas que se encontram inseridas no mercado de trabalho formal ou informal, independentemente de serem homens ou mulheres. (SANTOS, 2014, p. 46)

Estudos vêm evidenciando que nos serviços onde foram disponibilizados atendimento no horário do almoço, atendimento 24 horas, nos sábados e domingos, ou que criaram um terceiro turno à noite, houve maior presença masculina nos novos horários instituídos, [...] (VIEIRA, et al. 2013, p. 125 apud SANTOS 2014, p.50-51).

Os homens também demonstram ter medo de descobrir uma doença grave e não saber lidar com tal situação, já que se caracterizam como autossuficientes. Outros fatores que dificultam o acesso e permanência dos homens aos serviços de saúde levam em conta fatores culturais como o “machismo” e o não reconhecimento como alvo nas estratégias de saúde, ocasionando a invisibilidade da figura masculina nos serviços de saúde, onde os próprios profissionais desestimulam os homens na prevenção de doenças.

As UBSs também tem parcela de culpa na resistência masculina em acessar os serviços de saúde. A partir do momento em que um profissional adota um perfil que é capaz de fazer o homem se sentir invisível em um ambiente que deveria ser no mínimo acolhedor, está contribuindo para o afastamento dos homens dos serviços de saúde.

O perfil de cuidador, historicamente relacionado à mulher, destaca-se como mais um motivo que produz distanciamento dos homens as UBSs, uma vez que, culturalmente, são as mulheres que levam as crianças e os/as idosos/as ao médico, além de que também é de responsabilidade das mulheres o cuidado com a

prevenção de uma possível gravidez, independentemente do tipo de contraceptivo escolhido e ainda fazer o acompanhamento do pré-natal.

A falta de estudos sobre a saúde do homem, associado a falta de discussão sobre este mesmo assunto acarretaram numa geração baseada no preconceito e no senso-comum, tornando cada vez mais difícil se arquitetar um modelo de sociedade fundamentada na igualdade de gênero no campo da saúde pública e reproduzindo cotidianamente a lógica da falta do autocuidado e da busca pelo cuidado em UBS.

Na verdade, os tempos mudaram e o sistema de saúde deu-se conta de que o modelo básico de atenção aos quatro grupos populacionais – crianças, adolescentes, mulheres e idosos – não é suficiente para tornar o País mais saudável, principalmente por deixar de fora nada menos do que 27% da população: os homens de 20 a 59 anos de idade que no Brasil são, neste ano de 2009, nada menos que 52 milhões de indivíduos, na prática pouco visibilizados ainda nas estratégias públicas de atenção à saúde. Não há como esquecer, ainda, que do total de 38 milhões de trabalhadores brasileiros no setor formal da economia, 22,5 milhões são do sexo masculino. (PNAISH, 2009, p. 8).

Relacionando-se a este enfoque é possível perceber quão desafiador pode ser converter a população masculina ao modelo de cuidado já adotado pelas mulheres, contudo cabe ao Estado, através de políticas públicas, lutar para fortalecer as estratégias de chamamento deste público, explorando as questões de gênero, com ações de prevenção e promoção, quer seja direcionado aos homens ou às equipes de atendimento especializadas.

3. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Pode-se perceber que a falta de estudos relacionados à saúde do homem se dá pela cultura vigente, onde a população masculina está à margem das políticas de promoção à saúde e prevenção às doenças. Os poucos trabalhos que se pode encontrar apresentavam um cunho muito mais direcionado ao universo feminino, sem se preocupar com o déficit de saúde do homem, ou seja, a intenção era saber o quanto as atitudes dos homens afetariam na vida das mulheres.

As ações acerca do ponto de vista feminista estiveram sempre à frente, cabendo destacar o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher que foi implantado no ano de 1983, com enfoque direcionado à maternidade e à reprodução. Apesar do atraso da Política de Saúde do Homem em relação à Política de Saúde para as Mulheres, desde a década de 1990 surgiram alguns estudos

sinalizando para a diferenciação na demonstração de adoecimento e mortalidade entre homens e mulheres.

Implantada pelo Ministério da Saúde em 2008, a PNAISH, pertencia ao programa de saúde intitulado “Mais Saúde: Direito de todos”, este programa foi o pontapé inicial à Política do homem ao qual conhecemos hoje. Princípios que reconheciam a saúde como um direito social básico e de cidadania já faziam parte dessa política.

[...] o Programa Mais Saúde, contemplava 73 medidas e 165 metas, totalizando um investimento de quase 90 bilhões de reais. Entre os Eixos de Intervenção, encontra-se o de Atenção à Saúde, que inclui a implantação de ações voltadas para a Atenção à Saúde do Homem” (assegurando recursos para consolidar tal medida no triênio 2008-2011) (LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; SILVA, G. S. N., 2012, p. 2).

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde somente no ano de 2009, 16 anos mais tarde que a Política para Mulheres, segundo Montelli, (2011), mesmo com toda essa diferença temporal, o Brasil destacou-se como o primeiro país da América Latina e o segundo das Américas, a criar uma política de saúde direcionada especificamente à população masculina.

Elaborada por meio de um minucioso processo de análises e discussões com o CONASS, o CONASEMS, a universidade, as organizações profissionais como as de cardiologia, urologia, gastroenterologia, psiquiatria, pneumologia, medicina da saúde da família e comunidade, as entidades da sociedade civil organizada para questões de gênero e para outros grupos populacionais, após ser submetida à consulta pública, a Política foi consagrada pelo Conselho Nacional de Saúde em decisão unânime e pela Comissão Intergestores Tripartite que a aprovou no mérito. Conforme já citado, o foco da área de atenção à saúde masculina é o grupo de 20 a 59 anos, o que permite uma ampla área de contato especialmente com as faixas etárias limítrofes (adolescentes, idosos) e com a população feminina. Ênfase predominante está reservada para o trabalho de prevenção, promoção e proteção básica à saúde, com fundamento no conceito mestre de que cada homem pode manter-se saudável em qualquer idade. (PNAISH, 2009, p. 9).

Apesar de os primeiros trabalhos referentes à saúde do homem ter sido relacionado à questões sexuais e de ordem reprodutiva, a PNAISH veio como forma de desconstruir uma realidade que por muito tempo passou despercebida da sociedade. Esta realidade foi desvelada através de estudos que mostraram os homens como uma parcela da população invisível no ponto de vista de políticas públicas de saúde, acarretando diversos problemas na área da saúde como o desenvolvimento de doenças, além do aumento da taxa de mortalidade masculina.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem objetiva “orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção.” (PNAISH, 2009, p. 47).

Também está presente na PNAISH, a importância de criar-se um ambiente que acolha essa parcela da população que por muito tempo ficou esquecida.

A presente Política enfatiza 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. Considera essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado. (PNAISH, 2009, p. 47).

Para tanto, é necessário investimento na ampliação dos serviços na área de saúde, trabalhando-se na perspectiva da totalidade, desconsiderando o conceito de saúde que a entende como ausência de doença. Partindo-se do princípio do autocuidado do homem até o treinamento para qualificação das equipes de profissionais, considerando desde a prevenção até a cura.

É fato que da formulação de uma política até sua real implementação existe um longo e árduo caminho a ser percorrido. Ainda, é através da PNAISH que fica registrado que,

[...] a implementação da política deverá ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, numa lógica hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime. Essa política tem como princípios a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais. (PNAISH, Princípios e Diretrizes, p. 47)

Os princípios que embasam a PNAISH são:

1. Universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
2. Articulação com as diversas áreas do governo, com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina;
3. Informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades do homem;
4. Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
5. Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;
6. Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;

7. Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários; e
8. Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (PNAISH, 2009, p. 47 e 48)

As diretrizes que devem nortear os planos, programas, projetos e atividades da PNAISH são:

[...] A integralidade [...] Trânsito do usuário por todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contra referência entre a atenção primária e as de média e alta complexidade [...]; e Compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que abranjam inclusive as determinações sociais sobre a saúde e a doença. (PNAISH, 2009, p. 49).

Todas as diretrizes foram estabelecidas com base em princípios compatíveis com os do SUS, observando a viabilidade de implantação, gestão e controle social. Além das diretrizes citadas anteriormente a PNAISH apresenta mais algumas:

- Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica [...];
- Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, [...] garantindo condições para a execução da presente Política;
- Nortear a prática de saúde pela humanização e a qualidade da assistência a serem prestados, princípios que devem permear todas as ações;
- Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde;
- Promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir;
- 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;
- Integrar as entidades da sociedade organizada na corresponsabilidade das ações governamentais pela convicção de que a saúde não é só um dever do Estado, mas uma prerrogativa da cidadania;
- Incluir na Educação permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão; e
- Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (PNAISH, 2009, p. 50 e 51)

É interessante destacar o olhar para a área da educação como estratégia de aproximar a população masculina ao serviço de saúde. Vale destacar também a ênfase que é dada à ESF, como porta de entrada do sistema de saúde pública.

O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção dos problemas evitáveis. (PNAISH, 2009, p. 13).

O fato de os homens terem como referência as Unidades Básicas de Saúde é sempre enfatizado, pois além de estar ligado à prevenção de doenças também pode ser alternativa para amenizar o sofrimento dos pacientes e seus familiares, além de reduzir a sobrecarga financeira da sociedade. A atenção primária é estratégia para promoção e conservação da saúde na busca de uma melhor qualidade de vida.

No entanto, existem posicionamentos contrários a esta proposta estes justificam que a saúde deve garantir acesso a todos sem privilegiar nenhum tipo de segmento da sociedade.

Ainda que tenha contado com a participação de diferentes grupos sociais e com um mecanismo de consulta pública, a PNAISH recebeu críticas, por não incorporar as discussões de gênero, por "vitimizar" um homem que deve ser sujeito de uma política específica porque precisa ser protegido de si mesmo [...] (LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; SILVA, G. S. N., 2012, p.4).

Contudo, a PNAISH entende que os homens já estiveram por muito tempo à margem desses direitos, portanto não cabe pensar como priorizar e sim equiparar o atendimento.

Diante disso, percebe-se alguns desafios que a PNAISH terá que enfrentar até ser implantada em sua integralidade. Tendo como base um atendimento que preconiza a masculinidade na totalidade dos sujeitos é fundamental um estudo crítico das relações sociais em relação às questões homem-mulher para se chegar a um modelo de trabalho que consiga abarcar todas as demandas, tanto individuais quanto coletivas, com objetivo de mudar a realidade vigente e contribuir para as gerações futuras.

O ideal proposto pela PNAISH remete à saúde como um direito social, segundo os princípios da Constituição Federal de 1988, portanto, fazer com que a população masculina enxergue-se como parte dessa sociedade de direitos é mais um desafio que a política terá que enfrentar.

Além da falta de investimento por parte dos gestores de saúde pública, na divulgação e implementação da PNAISH, também a de se salientar a dificuldade

encontrada pelos homens em acessar exames que são fundamentais para o andamento do processo de prevenção de doenças.

Este fato mais uma vez afasta tal população dos serviços de saúde, pois a precariedade na rede e a dificuldade de se conseguir encaminhamentos gera uma falta de confiabilidade por parte dos homens na saúde pública, porque estes sabem que se houver necessidade de dar andamento investigativo de possíveis doenças e não conseguirem via SUS, também não poderão cobrir os gastos financeiros através de meios próprios.

Não se pode esquecer também que uma política que vislumbre a totalidade não pode trabalhar no mesmo viés em todas as situações, precisando adaptar-se as demandas do cotidiano, a exemplo da territorialidade, para quem reside no interior dos municípios, ou disponibilidade de horário, referindo-se ao horário de atendimento das UBS, visto que sabemos que muitos homens não conseguem deslocar-se até a unidade básica nos horários disponíveis.

4. O Serviço Social e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

A saúde do homem é um campo novo e pouquíssimo explorado pelos profissionais do Serviço Social, no entanto é um assunto indiscutivelmente importante a ser estudado na sociedade contemporânea, tendo em vista as reflexões acerca da problemática que o circunda.

Verdadeiramente é um assunto que se encontra à margem de especulações em quaisquer áreas da saúde, seja medicina, psicologia ou Serviço Social. Analisando os trabalhos, artigos, etc, encontrados para basear este estudo, confirmou-se que o pouco que se tem de material sobre este assunto vem da área da enfermagem, a qual demonstra interesse e preocupação com tal demanda.

Por muito tempo, a população masculina vivenciou uma relativa invisibilidade epidemiológica como sujeito de atenção à saúde. No Brasil, nos últimos anos, a saúde do homem vem ganhando relevância no campo da saúde coletiva, mas só apenas em agosto de 2009, através da portaria nº 1.944, no governo Lula, é que o Ministro da Saúde lançou oficialmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). (MONTINELLI, 2011, p. 26).

Considerando a pesquisa realizada por Santos (2014), em Florianópolis, entende-se, pelo menos em parte, o porquê dos usuários do sistema de saúde pública se tornarem invisíveis para as estratégias de política de saúde. Neste caso, o campo a ser assinalado nos prontuários, referente ao sexo dos usuários das UBS, simplesmente é ignorado.

A não discriminação entre homens e mulheres que procuram os serviços de Atenção Básica reforça a invisibilidade da menor presença de homens naquela que deveria ser a porta de entrada preferencial do SUS. (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012, p. 2615 apud SANTOS, 2014, p. 75).

Levando-se em consideração que o assistente social é um profissional preparado para lidar com demandas que expressam as manifestações da questão social, pode-se entender que este já está atrasado em relação à necessidade de sua participação nesse processo.

Segundo o artigo IV da Lei nº 8.662 – Lei de Regulamentação, de 7 de junho de 1993, a qual regulamenta a profissão, são funções do profissional do Serviço Social, dentre outras:

- III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; [...]
- V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; [...]
- XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades. (Lei de Regulamentação, 1993, p. 1)

Como podemos observar o profissional do Serviço Social pode atuar em diversas frentes da PNAISH, partindo do planejamento, execução e avaliação de pesquisas, que podem servir como referencial para diagnosticar a realidade social, conhecendo as particularidades e o perfil da população masculina que se encontra excluída, passando pela avaliação socioeconômica dos usuários, quando houver necessidade de selecionar grupos que serão contemplados com devida política social, além de estar diretamente ligado a encaminhamentos para a rede e orientações sociais, seja individual ou coletivamente. Finalizando sua atuação, o profissional assistente social poderá tomar à frente dos programas e projetos sociais, planejando, gerindo e/ou avaliando.

Também está intrínseco à profissão do assistente social, o caráter de profissional comprometido com a democratização do acesso aos Direitos Sociais, entendendo a saúde como um destes direitos, declarado pela Constituição Federal de 1988.

O profissional assistente social deve ser um incentivador da implantação da PNAISH, haja vista que ela foi pensada para garantir o acesso à saúde a todos que estavam invisíveis ao sistema de saúde pública. Tendo em vista que a saúde, em sua integralidade, é um dos direitos sociais fundamentais, cabe a este profissional capacitado lutar para que esses homens se reconheçam enquanto protagonistas dessa política e busquem, através dela, sua emancipação social.

Vale destacar novamente o Artigo V da Lei de Regulamentação da profissão, que norteia o profissional assistente social na realização do seu trabalho.

V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; (Lei de Regulamentação, 1993, p. 1)

Assim como a Lei de Regulamentação, também o Código de Ética do Assistente Social aponta princípios fundamentais para que este profissional possa exercer seu trabalho buscando a garantia de direitos a todos os usuários.

II. Defesa intransigente dos direitos humanos [...];
III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; [...]
V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; [...]
X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional (Código de Ética do Assistente Social, 1993, p.23 e 24).

O assistente social pode contribuir para a criação e/ou aperfeiçoamento da rede de encaminhamentos, pois esse olhar para a complexidade do usuário deve existir em todos os acolhimentos. Através dos encaminhamentos, diversos profissionais das mais variadas áreas assistirão esses usuários. Trabalhando em parceria com outras profissões cada usuário poderá ser atendido na sua especificidade e individualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo, percebe-se que essa temática ainda carece de pesquisas e reflexões sob a ótica do Serviço Social, não esgotando aqui a discussão.

Percebendo a real situação do homem na saúde pública brasileira deslumbrase um campo importante e promissor para pesquisas, programas e projetos na área do Serviço Social, onde esse profissional poderá contribuir para um debate rico visando promover melhorias, seja estrutural, pessoal e/ou operacional, priorizando os níveis de baixa e média complexidade.

Cabe ao profissional do Serviço Social conhecer essa parcela da população e interessar-se por essa demanda que ainda encontra-se invisível aos estudos e pesquisas, para que então, com o apoio dos órgãos públicos competentes e da sociedade civil se consiga desconstruir tal realidade e demonstrar a esse público uma nova perspectiva, baseada no autocuidado.

Apesar dos estudos apontarem para o fato de que a falta de acesso pelos homens à atenção básica de saúde pública acarrete em aumento nos custos para a sociedade como um todo, o objetivo do trabalho do assistente social deve ser construir intervenções para aumentar a autonomia do usuário, para que este se sinta parte da sociedade, ou seja, o homem deve se reconhecer como parte da solução e não causa do problema.

Destaca-se a importância deste estudo e principalmente a necessidade de se dar seguimento a pesquisas sobre esta temática que por muito tempo permaneceu à margem de qualquer interesse do Estado. Somente trazendo à tona tal problemática e desmistificando o papel do homem na saúde pública brasileira, pode-se pensar verdadeiramente na emancipação dessa parcela da população que tem sido excluída socialmente.

A PNAISH pode ser considerada um avanço no que se refere à tentativa de inclusão do homem no campo da saúde pública, porém entre a formulação e a implantação de tal política há um distanciamento, necessitando, portanto de uma atenção que remeta verdadeiramente ao interesse a esse público, já que é um assunto que requer um olhar crítico.

Se o homem for tratado enquanto uma categoria hegemônica, não se conseguirá alcançar os objetivos propostos pela PNAISH, pois se observa uma diversidade representada pelos mais variados grupos de usuários, sejam diferenças de faixa etária, sociais, culturais, econômicas, raciais, étnicas, religiosas, sexuais,

entre outras. Cada usuário deve ser respeitado em sua particularidade, procurando com isso se atingir um resultado que abranja a totalidade.

O que fica de reflexão acerca deste estudo é a importância de se conhecer, implantar e divulgar a PNAISH, para que através do conhecimento desta política os profissionais das mais variadas áreas possam embasar projetos que visem à inclusão do público masculino no campo da saúde pública, buscando formar enfim uma sociedade mais equânime e igualitária.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1996.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. On Line. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 16 out. 2016.

BRASIL. **Lei n. 8.142**, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. On Line. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 16 out. 2016.

JUNIOR, M. de O. O Financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: GOULART, F. A. (org.) Os médicos e a Saúde no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. On line. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/biblioteca_virtual/medicos_saude_brasil/cap5.htm>. acesso em: 15 nov. 2016.

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; SILVA, G. S. N. **O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde.** Revista Ciência saúde coletiva. v.17, n. 10 Rio de Janeiro, Oct. 2012. On line. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000010>. Acesso em 02 nov. 2016.

MONTINELLI, M. B. **A Política de Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família (ESF):** uma análise da percepção dos profissionais e usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família do Monte Castelo, Campina Grande – PB, 2011.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil:** uma pequena revisão. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, 2001. On line. Disponível em: <http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf>. Acesso em 10 out. 2016.

SANTOS, P. H. B. **Homem invisível:** a análise da saúde do homem a partir do estudo de uma unidade básica de saúde do município de Florianópolis.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em 12 out. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/>. Acesso em 12 out. 2016.

REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO - Lei nº 8.662, E 7 DE JUNHO DE 1993.