



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

KIRLENE SCHEYLA VIANA CHIANCA

**IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO
INTEGRADA A SAÚDE DO HOMEM: análise das possibilidades
e limites**

**JOÃO PESSOA - PB
2011**

KIRLENE SCHEYLA VIANA CHIANCA

**IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO
INTEGRADA A SAÚDE DO HOMEM: análise das possibilidades
e limites**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, na área de Enfermagem na Atenção à Saúde, inserida na linha de pesquisa Políticas Públicas e Práticas de Saúde em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Wilma Dias de Fontes

JOÃO PESSOA – PB

2011

C532i Chianca, Kirlene Scheyla Viana.
Implantação da Política Nacional da Atenção Integrada à
Saúde do Homem: análise das possibilidades e limites / Kirlene
Scheyla Viana Chianca.- João Pessoa, 2011.
91f.
Orientadora: Wilma Dias de Fontes
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS
1. Enfermagem. 2. Saúde do homem – Políticas Públicas.
3. Unidade de Saúde da Família-USF. 4. Enfermagem – práticas
de Saúde.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

KIRLENE SCHEYLA VIANA CHIANCA

**IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO
INTEGRADA A SAÚDE DO HOMEM: análise das possibilidades
e limites**

Aprovada em _____ de _____ de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Wilma Dias de Fontes
Orientadora (Universidade Federal da Paraíba)

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro Toledo Vianna
Universidade Federal da Paraíba - PPGENF

Profa. Dra. Maria Adelaide Paredes Moreira
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB

Profa. Dra. Antônio Oliveira Silva
Coordenadora do PPGENF da UFPB

Dedico, a minha família, pelo amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que me deu sabedoria e determinação nos momentos mais difíceis dessa caminhada;

Aos **meus pais**, pelas oportunidades a mim concedidas, pelo amor, carinho, pela confiança depositada em minha pessoa e pela dedicação, estando sempre presentes, ajudando-me nas dificuldades e vibrando com cada vitória alcançada;

Aos **meus irmãos e sobrinhos** pelo carinho e ajuda nos momentos que precisei;

A **toda a minha família**: avó, meus tios e primos pela torcida;

Aos **meus queridos amigos**, pela força, pelas risadas, pelos momentos de leveza e, acima de tudo, por entenderem minha ausência, meu silêncio ou meu cansaço nesse período;

À **minha orientadora**, Dra. Wilma Dias de Fontes, por ter aceitado me guiar nesse trajeto e acreditado na minha capacidade técnica como também pela paciência, orientação e incentivo, bem como pela experiência transmitida e tempo dispensado;

Aos **colegas e professores do mestrado** pelo incentivo e troca de conhecimentos que muito contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional;

As **Enfermeiras** que tão gentilmente aceitaram participar da pesquisa;

À **Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa e ao Distrito Sanitário VI**, por autorizarem a realização desta pesquisa;

Aos **participantes do Grupo de Estudo sobre Gênero e Saúde do Homem**, por compartilharem comigo grande parcela dos seus conhecimentos;

Aos **componentes da banca** pela amizade e contribuições, pessoas que sempre admirei;

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho, expresso o meu sincero agradecimento.

“Cultivar estados mentais positivos como a generosidade e a compaixão decididamente conduz a melhor saúde mental e a felicidade”.

(Dalai Lama)

CHIANCA, Kirlene Scheyla Viana. **Implantação da Política Nacional da Atenção Integrada a Saúde do Homem**: análise das possibilidades e limites. 2011 – 91 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

RESUMO

O presente Trabalho possui como escopo avaliar, a partir dos enfermeiros das equipes de USF Integrada, quais são as possibilidades e limites para a implantação da PNAISH no município de João Pessoa – PB. O propósito de tal avaliação, nesse sentido, é reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde, descortinando para a sociedade as consequências e efeitos da implantação e implementação dessa política, especialmente na atenção básica. A inclusão de diferentes grupos populacionais na atenção básica à saúde não tem ocorrido de forma equânime. Exemplo disto pode ser representado pelo déficit da saúde relacionado ao homem, haja vista que por muito tempo esta não recebeu atenção necessária, o que resultou em um quadro de morbidade e de mortalidade preocupante. Pode-se afirmar que a situação da saúde do homem apresenta um perfil desafiador no tocante às políticas públicas, pois sua resolutividade implica, entre outros aspectos, em ampliar as discussões sobre as condições severas e crônicas da saúde deste grupo populacional e implementar ações específicas, com base neste contexto, desenvolveu-se a dissertação em questão. Em consonância com os objetivos propostos, este se trata de um estudo tipo exploratório, com abordagens quantitativas e qualitativas. O ambiente de estudo escolhido abrangeu as USF Integradas de João Pessoa – PB correspondendo à junção de quatro unidades básicas de saúde que se apóiam mutuamente para atender às demandas de saúde da população. Para responder a questão problemática que norteou o estudo foram entrevistados 12 enfermeiros que desenvolvem atividades nas referidas USF Integradas. Os dados foram processados utilizando-se elementos quantitativos e qualitativos com a finalidade de responder aos objetivos propostos na pesquisa. Pode-se constatar através da análise e discussão dos resultados que as ações específicas para a saúde do homem são praticamente inexistentes nas USF, uma vez que tal público não é receptivo, sendo os homens bastante resistentes às ações de saúde, além de ainda não existir uma política consistente, voltada especificamente para este público. Infere-se tomando por base os relatos das entrevistadas que a questão chave capaz de contribuir para a implementação da PNAISH é a capacitação da equipe profissional, uma vez que para os entrevistados, o espaço para desenvolver as ações existe, portanto, a deficiência encontrada reside na falta de capacitação para dar suporte a programas voltados para saúde do homem.

Palavras-Chave: Saúde do Homem. Unidade de Saúde da Família. Políticas Públicas.

CHIANCA, Kirlene Scheyla Viana. **Implantação da Política Nacional da Atenção Integrada a Saúde do Homem**: análise das possibilidades e limites. 2011 – 91 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

ABSTRACT

The present work has as scope to assess, from the nurses USF Integrated teams, what are the possibilities and limitations for the deployment of PNAISH the city of João Pessoa - PB. The purpose of this evaluation, accordingly, is to reduce the uncertainties in the decision-making in health, revealing to society the consequences and effects of the deployment and implementation of this policy, especially in primary care. The inclusion of different population groups in primary health has not been equitably. An example can be represented by a shortage of health related to man, given that this long not received necessary attention, which resulted in a framework of morbidity and mortality of concern. It can be stated that the situation of human health presents a challenging profile in relation to public policies, because their problem solving means, among other things, to broaden the discussion about the harsh conditions and chronic health of this population group and implement specific actions, based on this context, we developed the thesis in question. In line with the objectives, if this is an exploratory study with qualitative and quantitative approaches. The study environment comprised the USF picked Integrated João Pessoa - PB corresponding to the junction of four basic health units that support each other to meet the demands of population health. To address the problematic issue that guided the study were interviewed 12 nurses who deliver on those activities Integrated USF. The data were processed using quantitative and qualitative elements in order to meet the objectives proposed in the research. It can be seen through analysis and discussion of results that the specific actions to human health are almost nonexistent in the USF, as this audience is not receptive, men being quite resistant to the actions of health, and it does not exist a consistent policy, geared specifically for this audience. It appears from building on the interviewees' reports that the key issue would contribute to the implementation of PNAISH is the training of professional staff, as to respondents, the space to develop the action is, therefore, the deficiency is found the lack of capacity to support programs for human health.

Key-words: Men's Health. Family Health Unit. Public Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC - Análise de Conteúdo

CAADAB - Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica

DS - Distritos Sanitários

ESF - Estratégia de Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Normas Operacionais de Assistência À Saúde

NOB - Normas Operacionais Básicas

ONU - Organização Mundial das Nações Unidas

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem

SUS - Sistema Único de Saúde

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF - Programa Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Categorias, codificação e subcategorias oriundas da análise temática da Compreensão dos enfermeiros frente aos aspectos vinculados à estrutura física, recursos humanos e materiais necessários à implantação/implementação da PNAISH.....	55
Quadro 2: Subcategorias e respectivos relatos dos enfermeiros pertinentes à categoria denominada adequação do espaço físico para atendimento individualizado.....	56
Quadro 3: Subcategorias e respectivos relatos dos enfermeiros pertinentes à categoria denominada adequação do espaço físico para atendimento coletivo.....	57
Quadro 4: Subcategorias e respectivos relatos dos enfermeiros pertinentes à categoria denominada Espaço físico fundamental para elevar a qualidade do cuidado.....	58
Quadro 5: Subcategorias e respectivos relatos dos enfermeiros pertinentes à categoria denominada Compreensão dos enfermeiros sobre os equipamentos necessários e disponíveis nas USF Integrada.....	60
Quadro 6: Categorias, codificação e subcategorias oriundas da análise temática da Compreensão dos enfermeiros frente às possibilidades e limites operacionais para a implantação/implementação da PNAISH.....	62
Quadro 7: Subcategorias e respectivos relatos dos enfermeiros pertinentes à categoria denominada percepção de ações inclusivas.....	63
Quadro 8: Subcategorias e respectivos relatos dos enfermeiros pertinentes à categoria denominada Implantação/Implementação por meio de programas de saúde institucionalizados.....	68
Quadro 9: Subcategorias e respectivos relatos dos enfermeiros pertinentes à categoria denominada Ações específicas de programa de saúde.....	69
Quadro 10: Subcategorias e respectivos relatos dos enfermeiros pertinentes à categoria denominada Limites para implantação/implementação da PNAISH...	71

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Sexo.....	51
Gráfico 2: Faixa Etária.....	52
Gráfico 3: Tempo de trabalho na ESF.....	53
Gráfico 4: Tempo de Trabalho na USF Integrada.....	53
Gráfico 5: Ano de Graduação em Enfermagem.....	54
Gráfico 6: Formação no Âmbito da Pós-graduação.....	55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos Específicos.....	19
3 MARCO TEÓRICO.....	20
3.1 Sistema Único de Saúde.....	20
3.2 A Estratégia Saúde da Família.....	24
3.3 A Saúde do Homem: da política nacional ao plano de ação.....	33
3.1.1 União.....	37
3.1.2 Estados.....	38
3.1.3 Municípios.....	39
3.4 Avaliação em Saúde.....	40
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	45
4.1 Tipo de Estudo.....	45
4.2 Cenário do Estudo.....	45
4.2.1 Informações gerais sobre o município.....	46
4.3 População e Sujeitos da Investigação.....	47
4.4 Abrangência Temporal do Estudo.....	48
4.5 Instrumentos para a Coleta de Dados.....	48
4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	48
4.7 Análise dos Dados.....	48
5 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÕES.....	50
5.1 Perfil dos Entrevistados.....	51
5.2 Diagnóstico Situacional das USF Integradas.....	55
5.3 Percepção dos Enfermeiros sobre a Implantação/Implementação da PNAISH.....	62
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS.....	78

APÊNDICES.....	85
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	86
APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados.....	88

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, quando da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU). No Brasil, ele foi incorporado como o direito à assistência em saúde dos trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho, o que contemplava somente a parcela da população que contribuía para a previdência social, privando a maioria do acesso às ações de saúde, restando a ela a assistência prestada por entidades filantrópicas (BRASIL, 2007).

A luta pela conquista desse direito teve como um de seus pontos altos a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, a qual se constituiu como novo marco da área na política nacional, possibilitando a ampliação do conceito de saúde. Em seu documento final esta é definida como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 04).

Destaca-se que as discussões ali ocorridas serviram de base para a definição na Assembléia Nacional Constituinte, do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, onde se determina que a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2007).

Posteriormente, houve a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 90, regulamentado pela Lei nº. 8080/90, Lei Orgânica da Saúde, que é considerada uma ação de relevância pública, uma vez que busca interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira.

A concepção dessa assistência é baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades dos cidadãos, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Deste modo, pode-se afirmar que, a necessidade de instituir a política de saúde por meio da organização do Sistema Único de Saúde fez com que o Ministério da Saúde (MS) propusesse, a partir de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que passou a ser

a principal estratégia para a reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS (BRASIL, 1998).

O principal objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, esta centrada no hospital e voltada para cura de doenças. Neste sentido, busca priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e famílias de forma integral e contínua (BRASIL, 2001).

Estruturado na lógica da atenção básica à saúde, o PSF foi eleito por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), do Ministério da Saúde, como estratégia prioritária tanto para sua organização, quanto para a ordenação das redes de atenção à saúde de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2006). Neste sentido, transformar o programa em uma estratégia de organização representou um progresso para a implementação do referido sistema, tendo em vista que esta atitude amplia a reorganização da prática da atenção à saúde em novas bases, na busca de possibilitar maior acesso aos indivíduos e suas famílias.

Atualmente, as unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), por representar a porta de entrada para o sistema de atenção à saúde no Brasil, respondem por um grande número de consultas médicas e outros procedimentos assistenciais. Assim, avaliar e monitorar o desempenho desses serviços é hoje uma necessidade singular para aprimorar a qualidade deste tipo de atenção.

A avaliação como componente da gestão em saúde tem hoje como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, que abrange subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população. Para Vieira-da-Silva (2005), a avaliação de políticas, programas e projetos pode recortar todos os níveis do sistema de saúde. E, embora a avaliação de políticas freqüentemente envolva a avaliação de programas, a distinção entre essas duas dimensões das práticas pode ser necessária para fins analíticos.

Destaca-se, entretanto, que a inclusão de diferentes grupos populacionais na atenção básica à saúde não tem ocorrido de forma equânime. Exemplo disto pode ser representado pelo déficit da saúde relacionado ao homem, haja vista que por muito tempo esta não recebeu atenção necessária, o que resultou em um quadro de

morbidade e de mortalidade preocupante. Pode-se afirmar que a situação da saúde do homem apresenta um perfil desafiador no tocante às políticas públicas, pois sua resolutividade implica, entre outros aspectos, em ampliar as discussões sobre as condições severas e crônicas da saúde deste grupo populacional e implementar ações específicas.

Diversos estudos comparativos entre homens e mulheres têm evidenciado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, principalmente às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (NARDI *et al.*, 2007). Além disto, ao se analisar as causas de mortalidade na população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos em 2005 observou-se que, em 75% dos casos, os óbitos incidem em cinco grupos principais de entidades mórbidas. A maior porcentagem de óbitos deve-se às Causas Externas (30%), seguida pelo índice das Doenças do Aparelho Circulatório (20%); em terceiro, os Tumores (12%); em quarto, as Doenças do Aparelho Digestivo (8%). As Doenças do Aparelho Respiratório foram responsáveis por 5% das mortes, conforme dados da Política Nacional de Atenção ao Homem (BRASIL, 2008).

Assim, a partir do reconhecimento e reflexão deste quadro, fica evidente a urgência em constar como pauta das políticas públicas, particularmente, a saúde integral do homem, bem como nos diversos contextos socioculturais e político-econômicos. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde apresentou em 2008 a Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem (PNAISH), a qual tem como objetivo promover ações de saúde que colaborem significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. A intenção é possibilitar o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008).

Deste modo, entre as estratégias para a implementação desta política, destaca-se a criação de um projeto de lei no qual se evidencia a necessidade da criação de uma Semana Nacional de Saúde do Homem pelos deputados Jair Bolsonaro e Clodovil Hernandez. Neste evento foi reafirmada a necessidade de se instituir medidas que visem contribuir para mudar a cultura masculina de resistência à saúde preventiva. Na Paraíba foi homologada a Lei 8.772 de 15 de abril de 2009, da Secretaria de Saúde do Estado, que instituiu a Semana Estadual de Saúde do

Homem a ser desenvolvida anualmente na primeira quinzena do mês de agosto. Dentre seus objetivos destacam-se: a ampliação da consciência do homem a respeito de sua própria saúde; a desmistificação dos procedimentos médicos estigmatizadores; a educação do homem no tocante ao cuidado com sua saúde; a difusão de informações sobre as doenças; e o desenvolvimento de informações sobre doenças sexualmente transmissíveis – DST/AIDS (SES, 2009).

Assim, a Política está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do SUS –; com as estratégias de humanização em saúde; e em consonância com os princípios do SUS – integralidade, equidade, universalidade, descentralização, hierarquização e controle social – fortalecendo ações e serviços em redes de cuidados à saúde. Desse modo, estão definidas as responsabilidades institucionais de acordo com as diretrizes emanadas do Pacto pela Saúde 2006, respeitando-se a autonomia e as competências das três esferas de governo.

Considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito da PNAISH pelo Ministério da Saúde, é possível depreender que o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população masculina estão estreitamente vinculados aos princípios básicos do SUS, em especial aos conceitos de integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade, sendo norteadas pela humanização e a qualidade da assistência, princípios que devem permear todas essas ações (BRASIL, 2008).

É oportuno destacar que a institucionalização de uma política dessa magnitude não garante em si as condições necessárias a sua implantação e implementação, pois, no cotidiano das UBS verificam-se, de modo empírico, dificuldades importantes vivenciadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, sejam associadas ao serviço e/ou às habilidades para lidar com esta clientela.

Figueiredo (2008) com base em estudos de atenção à saúde do homem constatou que os serviços de atenção primária e, conseqüentemente, seus profissionais, tinham pouca clareza acerca das necessidades masculinas, sobre suas interações com as concepções de gênero, bem como no contexto das habilidades de cuidado dos profissionais que reforçam ou ignoram os valores associados à construção da masculinidade historicamente instituída.

Diante do exposto, e com base nos conceitos e elaborações anteriormente apresentadas, busca-se neste estudo avaliar, a partir dos enfermeiros das equipes

de USF Integrada, **Quais são as possibilidades e limites para a implantação da PNAISH no município de João Pessoa?**

O propósito da avaliação, nesse sentido, é reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde, descortinando para a sociedade as consequências e efeitos da implantação e implementação dessa política, especialmente na atenção básica. Segundo Brasil (2005) a institucionalização da avaliação possibilita que se preste contas à sociedade das opções dos gestores a partir da análise de seus processos e resultados.

Sabe-se que a implementação de uma política, especialmente da dimensão da PNAISH, embora inclusiva¹, exige-se a adequação das condições das UBS quanto à estrutura física, recursos materiais e humanos; bem como a compreensão da percepção dos profissionais da saúde, aqui em particular, dos enfermeiros, a respeito da referida política para revelar as suas possibilidades e seus limites operacionais. Assim, foi selecionada a modalidade de avaliação da estrutura que compreende um dos componentes da avaliação normativa.

Segundo Contrandipoulos *et al.*, (1997, p.35) consiste em “...saber em que medida os recursos são empregados para atingir os resultados esperados”. Esta medida ocorre através da comparação dos recursos e da organização da intervenção com critérios e normas pré-definidas.

A inquietação que mobilizou esta pesquisa na direção acima aludida foi dada pela leitura de diferentes estudos sobre o perfil de morbidade e mortalidade masculinas. Vários estudos indicam uma maior taxa de mortalidade entre os indivíduos de sexo masculino quando comparada às taxas apresentadas pelas mulheres. Observa-se também que as próprias características das unidades de atenção primária representam certos impedimentos no atendimento às necessidades da saúde masculina. Os espaços do serviço constituem contextos desfavoráveis à presença do homem, onde o ambiente tem sido considerado como feminilizado, por ser um lugar quase que destinado exclusivamente a mulheres, idosos e crianças. Em sua estrutura organizativa, há programas e ações bastante sedimentados para atenção destas pessoas, especialmente.

Segundo Santos (2009), as temáticas relacionadas à saúde do homem e à masculinidade, bem como às práticas de prevenção de agravos e promoção da

¹ Política inclusiva – refere-se a uma política a ser implementada a partir dos programas de saúde existentes na UBS, respeitando as especificidades e as diversidades loco-regionais.

saúde por muitos anos não foram discutidas adequadamente, e os impasses provenientes desse déficit se tornaram um agravante para o atual cenário da assistência a esta população.

Espera-se que este estudo venha a contribuir significativamente para o homem, buscando conscientizá-lo acerca dos cuidados com sua saúde, bem como da prevenção como fator preponderante para aumentar sua expectativa e qualidade de vida. Sendo assim, o mesmo deve adquirir o hábito de regularmente visitar a USF, sentindo-se acolhido pelos profissionais que ali atuam. Uma vez exposta a importância da implementação da PNAISH para o paciente, deve-se enfatizar sua importância também para os profissionais, pois tal implantação promoverá a valorização dos mesmos, estimulando a integração da equipe, o que gerará a melhoria na qualidade da assistência ao público masculino na USF Integrada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar as possibilidades e limites para a implantação da PNAISH no município de João Pessoa – PB.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar um diagnóstico situacional das USF Integrada, quanto à estrutura física, recursos materiais e humanos;
- Analisar a compreensão dos enfermeiros das equipes de USF Integrada a respeito do PNAISH na perspectiva da implantação, possibilidade e limites operacionais.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Sistema Único de Saúde

O SUS teve suas raízes no movimento de reforma sanitária brasileira. Inserida no contexto de redemocratização do país, a reforma foi assumida como proposta abrangente de mudança social. Levantou a discussão e a indignação contra as precárias condições de saúde; o descaso acumulado no período autoritário da história brasileira; e a mercantilização do setor saúde, ao mesmo tempo em que representou uma viabilidade técnica e política de enfrentamento dos problemas (AROUCA, 1988).

A Reforma Sanitária deve ser entendida como um movimento de construção de um novo sistema de saúde. No Brasil, na década de 1980, o movimento sanitário, desencadeado por intelectuais e profissionais, impulsionou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em Brasília, no ano de 1986, contando com representantes da sociedade civil, das instituições e dos profissionais de saúde.

Esta Conferência, além de demarcar o movimento sanitário, tornou-se um espaço democrático onde o tema central pautou-se na questão “Saúde como um direito do Cidadão e um dever do Estado” acompanhado por mais dois temas – reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor. Os pontos mais debatidos durante a Conferência foram: universalização, unificação do sistema, integralidade, descentralização política e administrativa; hierarquização e a participação da comunidade. A Conferência recomendou a criação do Sistema único e Descentralizado de Saúde e da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (SEMA, 2001).

Após a VIII CNS, o Governo Sarney atendeu estas duas recomendações e instituiu a Comissão Nacional de Reforma Sanitária a partir da Portaria Interministerial MEC/MS/MPS nº. 02/1986, publicada no Diário Oficial da União de 22 de agosto de 1986, e por meio do Decreto 94.657 de 20 de julho de 1987, instituiu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). As diretrizes e princípios do SUDS foram: unificação, universalização, equidade, integralidade,

regionalização, descentralização, distritalização, desenvolvimento de espaços colegiados e de uma política de recursos humanos (SEMA, 2001).

Em 5 de outubro de 1988, foi aprovada e promulgada a nova Constituição Federal, que determina em seu artigo 196 que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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”; ainda estabeleceu os princípios e diretrizes de um sistema que teria como base um conceito ampliado de saúde, o qual destaca sua relação com as condições de alimentação, moradia, renda, educação e lazer (BRASIL, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde, para a elaboração do segmento da saúde da carta constitucional, os constituintes se basearam no Relatório Final gerado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, onde foi discutida a situação da saúde no País, impulsionando o movimento de Reforma Sanitária (BRASIL, 2001).

Dentre as principais propostas contidas no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, que serviram para embasar o projeto da Reforma Sanitária, destacam-se: a descentralização, a participação popular e a eficiência da gestão a nível local.

A Constituição de 1988 incorporou mudanças no papel do Estado e alterou o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo, novos papéis entre os atores do setor, originando assim o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1998).

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, podendo a iniciativa privada participar em caráter complementar.

Segundo Sema (2001) as ações e serviços de saúde que compõe o SUS são regidos por princípios e diretrizes específicos. Os princípios do SUS são: *universalidade* – acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de complexidade do sistema; *equidade* – na oferta de ações e serviços, entendida como um fundamento da justiça, onde a cada um seja ofertado segundo sua necessidade; e *integralidade* – que se refere à observação do indivíduo

na sua plenitude e na garantia de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

As diretrizes dos SUS são: descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) com ênfase na descentralização dos serviços para os Municípios; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; e participação da comunidade – democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo controle social na gestão do sistema, com representação através dos Conselhos de Saúde (SEMA, 2001).

Do ponto de vista organizativo, a concepção do SUS preconiza uma rede de serviços definidos em níveis de complexidade tecnológica crescente (hierarquizada) distribuídos numa área geográfica e atendendo a uma população definida (regionalizada), na qual o poder decisório está descentralizado ou distribuído entre as esferas de governo federal, estadual e municipal (BRASIL, 2001).

Em 1990, entraram em vigor as Leis Orgânicas de Saúde, que representam um conjunto de duas leis criadas com o intuito de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde, como previsto constitucionalmente. Nelas estão estabelecidas as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pelas esferas de governo na elaboração de suas normas individuais.

A legislação que criou o SUS inclui as Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, as quais definem as atribuições e competências de cada esfera de governo, dispõem sobre as condições de atenção à saúde, organização, financiamento e funcionamento dos serviços correspondentes e a participação da comunidade na gestão do sistema (BRASIL, 2001).

A Lei 8080/90 foi aprovada em 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Tem por função regulamentar a nível nacional as ações e serviços de saúde, orientando os processos de gestão e descentralização, sendo este último enfatizado na forma da municipalização, que é a ampliação das competências, recursos e poder dos Municípios.

Estabelece como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o

trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Dentre os objetivos dos SUS estão incluídos a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e outros agravos, e o estabelecimento de condições que garantam acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (SÉRIE MÉDICA, 2007).

De acordo com a Lei 8080/90, as áreas de atuação do SUS compreendem a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; controle e fiscalização de alimentos, água e bebidas para o consumo humano; orientação familiar; participação na área de saneamento; participação na preparação de recursos humanos; saúde do trabalhador; e vigilância epidemiológica, nutricional e sanitária.

Segundo Sema (2001), os critérios para alocação de recursos e execução dos serviços disponibilizados pelo SUS devem levar em consideração o perfil demográfico e epidemiológico da região; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; e o nível de participação orçamentária para a saúde.

Com relação à gestão financeira, a Lei 8080/90 determina que toda movimentação bancária deve ser fiscalizada pelo Conselho Municipal de Saúde que representa um dos fóruns de negociação e deliberação no processo de descentralização proposto pelo SUS. Fica definido também que a iniciativa privada pode participar do SUS, atuando em caráter complementar, o que garante a gratuidade das ações e dos serviços não só nos atendimentos públicos, como também nos privados.

Também foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB 1991, 1992, 1993, 1996) e as Normas Operacionais de Assistência À Saúde (NOAS) como instrumentos para impulsionar a descentralização do SUS, buscando a sua definição estrutural e organizacional e o direcionamento do sistema de serviços de saúde (BRASIL, 1991).

Todo esse conteúdo inscrito no arcabouço legal do SUS se materializa na construção do que se denomina como um novo modelo de atenção à saúde.

Segundo Paim (2003), um modelo de atenção pode ser considerado como uma racionalidade, uma lógica, que orienta a ação.

O modelo denominado médico-assistencial, que teve seu auge durante o período da medicina previdenciária, é marcado por serviços concentrados nos hospitais de grande porte, baseado na demanda espontânea e no privilegiamento de ações curativas. O novo modelo que se deseja construir com o SUS se baseia em preceitos como a oferta organizada de serviços e a vigilância à saúde, através de diversas medidas: intervenção sobre problemas de saúde; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; e a territorialização (PAIM, 2003).

3.2 A Estratégia Saúde da Família

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, p. 2).

Segundo Mendes (1999), a evolução da atenção básica no país pode ser caracterizada por ciclos. O primeiro nos anos 1940, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública; o segundo se desencadeou a partir da década de 1960, com as ações desenvolvidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde voltadas, prioritariamente, para a assistência à mulher e à criança. O terceiro período surgiu nos anos 1970, com a criação dos programas de expansão da cobertura; e os dois últimos ciclos nos anos 1980 e 1990, com a implantação dos Distritos Sanitários, organizados segundo a lógica de território e a criação do Programa Saúde da Família.

Com a instituição do arcabouço jurídico e a normatização do SUS, principalmente a partir da NOB-SUS 01/96, iniciou-se o processo de descentralização e municipalização do sistema. A partir daí as ações de saúde, principalmente as básicas, passariam a ser geridas e executadas pela esfera municipal, com a estadual e federal normatizando e coordenando o processo de municipalização (BRASIL, 2001).

Esse processo permitiu a formação de um terreno fértil para novas iniciativas e experiências alternativas na construção e operacionalização das políticas de saúde (MERHY *et al.*, 2004).

O PSF foi uma dessas iniciativas. Hoje denominado Estratégia de Saúde da Família, devido a seu caráter de permanência na agenda de saúde do país, se configura como a principal forma de reorganização deste modelo, não apontando assim para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização (BRASIL, 2006).

O Programa Saúde da Família ou PSF, teve início, em 1994, como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção básica. O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal (BARSIL, 2002).

Segundo Marques, Rodrigues e Silva (2003), no âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Estes pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado, encontra, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), um outro desafio.

No Brasil a origem do PSF remonta criação do PACS em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de

aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa e sim uma Estratégia para uma Atenção Primária à Saúde qualificada e resolutiva (BRASIL, 1994).

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica — que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade — mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Entretanto, o modelo médico-assistencialista ainda tem raízes profundas no sistema de saúde brasileiro, na formação dos profissionais e na própria concepção de saúde disseminada na sociedade. Tal concepção se baseia numa atenção fragmentada do atendimento por especialidade, na utilização exacerbada de tecnologias de alto custo e na medicalização do atendimento (CAMPOS, 2003).

Também existem preocupações quanto a ESF ser vista como um modelo de atenção, que visa a um “atendimento tecnologicamente simples e pobre para gente pobre...”, como manifestado por Paim (2003). Essa ideia é fortalecida pelo contexto de crise e racionalização dos gastos em saúde observado no início dos anos 90 (SENNA, 2002), e que está muito aquém das formulações que marcaram o processo de reforma sanitária brasileira. A insuficiente integração da ESF aos outros níveis de complexidade (por meio da referência e contra-referência) é outro ponto que pode contribuir para a visão da estratégia como limitação da assistência de baixa qualidade, fragilizando seu papel como porta de entrada preferencial no sistema de saúde.

Apesar dessas dificuldades, permanecem os esforços no sentido de distribuir de forma justa serviços de qualidade que possam produzir reais mudanças na situação de saúde da população. Em termos de cobertura, a ESF se expandiu,

atingindo 40% da população brasileira em 2004 (BRASIL, 2004). Hoje o desafio está além da expansão de cobertura, no sentido de qualificar as ações desenvolvidas.

Em 2003, foi criado Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), iniciativa do MS voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no país. O projeto veio contribuir para a implantação e consolidação da ESF por meio da qualificação do processo de trabalho e do desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população em todos os municípios brasileiros (BRASIL, 2003).

O projeto tem três componentes: 1) apoio à conversão do modelo de atenção básica de saúde – que busca estimular a conversão do modelo de atenção nos grandes centros urbanos e usa como eixo de reestruturação a Estratégia de Saúde da Família, principal porta de entrada do sistema, viabilizando, ainda, uma rede de serviços de suporte; 2) desenvolvimento de recursos humanos – que tem como objetivo reforçar a política destes recursos nos estados e municípios; 3) monitoramento e avaliação como apoio à estruturação e implementação de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processo e desempenho (BRASIL, 2003).

Uma equipe de saúde da família é composta, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de uma população média de 3 mil pessoas, podendo chegar a 4 mil residentes em uma área adstrita (BRASIL, 2006). A estratégia incorpora os conceitos de responsabilidade sanitária e territorialização, e inclui a participação comunitária e a educação popular como requisitos básicos para a construção de um pensamento crítico com relação aos problemas de saúde da comunidade e do papel do Estado na provisão de ações sociais como saneamento, educação e saúde (BRASIL, 1998).

De acordo com o Ministério da Saúde, Brasil (2006), com o intuito de garantir um melhor atendimento aos pacientes que procuram as unidades de saúde, a Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006, estabeleceu as algumas atribuições para os profissionais pertencentes às Equipes da Estratégia Saúde da Família, são elas: Atribuições comuns a todos os Profissionais que integram as equipes:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a

riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas, e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde;
- Garantir a qualidade do registro das atividades nos Sistemas de Informação da Atenção Básica (SIAB);
- Participar das atividades de educação permanente; e
- Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Atribuições do Enfermeiro:

- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- Supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;
- Facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;
- Realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;
- Solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- Organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.
- Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF.

Atribuições do Médico:

- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- Realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
- Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

- Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrareferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;
- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Atribuições do Auxiliar ou técnico de Enfermagem:

- Participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
- Realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Atribuições do Cirurgião Dentista:

- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

- Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;
- Realizar supervisão técnica do Técnico em Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD); e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Atribuições do Técnico em Higiene Dental:

- Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Atribuições do Auxiliar de Consultório Dentário:

- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- Preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
- Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
- Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- Organizar a agenda clínica;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Atribuições do Agente Comunitário de Saúde:

- Realizar mapeamento de sua área;
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- Identificar área de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;
- Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, na áreas prioritárias da Atenção Básicas;
- Realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;

- Estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;
- Traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; e
- Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possa ser potencializados pela equipe.

O contexto atual se constitui como oportunidade para a consolidação da ESF no Brasil. Os desafios que se colocam, entretanto, também são muitos, principalmente considerando: o histórico da atenção à saúde no país, marcado por concepções do modelo médico-assistencial; o contexto macroeconômico, onde os recursos são escassos para uma área onde a incorporação de tecnologia aumenta gradativamente os custos do sistema; e a complexidade do perfil epidemiológico brasileiro.

3.3 A Saúde do Homem: da política nacional ao plano de ação

Os espaços para as ações e as discussões sobre a atenção à saúde masculina foram por muito tempo, pouco valorizados, talvez em decorrências de uma valorização maior da atenção à saúde da mulher, inicialmente, bem como, pela definição de outros programas considerados prioritários, a exemplo daqueles vinculados à criança, ao adolescente e ao idoso.

Isto só teve início na década de 70 do século XX, a qual 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 conceitualmente pressupunham que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde. A partir dos anos 90 do referido século, a temática em questão começou a ser abordada sob uma perspectiva diferenciada. As discussões passaram a focalizar, dentre outros aspectos, a singularidade do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos. Essa abordagem, sem perder a perspectiva relacional de gênero, veio da ênfase, sobretudo, a ressignificação do masculino para buscar-se uma saúde mais integral.

Quando se busca refletir acerca da temática “homem e saúde”, algumas considerações fundamentais se destacam. Essas considerações podem ser resumidas por Gomes e Nascimento (2006) da seguinte forma: os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas; há uma relação entre a construção da masculinidade e o comprometimento da saúde dos homens; tanto a construção da masculinidade quanto as suas implicações no campo da saúde devem ser vistas a partir da perspectiva de gênero; o desenvolvimento de habilidades agressivas por parte dos homens pode fazer delas um “fator de risco” quando cometem violência contra a mulher e as crianças, contra os outros homens (através de acidentes, homicídios e lesões) e contra eles mesmos (mediante o suicídio e o alcoolismo); e devido à centralidade que o trabalho ocupa na identidade do homem como ser provedor e responsável pelas condições financeiras do seu lar.

De acordo com Gomes, Nascimento e Araújo (2007) vários estudos constataam que apesar dos homens, em geral, padecerem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres. Esse fato associa-se à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina, com isso vários estudos apontam a necessidade de se refletir sobre a masculinidade para uma compreensão dos comprometimentos da saúde do homem.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Homem, foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, através da Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, tendo em vista que a população masculina apresenta altos índices de morbidade e mortalidade que representam verdadeiros problemas de saúde pública.

Neste contexto, os indicadores que demonstram que os coeficientes de mortalidade masculina são consideravelmente maiores em relação aos coeficientes de mortalidade femininos ao longo do ciclo de vida, com isso percebeu-se a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais voltada para a população masculina, como também a necessidade de apoiar ações e atividades de promoção de saúde para facilitar e ampliar o acesso aos serviços de saúde pelos homens (BRASIL, 2010).

Destacam-se, neste sentido, os indicadores de morbidade e mortalidade que contribuíram para definir a PNAISH, os quais as causas de mortalidade nesta população quando na faixa etária de 25 a 59 anos, em 75% dos casos, incidem em cinco grupos principais de entidades mórbidas. A maior porcentagem de óbitos deve-se às Causas Externas (30%), seguida pelo índice das Doenças do Aparelho Circulatório (20%); em terceiro, os Tumores (12%); em quarto, as Doenças do Aparelho Digestivo (8%). As Doenças do Aparelho Respiratório foram responsáveis por 5% das mortes (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem tem como objetivo geral promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (BRASIL, 2008).

De acordo com o Artigo 4, da Portaria nº 1.944/09, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, tem como objetivos específicos:

- I - promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família;
- II - captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
- III - organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem;
- IV - fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;
- V - capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem;
- VI - implantar e implementar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos homens, incluindo as ações de planejamento e assistência às disfunções sexuais e reprodutivas, com enfoque na infertilidade;
- VII - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino;

- VIII - estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca à paternidade;
- IX - garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica;
- X - promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;
- XI - garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária;
- XII - promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros;
- XIII - estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas;
- XIV - ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina;
- XV - incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações sócio-educativas;
- XVI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis; e
- XVII - aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão (BRASIL, 2010, p. 3).

Visando a implantação desta política, entre os meses de dezembro de 2008 e junho de 2009, foi desenvolvido o Plano de Ação Nacional (2009-2011) como parte integrante da Política Nacional de Saúde do Homem sob o título **Matriz de Planejamento do Plano de Ação Nacional (2009-2011)**, sendo este elaborado pela Área Técnica da Saúde do Homem – ATSH / Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – DAPES / Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, em consonância com a Constituição Federal de 1988, as Leis 8.080 e 8.142, de 1990, o Pacto pela Saúde, o Mais Saúde e documentos referentes ao Sistema de Planejamento do SUS.

O Plano de Ação Nacional (2009-2011) foi elaborado a partir de reuniões com representantes de sociedades médicas e civil, universidades, gestores estaduais e municipais, profissionais da saúde, além das Secretarias do Ministério da Saúde, tendo como objetivo servir de subsídio para que os Gestores dos Estados e Municípios selecionados desenvolvam estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem, inserindo-as em seus respectivos Planos de Saúde, respeitando as especificidades e as diversidades loco-regionais.

Neste sentido, como finalidade aperfeiçoar o Plano de Ação Nacional (2009-2011), foram constituídos nove eixos, a saber:

Eixo I: Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – tem como meta inserir estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais até o terceiro trimestre de 2010;

Eixo II: Promoção de saúde – visa elaborar estratégias que aumentem a demanda dos homens aos serviços de saúde;

Eixo III: Informação e comunicação – pretende sensibilizar os homens e suas famílias, incentivando o auto-cuidado e hábitos saudáveis, através de ações de informação, educação e comunicação;

Eixo IV: Participação, relações institucionais e controle social – trabalhar com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP para associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de efetivar a atenção integral à saúde do homem;

Eixo V: Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem – tem como propósito fortalecer a atenção básica e melhorar o atendimento, a qualidade e a resolubilidade dos serviços de saúde;

Eixo VI: Qualificação de profissionais da saúde – trabalhar com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGTES em estratégias de educação permanente dos trabalhadores do SUS;

Eixo VII: Insumos, equipamentos e recursos humanos – trabalhar com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde – SCTIE e a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS para avaliar recursos humanos, equipamentos e insumos (incluindo medicamentos) para garantir a adequada atenção à população masculina;

Eixo VIII: Sistemas de informação – analisar de forma articulada com as demais áreas técnicas do Ministério da Saúde os sistemas de informação; e

Eixo IX: Avaliação do Projeto-piloto – realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações através do monitoramento da Política, com o auxílio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde – SCTIE (BRASIL, 2008).

Conforme definições do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) e descrição a seguir, para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção ao Homem foram definidas as responsabilidades institucionais no âmbito de todas as esferas de governo – União, Estados e Municípios.

3.1.1 União

- Fomentar a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

- Estimular e prestar cooperação aos Estados e Municípios visando a implantação e implementação da referida política, valorizando e respeitando as diversidades loco-regionais;
- Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da referida política;
- Estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Propor, em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), estratégias de educação permanente dos trabalhadores do SUS, voltada para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Estabelecer parceria com as diversas Sociedades Brasileiras Científicas cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Coordenar o processo de construção das Diretrizes Nacionais da Atenção à Saúde do Homem e de protocolos terapêuticos/clínicos, em parceria com os Estados e Municípios, apoiando-os na implementação dos mesmos;
- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a política ora proposta;
- Estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

3.1.2 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, tendo como base as diretrizes ora propostas, o perfil epidemiológico e as especificidades loco - regionais;

- Coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de educação permanente dos trabalhadores do SUS voltada para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades loco-regionais;
- Implantar mecanismos de regulação das atividades relativas à política proposta;
- Estabelecer parceria com as diversas organizações cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Promover, na esfera de suas competências, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da referida política;
- Elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos clínicos/terapêuticos, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os municípios na implementação dos mesmos;
- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a política ora proposta;
- Estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Incentivar junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e atenção à saúde do homem.

3.1.3 Municípios

- Coordenar, implementar, acompanhar e avaliar no âmbito do seu território, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, como porta de entrada do sistema de saúde integral e hierarquizado;
- Implantar mecanismos de regulação das atividades relativas à política proposta;

- Promover, no âmbito de suas competências, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da referida política;
- Incentivar junto à rede educacional municipal, ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem;
- Implantar e implementar protocolos clínicos/terapêuticos, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais;
- Promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipes de saúde para execução das ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a política ora proposta;
- Estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Sabe-se que a implantação e implementação desta Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é um grande desafio, haja vista que os homens se distanciam da Atenção Básica à Saúde, entre outros aspectos, por medo da descoberta de uma doença, vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde, feminilização dos serviços de atenção à saúde, déficit na adequação desses serviços para absorver as demandas apresentadas pelos homens, bem como pelo fator vinculado ao mercado de trabalho geralmente não garante a adoção de tal prática.

3.4 Avaliação em Saúde

Para Belloni (2007), avaliar é uma ação corriqueira e espontânea realizada por qualquer indivíduo acerca de qualquer atividade humana: é assim, um instrumento fundamental para conhecer, compreender, aperfeiçoar e orientar as ações de indivíduos ou grupos. É uma forma de olhar o passado e o presente sempre com vista ao futuro.

A área de avaliação de serviços em geral e na saúde, em particular, passa por um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica, bem como por uma crescente demanda para se constituir como instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde. Todo esse processo avaliativo tem papel imprescindível na implementação das políticas de saúde, desde a implantação de serviços e programas até o acompanhamento do seu desenvolvimento.

De acordo com Moura Barroso (2008), a avaliação não pode ser instrumento de punição, mas um importante instrumento para verificar o cumprimento da programação e a resolubilidade dos serviços. A avaliação deve ser um processo contínuo para a tomada de decisões e é importante para saber se os objetivos estão sendo alcançados.

Avaliar em políticas públicas exige um olhar criterioso para averiguar as fragilidades de programas e ações na busca de oferecer os maiores benefícios dos serviços com o menor nível de risco ao maior número de usuários. No entanto, em se tratando do mundo do trabalho em saúde, esta relação analisar-priorizar-planejar-alterar não é tão simples assim. O processo de construção do saber em nossa sociedade estruturou-se com base na fragmentação do conhecimento e, por conseguinte, na priorização das partes em detrimento do todo.

Para Nogueira (1994), na área da saúde este desafio torna-se cada vez mais premente. Pois com o processo de mundialização, assiste-se, com intensidade crescente, o agravamento das desigualdades sociais que, por sua vez, produzem mais necessidades de cuidados e atenção à saúde. Neste sentido, a avaliação passa a ter maior importância à medida que os recursos tornam-se mais limitado diante do aumento e das diversidades das demandas.

Fazendo-se uma breve retrospectiva sobre o uso da avaliação em saúde, encontramos suas raízes históricas mais profundas na Grécia Antiga. Os filósofos clássicos já se referiam ao uso de padrões de conhecimentos na arte médica. Platão, em alguns de seus discursos, apontava para conceitos de excelência e destacava a importância das comparações destes produtos entre si e principalmente com o que era considerado padrão (NOGUEIRA, 1994).

Conforme o autor acima referido o uso da avaliação em saúde passou a ganhar corpo quando o Estado começou a intervir nas políticas sociais. O conceito de avaliação dos programas públicos de saúde apareceu logo após a Segunda

Guerra Mundial e ele é de certa forma, o resultado do papel que o Estado começou a desempenhar nas áreas da saúde, da educação, do social, do emprego, entre outros.

O Estado, que passava a substituir o mercado, devia encontrar meios para que a destinação de recursos fosse a mais eficiente possível. Os economistas desenvolveram, então, métodos para analisar as vantagens e os custos destes programas públicos e que são os pioneiros da avaliação. Somente mais tarde é que a avaliação foi profissionalizada, adotando uma perspectiva mais interdisciplinar e insistindo nos aspectos metodológicos (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Contemporaneamente, a avaliação é um componente da gestão em saúde através do qual se tem um reconhecimento situacional que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para implementação das distintas dimensões do SUS. Tendo como propósito fundamental dar suporte aos seus processos decisórios para subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, além de avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais, além de mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas.

Para Vieira-da-Silva (2005), a avaliação de políticas, programas e projetos pode recortar todos os níveis do sistema de saúde. E, embora a avaliação de políticas freqüentemente envolva a avaliação de programas, a distinção entre essas duas dimensões das práticas pode ser necessária para fins analíticos.

A avaliação em saúde, segundo Samico *et al.*, (2010) é um processo abrangente, por meio do qual são avaliados os impactos clínicos, sociais e econômicos da saúde, levando-se em consideração aspectos como eficácia, efetividade, custos, segurança, custo-efetividade, entre outros. Seu objetivo principal é auxiliar os gestores da saúde na tomada de decisão quanto à incorporação de novos serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde.

As avaliações na área de saúde podem ser divididas em duas grandes categorias – avaliações de processo e de impacto. A primeira investiga se a intervenção ou serviço está sendo ofertado adequadamente à população, se sua qualidade é apropriada, se a população está efetivamente utilizando o serviço, e se a cobertura alcançada é apropriada. A avaliação de impacto de intervenções ou serviços sobre a morbimortalidade ou sobre comportamentos diretamente relacionados à saúde (SAMICO *et al.*, 2010).

No Brasil, a avaliação de políticas e programas de saúde começa a se desenvolver a partir da década de 1980, tanto do ponto de vista acadêmico como de sua incorporação ao cotidiano da administração pública (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Para Starfield (2002 *apud* BRASIL, 2007) a avaliação em saúde em nosso país, principalmente de programas, sistemas e políticas, é uma prática em construção. Para a autora a avaliação é um campo de relações entre agentes (pesquisadores, avaliadores e gestores) e instituições e práticas sociais, não restritas a dimensão racional da ação e aquela que situa a avaliação em relação ao uso instrumental dos resultados.

Recentemente, observa-se o aumento no debate em torno da pertinência da institucionalização da avaliação nos serviços de saúde (CONTRANDIOPOULOS, 2006), apesar de essa atividade ainda se apresentar de forma incipiente, pouco incorporada às práticas, possuindo quase sempre um caráter prescritivo e burocrático (BRASIL, 2005).

Além da necessidade de avaliar a eficiência dos serviços e do sistema de saúde, outros fatores contribuíram para que a avaliação em saúde se firmasse como um novo campo de conhecimento e de práticas, a saber, a incorporação contínua de novas tecnologias; a ampliação e crescente complexidade organizacional dos serviços de saúde; e a crescente necessidade de informação sobre a eficácia, a efetividade e o funcionamento do sistema (CONTRANDIOPOULOS *et al.*, 2006).

Assim, na busca do melhor processo avaliativo em saúde, foi criada em 2003 a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAADAB), no Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde. A instância foi estruturada em torno de um conjunto de iniciativas voltadas para o monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, e para a indução e realização de estudos e pesquisas, com o objetivo de produzir informação e fomentar a institucionalização da avaliação no SUS (FELISBERTO, 2004).

A institucionalização da avaliação é entendida como a incorporação dessa atividade no cotidiano dos gestores e dos profissionais de saúde. A avaliação passaria a ser uma demanda interna de acompanhamento de todo o processo de planejamento e gestão das políticas ou programas, permitindo o direcionamento de prioridades. O objetivo é consolidar o SUS por meio da qualificação das práticas de saúde. Seu uso rotineiro auxilia os gestores e profissionais de saúde a planejar, implantar intervenções e a aferir se os objetivos e os resultados esperados foram

alcançados, além de estimular o interesse dos cidadãos em atribuir valor aos serviços públicos e contribuir com o gerenciamento dos resultados, na perspectiva de uma maior eficiência nos gastos (FELISBERTO, 2006).

Segundo FIGUEIRÓ *et al.*, (2004), a avaliação é fundamental para a compreensão das ações realizadas e dos resultados obtidos no campo da atenção à saúde, permitindo a verificação da execução e da qualidade das ações desenvolvidas. Para Freese *et al.*, (2005), isto além de ser um importante instrumento para a tomada de decisões, a avaliação orienta a correção, reorganização, reestruturação, implantação e implementação de políticas, programas e projetos de novas práticas nos serviços de saúde.

Viera-Da-Silva (2005) caracteriza a avaliação em saúde como um campo de conhecimento marcado por uma diversidade conceitual e terminológica, uma pluralidade metodológica e por uma multiplicidade de questões consideradas pertinentes. O termo avaliação reúne diversas atividades, cujo espectro varia desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social até uma pesquisa avaliativa. Sendo que as práticas de saúde podem constituir-se em objeto de avaliação em diversas dimensões, variando do cuidado individual até os níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas e serviços ou sistemas.

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

De acordo com Minayo (2007), a metodologia pode ser entendida como o caminho do pensamento e prática exercida na abordagem da realidade. Diante disso, são estabelecidas as condições técnicas de caracterização do estudo para a definição da população/amostra escolhida para a obtenção das informações, bem como dos instrumentos e procedimentos de coleta de dados e quanto à técnica de abordagem e a apresentação dos resultados.

4.1 Tipo de Estudo

Em consonância com os objetivos propostos, este se trata de um estudo tipo exploratório, com abordagens quantitativas e qualitativas. Segundo Gil (2007), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. De acordo com Richardson *et al.*, (1999, p.70), “[...] o método quantitativa, como o próprio nome indica, caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas”. No que se refere à pesquisa qualitativa, esta possui como pressuposto o fato de que os conhecimentos sobre os indivíduos “só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos próprios atores” (POLIT; HUNGLER; BEACK, 2005, p. 270).

4.2 Cenário do Estudo

As USF Integradas de João Pessoa correspondem à junção de quatro unidades básicas de saúde que se apoiam mutuamente para atender às demandas de saúde da população. Estão distribuídas por distrito sanitário, totalizando 18 USF Integradas no município. A escolha das referidas USF Integradas deve-se ao fato de

as mesmas, ao compartilhar esforços, com base nas suas respectivas unidades básicas, se fortalecem para a efetivação das ações necessárias para a implementação da PNAISH.

4.2.1 Informações gerais sobre o município

Fundada em 1858 com o nome de Nossa Senhora das Neves, João Pessoa é a terceira capital de estado mais antiga do Brasil e também a última a ser fundada no país no século XVI; durante a conferência da ONU (ECO-92) sobre o meio ambiente, João Pessoa recebeu o título de segunda cidade mais verde do mundo; João Pessoa é conhecida como “Porta do Sol”, devido ao fato de ter em seu território a Ponta do Seixas (ponto mais oriental das Américas) segundo os dados do IBGE (2006).

No campo da educação, o município de João Pessoa esta se encontra bem desenvolvida em termos quantitativos, com grande número de escolas públicas e privadas de ensino fundamental e médio, bem como possui universidade federal e estadual, além das faculdades particulares.

Com relação à população; o município de João Pessoa apresenta um percentual menor de população masculina em relação à feminina. A projeção censitária – 2009 (DATASUS/IBGE) para o município é de 702, 234 habitantes, sendo 53% do sexo masculino e 47% do sexo feminino. Desta população; 57,5% dos homens estão na faixa etária de 20 a 59 anos o que corresponde a 189.661 habitantes e 7,4% estão na faixa etária de 60 anos e mais; 24.276 habitantes (DATASUS/IBGE, 2009).

Em João Pessoa no que concerne a estruturação sanitária está dividido em cinco distritos sanitários contemplando os 64 bairros do município. A cobertura do Programa Saúde da Família é de 86% com 180 Equipes de Saúde da Família, 180 Equipes de Saúde Bucal, e 13 equipes de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) (SMS / RELATÓRIO DE GESTÃO, 2009).

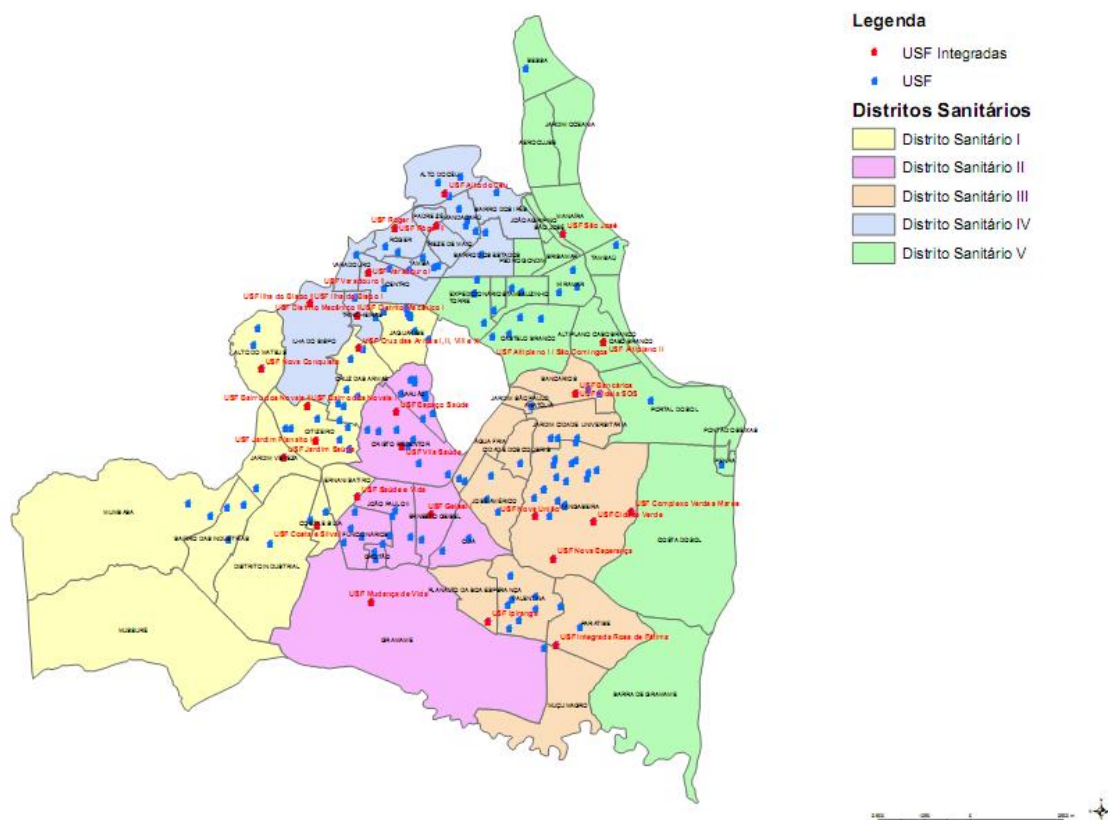


Figura 1: Município de João Pessoa: Distritos Sanitários e as USF e USF Integradas
Fonte: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

4.3 População e Sujeitos da Investigação

A população deste estudo foi representada por enfermeiros que desenvolvem atividades nas USF Integradas selecionadas como cenário da pesquisa. A definição quantitativa da população foi representada por 72 enfermeiros que desenvolvem suas atividades profissionais nas referidas unidades de saúde. Para a seleção da amostra de enfermeiros utilizou-se os critérios de acessibilidade e saturação dos dados e relatos. Assim, a constituição quantitativa da amostra resultou em 12 entrevistados.

4.4 Abrangência Temporal do Estudo

O estudo foi realizado no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011, envolvendo algumas redefinições sobre o instrumento de coleta de dados, sua aplicação e análise das informações. A elaboração final do relatório de pesquisa ocorreu no período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011.

4.5 Instrumentos para a Coleta de Dados

O instrumento utilizado para coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B), baseado nos critérios que envolvem a avaliação da dimensão estrutural apresentado por Pereira (2007), a qual envolve: aspectos da estrutura física; aspectos relacionados aos recursos materiais; e aspectos relacionados aos recursos humanos.

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram obedecidos os aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando-se os princípios que implicam na eticidade deste tipo de estudo: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 1996).

4.7 Análise dos Dados

Os dados serão processados, utilizando-se elementos quantitativos e qualitativos com a finalidade de responder aos objetivos especificados propostos na pesquisa.

Os dados serão analisados qualitativamente, utilizando a técnica de Análise Temática, que segundo Bardin (2009) compreende um conjunto de técnicas de análise de comunicação, com a finalidade de obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mesmas.

Esleveu-se a análise temática, umas das modalidades das técnicas de AC, que consiste em descobrir os núcleos dos sentidos que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (MINAYO, 1999).

Será utilizada a seqüência de etapas proposta por Bardin (2009) na referida técnica de análise:

- Pré-análise: corresponde à fase de organização propriamente dita, através de sistematização das idéias iniciais, de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise;
- Exploração do material: baseia-se na transformação dos dados em conteúdos temáticos através da codificação dos discursos, determinando as temáticas a serem discutidas;
- Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: utiliza inferências e interpretações a partir da fundamentação teórica e dos pressupostos que conduzirão a investigação.

É oportuno destacar que para o processo de análise dos relatos, visando garantir o anonimato dos enfermeiros participantes do estudo, cada entrevista que compôs o *corpus* de análise, foi codificado com a letra E (entrevistado) seguida da seqüência numérica de 1 a 12, ou seja, equivalendo ao quantitativo dos sujeitos da amostra.

5 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÕES

De acordo com Oliveira (1997) a análise, discussão e interpretação dos dados constituem-se no núcleo central do estudo. Portanto, Análise é a tentativa de evidenciar as relações existentes entre o fenômeno pesquisado e outros fatores, de acordo com as propriedades relacionais estudadas, sendo elaborada nos níveis de interpretação, explicação e especificação das relações entre as variáveis.

Assim, neste capítulo, visando disponibilizar as informações obtidas através da pesquisa de campo realizada junto aos enfermeiros que desenvolvem atividades nas USF Integradas da cidade de João Pessoa – PB, buscou-se apresentar os dados, bem como as falas dos entrevistados em três aspectos: perfil dos entrevistados, diagnóstico situacional das Unidades Básicas de Saúde Integradas, seguidos da percepção dos entrevistados sobre as implantação/implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Desse modo, esta fase da pesquisa é por demais importantes, uma vez que busca responder, a questão que norteou a pesquisa, ou seja, responder quais são as possibilidades e limites para a implantação da PNAISH no município de João Pessoa-Pb, aqui representado por quatro unidades básicas de saúde, que funcionam de modo integrado, apoiando-se mutuamente a fim de atender às demandas de saúde da população.

As informações extraídas do questionário foram tratadas quantitativamente, por meio da estatística descritiva simples, utilizando gráficos para ilustrar os dados percentuais. Uma vez que o propósito da pesquisa é obter informações sobre determinada população (enfermeiros), buscando-se avaliar, em que proporção os membros da pesquisa tem determinada opinião, ou com que frequência certos eventos se associam. Por sua vez, o tratamento dos dados qualitativos foi feito com base na análise do conteúdo apresentada por Bardin (1979), para extrair das falas dos sujeitos os significados das questões centrais da pesquisa.

5.1 Perfil dos Entrevistados

O perfil dos entrevistados foi construído abrangendo informações acerca de: idade, sexo, tempo de trabalho na ESF, tempo em que trabalha na USF Integrada ano de graduação na enfermagem e nível de formação no âmbito da pós-graduação.

Sexo e Faixa Etária da Amostra

Os dados direcionados ao sexo e a faixa etária dos entrevistados que compuseram a amostra do estudo revelam que dos 12 enfermeiros, todos são do sexo feminino (100%), com predominância de 7 sujeitos (58%) na faixa etária de 28 a 43 anos, outros 5 (42%) entrevistados encontram-se na faixa etária de 48 a 54 anos, conforme verifica-se nos gráficos 1 e 2, a seguir.

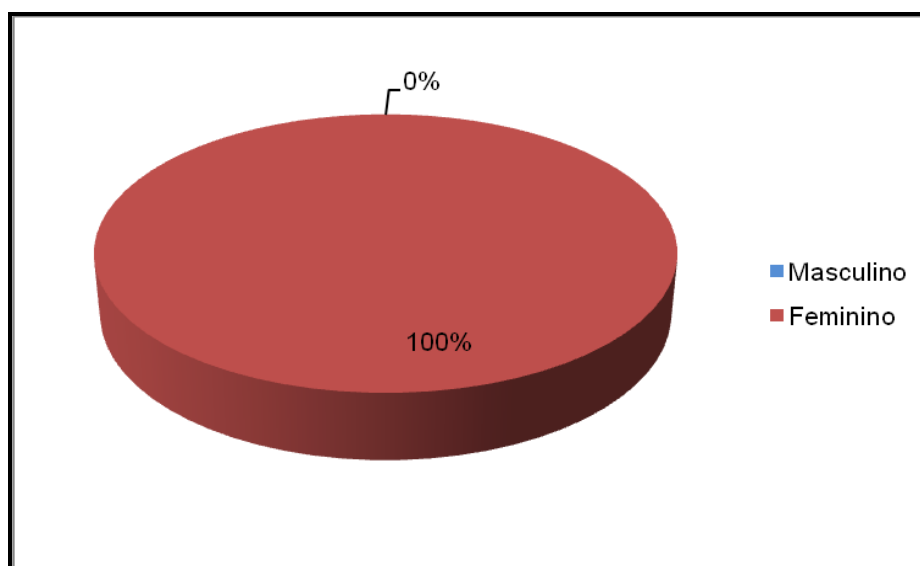


Gráfico 1: Sexo

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2010.

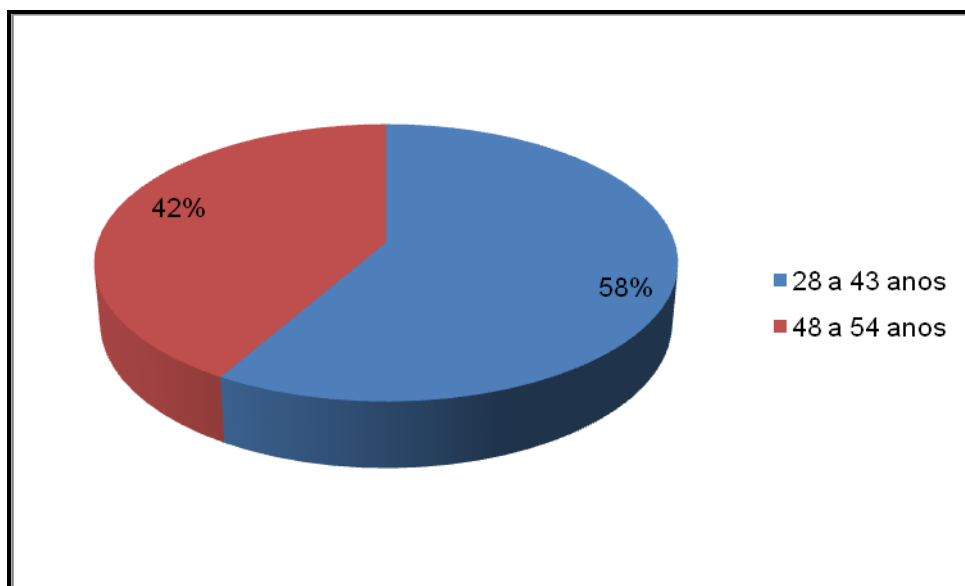


Gráfico 2: Faixa Etária

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2010.

Isso reafirma a feminilização que caracteriza ainda os dias atuais na Enfermagem e, ao mesmo tempo, absorção do corpo feminino desta profissão nas equipes da ESF. Estes aspectos merecem destaque quando nos referimos à assistência à saúde do homem, haja vista que isto tem representado um fator que contribui para a ausência e invisibilidade dos homens nas UBS, como afirma Figueiredo (2005, p. 106):

Desse modo, vale salientar que as dificuldades do acesso dos homens não são apenas pelas percepções no que seria próprio de seu comportamento, mas também de situações que provocam nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço como dificuldades de serem atendido, seja pelo tempo de espera da assistência seja por considerarem as UBS como um espaço feminilizado, freqüentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, por mulheres.

Quanto à faixa etária da amostra, pode-se afirmar que os enfermeiros entrevistados provavelmente tiveram a oportunidade de vivenciar outras experiências profissionais e pessoais em seu processo de trabalho o que pode favorecer ao desenvolvimento de estratégias para implantação/implementação da PNAISH.

Tempo de Trabalho na ESF e na USF Integrada

O tempo de atuação dos enfermeiros que compuseram a amostra do estudo na ESF, bem como na USF integrada pode ser visto nos gráficos 3 e 4, respectivamente.

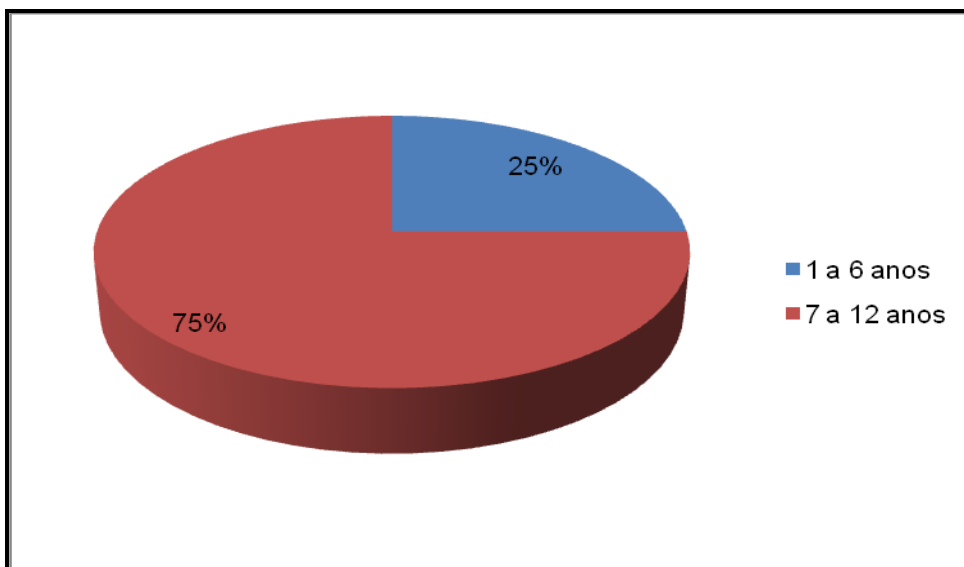


Gráfico 3: Tempo de trabalho na ESF
Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2010.

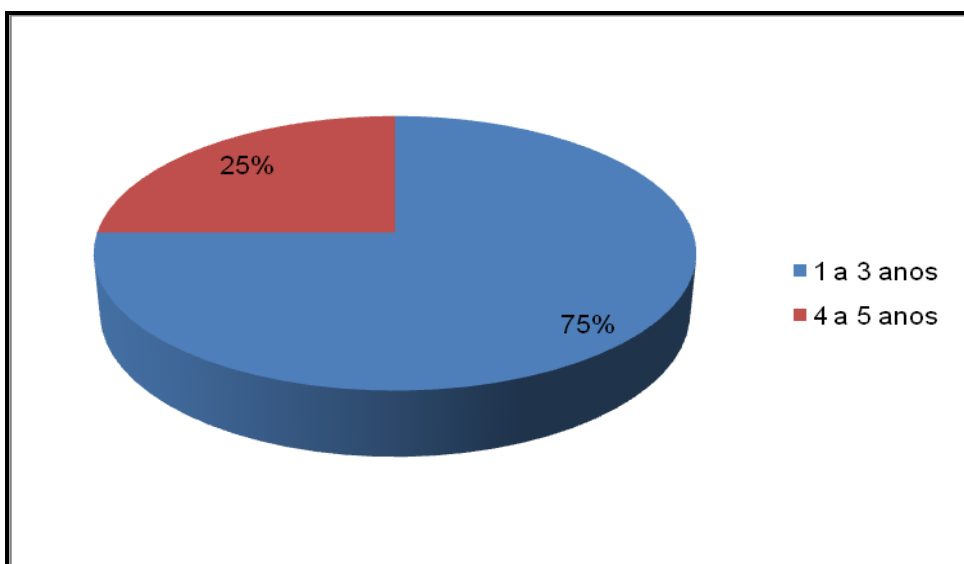


Gráfico 4: Tempo de Trabalho na USF Integrada
Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2010.

Quanto ao tempo de trabalho na ESF, verifica-se uma variação considerável, haja vista que 3 entrevistados possuíam de 1 a 6 anos (25%) de trabalho na estratégia, enquanto que 9 (nove) tinham tempo de atuação de 7 a 12 anos (75%). Pode-se inferir que os enfermeiros que compuseram a amostra têm vivência significativa no campo da saúde coletiva, o que poderá contribuir para uma melhor atenção à saúde masculina.

Ao verificar o tempo de serviço na Unidade Básica de Saúde Integrada, os dados demonstraram que dos 12 respondentes, 9 deles trabalham entre 1 e 3 anos, formando um percentual de 75%%, outros 3 inferiram prestar serviços na USF entre 4 e 5 anos, representando mais 25% da amostra. Tais dados reafirmam que a maioria dos profissionais entrevistados possui uma boa experiência na ESF, fato este importante para o alcance da implementação da PNAISH uma vez que espera-se que a relação profissional e comunidade já se encontre consolidada, pelo tempo de convivência e entrosamento entre os cuidadores e os usuários.

Ano de Graduação em Enfermagem e Formação no Âmbito da Pós-graduação

Prosseguindo a apresentação dos resultados, buscou-se, por meio do instrumento de pesquisa dados acerca do ano de graduação dos entrevistados, bem como o nível de formação no âmbito da pós-graduação, como demonstra os gráficos 5 e 6 abaixo:

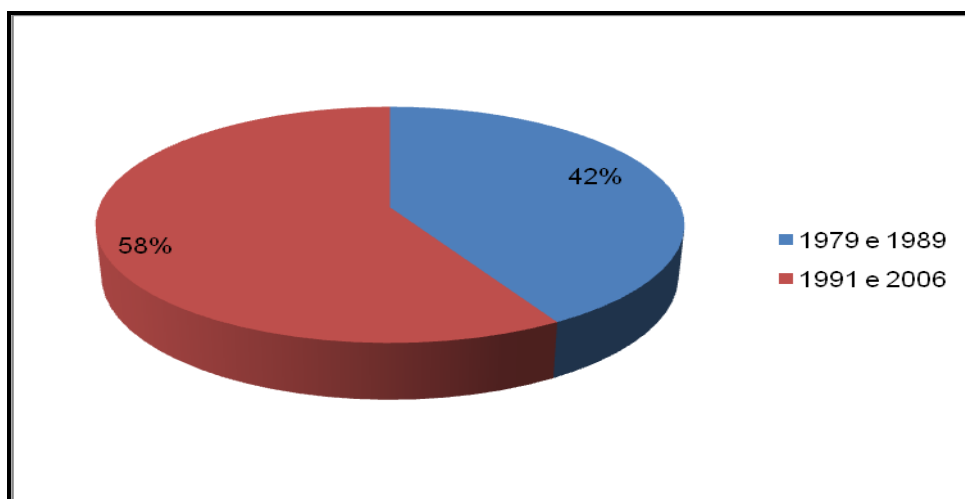


Gráfico 5: Ano de Graduação em Enfermagem
Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2010.

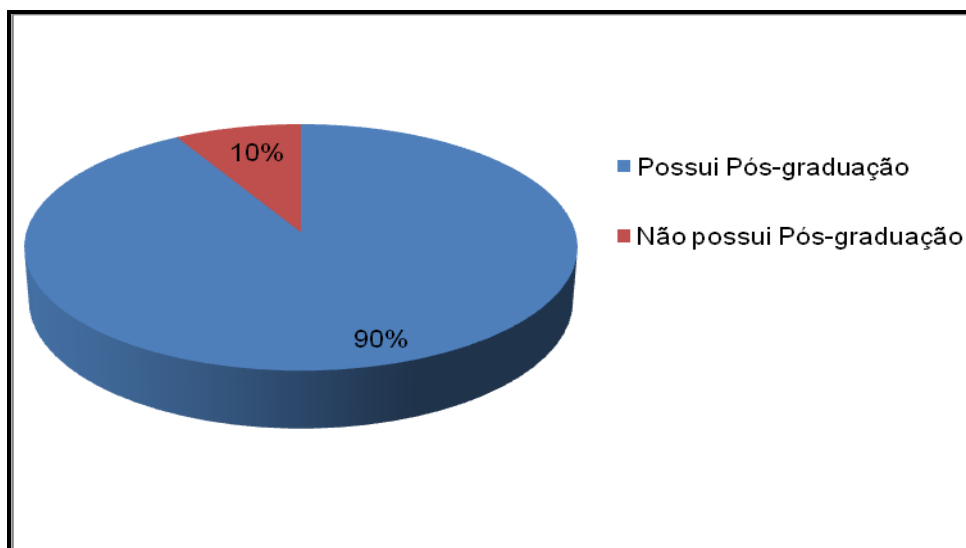


Gráfico 6: Formação no Âmbito da Pós-graduação
Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2010.

Percebe-se que dos 12 entrevistados, 5 (42%) concluíram sua graduação entre 1979 e 1989, os demais (7 - 58%) afirmaram ter concluído seu curso superior entre 1991 e 2006. Quanto a formação no âmbito da pós-graduação, foi detectado que dos 12 entrevistados, 11 (90%) asseguram possuir títulos de especialista.

Os dados referentes ao perfil dos entrevistados que compuseram a amostra do estudo revelam que nas Unidades Básicas de Saúde integradas que representaram o cenário da pesquisa, o cuidado é implementado por enfermeiros, em sua maioria, jovens com tempo de serviço na ESF de 7 a 12 anos (75%) sendo que nas UBS integradas de 1 a 3 anos e com formação no âmbito da graduação há mais de 5 anos, período em que fizeram também sua formação no âmbito da especialização. Diante disto, pode-se afirmar que trata-se de profissionais que buscam qualificação profissional para o exercício de suas funções, o que certamente aceitarão as capacitações na área da Saúde Masculina previstas no Plano de Ação Nacional (2009-2011) (BRASIL, 2009).

5.2 Diagnóstico Situacional das USF Integradas

Tendo como base o objetivo do estudo – “Investigar as possibilidades e limites para a implantação da PNAISH no município de João Pessoa – PB.” –, o

perfil situacional das USF integradas exigiu a busca de informações vinculadas à compreensão dos enfermeiros frente à dimensão estrutural necessária à implantação/implementação da PNAISH. Neste sentido, optou-se pelos critérios que envolvem a avaliação da dimensão estrutural apresentados por Pereira (2007): estrutura física; recursos materiais; e aspectos relacionados aos recursos humanos.

Assim, por meio da Técnica de Análise Temática foi possível, a partir das unidades temáticas, a revelação de 04 (quatro) categorias e 06 (seis) subcategorias, relacionadas ao espaço físico cuja descrição encontra-se no Quadro 1.

CATEGORIAS	CODIFICAÇÃO	SUBCATEGORIAS
ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO PARA ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO	AEFAI	• Espaço físico adequado
ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO PARA ATENDIMENTO COLETIVO	AEFAC	• Espaço físico inadequado
ESPAÇO FÍSICO FUNDAMENTAL PARA ELEVAR A QUALIDADE DO CUIDADO	EFFEQC	• Espaço físico para atendimento coletivo • Espaço físico para análises clínicas
COMPREENSÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS E DISPONÍVEIS NAS USF INTEGRADA	CEEND	• Déficit na compreensão sobre os equipamentos necessários para implantação/implementação da PNAISH. • Déficit na compreensão sobre os equipamentos disponibilizados na USF Integrada para implantação/implementação da PNAISH.

Quadro 1: Categorias, codificação e subcategorias oriundas da análise temática da Compreensão dos enfermeiros frente aos aspectos vinculados à estrutura física, recursos humanos e materiais necessários à implantação/implementação da PNAISH.

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2010.

A categoria, **ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO PARA ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO** com suas respectivas subcategorias e unidades temáticas, encontra-se vislumbrada no Quadro 2, a seguir.

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
• Espaço físico adequado	• ... temos bastantes há vários consultórios...grande suficiente... espaço físico da unidade ele é suficiente. (E1) • ...área (física) é adequada. (E2) • ...sim, cada um tem seu consultório [...] o que essa nesse sentido ai é tranquilo. (E3) • Sim. Com certeza. (E4) • Eu acho que no próprio consultório da gente, na própria sala da pra agente fazer o trabalho [...] tem espaço (físico) sim. (E5) • Em termos de estrutura física eu acho que essa unidade contempla... os consultórios... (E6) • Dispõem... um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de observação, o que agente precisa [...] ele chegando agente consegue fazer alguma coisa. (E7) • Com relação ao consultório, agente tem... é tanto que agente faz mais individual...no consultório sim, é viável. (E8) • Sim. Agente tem o espaço de atendimento... (E10) • Consultórios médicos, enfermeiras, odontologia e laboratórios, sala de imunização, sala de observação...(E11) • Como é unidade integrada a mesma disponibiliza de espaço... consultórios, sala de vacina, sala de coleta para exames, ECG. (E12)

Quadro 2: Subcategorias e respectivos relatos dos enfermeiros pertinentes à categoria denominada adequação do espaço físico para atendimento individualizado

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2010.

Os aspectos da estrutura física voltado à adequação para o atendimento individualizado, revelado na Categoria **Adequação do espaço físico para atendimento individualizado**, pode ser percebida nos seguintes relatos: “Como é unidade integrada à mesma disponibiliza de espaço... consultórios, sala de vacina, sala de coleta para exames, ECG”. (E12); “Em termos de estrutura física eu acho que essa unidade contempla... os consultórios...” (E6) “... temos bastantes há vários consultórios... grande suficiente... espaço físico da unidade ele é suficiente”. (E1).

Deste modo, tais relatos reafirmam a recomendação do Ministério da Saúde sobre a estrutura mínima de uma unidade de atenção básica.

Para Brasil (2001), as UBS devem possuir: sala de recepção com espaço adequado para receber e acolher os usuários; local para arquivos e registros; local para cuidados básicos de enfermagem, como curativos e outros procedimentos; sala de vacinação, um consultório médico; um consultório de enfermagem; sanitários; espaço para atividade de grupo e uma clínica odontológica.

Destaca-se, contudo que a adequação para o atendimento individualizado deve levar em consideração a área adstrita, especialidades e o quantitativo de usuários, para que os mesmos possam se sentir acolhidos e participar de propostas dos profissionais da saúde que os instruem para os aspectos voltados ao auto cuidado. Brasil (2006) afirma que os espaços sugeridos devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita e sua especialidade e ao número de usuários esperados, permitindo assim um atendimento com resolatividade.

A despeito da adequação do espaço físico para o atendimento coletivo, a categoria, **ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO PARA ATENDIMENTO COLETIVO** com suas respectivas subcategorias e unidades temáticas, encontram-se no Quadro 3, a seguir.

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
• Espaço físico inadequado	• <i>...tem um pouco de dificuldade, principalmente na formação de grupos... fica faltando essa individualidade...(E8)</i> • <i>Tem o pátio, mas não é viável [...] um espaço adequado dentro da unidade eu não vejo. (E9)</i>

Quadro 3: Subcategorias e respectivos relatos dos enfermeiros pertinentes à categoria denominada adequação do espaço físico para atendimento coletivo

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2010.

Em relação ao atendimento coletivo, as unidades temáticas: “*...tem um pouco de dificuldade, principalmente na formação de grupos...fica faltando essa individualidade...*”(E8); “*Tem o pátio, mas não é viável [...] um espaço adequado dentro da unidade eu não vejo*”. (E9), revelam as dificuldades dos enfermeiros à

estrutura física necessária para o trabalho em grupo para a população masculina - subcategoria: **Espaço físico inadequado.**

As reuniões em grupo possibilitam perceber o vínculo que estabelece entre os usuários e a ESF. São preciosos momentos para conhecer melhor a clientela, suas angústias, suas frustrações, suas expectativas; a própria situação sócio-econômica em que vivem, e assim planejar as ações de saúde voltadas às necessidades reais daquela população. Sabe-se que os sentimentos positivos construídos entre usuários e ESF aumentam as possibilidades de sucesso no trabalho educativo com grupos.

É através da escuta qualificada realizada no acolhimento, pode-se aumentar a credibilidade do serviço perante a população, conhecendo-a melhor. Isso proporciona um “*feedback*”, positivo ou negativo, que resulta no pensar em melhorar a competência da ESF no planejamento de suas ações.

Nos grupos operativos é capaz de trabalhar conceitos básicos no relacionamento interpessoal como: a auto-estima, a percepção, o autoconhecimento, o saber ouvir, a empatia e a competência de ambas as partes. Cada um exercendo seu papel dentro das atividades coletivas o que culmina com uma maior resolutividade, maior vínculo, melhores resultados (MOREIRA, 2005).

A categoria, **ESPAÇO FÍSICO FUNDAMENTAL PARA ELEVAR A QUALIDADE DO CUIDADO** comporta duas subcategorias – **Espaço físico para atendimento coletivo** e **Espaço físico para análise clínica** – com suas respectivas unidades temáticas, conforme o Quadro 4, a seguir.

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
• Espaço físico para atendimento coletivo	• ...um espaço para reuniões... (E1) • ...um local para fazer uma terapia (terapia comunitária) ...um auditório. (E4) • ...deveria ter um espaço mais reservado para que agente pudesse desenvolver essas atividades com eles...(E8) • ...uma sala ampla...pra você fazer (atividades) em conjunto...(E9)
• Espaço físico para análise clínica	• ...facilitaria bastante se agente tivesse um laboratório... (E1)

Quadro 4: Subcategorias e respectivos relatos dos enfermeiros pertinentes à categoria denominada Espaço físico fundamental para elevar a qualidade do cuidado

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2010.

Para a categoria referida no quadro 4, foram identificadas as subcategorias “o espaço físico para atendimento coletivo” e o “espaço físico para análise clínica”. As mesmas emergiram da percepção de que o atendimento coletivo e um espaço específico para análises de materiais e/ou substâncias orgânicas da clientela poderiam ser fundamentais para elevar a qualidade do cuidado da população, uma vez que, em relação ao primeiro podia oportunizar aos homens discussões de problemáticas de saúde de modo compartilhado e, no que se refere ao segundo, minimizaria o tempo para resultados de exames diagnósticos.

Considerando a subcategoria **espaço físico para atendimento coletivo** os recortes que evidenciam a necessidade de: “...um local para fazer uma terapia (terapia comunitária) ...um auditório. (E4)”; “...deveria ter um espaço mais reservado para que agente pudesse desenvolver essas atividades com eles...(E8)”; “...uma sala ampla...pra você fazer (atividades) em conjunto...(E9)” ; e a subcategoria **espaço físico para análise clínica**, foi identificada a partir do discurso de E1: “...facilitaria bastante se agente tivesse um laboratório...”.

No campo da saúde, o termo qualidade é freqüentemente associado à redução de custos e à satisfação do cliente interno (profissionais envolvidos no processo) e externo (aquele que recebe o serviço) (SILVA; PINHEIRO, 2001). Ao considerar o conceito de qualidade em saúde, é necessário conhecer que este envolve vários componentes, denominados por Donabedian (1993) de os “7 pilares da qualidade”: 1) eficácia, 2) efetividade, 3) eficiência, 4) otimização, 5) aceitabilidade, 6) legitimidade e 7) equidade.

A garantia da qualidade do cuidado de enfermagem hoje encontra ressonância nos indicadores de qualidade que têm como objetivo identificar riscos e falhas vinculadas ao processo de cuidar para que haja o planejamento de estratégias que visem o aprimoramento ou readequação das atividades da equipe e seu melhor desempenho.

Garantir qualidade significa prestar assistência livre de riscos e danos adicionais aos usuários de um serviço, visando sua satisfação e de seus familiares, bem como da equipe de enfermagem, demais profissionais envolvidos no cuidado e da instituição.

Figueiredo (2005) afirma que vários estudos evidenciam a não-identificação da população masculina com a estrutura ofertada pelos serviços de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de barreiras ao acesso dos homens, que optam

pela automedicação nas farmácias e pela procura de serviços de pronto atendimento no SUS.

Ainda considerando-se a avaliação estrutural, conforme os critérios definidos por Pereira (2007), foi possível a identificação da categoria, **COMPREENSÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS E DISPONÍVEIS NAS USF INTEGRADA** com suas respectivas subcategorias – **Déficit na compreensão sobre os equipamentos necessários para implantação/implementação da PNAISH** e **Déficit na compreensão sobre os equipamentos disponibilizados na USF Integrada para implantação/implementação da PNAISH** – cujas unidades temáticas, encontram-se, respectivamente, no Quadro 5, a seguir.

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Déficit na compreensão sobre os equipamentos necessários para implantação/implementação da PNAISH.	... o ECG [...] é uma coisa que falta. (E4) ... se tem alguma coisa atualizada eu não estou sabendo. (E7) ...não sei [...] o que vai ser utilizado eu não estou sabendo ainda... (E5) - Nada. (E11)
Déficit na compreensão sobre os equipamentos disponibilizados na USF Integrada para implantação/implementação da PNAISH.	- Os básicos sim... como por exemplo os aparelhos de verificação de SSVV. (E1) ...não tem nada que direcionada ao homem não. (E2) ...nós temos o ECG... (E3) - Tensiómetro, balança, termômetro [...] (equipamentos) de verificação de SSVV, balança [...] geladeira para vacina, geladeira para exames é tem tudo basicamente falando. (E4) ...o aparelho de pressão... (E5) ...basicamente nós temos material necessário, que seria a meu ver estetoscópio, tensiómetro, balança antropométrica... (E6) ... os aparelhos dos SSVV... (E7) ...tem o eletrocardiograma [...] equipamentos de verificação de SSVV, de glicemia ... (E8) ...o aparelho de verificação de pressão [...] balança, controle de glicemia ... (E9) ... na parte de cardiologia de um aparelho de eletro, aparelho de pressão ... agente dispõe de material para atender o público masculino e feminino. (E10) - Nada. (E11) - ECG, aparelho de verificar PA, Laringoscópio, Negatoscópio, Glicosímetro. (E12)

Quadro 5: Subcategorias e respectivos relatos dos enfermeiros pertinentes à categoria denominada Compreensão dos enfermeiros sobre os equipamentos necessários e disponíveis nas USF Integrada
Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2010.

Nessa categoria verificou-se déficits de conhecimento por parte dos entrevistados quanto aos recursos materiais disponíveis e necessários para o atendimento a população masculina, relevando que por se tratar de uma política para uma clientela específica também seriam necessários materiais e equipamentos específicos. Isto denota a necessidade premente da instrumentalização desses profissionais, para que os mesmos sintam-se capacitados para o atendimento a essa clientela. A este despeito, Brasil (2009) por meio do Plano de Ação Nacional – PAN (2009-2011), no eixo 6 - qualificação dos profissionais de saúde.

Embora a população masculina tenha algumas necessidades específicas a PNAISH tem como característica o aspecto inclusivo, ou seja, à medida que os homens acessam ou são estimulados para acessar a Unidade Básica de Saúde, devem utilizar os serviços ali disponíveis e, caso suas necessidades exijam serviços mais especializados, deverão ser encaminhados aos serviços de referências. Assim, os enfermeiros devem compreender que não são necessários equipamentos diferenciados para o atendimento da clientela masculina, considerando a maioria de suas demandas, e que o espaço definido como USF integradas foi gestado na perspectiva de que as UBS que o constitui devem apoiar as atividades vinculadas ao cuidado, quanto aos materiais e equipamentos.

5.3 Percepção dos Enfermeiros sobre a Implantação/Implementação da PNAISH

A análise dos relatos referentes à percepção dos entrevistados sobre a implantação/implementação da PNAISH, possibilitou a identificação de **quatro categorias e oito subcategorias**, conforme descrição a seguir no Quadro 6.

CATEGORIAS	CODIFICAÇÃO	SUBCATEGORIAS
PERCEPÇÃO DE AÇÕES INCLUSIVAS	PAI	• Déficit na percepção de possibilidades de ações inclusivas. • Utilizações de ações inclusivas

IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO POR MEIO DE PROGRAMAS DE SAÚDE INSTITUCIONALIZADOS	IIPSI	• Planejamento Familiar • Pré-Natal
AÇÕES ESPECÍFICAS DE PROGRAMA DE SAÚDE	AEPS	• Ações específicas para o homem • Ações comuns aos gêneros
LIMITES PARA IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO DA PNAISH	LIIP	• Limites vinculados ao homem • Limites vinculados aos profissionais

Quadro 6: Categorias, codificação e subcategorias oriundas da análise temática da Compreensão dos enfermeiros frente às possibilidades e limites operacionais para a implantação/implementação da PNAISH

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2010.

A categoria **PERCEPÇÕES DE AÇÕES INCLUSIVAS**, com suas respectivas subcategorias – a **Déficit na percepção de possibilidades de ações inclusivas** e **Utilizações de ações inclusivas** – e suas respectivas unidades temáticas, encontram-se vislumbradas no Quadro 7, a seguir.

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
• Déficit na percepção de possibilidades de ações inclusivas.	<i>Não. Especifica não... [...]mas assim, especificamente mesmo, agente não tem. (E1)</i> <i>Não. (E2)</i> <i>Não. Especifica não. (E3)</i> <i>Não... mas voltada para o homem não. (E4)</i> <i>... a questão de trabalhar só exclusivamente com o homem separadamente agente não tá...(E5)</i> <i>... especificamente para a população masculina não. (E6)</i> <i>Acho que especificamente não... [...] acho que agente ainda está falho em questão de atividades totalmente específicas para o homem. (E8)</i> <i>... não existe a ação específica não. (E9)</i> <i>Não, no momento não, os homens que procuram a unidade vem para atendimento de hipertensão ou com queixa de virose, alguma coisa assim, mas, promoção não. (E10)</i>

• Utilizações de ações inclusivas	<i>...agente procura assim dentro da medida aproveitando (as oportunidades)... fazendo alguma coisa de sala de espera...agente procura envolver o homem. (E1)</i> <i>É assim o trabalho, quando nós trabalhamos com a mulher agente trabalha também com o homem...(E7)</i> <i>...a unidade ela desenvolve ações voltadas a toda clientela...(E6)</i> <i>Estamos começando agora, os homens não são fáceis de chegar até aqui...(E7)</i> <i>...de uma forma geral eu acho que eles podem ser enquadrados dentro de algumas atividades [...] como: diabéticos, hipertensos, a questão da consulta de um modo geral... (E8)</i> <i>...consultas e encaminhamentos aos serviços especializados de atenção secundária e terciária frente a necessidade, oferta de preservativo, distribuição de material educativo [...] diagnóstico e controle de HE e DM. (E9)</i> <i>Sim. Consultas clínicas médicas direcionadas [...] planejamento familiar, grupos de HA e DM. (E12)</i>
--	--

Quadro 7: Subcategorias e respectivos relatos dos enfermeiros pertinentes à categoria denominada percepção de ações inclusivas

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2010.

No campo de saúde do homem a PNAISH é entendida como um conjunto de ações de promoção e prevenção, assistência e recuperação, executadas com humanização e qualidade, nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2009). Embora essa política tenha sido publicada em 2009, no Brasil, o direito universal e integral a saúde foi conquistada pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmando com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90.

Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Desse modo, percebemos a responsabilidade do Estado enquanto instituição garantidora do referido direito constitucional para que os indivíduos construam verdadeiramente saúde.

No âmbito da promoção da saúde compreende-se como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro e contribuem na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006).

No SUS a estratégia de promoção da saúde “é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde/doecimento em nosso país como, por exemplo:

Violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada; e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2006).

No contexto da atenção à saúde do homem, a construção desse direito constitucional tem perpassado mais recentemente pelas discussões das relações entre masculinidades e saúde. Categorias que tem 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.

A masculinidade pode ser considerada como um processo decorrente de uma formação histórica e social. Segundo Oliveira (2004) a masculinidade é representada como um espaço simbólico de sentido estruturante que modela atitudes, comportamentos e emoções a serem seguidos. Aqueles que seguem tais modelos não só são atestados como homens como também não são questionados pelos outros que compartilham desses símbolos.

De acordo com Nascimento (2000) homens e mulheres são distintos pela natureza de seus atributos sexuais. Estes atributos, porém, são ideologicamente apreendidos na construção social dos sexos, criando a base para a instituição da desigualdade de gênero. Nesse sentido, a mulher é inferior ao homem.

Conforme o autor citado acima a identidade de gênero é forjada dentro do contexto da naturalização das relações sociais entre os sexos. Ser homem é, pois, não ser mulher, não agir como mulher, não falar como mulher. É neste contexto de construção social das identidades de homens e mulheres que se deve perceber as limitações e barreiras para o enfrentamento das questões relativas à saúde masculina.

Incluir a participação do homem nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio, por diferentes razões. Uma delas se refere ao fato de, em geral, o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, também no que se refere ao cuidar dos outros, não serem questões colocadas na socialização dos homens. Por outro

lado, alguns quando promovem o cuidado de seu corpo apresentam um extremo fisiculturismo, quando o cuidado de si transforma-se em risco de adoecimentos (KEIJZER *apud* SCHRAIBER *et. al.*, 2005).

Os *déficits* que traduzem a subcategoria em discussão foi verificado em 9 (nove) entre os 12 (doze) entrevistados ao relatarem a ausência de possibilidade de ações inclusivas para os usuários do gênero masculino, a exemplo de: ... *Especificamente para a população masculina não. (E6); Não. Especifica não... [...] mas assim, especificamente mesmo, agente não tem. (E1); Não, no momento não, os homens que procuram a unidade vem para atendimento de hipertensão ou com queixa de virose, alguma coisa assim, mas, promoção não (E10).*

Por essa constatação evidenciamos que os enfermeiros entrevistados não conseguem vêem o cenário do atendimento como espaços possíveis de ações voltadas à saúde do homem no âmbito primário. Em estudo sobre a inclusão do homem na atenção primária à saúde Albano, Basílio e Neves (2010), afirmam que é um desafio às políticas públicas, haja vista os homens não reconhecerem a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças. Entretanto, pode-se afirmar também que neste desafio encontram-se aspectos que envolvem os profissionais da saúde, a exemplo da não percepção das possibilidades para a implementação de ações de cuidado.

A esse despeito as proposições apresentadas na PNAISH, afirmam que a implementação da política deverá ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, numa lógica hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a atenção básica como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime BRASIL (2009).

Figueiredo (2005) acentua ainda que vários estudos evidenciam a não-identificação da população masculina com as ações ofertadas pelos serviços de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de barreiras ao acesso dos homens, que optam pela automedicação nas farmácias e pela procura de serviços de pronto atendimento no SUS.

Nesse sentido, não se valoriza e nem se vê na lógica organizacional dos serviços, esse espaço como adequado e pertinente aos homens quando se trata da atenção primária à saúde, o que remete para a necessidade de readequação no campo das políticas públicas de saúde, aspecto que considera-se como uma forma de contribuir para a ocorrência da invisibilidade dessa população nesse cenário.

De acordo com Gomes, Nascimento e Araújo (2007) e Braz (2005) os serviços de saúde tem uma deficiência em absorver a demanda apresentada pelos homens, proporcionada pela organização dos serviços que não estimula o acesso destes homens e, pelo fato das próprias campanhas de saúde pública não se voltarem para este segmento da população. Assim, são necessárias mudanças nas estratégias dos serviços de saúde e no enfoque relacionado ao gênero masculino, considerando as diferentes masculinidades.

Por tanto, os enfermeiros como profissionais que atuam nas ações de educação para a saúde, devem desenvolver um papel importante nesse contexto através de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, esclarecendo dúvidas e incentivando a população masculina para questões do auto cuidado a partir dos programas já existentes e outras atividades.

A identificação da subcategoria **utilização de ações inclusivas** vem corroborar com as proposições apresentadas na PNAISH, reconhecendo que, a implementação da política deverá ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, numa lógica hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a atenção básica como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime. Essa situação pode ser ratificada nos seguintes recortes: *...de uma forma geral eu acho que eles podem ser enquadrados dentro de algumas atividades [...] como: diabéticos, hipertensos, a questão da consulta de um modo geral... (E8); Sim. Consultas clínicas médicas direcionadas [...] planejamento familiar, grupos de HA e DM. (E12).*

A presente política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigma no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde da 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 parte integrante deles.

É oportuno destacar que a UBS é a porta de entrada do usuário, inclusive os homens com faixa etária de 25 a 59 anos, via demanda espontânea ou busca ativa através de visitas domiciliares executadas, principalmente, pelas equipes de Saúde da Família.

Nesse processo, segundo (BRASIL, 2009 p. 28) há de considerar a importância de que:

Os serviços e ações vão onde os homens estão como visa a PNAISH, seja nos seus locais de trabalho, em associações, em fim, onde exista uma maioria concentração da população masculina possibilitando uma melhoria no grau de resolutividade dos problemas de saúde singular do homem.

Neste sentido é indispensável uma melhoria dos serviços de atenção primária, na capacitação dos profissionais, entendendo que esta também se encontra descrita a partir dos princípios e diretrizes da PNAISH, disposta da seguinte maneira: “Princípio: 5 – Capacitação Técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem; Diretriz: Incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integra à Saúde do Homem”, como também nas suas ações e planejamentos em saúde através de ações educativas para além da conscientização, para melhor atender as necessidades singulares dos homens obtendo uma maior aproximação do usuário, estimulando a participação e inclusão dos homens na atenção básica nas suas ações e planejamentos.

Nesse contexto, torna-se evidente a necessidade de discussões sobre os *déficits* na percepção dos enfermeiros quanto à existência de ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde e, conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida da população masculina nas USF Integradas em estudo, para que os mesmos percebam o cenário do cuidado como um espaço de possibilidades de construção e reconstrução de saberes.

Buscando-se ainda, averiguar as possibilidades de limites para a implantação/implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, foi identificada a categoria **IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO POR MEIO DE PROGRAMAS DE SAÚDE INSTITUCIONALIZADOS**, com suas respectivas subcategorias e unidades temáticas, as quais encontram-se descritas no Quadro 8, a seguir.

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
• Planejamento Familiar	• <i>Estamos tentando implementar através, do planejamento familiar...(E1);</i> • <i>...o planejamento familiar que ele pode participar... (E9);</i>
• Pré-Natal	• <i>...da consulta de pré-natal... (E1)</i> • <i>...o pré-natal o homem pode vir nesse momento, ele até procura tirar algumas dúvidas sobre a saúde dele... (E4)</i> • <i>... agente já consegue trazer para o pré-natal [...] que a medida que eles estão vindo [...] é mais fácil ... (E9)</i>

Quadro 8: Subcategorias e respectivos relatos dos enfermeiros pertinentes à categoria denominada Implantação/Implementação por meio de programas de saúde institucionalizados

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2010.

Para esta categoria - Implantação/Implementação por meio de Programas de Saúde Institucionalizados foram identificadas as seguintes subcategorias o “**Planejamento Familiar**” e o “**Pré-Natal**”, programas estes mencionados pelos sujeitos que participaram do estudo ao afirmarem os referidos programas como sendo estratégias possíveis para a implantação/implementação da PNAISH.

Considerou-se pertencente à subcategoria **Planejamento Familiar** os recortes temáticos que referiram a inclusão da participação do homem na integralidade do cuidado, a exemplo de: “*Estamos tentando implementar através, do planejamento familiar...*” (E1); “*...o planejamento familiar que ele pode participar...*” (E9); e **Pré Natal**: “*...o pré-natal o homem pode vir nesse momento, ele até procura tirar algumas dúvidas sobre a saúde dele...*” (E4); “*... agente já consegue trazer para o pré-natal [...] que a medida que eles estão vindo [...] é mais fácil ...*”(E9).

Quanto à subcategoria Planejamento familiar essa estratégia está sendo desenvolvidas, de modo que os homens passem a compreender melhor as questões relativas ao controle de fecundidade e da paternidade responsável e, assim, assumam o papel de parceiro no processo reprodutivo. Isto significa romper com velhos paradigmas com o objetivo de além de promover a assistência à saúde do homem no sistema público, poderá reduzir as taxas de mortalidade masculina, materna e infantil.

Outra estratégia citada pelos entrevistados para a implantação e implementação da PNAISH, é incentivo ao homem a fazer parte do Pré-natal quando institucionalizado (BRASIL, 2009).

Entre seus objetivos pretende trazer o pai para o serviço de saúde, além de estimular o vínculo afetivo entre ele, parceira e filho, como também neste tempo o homem está mais sensível e até se dispõe a cuidar da saúde em prol do filho que vai nascer. Em longo prazo isso pode estreitar os laços familiares, e ainda diminuir as ocorrências de violência doméstica.

Assim, em tais programas de saúde há inúmeras possibilidades para a inclusão dos homens em questões vinculadas ao diagnóstico e tratamento das DST'S/Aids quando necessário, colaborando para a diminuição da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV, entre outras morbidades. Considera-se, pois, esses espaços como propícios para discussão e conscientização frente às medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde, trazendo-lhes possibilidades de aumentar a expectativa e a qualidade de vida masculina.

Desta forma, percebe-se nos relatos dos profissionais a incorporação dos novos conceitos pertencentes à linha do cuidado centrada no usuário, ou seja, a forma como ele é acolhido, o vínculo e responsabilização criada entre profissionais e clientes. Proposta esta, que visa à integralidade e a efetividade do cuidado.

Na perspectiva de identificação de possíveis ações voltadas à saúde masculina desenvolvidas nas UBS Integradas, os entrevistados revelaram o desenvolvimento de ações de saúde voltadas a essa clientela, a partir das quais foi possível a identificação da categoria **AÇÕES ESPECÍFICAS DE PROGRAMA DE SAÚDE**, que incorpora as subcategorias – **Ações específicas para o homem** e **Ações comuns aos gêneros** – cujas unidades temáticas, encontram-se no Quadro 9, a seguir.

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
• Ações específicas para o homem	• ... fazendo um levantamento junto com os ACS para questão do PSA [...] é através disso que agente ta tentando conquistar a presença do homem na unidade ... (E1); • ...venha fazer um teste de PSA é tão importante... (E2)
• Ações comuns aos gêneros	• ...DST'S ... (E1) • ... agente tem busca de DST'S... (E3) • ... o citológico a mulher identifica algum problema na saúde dela, genital dele e ai agente orienta ela a trazer o homem para agente ta orientando ... (E4)

Quadro 9: Subcategorias e respectivos relatos dos enfermeiros pertinentes à categoria denominada Ações específicas de programa de saúde

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2010.

Ao analisar o material oriundo da transcrição das entrevistas gravadas observa-se que não há um número expressivo de unidades temáticas na subcategoria **ações específicas para o homem**, das 12 entrevistadas, apenas 2 se concentra na área onde o Ministério da Saúde reconhece como merecedora de atenção, tendo em vista a alta taxa de morbi-mortalidade a ele associado, a exemplo dos tumores malignos: “... fazendo um levantamento junto com os ACS para questão do PSA [...] é através disso que agente ta tentando conquistar a presença do homem na unidade...” (E1); “...venha fazer um teste de PSA é tão importante...” (E2); **ações comuns aos gêneros**: “DST’S ...” (E1); “... agente tem busca de DST’S...” (E3); “... o citológico a mulher identifica algum problema na saúde dela, genital dele e ai agente orienta ela a trazer o homem para agente ta orientando” ... (E4).

Sabe-se que o câncer de próstata é um grave problema de saúde pública. Segundo o Instituto Nacional de Câncer – INCA, as altas taxas de incidência e a mortalidade dessa neoplasia fazem com que o câncer de próstata seja o segundo mais comum entre a população masculina, sendo superado apenas pelo câncer de pele não-melanoma (INCA, 2011).

Quanto aos tipos de diagnóstico, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) recomenda, em termos de rastreamento oportunistas e da realização de exames de toque retal e da dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) total. Recomenda-se ainda que, a partir desses exames e havendo indicação, se realize a ultra-sonografia pélvica ou prostática transretal (INCA, 2011).

É oportuno destacar a focalização da percepção dos entrevistados em aspectos que envolvem a saúde reprodutiva, foco comum em muitas pesquisas que envolvem questões de gênero, masculinidades e saúde. E assim, não deixam evidente que o quadro de morbi-mortalidade que funda os pilares da PNAISH envolvem as doenças dos sistemas cardíaco, digestivo, respiratório, urinário, bem como a violência e os transtornos mentais, como afirma Brasil (2009).

Logo, ressalta-se, mais uma vez a importância da implantação da PNAISH como também de reconhecer as reais necessidades dos homens para, assim, melhor planejar e organizar ações e serviços, dentro da atenção básica, de maneira a torná-los mais atrativos objetivado atender as necessidades deste grupo.

Nesse sentido, destacamos o que afirma Ceccim (2005) sobre o trabalho em saúde, considerando que os profissionais devem estar aptos para assisti-lo

individual, além de qualificados para a compreensão ampliada da promoção de saúde e para a adoção de práticas integradas de saúde coletiva.

Segundo Figueiredo (2005), para que a rede básica de saúde possa ampliar suas ações de atenção para a saúde masculina, é fundamental a identificação das necessidades de saúde dos homens. Acrescentando-se a isto que o reconhecimento dessas necessidades, percebidas principalmente na procura de cuidados pelos usuários, tais aspectos são importantes na organização das ações de saúde assim como preconiza a PNAISH (SCHRAIBER; MENDES; GONÇALVES, 2000).

Neste estudo buscou-se ainda a identificação de balizas que poderiam influenciar na implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e assim foi possível a identificação da categoria a baixo, cujas subcategorias e unidades temáticas encontram-se, no Quadro 10, a seguir.

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
• Limites vinculados ao Homem	• ...ausência do homem na unidade... eles geralmente trabalham o dia todo e não tem disponibilidade de tempo ... (E1) • ... eles não vêm...ta mais nos homens na conscientização que não existe. (E3) • ...resistência do homem... (E4) • ...eles tem certa resistência em vir para a unidade... é cultura, isso eles alegam que trabalham...não tem tempo... (E6) • ...a resistência deles... (E7) • ...aspecto cultural, a própria formação do homem... (E8) • ...difícilmente eles vêm fazer algum exame... para se cuidar... (E10)
• Limites vinculados aos Profissionais	• Falta de informações dos profissionais [...] falta de esclarecimento... (E2) • ...pouco preparo mesmo (dos profissionais)... (E6) • ...a carga (de trabalho) que principalmente o enfermeiro tem ... (E9) • Qualificação do pessoal (profissionais) para o correto atendimento a saúde do homem. (E11) • Há necessidade de maior atendimento sobre PNAISH (E12)

Quadro 10: Subcategorias e respectivos relatos dos enfermeiros pertinentes à categoria denominada Limites para implantação/implementação da PNAISH

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2010.

As falas dos entrevistados evidenciam a resistência dos homens em procurar atendimento nos serviços de saúde como fator que dificulta assim a implantação/implementação da referida política, como observa-se nos seguintes discursos: “...aspecto cultural, a própria formação do homem”... (E8); “...eles têm

certa resistência em vir para a unidade... é cultura, isso eles alegam que trabalham...não tem tempo...” (E6); “...difícilmente eles vêm fazer algum exame... para se cuidar...”. (E10)

De cada três adultos que morrem no Brasil, dois são homens. Tomando como base o ano de 2005, números do Ministério da Saúde mostram que, do total de mortes na faixa etária entre 20 e 59 anos, 68% foram de homens. Entre os 20 e os 30 anos, as causas predominantes dessas mortes são as violências (principalmente, os homicídios), acidentes de trânsito e/ou trabalho. A partir dos 40 anos, contudo, o principal fator causador de mortes entre os homens são as doenças cardiovasculares e as neoplasias. Dados como esses justificaram a criação, em 2009, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem pelo Ministério da Saúde brasileiro.

Considera-se que, por motivos culturais, os homens têm mais resistência a procurar cuidados médicos e terem atitudes preventivas com relação a problemas de saúde. Na maioria das vezes, eles recorrem aos serviços de saúde apenas quando a doença se mostra avançada. O resultado é um risco de morte mais elevado, maior sofrimento físico e emocional para o paciente e sua família e um custo maior para o Sistema Único de Saúde (SUS), como afirmam Romeu, Nascimento e Araújo (2007).

Reverter este quadro trata-se de um grande desafio. Pois, alcançar uma mudança de comportamento na população masculina, demanda tempo e esforços continuados. A implantação dessa política está sendo realizada sob um cuidadoso planejamento, de modo a alcançar seus objetivos.

Neste sentido, a primeira ação após o lançamento dessa política foi o desenho de um Plano de Ação Nacional, composto por nove eixos, cuja implantação deve se estender até 2011. A existência desse plano de ação visa estabelecer estratégias de execução. É uma demanda dos gestores nos estados e municípios e também representa um aprimoramento na condução de políticas no âmbito federal.

A PNAISH traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos de saúde relacionados ao gênero masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública.

Um de seus principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político econômicos e a reduza os índices de

morbi-mortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008).

Outro aspecto evidenciado na categoria **Limites para implantação/implementação da PNAISH** vincula-se aos profissionais, onde foi possível identificar *déficits* de conhecimentos sobre a própria PNAISH, a exemplo dos recortes: *“Falta de informações dos profissionais [...] falta de esclarecimento...”* (E2); *“...pouco preparo mesmo (dos profissionais)..”* (E6); *“Qualificação do pessoal (profissionais) para o correto atendimento a saúde do homem”* (E11); *“Há necessidade de maior atendimento sobre PNAISH.”* (E12).

Este cenário também foi identificado por Canesqui e Spinelli (2006) ao afirmarem que o despreparo dos profissionais para o desenvolvimento de ações na atenção básica e suas múltiplas atividades com ações assistenciais, educativas, preventivas, domiciliares e intersetoriais são aspectos dificultadores na Estratégia de Saúde da Família, levando os profissionais a exercerem ações não planejadas e, algumas vezes, com pouca fundamentação decorrente da sobrecarga de trabalho. Tal situação pode ser apreendida na fala do sujeito: *...a carga (de trabalho) que principalmente o enfermeiro tem ...* (E9).

A este despeito, destaca-se que a própria organização das políticas de saúde precisa de uma reorientação, no sentido de desenvolver programas e capacitar profissionais para atuarem na ESF, a fim de que os usuários masculinos sejam atendidos da mesma forma dos demais membros da família.

Diante da situação vigente na atenção básica à saúde, os profissionais não sabem o que fazer para administrar a alta demanda e a escassez de tempo para se dedicarem às ações de prevenção e promoção à saúde tanto relativas a saúde do homem quanto aos demais problemas de saúde existentes em nosso país. Sentem-se perdidos, cansados, imersos em ações não planejadas, que demandam tempo e provocam desgaste físico e emocional, retrato de um processo de trabalho desgastante e desumano (HORTA, 2007).

Ao interrogar os enfermeiros sobre a disponibilidade de medicamentos na USF Integrada e os instrumentos de atendimento do homem para a implementação/implantação da PNAISH, percebeu-se a fragilidade dos entrevistados sobre medicação para a clientela masculina, ao afirmarem que: *“... agora específico para a saúde do homem só temos mesmo, temos só preservativo, mas não é medicamento* (E5); *“... se for um homem hipertenso [...] mas qualquer medicação*

determinada doença masculina agente aqui não vai ter (E7); “Relacionada a Saúde do Homem não (E10); “...agora em relação a saúde do homem não tem (E2); “...nós não temos ainda [...] com relação a medicação para a saúde do homem nós não temos ainda não, recebemos nada ainda” (E5).

Quanto aos impressos para registros dos atendimentos da clientela masculina, verifica-se que tais registros ocorrem em fichas individuais ou em cadastros vinculados aos programas institucionais, conforme verificam-se nos relatos: “... livro de DST... (E1); “... ficha individual do adulto... (E3 e E10); “Tem do hiperdia... (E7);” Cadastro do Hiperdia (E10).

Diante desse cenário de *déficits* pode-se reafirmar a necessidade de instrumentalização dos profissionais enfermeiros por meio de estratégias de educação continuada nas quais incluam-se abordagens sobre medicamentos e a utilização de impressos que possam subsidiar o Sistema Nacional de Informação. Tais aspectos são fundamentais uma vez que todos os enfermeiros que participaram deste estudo não foram submetidos a nenhuma capacitação para instrumentalizá-los para o processo de cuidar/cuidado da clientela masculina. A resolutividade ou minimização desse cenário poderá advir com a implementação do Plano Nacional de Ação 1009-2011 voltado à PNAISH, definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Diante dos dados e dos relatos oriundos do presente estudo, onde se buscou analisar as possibilidades e os limites para a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de João Pessoa-PB, verificam-se lacunas importantes das condições das UBS Integradas quanto à estrutura física, recursos materiais e humanos; bem como importantes *déficits* na percepção dos profissionais da saúde, aqui em particular, dos enfermeiros, a respeito da referida política. E diante deste cenário, reafirma-se que transpô-las representa um princípio fundamental para a readequação desses limites e, desse modo, eleve-se as possibilidades operacionais dessa política.

Espera-se que este estudo venha a contribuir significativamente para o bom desempenhos dos serviços de saúde onde inclua-se a atenção à saúde do homem, para que um futuro ainda próximo tenhamos alterações positivas no quadro de morbi-mortalidade masculina e, assim, aumentar a expectativa e qualidade de vida desse grupo populacional.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados referentes ao **perfil dos entrevistados** que compuseram a amostra do estudo revelam que nas Unidades Básicas de Saúde integradas que representaram o cenário da pesquisa, o cuidado é implementado por enfermeiros, em sua maioria, jovens com tempo de serviço na ESF de 7 a 12 anos (75%) sendo que nas UBS integradas de 1 a 3 anos e com formação no âmbito da graduação há mais de 5 anos, período em que fizeram também sua formação no âmbito da especialização. Diante disto, pode-se afirmar que trata-se de profissionais que buscam qualificação profissional para o exercício de suas funções, o que certamente aceitarão as capacitações na área da Saúde Masculina previstas no Plano de Ação Nacional - 2009-2011 (BRASIL, 2009).

Na avaliação da dimensão estrutural foram analisados os aspectos da estrutura física; aspectos relacionados aos recursos materiais; e aspectos relacionados aos recursos humanos.

No que se refere à **estrutura física**, observa-se que para o atendimento à saúde masculina faz-se necessário algumas adequações especialmente no que concerne às condições necessárias para o trabalho coletivo e espaços para realização de exames diagnósticos, ou seja, laboratório de análises clínicas. A adequação desses aspectos deve levar em consideração a área adstrita, as especialidades e o quantitativo de usuários, para que os mesmos possam se sentir acolhidos e participar de propostas dos profissionais da saúde que os instruem para os aspectos voltados ao auto cuidado. Neste sentido Brasil (2006) afirma que os espaços sugeridos devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita e sua especialidade e ao número de usuários esperados, permitindo assim um atendimento com resolutividade.

Quanto aos **recursos matérias** disponíveis e necessários para a implantação e implementação da PNAISH, há *déficits* importantes, entretanto, há, segundo os entrevistados, adequação no que concerne aos **recursos humanos** disponíveis e necessários para a implantação e implementação da PNAISH.

Quanto à **percepção dos enfermeiros** que compuseram a amostra os dados e dos relatos afirma a ocorrência de importantes *déficits* na percepção dos profissionais da saúde, aqui em particular, dos enfermeiros, a respeito da

implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de João Pessoa-PB.

E diante deste cenário, reafirma-se que transpor os aspectos negativos representa um princípio fundamental para a readequação desses limites e, desse modo, elevar as possibilidades operacionais dessa política no município.

Espera-se que este estudo venha a contribuir significativamente para o bom desempenho dos serviços de saúde onde incluía-se a atenção à saúde do homem, para que um futuro ainda próximo, tenhamos alterações positivas no quadro de morbi-mortalidade masculina e, assim, aumentar a expectativa e qualidade de vida desse grupo populacional.

Infere-se tomando por base os relatos dos entrevistados que a questão chave capaz de contribuir para a implantação/implementação da PNAISH é a capacitação da equipe profissional das UBS Integradas, uma vez que verifica-se ausência de ações voltadas para essa capacitação, visando dar suporte ao atendimento às demandas de saúde do homem.

Sugere-se a necessidade de ampliar as discussões sobre a temática de atenção à saúde do homem, considerando as diferentes masculinidades, as quais perpassam por uma (re)construção de gênero no âmbito da Instituição de Ensino Superior, aqui em particular, haja vista que as temáticas relacionadas à saúde do homem e à masculinidade, bem como às práticas de prevenção de agravos e promoção da saúde para essa população, não tem sido discutidas adequadamente, e isto tem contribuído para os impasses atuais associados ao cenário da assistência à população masculina.

Pode afirmar a urgência nas inadequações nesta pesquisa para que a PNAISH possa ser implementada no município de João Pessoa-PB, haja vista que, de um modo geral, as características das unidades de atenção primária representam impedimentos no atendimento às necessidades da saúde masculina. Em sua estrutura organizativa associada ao processo de cuidado não há ações bastante sedimentadas para atenção da população masculina.

REFERÊNCIAS

ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M.C; NEVES, J.B. Desafio para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária a saúde. **Revista Enfermagem Integrada**. Ipatinga: Unileste-MG - V.3 - N.2 - Nov./Dez. 2010.

AROUCA, S. **A reforma sanitária brasileira**. Tema/Radis. Rio de Janeiro; v. 6, n. 11, p.02-04, 1988.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 70. ed. Lisboa: 2009.

BARROS, H. **Frágil, saúde do homem relegada a segundo plano**. Disponível em: <http://www.assefaz.org.br/site/noticia/manu_noticia/vertoda.php?idnoticias=784>. Acesso em: 7 mai. 2011.

BELLONI, Isaura. et al. **Metodologia de avaliação em políticas públicas**: uma experiência em educação profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007. (Coleção Questões da Nossa Época; v.75).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2007.

_____. **A gestão da saúde nos estados**: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília: CONASS, 2007.

_____. **Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996**: dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CONEP, 1996.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1998.

_____. **Portaria GM 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: 2006, p. 7-51.

_____. **Departamento de Atenção Básica**. Acompanhamento e avaliação. Programa de Saúde da Família. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/paginas/amqOquee.asp>>. Acesso em: 03 nov. 2010.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09CONS.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2010.

_____. **Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. **Programa Saúde da Família:** diretoria executiva. Brasília, 2001.

_____. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília, 2005.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS 01/91.** Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. **Saúde Masculina.** Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 9 dez. 2009.

_____. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Série Pactos pela Saúde Brasília, v. 4. 60 p., 2006.

_____. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica.** Produto do trabalho da comissão instituída pela Portaria Nº 676 de 03 de junho de 2003.

_____. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife, v. 4, n. 4, p. 449-459, 2004c. 27 de Mai. de 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde:** saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 128p.

_____. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** 8. 17-21 mar. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

_____. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRAZ, M. **A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem:** reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-104, jan./mar. 2005.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância em saúde e da saúde da família. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.569-584, 2003.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 22, n.9, p.1881-1892, set, 2006.

CECCARELLI, P.R. **A Construção da masculinidade.** Percurso. vol. 19. p. 49-56. Disponível em: <<http://www.ceccarelli.psc.br/artigos/portugues/html/aconstrucao.htm>>. Acesso em: 10 mai. 2010.

CECCIM, Ricardo Bug. Equipe de saúde: perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005, cap 4, p. 259-278.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al. **A avaliação na área da saúde:** conceitos e métodos. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

_____. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

_____. et al. **A avaliação na área da saúde:** conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 2, p. 29-48.

DONABEDIAN, A. **Qualidade na assistência à saúde.** São Paulo: FGV/HCFMUSP, PROAHSA, 1993.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação: reabrindo o debate. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FELISBERTO, E. **Monitoramento e avaliação na atenção básica:** novos horizontes. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set., 2004.

FIGUEIRÓ, A. C. et al. **A avaliação no contexto das mudanças na organização e nas práticas de saúde.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. p. 127-142.

FIGUEREIDO, W. S. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços da atenção primária. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva.** 2005, 10 (1):105-9.

FIGUEREIDO, W. S. **Masculinidades e cuidados:** diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. São Paulo, 2008. (Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

FONSECA, A.J.M.S. da. **A teoria da masculinidade.** In: A identidade masculina segundo Robert Bly: o paradoxo entre o real e o imaginado [dissertação][on-line]. Lisboa: Universidade Aberta, 1999.

FREESE DE CARVALHO, E.; SAMPAIO, J.; CESSE, E. A. P. **Avaliação no Sistema Único de Saúde.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005. p. 32-38.

GARCIA, S. M. **Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero.** São Paulo: Ecos, 1998. p. 31-50.

GADOTI, M. **Concepção Dialética da Avaliação.** In: Avaliação qualitativa: Polêmicas do nosso tempo. 5. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 1995.

GIFFIN, K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva.** 2005; 10 (1): 47-57.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública.** 2002; p. 103-122.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 22(5):901-911, mai, 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. 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, 23(3):565-574, mar, 2007.

HORTA, Natália de Cássia. **O significado do atendimento ao adolescente na atenção básica à saúde**: uma análise compreensiva. 2007. 148f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Câncer da próstata**: consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata**: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

LAURENTI R, J. M. P. M., G. S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**. 2005; 10 (1): 35-46.

LAURENTI R. **Perfil epidemiológico da saúde masculina nas regiões das Américas**: uma contribuição para o enfoque de gênero. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1998.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. **Desafios para os gestores do SUS hoje**: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. p. 45-76.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 12. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1999.

MOURA BARROSO, L. et.al. Avaliação da qualidade na atenção básica. **Rev. Eletrônica**. v. 12, enfermeira global. Fev. 2008.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro. Qualitymark, 1994.

NASCIMENTO, M. R. do. **Câncer de próstata e masculinidade:** motivações e barreiras para a realização do exame de diagnóstico precoce da doença.. In: XII Congresso da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2000, Caxambu, MG. Encontro nacional de estudos populacionais. Brasil, 500 anos: Mudanças e continuidades. Belo Horizonte: ABEP, 2000.

NARDI, A.; GLINA S.; FAVORITO L. A. **Primeiro estudo epidemiológico sobre câncer de pênis no Brasil.** International Braz J Urol, v. 33, p. 1-7, 2007.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica:** projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção e vigilância da saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.473-503.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Semana Estadual de Saúde do Homem.** Paraíba, 2009.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva.** v.10 n.1 Rio de Janeiro jan./mar. 2005.

PEREIRA, P. M. H. **Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família.** Fundação Oswaldo Cruz, 2007. 100p. (Dissertação de Mestrado da Faculdade de Saúde Pública/USP.)

PINHEIRO R.S.; V. F, TRAVASSOS, C.; Brito, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização do serviço de saúde no Brasil. **Rev.Ciências e Saúde Coletiva.** 2002; 7 (4):687-707.

POLIT, D; HUNGLER, B. P; BEACK. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Ática, 2005.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 1999. 334p.

SAMICO, I. A. **Avaliação em Saúde:** bases conceituais e operacionais. São Paulo: Medbook, 2010.

SANTOS, L. C. F. **Percepção de usuários de uma USF Integrada sobre a atenção à saúde da população masculina.** 2009. 67f. (Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da UFPB.)

SEMA, M. A. **Bases da Saúde Coletiva.** Editora Uel. Abrasco, 2001.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 18, supl., p.124-136, 2002.

SÉRIE MÉDICA. Enfermeiro. **Conhecimentos Específicos.** Apostilas Millenium. A nova era em concursos, 2007.

SILVA, M. J. P.; PINHEIRO, E. M. **Qualidade na assistência de enfermagem – visão de alunas de especialização.** Acta Paulista de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 82-88, 2001.

SILVA, S. G. (10/05/2010) Masculinidade na história: a construção cultural da diferença entre os sexos. *Psicol. Cienc.* Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/pcp/v20n3/v20n3a03.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1992.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M; FORMIGLI, V. L. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, cap. 1, p. 15-40.

WORTHEN, B. R. et al. **O objetivo, os usos e as distinções conceituais básicas da avaliação.** São Paulo: Gente, 2004. p. 33-58.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor(a).....

Esta pesquisa que tem como título: *Implantação da Política Nacional da Atenção Integrada a Saúde do Homem: análise de possibilidades e limites*, e está sendo desenvolvida pela enfermeira e Mestranda da Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profa. Dra. Wilma Dias de Fontes, do Departamento de Enfermagem Clínica.

O objetivo deste estudo é investigar as possibilidades e limites para a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de João Pessoa a partir dos enfermeiros que compõem as equipe da Unidade de Saúde da Família Integrada.

A finalidade é contribuir para implantação da Atenção Integral à saúde do Homem, com a participação de todos os setores da sociedade brasileira.

Solicitamos a sua colaboração para responder a uma entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados correspondentes em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos previsíveis para a sua saúde.

Esclarecemos que a sua participação é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitados pelo pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e pra publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento.

**Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal**

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Wilma Dias de Fontes

Endereço (Setor de Trabalho): UFPB

Telefone: (83) 3216-7344 ou CEP/HULW – (83) 3216-7302

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados

PESQUISA: Implantação da Política Nacional da Atenção Integrada a Saúde do Homem: análise das possibilidades e limites.

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA INVESTIGAÇÃO

Idade:
Sexo: () feminino () masculino
Ano de graduação:
Tempo de trabalho na ESF: Tempo na USF integrado:
Pós-graduação: () Sim () Não - nível: () esp. () Mest. () Doutorado

1 Compreensão dos enfermeiros frente às possibilidades e limites operacionais para a implantação/implementação da PNAISH.

1.1 Esta unidade possui ações específicas voltadas para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população masculina. Quais?

1.2 O que contribui/possibilita (as possibilidades) a implantação/implementação da PNAISH nesta Unidade de Saúde?

1.3 Quais os limites que você percebe nesta Unidade de Saúde para a implantação/implementação da PNAISH?

2 Compreensão dos enfermeiros frente aos aspectos vinculados à estrutura física, recursos humanos e materiais necessários à implantação/implementação da PNAISH

2.1 Aspectos vinculados à estrutura física necessária para a implantação/implementação do PNAISH

2.1.1 O que USF Integrada dispõe para um espaço físico adequado para implantação/implementação da PNAISH?

2.1.2 Para você o que é necessário nesta USF Integrada em relação aos espaços físicos para elevar a qualidade para a implantação/implementação da PNAISH?

2.2 Compreensão dos enfermeiros frente aos aspectos vinculados aos recursos materiais (equipamentos, impressos, medicamentos) necessários e disponíveis para a implantação/implementação do PNAISH Considerando as áreas das morbidades destacadas - aparelho Circulatório, Urinário, Digestivo e Respiratório.

2.2.1 Para você o que é necessário nesta USF Integrada em relação aos equipamentos (básico e específico) para verificação de fatores de risco de doenças na população masculina para a implantação/implementação da PNAISH?

2.2.2 O que essa USF Integrada dispõe de equipamentos (básico e específico) neste sentido?

2.2.3 Quanto aos medicamentos?

a) A USF Integrada dispõe de medicamentos?

SIM () NÃO ()

b) Faltam medicamentos na USF Integrada?

SIM () NÃO ()

2.2.4 A USF Integrada dispõe de suporte de materiais educativos vinculados a PNAISH?

SIM () NÃO ()

Caso afirmativo, quais?

2.2.5 Considerando a PNAISH esta USF Integrada dispõe de impressos para cadastro e registro específicos de atendimento/acompanhamento de pacientes do sexo masculino?

SIM () NÃO ()

Caso afirmativo, em quais áreas de atenção?

2.3 Compreensão dos enfermeiros frente aos aspectos vinculados aos recursos humanos necessários para a implantação/implementação do PNAISH

2.3.1 Em relação à equipe de saúde: Qual o quantitativo de:

Categoria profissional	Quantitativo
Médico	
Enfermeiro	
Dentistas	
Técnico em enfermagem	
ACD	
ACS	

2.3.2 Considerando o quantitativo de profissionais nesta unidade para implantação/implementação da PNAISH?

a- É suficiente o número de profissionais de nível superior?

1. SIM () 2. NÃO ()

b- É suficiente o número de profissionais ACS?

1. SIM () 2. NÃO ()

c- É suficiente o número de técnicos de enfermagem médio?

1. SIM () 2. NÃO ()

d- É suficiente o número de ACD?

1. SIM () 2. NÃO ()

3.3.3 Em relação à instrumentalização dos recursos humanos para implantação do PNAISH nesta USF integrada.

3.3.3.1 Você recebeu capacitação para a implantação/implementação da PNAISH em alguma USF Integrada ou não?

Sim () Quais? _____ Não ()

3.3.3.2 E os outros profissionais o tiveram para atuarem no atendimento de prevenção de doenças e promoção da saúde do homem?

Sim () Quais? _____ Não () Obrigada!