



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**

LUZANE SANTANA DA ROCHA

**REALIDADE, CONTRADIÇÕES, LIMITES E POSSIBILIDADES DA
IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM:
ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO - 2010 A 2018**

Salvador
2019

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

R672 Rocha, Luzane Santana da

Realidade, contradições, limites e possibilidades da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: análise da produção do conhecimento - 2010 a 2018 / Luzane Santana da Rocha. – Salvador, 2019. 109 f.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Kátia Oliver de Sá.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.

1. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem 2. Implementação da PNAISH 3. Balanço da Produção do Conhecimento I. Sá, Kátia Oliver de – Orientadora II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação III. Título.

CDU 614.2-055.1

LUZANE SANTANA DA ROCHA

**REALIDADE, CONTRADIÇÕES, LIMITES E POSSIBILIDADES DA
IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM:
ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO - 2010 A 2018**

Dissertação de Mestrado apresentada à Linha de Pesquisa – Políticas Sociais Universais, Institucionalização e Controle do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador – UCSAL como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Katia Oliver de Sá

Salvador
2019

TERMO DE APROVAÇÃO

Luzane Santana da Rocha

“REALIDADE, CONTRADIÇÕES, LIMITES E POSSIBILIDADES DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO - 2010 A 2018”.

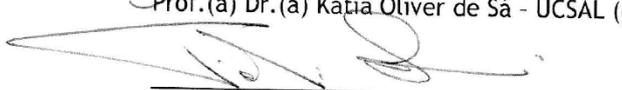
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

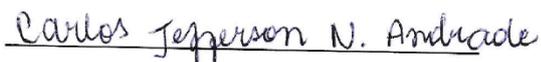
Salvador, 24 de setembro de 2019.

Banca Examinadora:



Prof. (a) Dr. (a) Kátia Oliver de Sá - UCSAL (orientadora)


Prof. (a) Dr. (a) Maria de Fátima Pessôa Lepikson - UCSAL



Prof. (a) Dr. (a) Carlos Jefferson do Nascimento Andrade -FTC

[...] o imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança [...] (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007, p. 571)

AGRADECIMENTOS

A Deus que sempre me mostrou os melhores caminhos a seguir.

A minha família: mãe e irmãos por todo apoio de sempre, que mesmo distante fisicamente, em todos os momentos da minha vida sempre torceram por mim.

Ao meu pai querido Francisco que apesar de ter compartilhado comigo dessa conquista, no meio desse caminho foi chamado por Deus para outro plano, deixando seu ensinamento de sempre agir com honestidade e jamais desistir dos meus objetivos, mesmo diante de toda adversidade.

A você minha pequena e querida filha Mariana, que sempre perguntava o que tanto escrevia com os olhinhos cheios de interrogação por não compreender muito bem minha ausência em alguns momentos. Você é a razão de tudo.

Ao Jean meu amor e companheiro de tantas discussões e ensinamentos sobre saúde dos homens.

A minha querida orientadora professora Kátia Oliver de Sá, por todo ensinamento e paciência, a minha admiração pelo seu profissionalismo e meu muito obrigada por facilitar esse processo de ensino-aprendizagem. Serei eternamente grata!

A professora Fátima Lepikson pelo carinho de sempre, pelo acolhimento maravilhoso e por aceitar fazer parte dessa etapa da minha vida.

Ao professor Carlos Jefferson pelas valiosas colaborações desde o momento da qualificação, você foi muito importante para o resultado desta dissertação.

A professora Ana Pitta que dedicou seu precioso tempo para compartilhar referências maravilhosas sobre a saúde dos homens.

A “tia” Geralda pelo apoio logístico! Gratidão.

A minha amiga Maria Lizzia, a primeira a me impulsionar a realizar esse Mestrado! As amigas Suely e Karla pelas horas de alegria e descontração e a Gerson pelas inspirações. O mestrado me trouxe a amizade de vocês e fico muito feliz com isso.

A todos os professores do programa de Mestrado da UCSAL, por compartilharem seus conhecimentos e contribuírem para o meu crescimento profissional.

Aos meus queridos amigos e colegas de trabalho da USF Canabrava por compreenderem minha ausência em alguns momentos em prol dessa qualificação profissional.

A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador/Ba por me conceder a oportunidade única de realizar esse Mestrado e em especial a Melissa e Flávia pelo apoio nas mais diversas etapas desse caminho.

Aos homens frequentadores de todas as Unidades de Saúde da Família, importantes figuras, por me inspirarem na realização desse trabalho. Gratidão.

ROCHA, Luzane Santana da. **Realidade, contradições, limites e possibilidades da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: análise da produção do conhecimento - 2010 a 2018.** 2019. Orientadora: Kátia Oliver de Sá. 109 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) – Programa de Pós-Graduação, Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2019.

RESUMO

Esta dissertação trata de uma investigação que analisa a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, considerando estudos desenvolvidos na linha de pesquisa Políticas Sociais Universais, Institucionalização e Controle do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador. Levanta como questão central: que limites e contradições são evidenciados no processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), considerando o balanço da produção do conhecimento *stricto sensu* no período de 2010 a 2018? Tem como objetivo geral: identificar limites, contradições e possibilidades desenvolvidas pelo processo de implementação da PNAISH, considerando o balanço da produção do conhecimento *stricto sensu* no período de 2010 a 2018 no Brasil. A pesquisa pretendeu apontar os determinantes históricos da legislação que explicitam a realidade da PNAISH e levanta nexos e relações das diretrizes dessa política com o que vem sendo produzido por pesquisadores que produzem dissertações, situadas em repositórios da CAPES e IES. Trata-se de uma pesquisa documental com análise bibliométrica e balanço da produção do conhecimento de onze produções *stricto sensu* na modalidade de dissertações, utilizando o processo de análise de conteúdo. Tem como hipótese que as dissertações identificadas e analisadas apontam limites e contradições sobre a implementação da PNAISH e que embora os pesquisadores reconheçam em suas investigações uma política pública anunciada e implantada, há evidentes indicadores, nesses estudos, sobre a existência de limites e dificuldades, quanto a sua implementação. Os resultados apontam que a maioria das investigações não mencionam de forma clara em seus objetos de investigação, as diretrizes da PNAISH e que a implementação da PNAISH ainda ocorre de forma incipiente não seguindo todos os princípios e diretrizes que o documento da política e seu marco legal preconizam. Levantamos como consideração final dessa pesquisa que a realidade encontrada aponta para necessidade de reestruturação da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem de forma que a sua organização priorize o atendimento e o acolhimento às necessidades de saúde da população masculina, promovendo mudanças no cuidado em saúde para a redução nos índices de morbimortalidade da população masculina do Brasil.

Palavras-Chave: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Implementação da PNAISH. Balanço da produção do conhecimento.

ROCHA, Luzane Santana da. **Reality, contradictions, limits and possibilities of the implementation of the national policy for Integral attention to human health**: analysis of knowledge Production - 2010 to 2018. 2019. Advisor: Kátia Oliver de Sá. 109 f. Dissertation (Master in Social policies and Citizenship) – graduate program, Catholic University of Salvador, Salvador, 2019.

ABSTRACT

This dissertation deals with an investigation that analyzes the national policy of Integral attention to human health, considering studies developed in the line of research universal social policies, institutionalization and control of the graduate program In social policies and citizenship of the Catholic University of Salvador. It raises as a central question: what limits and contradictions are evidenced in the implementation process of the national policy for Integral attention to human health (PNAISH), considering the balance of *stricto sensu* knowledge production in the period from 2010 to 2018? It has as general objective: to identify limits, contradictions and possibilities developed by the implementation process of PNAISH, considering the balance of *stricto sensu* knowledge production in the period 2010 to 2018 in Brazil. The research intends to point out the historical determinants of legislation that clarify the reality of PNAISH and raises links and relations of the directives of this policy with what has been produced by researchers who produce dissertations, located in CAPES and HEI repositories. This is a documental research based on a methodology that deals with a bibliometric analysis and makes a balance of the production of eleven *stricto sensu* productions in the modality of dissertations, using the content analysis process. It has as a hypothesis that the dissertations identified and analyzed indicate limits and contradictions about the implementation of the national policy for Integral health care for men and that although the researchers recognize in their investigations a public policy Announced and implemented, there are evident indicators, in these studies, about the existence of limits and difficulties, as to its implementation. The results indicate that most investigations do not mention clearly in their research objects, the PNAISH guidelines and that the implementation of PNAISH still occurs in an incipient way not following all the principles and guidelines that the document Policy and its legal framework advocates. We raised as the final consideration of this research that the reality found points to the need to restructure the implementation of the national policy of Integral health care for men so that its organization prioritizes the care and the welcoming To the health needs of the male population, promoting changes in health care to reduce the morbidity and mortality rates of the male population in Brazil.

Keywords: National policy for Integral attention to human health. Implementation of PNAISH. Balance of knowledge production.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro - 01	Produções <i>stricto sensu</i> identificadas em repositórios de PPG de IES lançadas por regiões do Brasil.....	22
Quadro - 02	Indicadores voltados para a implementação da PNAISH.....	24
Gráfico - 01	Ano de defesa das produções <i>stricto sensu</i> analisadas – 2010 a 2018	59
Quadro - 03	Títulos das dissertações identificadas e analisadas e o ano de defesa nos PPG das IES.....	62
Quadro - 04	Elementos de análise da PNAISH - Art.3º I da Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009 nas dissertações.....	64
Quadro - 05	Elementos de análise da PNAISH - Art.3º II da Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009 nas dissertações.....	65
Quadro - 06	Elementos de análise da PNAISH - Art.3º III da Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009 nas dissertações.....	66
Quadro - 07	Elementos de análise da PNAISH - Art.3º IV da Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009 nas dissertações.....	66
Quadro - 08	Elementos de análise da PNAISH - Art.3º V da Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009 nas dissertações.....	67
Quadro - 09	Elementos de análise da PNAISH - Art.3º VI da Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009 nas dissertações.....	68
Quadro - 10	Correlações existente nas produções mediante a PNAISH, o problema central e os principais resultados identificados nas dissertações.....	70
Quadro - 11	Levantamento de dados bibliométricos de (11) produções de dissertações que foram identificadas e analisadas.....	92
Quadro - 12	Elementos centrais de investigação das (11) produções <i>stricto sensu</i> ..	100

LISTA DE TABELAS

Tabela - 01	Localização das produções analisadas, por regiões do Brasil.....	58
Tabela - 02	Localização das produções <i>stricto sensu</i> analisadas, por Estados brasileiros.....	59
Tabela - 03	Análise do quantitativo das produções levantadas por IES no Brasil – 2010 a 2018.....	60
Tabela - 04	Tipos de Instituições de Ensino Superior em que as produções foram realizadas.....	60
Tabela - 05	Levantamento de tipos de pesquisas desenvolvidas pelos pesquisadores das produções analisadas.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DST	Doenças Sexualmente
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
ONG	Organização Não Governamental
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PPG	Programa de Pós-Graduação
SESAB-BA	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFMT	Universidade Federal do Mato Grosso
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNB	Universidade de Brasília
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIEURO	Centro Universitário Euro-Americano
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	O CONTEXTO DO OBJETO E ESTUDOS ANTECEDENTES.....	13
1.2	O PROBLEMA CENTRAL DE INVESTIGAÇÃO, AS QUESTÕES NORTEADORAS, A HIPÓTESE E OS OBJETIVOS.....	18
1.3	O CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO.....	20
1.3.1	Caracterização bibliométrica das produções <i>stricto sensu</i>.....	21
1.3.2	Caracterização documental do marco legal e análise de conteúdo das produções <i>stricto sensu</i>	23
1.3.3.	Organização do processo de análise de conteúdo das produções <i>stricto sensu</i>.....	24
1.4	MÉTODO DE EXPOSIÇÃO DA PESQUISA	27
2	O ESTADO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS: CONTRADIÇÕES HISTÓRICAS ADVINDAS DA FORMAÇÃO ECONÔMICA CAPITALISTA.....	28
2.1	O ESTADO E O CAPITALISMO: TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO PÓS GUERRA E A CONTRA REFORMA DO ESTADO.....	28
2.2	AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO ESTADO CAPITALISTA E AS FORMAÇÕES SOCIAIS	32
2.3	OS PROGRAMAS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL E AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS: CONTRADIÇÕES COMO SERVIÇO E COMO DIREITO.....	38
3	FUNDAMENTOS DO MARCO LEGAL DAS DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: LIMITES E AVANÇOS	44
3.1	O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	44
3.2	HISTÓRICO DO MARCO LEGAL DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM E SUAS DIRETRIZES PARA A OFERTA DE SERVIÇOS.....	49
4	BALANÇO DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO <i>STRICTO SENSU</i> NO BRASIL: CARACTERIZAÇÃO BIBLIOMÉTRICA E ANÁLISE DE CONTEÚDO DA REALIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.....	59
4.1	CARACTERIZAÇÃO BIBLIOMÉTRICA DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO <i>STRICTO SENSU</i>	59
4.2	PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E O MARCO LEGAL DA PNAISH: O QUE VEM SENDO TRATADO NAS PESQUISAS DE MESTRADO.....	64
4.2.1	Portaria Ministerial N°. 1.944 de 27 de agosto de 2009. Análise dos elementos do Art. 3º I, II, III, IV, V e VI	65

4.3	A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A REALIDADE DA IMPLEMENTAÇÃO DA PNAISH: CONTRADIÇÕES, LIMITES E POSSIBILIDADES DE SUPERAÇÃO	71
4.3.1	O que apontam as dissertações sobre: estrutura física, participação da gestão e conhecimento dos profissionais e homens na implementação da PNAISH.....	74
4.3.2	As dificuldades na inserção do homem nas ações da Atenção Primária: barreiras de acesso para a implementação da PNAISH.....	77
4.3.3	Avanços e possibilidades na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.....	81
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS	87
	APÊNDICE A - Levantamento de dados bibliométricos de (11) produções de dissertações que foram identificadas e analisadas.....	92
	APÊNDICE B - Elementos centrais de investigação das (11) produções <i>stricto sensu</i> analisadas	99
	ANEXO A - Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009...	103

1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, na linha de pesquisa: Políticas Sociais Universais, Institucionalização e Controle, trata de uma investigação que busca identificar e levantar a realidade, limites, contradições e possibilidades que vêm sendo expostas em estudos *stricto sensu* sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no campo dos serviços públicos de saúde no Brasil.¹

A proposta de investigação se desenvolveu a partir do balanço da produção do conhecimento, considerando o que vem sendo produzido no período de 2010 a 2018 em pesquisas provenientes de Programas de Pós-Graduação de Instituições de Ensino Superior (IES), que se encontram localizados nas diversas regiões do Brasil e que apontam indicadores sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Por reconhecer que toda política social é produzida na relação entre Estado e a sociedade, no marco das formações sociais da luta de classes, esta estará sempre posta em interesses opostos defendidos pela classe trabalhadora e a classe burguesa, proprietárias dos meios de produção, cujas contradições e limites das políticas podem ser reconhecidos quando investigados.

A política social, dependendo dos regimes políticos prevalentes em cada época, pode ser uma forma de regulação de uma proposta política de intervenção, mas também, pode assumir um processo dinâmico de intervenção social de emancipação humana, cidadania².

Mediante a realidade exposta por estudos rigorosos produzidos em espaços sociais em que se dá a produção do conhecimento de teses e dissertações, reconhecemos a possibilidade de identificar os limites, contradições e possibilidades que se colocam os processos de implementação dessa política mediante a relação com seu marco legal.

¹ Compreendemos a implementação da política, enquanto processo de realização das ações previstas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH. Essa compreensão parte não somente do reconhecimento das bases legais que sustentam o seu marco legal, mas principalmente pela forma como as políticas sociais se efetivam em processos de implementação, considerando a realidade e suas contradições em uma sociedade, cujos interesses pelas políticas públicas encontram-se em disputa na luta de classes. Ressaltamos os interesses na luta de classe porque reconhecemos que numa sociedade em que o Estado é mínimo em cumprir suas obrigações sociais, a classe social menos favorecida no acesso às riquezas produzidas, trava uma luta por dentro de seus organismos de classe para fazer valer seus direitos.

² Segundo Behring e Boschetti (2018, p. 63-64) “a mobilização e a organização da classe trabalhadora foram determinantes para a mudança da natureza do Estado liberal no final do século XIX e início do século XX, considerando a luta pela emancipação humana, na socialização da riqueza e na instituição de uma sociabilidade não capitalista”.

Para desenvolver a pesquisa proposta, partimos de estudos antecedentes que vêm sendo desenvolvidos e que geraram nosso ponto de partida; levantamos questões norteadoras, apontamos uma pergunta central, uma hipótese e traçamos objetivos que nos conduziram com propriedade a desenvolver um processo teórico-metodológico de investigação.

1.1 O CONTEXTO DO OBJETO E ESTUDOS ANTECEDENTES

O interesse pela temática envolvendo as questões da saúde do homem surgiu dentro da minha experiência enquanto enfermeira atuando na Atenção Primária e inserida desde 2003 em Equipes de Saúde da Família (EqSF), na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Essa afinidade com a temática dessa investigação está, portanto, relacionada às constantes observações que venho tendo sobre o comportamento do sexo masculino nos serviços de saúde pública. As observações levantadas com um olhar mais crítico sobre os serviços direcionados à saúde do homem vêm gerando determinados questionamentos.

Durante os últimos 15 anos, envolvida na docência, como preceptora de campo de estágio universitário (UNIMONTES-MG) e como gestora no Departamento da Atenção Básica da SESAB-BA, principalmente atuando na maior parte do tempo na área técnica que desenvolve estratégias voltadas para a Saúde da Família, foi possível perceber que os homens são a minoria de frequentadores nas Unidades Básicas de Saúde e a sua presença, na maioria das vezes, está relacionada à busca pela resolução de agravos agudos de doenças, com algumas vezes em estágio bastante avançado e já apresentando grande risco de desenvolverem problemas de saúde crônico-degenerativos. Outra observação é que na maioria das situações os homens comparecem ao serviço sem agendamento prévio, prejudicando e dificultando o acolhimento às suas demandas de saúde e evidenciando um certo despreparo dos serviços de saúde no acolhimento dessas necessidades.

A dificuldade de acolhimento às necessidades de saúde do homem, fere alguns dos princípios norteadores do SUS que preconizam acesso universal, igualitário, humanizado, qualificado e com garantia de oferta de ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos das enfermidades que acometem o universo masculino.

No campo empírico, o interesse pela temática “homem e saúde” surgiu na década de 70 nos Estados Unidos. (SCHWARZ et al., 2012, p. 109). Naquela época os estudos eram tangenciados pelo pensamento da teoria e pela política feminista que reconhecia que

determinados modelos de masculinidade eram geradores de problemas de saúde para as mulheres. (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012, p. 76)

No final dos anos 1980, na região das Américas, surgiu o primeiro estudo epidemiológico relacionado à saúde da população masculina. Os resultados desse estudo seguiram a mesma tendência dos resultados encontrados nas pesquisas realizadas na Europa e Estados Unidos, identificando diferenças de situação de saúde significativas entre o sexo feminino e masculino. As investigações evidenciavam uma maior taxa de mortalidade entre os homens, apesar de existir uma maior prevalência de adoecimento no sexo feminino. (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012, p. 76)

Seguindo a trajetória histórica sobre os estudos relacionados aos homens, segundo Gomes e Nascimento (2006, p. 901) foi somente a partir da década de 90 do século XX que essa temática nas investigações conquistou uma abordagem diferenciada, passando a refletir a singularidade do homem “saudável” e do homem “doente”, resignificando o cuidado integral à saúde nas suas diferentes fases e ciclos de vida.

Dessa forma, as pesquisas que até então, eram direcionadas somente à população feminina começaram a incluir o público masculino, aumentando gradualmente o interesse dos pesquisadores nos estudos com abordagem aos processos relacionados à morbimortalidade e aos riscos à saúde que o adoecimento do homem podia gerar. (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012, p. 77)

Nesse contexto e diante da evidência do que vem demarcando os aspectos da saúde da população masculina no Brasil, em março de 2008 o Ministério da Saúde do Brasil implantou, dentro do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, a Área Técnica de Saúde do Homem, que promoveram maior visibilidade às ações de saúde que até então eram voltadas somente às mulheres, idosos, crianças e adolescentes, entre outros. Essa iniciativa contribuiu com uma importante mudança na percepção da saúde masculina, pois através dela foi possível identificar a necessidade de formulação de políticas públicas direcionadas especificamente e exclusivamente à população masculina. (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012, p. 77)

Foi a partir dessa iniciativa do Ministério da Saúde, de implantação de uma Área Técnica voltada para a saúde do homem, que surgiu em 27 de agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, instituída pela Portaria Ministerial nº 1944.

Essa política pública foi formulada em parceria e com a colaboração de diversos componentes governamentais e não governamentais: gestores do SUS, organizações científicas,

sociedade civil organizada, pesquisadores, acadêmicos e agências de cooperação internacional relacionados à área de saúde do homem. Portanto, trata-se de uma política que foi formulada com o objetivo principal de promover melhorias das condições de saúde da população masculina brasileira, reduzir a morbimortalidade por meio de ações de saúde inseridas na linha de cuidado de saúde do homem e promover o enfretamento, de forma racional, dos fatores de risco à saúde dessa população, mediante a promoção da facilidade de acesso às ações e aos serviços de saúde.

Ressalta-se que essa política está inserida no contexto do Programa “Mais Saúde: Direitos de todos”, lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde com objetivo de promover um padrão de desenvolvimento com foco no crescimento, no bem-estar e nas melhorias das condições de vida do cidadão brasileiro. Dessa forma, a formulação dessa política classifica o Brasil como, o primeiro país da América Latina e o segundo do Continente Americano a desenvolver e fomentar ações voltadas para a saúde do homem. (JULIÃO; WEIGELT, 2011, p. 145)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), buscando priorizar a proteção à saúde da população jovem e adulta masculina no Brasil, estabelece como estratégia metodológica um recorte prioritário da faixa etária de 20 a 59 anos, com a justificativa de que este grupo etário corresponde a 41,3% da população masculina e a 20% do total da população do Brasil, além de corresponder à parcela preponderante da força produtiva de trabalho. Para tanto, a política está desenvolvida a partir de cinco eixos temáticos: 1. Acesso e Acolhimento; 2. Saúde Sexual e Reprodutiva; 3. Paternidade e Cuidado; 4. Prevenção de Violências e Acidentes e 5. Doenças Prevalentes na População Masculina. (BRASIL, 2008, p. 8)

As pesquisas realizadas por Rodrigues e Ribeiro (2012, p. 80) vêm destacando que essa linha de cuidado considera a heterogeneidade de ser do homem, uma vez que o significado das masculinidades é construído através da história, pela sociedade e pela cultura que estamos inseridos e, por consequência, esse significado está em constante processo de construção e transformação. Diante disso, nas ações de promoção à saúde dessa população os autores ressaltam a necessidade de considerar diversos fatores, tais como: faixa etária, condição sócio econômica, étnico racial, local de moradia e orientação sexual. Segundo esses pesquisadores, essas ações devem preservar e respeitar as diferenças que existem nas necessidades de saúde dos homens, sem qualquer discriminação e ainda, devem considerar os principais fatores de

morbimortalidade masculina, bem como os determinantes sociais que possam resultar na maior vulnerabilidade aos agravos à saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, na sua formulação, buscou integrar outras políticas públicas de saúde, principalmente à Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), considerada como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa integração entre as políticas, foi fundamental, considerando a interdependência e a necessidade de cooperação entre a gestão da saúde e os responsáveis pela execução dessas ações.

Esse documento da política declara que o homem é mais vulnerável às doenças graves e crônicas e que culturalmente essa população acessa o sistema de saúde, na maioria das vezes, diretamente pela atenção especializada, pela média e alta complexidade, quando já apresentam um problema de saúde instalado, perpetuando a visão curativa do processo saúde-doença e ignorando as medidas de prevenção e promoção da saúde; essa realidade vem ocasionando a utilização de procedimentos desnecessários e privando os homens dos benefícios considerados de proteção e necessários à preservação de sua saúde. (BRASIL, 2008, p. 5)

Dessa forma, a PNAISH considera que os agravos à saúde das pessoas do sexo masculino são importantes problemas de saúde pública que precisam ser reconhecidos, uma vez que os índices de morbimortalidade dessa população são mais elevados do que os encontrados nas mulheres e há, também, uma contestação através de estudos, sobre a dificuldade que os homens têm de reconhecer suas necessidades por cultivarem um pensamento ingênuo que repele qualquer possibilidade de adoecimento. A política, afirma, ainda, que os homens não conhecem ou reconhecem as ações de prevenção e promoção da saúde que são oferecidas pela Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, a política propõe o fortalecimento da Atenção Primária para que a atenção à saúde não fique restrita à recuperação de doenças e haja garantia de promoção da saúde e prevenção dos diversos agravos evitáveis que acometem o sexo masculino. (BRASIL, 2008, p. 5)

Fica evidente que um dos desafios da política é promover uma mobilização da população masculina do Brasil fomentando-a a buscar pela garantia de seus direitos sociais à saúde, assim como busca politizar os homens para que possam reconhecer suas condições sociais e de saúde, para tornarem-se protagonistas das suas necessidades e consolidarem o exercício de gozarem dos seus direitos de cidadania. (BRASIL, 2008, p. 7)

Nesse contexto, fica evidente, ainda, que na construção dessa política, há proposição de uma mudança no foco programático, com intenção de sair de um campo restrito para uma perspectiva mais ampla, ou seja, a política privilegia a concepção de um novo paradigma

voltado para atenção integral e para a valorização da promoção da saúde e da qualidade de vida, abrindo espaço para outras ações do governo e da sociedade organizada. (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012, p. 82)

Diante dessa realidade histórica e considerando ser, essa problemática dos agravos à saúde dos homens, um fator que vem chamando muito a atenção nas políticas públicas, muitos estudos científicos já foram e vêm sendo realizados no Brasil

Um estudo que merece destaque é o de Laurenti, Mello Jorge e Gotlieb (2005, p. 35-46) por ser o primeiro a abordar o perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina no Brasil. Esse estudo apresenta as diferenças entre a saúde do homem e da mulher, relacionando essas diferenças aos fatores biológicos (sexo) e comportamentais (gênero). Essa pesquisa evidencia que, no seu processo de envelhecimento, o homem apresenta menor esperança de vida em relação à mulher e as consequências à sua saúde são mais intensas chegando o coeficiente de mortalidade masculina a aproximadamente 50% maior do que o coeficiente encontrado em mulheres, sendo que na faixa etária de 20 a 39 anos considera-se para cada morte feminina, três mortes masculina. Analisando as causas de morte masculina, os autores destacam aquelas causadas por doenças do aparelho circulatório seguidas pelas relacionadas aos acidentes e violências. Já no quesito morbidade, que são medidas pelo número de hospitalizações, excluindo as por parto, há equilíbrio entre o número de internações masculinas e femininas.

Entre estudos realizados e sistematizados em artigos de periódicos que estão no campo da produção e análise do conhecimento, destacamos três pesquisas que se aproximam do nosso objeto. Nesse sentido, apontamos o estudo de Pereira e colaboradores (2014, p. 87-95), que analisou 80 publicações de artigos. Nesse estudo os autores descrevem o panorama da produção do conhecimento na área da Atenção à saúde do homem na Atenção Básica (AB), dando destaque para uma concentração de pesquisas realizadas na região Sudeste, onde foi encontrado o maior número de estudos relacionados a essa questão; esses autores demonstraram uma disparidade quanto à existência de um número de produções bem menor, localizadas em outras regiões do país.

Nesse sentido, os dados que apontam a ocorrência dessa disparidade revelam uma contradição mediante um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o da Universalidade. Essa realidade da pesquisa aponta o comprometimento desse princípio, uma vez que a concentração de estudos em uma determinada região pode demonstrar uma regionalização concentradora de atendimentos pelo SUS.

Esses pesquisadores, também, apontam que o interesse na produção do conhecimento relativo à atenção à saúde do homem está em ascensão e que os estudos ancoram em temas que abordam: a relação homem *versus* serviços de saúde, câncer, questões de gênero e sexualidade, além de envelhecimento masculino e sua participação nos aspectos reprodutivos. (PEREIRA et al., 2014, p. 91)

Outro estudo que trata da relação homem-saúde e saúde pública que destacamos foi produzido por Gomes e Nascimento (2006, p. 901-911); a investigação realizada aponta a análise de trinta e seis artigos de cunho qualitativo; esses pesquisadores verificaram que a temática mais frequente relacionada à saúde do homem são: as Doenças Sexualmente Transmissíveis (42% dos artigos), seguido por assuntos relacionados à reprodução (25%) e violência (8%). Os pesquisadores observam ainda a existência de modelos hegemônicos masculinos que geram dificuldade para adoção de hábitos de vida saudáveis, colocando em risco tanto a saúde das mulheres, com quem se relacionam, quanto a sua própria, apontando para a necessidade de realização de pesquisas que possam aprofundar nas relações de saúde da população masculina.

Ainda, nesse resgate de estudos antecedentes, destacamos a relevância da pesquisa de Schwarz e colaboradores (2012, p. 108-116) que discutem a produção científica no ramo da epidemiologia inserida nas políticas de saúde de assistência à saúde do homem, apontando que, em relação à morbimortalidade, os homens estão mais expostos aos riscos do que as mulheres e ao considerar a produção científica, há evidências de que os estudos que predominam são aqueles que focam exclusivamente nas doenças que acometem o sexo masculino, não abordando os outros aspectos relacionados à sua saúde e não aprofundando na investigação das possíveis causas e consequências desses problemas tanto no aspecto individual quanto no coletivo.

Diante do desenvolvimento sistemático apresentado nessa parte inicial da introdução, avançamos apresentando os elementos metodológicos que fundamentaram a pesquisa.

1.2 O PROBLEMA CENTRAL DE INVESTIGAÇÃO, AS QUESTÕES NORTEADORAS, A HIPÓTESE E OS OBJETIVOS

Mediante a importância da problemática da investigação, destacada no início desta introdução, em que foram evidenciados altos índices de morbimortalidade da população masculina, diante da evidência de implantação de uma política pública de saúde voltada para a saúde dos homens e frente aos desafios identificados em estudos que tratam da realidade da

prestação do cuidado e assistência à saúde do homem no Brasil, levantamos a seguinte **questão central para essa investigação**: que limites e contradições são evidenciados no processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), considerando o balanço da produção do conhecimento *stricto sensu* no período de 2010 a 2018 e quais as possibilidades de superação?

Com objetivo de ampliar o domínio de estudo relacionado ao objeto da pesquisa, essa questão central da investigação foi desdobrada em três **questões norteadoras**:

- Que limites e contradições aponta a realidade da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), considerando a análise de produções *stricto sensu*, produzidas em universidades brasileiras no período de 2010 a 2018?
- Que realidade aponta os limites e contradições evidenciados na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no período de 2010 a 2018, considerando a análise de conteúdo aplicada à produção do conhecimento *stricto sensu* de dissertações produzidas no Brasil no período de 2010 a 2018?
- Que indicadores de possibilidades de superação as pesquisas *stricto sensu*, produzidas no período de 2010 a 2018, em programas de Pós-graduação de universidades brasileiras, apontam sobre a realidade da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)?

Mediante essas questões que contribuíram para estabelecer um recorte ao objeto proposto, e tendo em vista o processo exploratório inicial da pesquisa, levantamos como **hipótese** que as dissertações apontam limites e contradições que podem ser evidenciados no processo de análise do que reconhecem os pesquisadores sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH); embora os pesquisadores reconheçam em suas investigações uma política pública anunciada e implantada, há evidentes indicadores, nesses estudos, sobre a existência de limites e dificuldades, quanto a sua implementação, que podem ser evidenciados pela fragilidade em que se coloca a efetividade das políticas, mediante o que aponta o marco legal que ampara a política pública de saúde já estabelecida e direcionada para as questões de saúde da população masculina do Brasil.

Mediante a questão central e a hipótese levantada, a pesquisa proposta requereu eleger o seguinte **objetivo geral**: identificar os limites, as contradições e as possibilidades desenvolvidas pelo processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à

Saúde do Homem (PNAISH), considerando o balanço da produção do conhecimento *stricto sensu* no período de 2010 a 2018 no Brasil.

Para atingir esse objetivo geral da investigação, foram definidos os seguintes **objetivos específicos**:

- Mapear e levantar as produções científicas que desenvolveram pesquisas em programas de Pós-graduação em Universidades brasileiras, e que investigaram os limites e contradições da realidade da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no período de 2010 a 2018;
- Verificar, a partir da análise de conteúdo aplicada à produção do conhecimento *stricto sensu*, a realidade que apontam os limites e contradições destacados na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no período de 2010 a 2018;
- Levantar indicadores de possibilidades de superação, que as pesquisas *stricto sensu* de 2010 a 2018, produzidas em programas de Pós-graduação, apontam sobre a realidade dos limites e das contradições da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Avançando no processo introdutório dessa investigação passamos a descrever o caminho teórico-metodológico realizado na pesquisa.

1.3 O CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO

Inicialmente, realizamos uma investigação partindo da identificação e levantamento do marco histórico e conceitual, que ampara a situação da saúde dos homens no Brasil, seguido da realização de estudos antecedentes que discutiram o objeto da pesquisa. Foram esses dois movimentos de exploração do objeto que possibilitaram a definição dos elementos centrais dessa investigação.

Para compor a base teórica que fundamenta os capítulos e seções teóricas desse relatório dissertativo buscamos selecionar pesquisadores que tivessem produzido em dissertações, teses e livros, enquanto contribuições que permitam clarear o nosso objeto de investigação.

Para realizar o levantamento empírico sobre as produções *stricto sensu* relacionadas ao objeto da pesquisa, seguimos determinados procedimentos metodológicos, que passamos a descrever nas próximas subseções.

1.3.1 Caracterização bibliométrica das produções *stricto sensu*

No processo de investigação deste estudo foram identificadas e levantadas a realidade sobre o objeto em onze pesquisas *stricto sensu* produzidas no período de 2010 a 2018 em Programas de Pós-Graduação (PPG) de Instituições de Ensino Superior – IES no Brasil, que apontam indicadores que permitem reconhecer os limites e contradições da realidade da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Brasil para verificar as possibilidades de superação.

Portanto para realização dos primeiros procedimentos investigativos, o caminho metodológico, utilizado para a localização de bancos de dados de produções *stricto sensu* que tratam da PNAISH, constituiu-se por dois passos que se desdobraram em alguns momentos do processo da investigação.

Foi realizado no **primeiro passo**, a localização de pesquisas *stricto sensu* em bancos de dissertações e teses elaboradas a partir de programas de Pós-Graduação de IES situadas em todas as regiões do Brasil, considerando os seguintes repositórios:

- a) CAPES;
- b) Universidades Federais, Estaduais e IES Comunitárias Católicas e Privadas.

Para atender ao processo de investigação este **primeiro passo** se desenvolveu em **três momentos**, que passamos a descrever:

No primeiro momento para identificação e levantamento das produções *stricto sensu*, elegemos dois **descritores**: *1. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; 2. Saúde do Homem*. Estes foram lançados no repositório da CAPES e quando não disponibilizada determinada produção, fomos aos repositórios da respectiva IES que possuía o Programa *stricto sensu* para baixar todo texto da produção.

No segundo momento realizamos a leitura dos resumos das produções identificadas. Somente foram identificadas produções na modalidade dissertação que apresentavam elementos de investigação para reconhecer indicadores de estudos que tratam da PNAISH, considerando análise da realidade, dos limites, contradições e possíveis indicadores de superação.

No terceiro momento realizamos o lançamento das onze produções de dissertações, definidas como campo empírico de investigação, em (1) quadro em arquivo *word* do Programa da *Microsoft*, dispostas por regiões do Brasil, considerando a exposição, abaixo:

Quadro 01 - Produções *stricto sensu* identificadas em repositórios de PPG de IES lançadas por regiões do Brasil.

Regiões do Brasil	Localização/IES	Tipo de IES	Quant/ IES	Ano defesa	Título das Produções - Dissertações
NORTE	*NE	NE	NE	NE	NE
NORDESTE	UFPB	Pública	02	2011	Implantação da Política Nacional da Atenção Integrada à Saúde do Homem: análise das possibilidades e limites
				2013	Dificuldades e Estratégias de Inserção do Homem na Atenção Básica à Saúde: a fala dos enfermeiros
	UEPB	Pública	01	2018	A Atenção à Saúde dos Homens em relatos de profissionais da Atenção Primária à Saúde
	UESB	Pública	01	2010	Dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família
CENTRO-OESTE	UFMT	Pública	01	2014	Análise da Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em Cuiabá, Mato Grosso
	UNB	Pública	01	2013	O acesso da população masculina a Unidades Básicas de Saúde com e sem horário estendido de atendimento: um estudo quali-quantitativo no Distrito Federal
	UNIEURO	Privada	01	2016	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na leitura do usuário em uma Unidade de Saúde do Distrito Federal
SUDESTE	UNIRIO	Pública	01	2012	Ação do Enfermeiro no atendimento a necessidades de Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família
	UNICAMP	Pública	01	2014	Atenção integral à Saúde do Homem na visão de trabalhadores hipertensos e diabéticos: possíveis contribuições para a Atenção Básica
SUL	UEL	Pública	01	2013	O lugar oculto dos homens na Atenção Primária à saúde: um estudo sobre as principais barreiras de acesso aos serviços ofertados pelas unidades básicas de saúde em Londrina
	UEPG	Pública	01	2016	Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no Município de Ponta Grossa – Paraná

Fonte de dados: Repositórios da CAPES e IES do Brasil.

*NE: Não Encontrada

Esta sistematização das produções contribuiu para consolidar a base empírica documental da investigação.

No **segundo passo** avançamos com a leitura e realização da caracterização bibliométrica das produções *stricto sensu*, para investigar como se apresentam as produções, considerando vários aspectos. Para esse procedimento, realizamos:

- a) Elaboração do quadro 09 (Apêndice A) em que foram registrados os elementos bibliométricos ³ das produções levantadas, para desenvolver o processo de análise, considerando as categorias: título, localização, autor, universidade/programa, ano da defesa, problema central, tipo de pesquisa, metodologia e procedimentos de investigação, objetivo geral e principais resultados.
- b) Levantamento de questões que permitiram gerar tabelas e quadros para a análise bibliométrica das produções *stricto sensu* levantadas no quadro 09 (Apêndice A).
- c) Realização do processo de análise quantitativa e qualitativa de caráter descritivo para consolidar o processo de caracterização bibliométrica das (11) produções levantadas.

Nesse processo, consideramos dois critérios de exclusão: teses, pois não foi encontrada nenhuma tese referente aos descritores e consideramos as produções com data de publicação após lançamento da PNAISH até o ano presente.

A descrição mais detalhada das características das produções é tratada no quarto capítulo dessa dissertação, quando realizamos o balanço da produção do conhecimento *stricto sensu* através da análise de conteúdo.

1.3.2 Caracterização documental do marco legal e análise de conteúdo das produções *stricto sensu*

Para desenvolver a caracterização documental do marco legal, nessa etapa metodológica desenvolvemos a leitura da Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a PNAISH e traça seus princípios e diretrizes.

Para recuperar elementos essenciais desse marco legal de forma que pudesse contribuir para o balanço da produção do conhecimento das dissertações levantadas, elaboramos o quadro 02, em que desenvolvemos uma análise de conteúdo, considerando a categoria – Implementação da PNAISH.

³ A análise bibliométrica é uma ferramenta que contribui para a análise da produção científica (no processo de identificação da amostra), uma vez que fornece indicadores da trajetória da produção desenvolvida, assim como a caracterização desta produção (dados demográficos), que são extraídos da própria produção e dos pesquisadores que produziram as dissertações e teses. (SÁNCHEZ GAMBOA, 2017, p. 27)

Quadro 02 – Indicadores voltados para a implementação da PNAISH.

Marco legal	Destaque na investigação	O que propõe o marco legal para a implementação do PNAISH
Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009	As diretrizes da PNAISH contidas no Art. 3º e seus incisos: I, II, III, IV, V e VI.	<p>Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem possui as seguintes diretrizes, a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população masculina:</p> <p>I - integralidade, que abrange:</p> <p>a) assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrarreferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção;</p> <p>b) compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença;</p> <p>II - organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado;</p> <p>III - implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica;</p> <p>IV - priorização da atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família;</p> <p>V - reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; e</p> <p>VI - integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde.</p>

Fonte: Dados extraídos da Portaria Ministerial Nº 1.944 de 27 de agosto de 2009

1.3.3 Organização do processo de análise de conteúdo das produções *stricto sensu*

Para atender a organização do processo de análise de conteúdo das onze dissertações identificadas e produzidas no período de 2010 a 2018, adotamos os seguintes encaminhamentos:

a) resgate nas onze dissertações de elementos constitutivos das seguintes categorias para desenvolver análise de conteúdo: problema central, objetivo geral e principais resultados (Apêndice B);

b) sistematização no capítulo (4) desse relatório dissertativo para visualização organizada dos dados, considerando as categorias de análise eleitas acima, para fins de análise de conteúdo e discussão dos resultados.

Dessa forma, para desenvolver a análise de conteúdo foi considerado como referência o que propõe Bardin (2016, p. 123-198) em relação aos três polos cronológicos que caracterizam o processo de análise da investigação qualitativa das produções levantadas: *pré-análise*, *exploração de documentos e tratamento dos resultados obtidos para interpretação*.

O primeiro polo é de **pré-análise** trata da organização da pesquisa, que segundo Bardin (2016, p. 125-131), tem o objetivo de sistematizar as ideias conduzindo ao desenvolvimento da análise de maneira precisa e flexível. Essa fase da investigação requereu os três indicadores procedimentais abaixo:

a) Formulação do problema central, hipótese e objetivos, já expostos na introdução desse relatório;

b) Leitura “flutuante”, que consistiu nos seguintes procedimentos: contato com o que preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, mediante o reconhecimento da realidade, limites e contradições levantadas pelas produções sobre a implementação da política, assim como, análise documental das onze produções *stricto sensu*;

c) Levantamento teórico de fundamentação do objeto para sustentar o processo de análise empírica, expostos nos capítulos 2 e 3;

d) Referenciação das categorias de análise, enquanto operação de classificação de categorização de um conjunto de dados e informações provenientes da problema central, objetivo geral e resultados encontrados identificados nas onze produções *stricto sensu*.

O segundo polo é de **exploração** investigativa das dissertações. Para essa atividade foi necessária uma tomada de decisão sobre a decodificação e decomposição de elementos essenciais que tratam nas pesquisas sobre a PNAISH. Essa organização de decodificação ocorreu a partir de unidades de contextos que geraram análises produzidas pelas dissertações, em cujos registros foram consideradas as seguintes categorias de análise já destacadas no primeiro e segundo polo: problema central, objetivo geral, resultados encontrados; estes encontram-se expostos no quadro 10 do apêndice (B). É nesse polo de tratamento de dados,

que os resultados obtidos pelos pesquisadores analisados são interpretados para atender ao processo de análise.

Por fim, no terceiro polo de análise desenvolvemos a exploração ampliada da investigação, considerando o **tratamento dos resultados obtidos e a interpretação**. Bardin (2016, p. 131-132) considera ser esta a etapa onde “os resultados brutos são tratados de maneira a se tornarem significativos (“falantes”) e válidos”. É nesse momento que ocorre a elaboração de sínteses de análises, com resgate de elementos do apêndice A.

Os elementos destacados em novos quadros nos permitiram propor inferências sobre os elementos textuais, considerando dados da realidade para identificar as contradições, considerando o que tratam as onze produções sobre a implementação da PNAISH.

As categorias de conteúdo (problema central, objetivo geral, resultados encontrados), foram analisados para promover processos interpretativos de análise e assim, podermos alcançar uma síntese parcial e posteriormente final nas considerações finais. É nesse terceiro polo da análise de conteúdo das dissertações que estabelecemos relações e nexos das produções com a discussão do marco legal da própria política.

As categorias da dialética⁴ que desenvolvemos para dar movimento ao pensamento investigativo, foram:

REALIDADE – evidencia o real em dadas condições objetivas da realidade, em que as onze dissertações foram produzidas no Brasil.

CONTRADIÇÃO – unidade dos contrários, significa reconhecer que determinados dados se excluem e se supõem mutuamente. Ocorre pela necessidade de uma unidade se transformar em outra unidade.

POSSIBILIDADES – decorre de ligações e relações necessárias que possam gerar uma outra realidade. Na explicação dos fenômenos da realidade, as possibilidades se desenvolvem quando uma realidade se dá por esgotada, criando-se meios para gerar outra possibilidade de realidade social que trata o objeto. É nas condições de uma nova possibilidade que ocorre o desenvolvimento e evolução necessária sobre uma realidade social que sofre processo de transformação e mudança.

Para finalizar esse capítulo introdutório, expomos a quarta seção, em que se apresenta o método de exposição da pesquisa desenvolvida.

⁴ As categorias da dialética foram recuperadas de Cheptulin (2004) e Kosik (1995), cujas bases de fundamentos geraram reflexos que colocam em movimento o nosso pensamento como pesquisadora; estas possuem propriedades e relações universais que extraímos da realidade descrita nas pesquisas *stricto sensu* analisadas.

1.4 MÉTODO DE EXPOSIÇÃO DA PESQUISA

Nessa seção apresentamos o roteiro que foi desenvolvido para a exposição dessa dissertação.

Na introdução destacamos a proposta de investigação da pesquisa, os elementos sistematizados dos estudos antecedentes e a base teórica de sustentação relacionada ao objeto de estudo, assim como expomos os elementos centrais do caminho teórico-metodológico do processo de investigação.

No capítulo dois há exposição dos elementos teóricos, através de uma revisão histórica que trata das contradições advindas da formação econômica capitalista. Para fundamentação desse capítulo, desenvolvemos três seções: na primeira há abordagem entre o Estado e o Capitalismo, trazendo a trajetória histórica desde o pós-guerra até a fase de contrarreforma do Estado; na segunda seção desenvolvemos o processo das formações sociais e as políticas públicas no estado capitalista e na terceira seção abordamos as necessidades humanas básicas e as contradições, como serviço e como direito, dos programas públicos de saúde no Brasil.

No terceiro capítulo são apresentados os limites, avanços e o marco legal da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Esse terceiro capítulo está sistematizado em três seções. Na primeira seção apresentamos o marco legal que ampara os fundamentos da PNAISH com recorte na racionalidade da oferta nos serviços de saúde. Na segunda seção é apresentado o papel do Sistema Único de Saúde e os elementos limitantes na implantação da política de saúde do homem e na terceira seção as bases da política social e a política na Estratégia Saúde da Família.

No quarto capítulo expomos o balanço da produção do conhecimento *stricto sensu*, considerando o marco legal da política e a realidade evidenciada nas produções sobre o processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Para tanto, desenvolvemos na seção 4.1 uma análise bibliométrica das onze produções, na seção 4.2 uma análise dos elementos do Art. 3º I, II, III, IV, V e VI relacionado às diretrizes presentes na Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009 e na seção 4.3 expomos a produção do conhecimento sobre a realidade, as contradições, os limites e as possibilidades de superação encontradas nas onze dissertações sobre a implementação da PNAISH no Brasil.

2 O ESTADO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS: CONTRADIÇÕES HISTÓRICAS ADVINDAS DA FORMAÇÃO ECONÔMICA CAPITALISTA

Nesse capítulo tratamos da trajetória histórica do Estado em relação à formação econômica capitalista, considerando a fase pós-guerra, que gerou a contrarreforma do Estado brasileiro.

Na segunda seção, expomos elementos para a compreensão das políticas públicas no Estado capitalista brasileiro, considerando a constituição das formações sociais para contextualizar as determinações que geraram a nossa problemática de investigação.

2.1 O ESTADO E O CAPITALISMO: TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO PÓS GUERRA À CONTRA REFORMA DO ESTADO.

Para entender o contexto e a trajetória das políticas sociais no campo do Estado no modo de produção da formação econômica capitalista, recuperamos a sua dimensão histórica, por considerar essencial para a compreensão da crítica da economia política considerando as transformações sociais e a luta de classe que vem se agravando na segunda metade do século XIX (do pós-guerra à crise de 1973), após o chamado “Estado de Bem-Estar Social”.

Para os autores Montañó e Duriguetto (2011, p. 139), o Estado, no monopolismo, pode ser explicado de acordo com as duas principais tradições do pensamento político: a tradição liberal e a tradição marxista, uma vez que, com a hegemonia burguesa pós-revolução, provocou rupturas do pensamento da economia-política clássica, derivando duas vertentes independentes: o liberalismo neoclássico como arma teórica da classe capitalista e o marxismo como arma teórica da classe trabalhadora.

Na perspectiva do pensamento liberal, por ser uma tradição com tendências clássica, Keynesiana e neoliberal, observa-se que o “Estado de Bem-Estar Social” se fundamenta no modo de produção capitalista, porém está separado dos determinantes políticos das lutas de classes e dos interesses sociais. Portanto, considerando esse pensamento, o Estado é visto como uma instituição autônoma e detentora de um desenvolvimento natural, onde o desenvolvimento da igualdade e da justiça social vem de forma providencial, e a democracia é considerada um instrumento para evitar a tirania e a anarquia. Dessa forma a ampliação das funções e valores do Estado se naturalizam como necessária e inevitável para gerar o próprio desenvolvimento estatal; nessa realidade a constituição dos direitos sociais não tem em seus fundamentos no desenvolvimento econômico, os interesses conflitantes e a luta de classe. (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 140)

Já na perspectiva da tradição marxista, os mesmos autores citados anteriormente, consideram o Estado como uma instituição que faz parte de um sistema social mais amplo, onde os interesses de classes estão presentes. Nesse sistema o Estado é composto (para além da sociedade política) pela sociedade civil e a direção social é definida a partir de seus interesses, ou seja, o Estado representa uma arena de luta de classes.

A sociedade política organizada por leis não surgiu com a modernidade. Na antiguidade já se observava a formação de uma sociedade regida por um Estado; como exemplo clássico tem-se o Antigo Egito, que teve a estrutura política e econômica determinada de forma clara sob o reinado dos faraós. Outro exemplo citado por Montaño e Duriguetto (2011, p. 141), é o da *Pólis Grega*, no séc. VIII a.C, por se tratar de uma comunidade identificada a partir de questões culturais, regionais, regida por leis impessoais e com um governo desenvolvido pelos seus cidadãos, onde a partir dessa situação ocorreu o desenvolvimento do comércio em outras cidades e Estados e conseqüentemente surgiram as disputas e guerras entre elas. Na região das Américas, na fase pré-colombiana, houve a constituição de cidades-estados e impérios pelas civilizações Maia, Asteca e Inca que apresentavam uma complexa organização política e econômica, com desenvolvimento cultural e científico avançados.

Os exemplos citados anteriormente são organizações políticas, porém, são organizações sustentadas no modelo de organização da propriedade, produção e distribuição de riqueza, que conforme Marx afirma em *O capital*: “[...] o que distingue as diferentes épocas econômicas não é o que se faz, mas como, com que meios de trabalho se faz”.

Nessa lógica de pensamento, Marx caracteriza e periodiza as formações pré-capitalistas. A organização social e política, o tipo de propriedade e a organização da produção são fatores determinantes das diversas formações sociais e dos modos de produção. Ele descreve como primeira forma de propriedade, a *propriedade tribal*, conceituada como aquela que o povo vive da caça, da pesca, da agricultura e que tem como base a terra. O segundo tipo de propriedade é a *antiga*, ou seja, a *propriedade comunal do Estado*, onde há união de diversas tribos em uma cidade, na qual a base não é mais a terra, mas sim a cidade, e a produção é gerada por escravos sendo que a guerra representa uma grande tarefa da comunidade. A terceira forma de propriedade é a *propriedade feudal* onde a comunidade cede a posse de terras aos indivíduos e fica com o excedente produzido. (MARX apud MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 142)

Após abordar a periodização das organizações político-econômicas pré-modernas e pré-capitalistas, convém dissertar sobre o Estado no modo de produção capitalista, com enfoque no

Estado e na ordem burguesa, na luta de classes, no Estado enquanto regime e governo e na democracia e luta social.

A concepção de Estado moderno, segundo Marx e Engels (apud MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 143-144), faz parte da ordem burguesa, ou seja, não é considerada externa a ela. Nessa concepção o Estado está inserido e é produzido pela sociedade capitalista, portanto, ele não é independente do sistema socioeconômico e político que o criou, é um instrumento de fundamental importância para a ordem burguesa por ser garantidor da propriedade privada, das relações sociais e da liberdade individual. O Estado é produto, é consequência, é o elemento subordinado e as relações econômicas representam o elemento dominante. Assim, não é possível pensar em Estado sem pensar em sociedade capitalista, pois ele é uma organização dentro e a serviço da sociedade capitalista que o criou e o mantém. É uma instituição própria do sistema capitalista e está orientado a: garantir o controle capitalista sobre a riqueza, promover a legitimação da ordem social vigente e o respeito às leis e por fim responder as demandas das classes trabalhadoras desde que não afetam os aspectos anteriores.

Na contemporaneidade, desde o pós-guerra, o Estado passa a ampliar seu espaço e a assumir novas funções voltadas tanto para a coerção (garantia dos interesses da classe hegemônica) quanto para o consenso (controle de conflitos e legitimação da ordem social), pois ele não pode se sustentar apenas com o uso da sua força. Nesse contexto, o Estado passa a ser permeado pelas demandas das classes trabalhadoras, criando estratégias de superação de crises, visando diminuir a insatisfação popular e os conflitos derivados da mesma, como meio de garantir as taxas de lucratividade.

No âmbito do capitalismo monopolista, não se pode verificar a funcionalidade da política social como uma “decorrência natural” do Estado burguês. De acordo com Netto (1992, p. 29), não há dúvidas de que as políticas sociais decorrem da capacidade de organização e mobilização em conjunto dos trabalhadores e da classe operária. Assim, o Estado capitalista é considerado como um Estado burguês que manifesta interesse pelas classes hegemônicas. Não se pode considerar essa instituição como uma organização neutra e nem somente como um instrumento de dominação direta que uma classe exerce sobre outra, mas sim, como um resultado contraditório das lutas de classe, onde interesses contraditórios são evidenciados num campo de disputa pelo direito e acesso as políticas sociais.

Na passagem do século XIX para o século XX há uma transição do capitalismo em estágio concorrencial (onde existe um equilíbrio na capacidade produtiva e de comércio entre as indústrias concorrentes) para a fase monopolista (onde há controle de determinadas indústrias

na produção e comercialização com eliminação da concorrência). Entretanto, seguindo a lógica de produção em massa, há nesse processo uma crescente necessidade de elevar as taxas de lucros por parte do capital monopolista, gerando um aumento na intensidade de produtividade de trabalho, com inserção de tecnologias de ponta e incorporação de capital constante e variável, tornando a indústria cada vez mais dependente de recursos e fatores externos a ela como: fonte de energia; transporte ágil de matéria prima e das mercadorias; meio de transporte para os trabalhadores; e saneamento para as indústrias. (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 149-151)

Nesse contexto, diante da impossibilidade dessas indústrias providenciarem os recursos de infraestruturas considerando os altos custos, o Estado passa a ser o responsável pelo fornecimento dos serviços coletivos e de infraestruturas necessários para produção, consumo e comercialização da produção.

No quesito produção o Estado destina fundo público para financiar o fornecimento coletivo de energia através da construção de usinas hidroelétricas e termonucleares. O Estado também assume a nova responsabilidade de melhorias na urbanização através do tratamento e abastecimento de água; saneamento; coleta do lixo; construção de ferrovias, portos e aeroportos; construção de equipamentos públicos como escolas e hospitais; transporte coletivo e meios de comunicação. No quesito consumo, o Estado assume a função de facilitar os meios de consumo coletivo local, facilitando o deslocamento do consumidor do seu domicílio até os estabelecimentos comerciais, através da melhoria das ruas; dos meios de transporte; melhorias no trânsito e concepção de projeto de urbanização. Por fim, há também uma parcela de recursos públicos destinada a criação de condições favoráveis para a comercialização dos produtos à longa distância, como construção de ferrovias, portos, aeroportos e estradas interestaduais e internacionais. (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 168-169)

Relacionando as questões de gênero com o capitalismo e considerando o contexto social que originou o espaço exclusivo para o desempenho de atividades produtivistas, definido como espaço do trabalho, Silva (2019) demonstra a dependência, reforçada pelas relações patriarcais, que a esfera da produção tem do universo da reprodução. A relação do homem – ser humano do sexo masculino – com o capitalismo, parte do pressuposto de que ele precisa vender sua força de trabalho ao capital, e quando reunido num mesmo local de trabalho e submetidos ao seu controle direto, acaba por satisfazer a exigência de cálculos certos do investimento em capital fixo. A divisão do trabalho por sexo ocasiona a destruição do compartilhamento de atividades por todos os membros da família. A autora aponta estudos histórico-sociais, datados

dos séculos XV e XVI, onde a questão do gênero indica a prevalência de um padrão patriarcal nas guildas de artesãos. Nessas guildas, os membros eram em sua maioria do sexo masculino, uma vez que os estatutos da época proibiam a entrada de aprendizes do sexo feminino e as mulheres se ocupavam exclusivamente do trabalho doméstico.

Nesse contexto, Freitas e colaboradores (2009, p. 85-90) afirmam que homens e mulheres estão inseridos no contexto familiar de acordo com os referenciais de gênero que são apreendidos ao longo da vida: “homem, masculino e pai são qualificações que definem um modo de inserção do sujeito na cultura da qual ele faz parte [...] juntas definem um padrão de comportamento a ser seguido pelos homens”. Em contraponto, a reprodução social dos modelos masculino e feminino estão constituídos com base na maternagem, cujo valor cultural tem um sentido ideológico na produção das desigualdades entre os sexos. Os autores conceituam maternagem (“mothering”) e paternagem (“fathering”) considerando os cuidados maternos e paternos, respectivamente. As mulheres, enquanto mães, são decisivas no campo da reprodução social, pois elas participam mais estreitamente da educação dos filhos. Já o modelo patriarcal outorgou ao homem o poder de estabelecer diálogo com a família quando lhe convém, cabendo às mulheres a responsabilidade de manter a harmonia das relações parentais no âmbito privado.

No mundo do trabalho observa-se facilmente como uma conquista, a inserção das mulheres em atividades até então reconhecidas como exclusivamente masculinas e essa crise da masculinidade, de acordo com Freitas e colaboradores (2009, p. 85-90) tem levado, desde os anos 1970, um grande número de homens a refletirem sobre sua própria experiência no patriarcado e sobre seu papel nas relações familiares e no âmbito doméstico. Apesar de haver perspectivas de ampliação da participação do homem no espaço familiar, ainda se considera distante a ocorrência de divisão equitativa das responsabilidades. Nesse sentido, os autores enfatizam que as responsabilidades sociais impostas ao pai provedor causam prejuízos no campo da subjetividade, uma vez que as ações previamente estabelecidas são exercidas sobre rígidos parâmetros socioculturais.

2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO ESTADO CAPITALISTA E AS FORMAÇÕES SOCIAIS

Para entender a constituição das Políticas Públicas no Estado capitalista, bem como as formações sociais, inicialmente recorreremos a Jappe (2013, p. 01) no sentido de compreender uma questão considerada preliminar que é o entendimento da palavra política. Para o autor, tanto o significado de trabalho como o significado de política causam confusões de concepções

e geram críticas. A concepção de trabalho não seria digna de receber críticas caso fosse identificada como somente uma atividade produtiva por si só, entretanto, quando o entendimento de trabalho é pertencente à sociedade capitalista como uma simples força de trabalho sem levar em conta o que o rodeia e seu conteúdo, dessa forma está sujeito as críticas e até a sua abolição. O mesmo acontece com o conceito de política, caso fosse entendido como uma forma de agir do coletivo; com intervenção coletiva da sociedade e plena participação da comunidade, não haveria razões para críticas duras, entretanto há aqueles que apregoam a política como a única possibilidade de mudança e melhorias para o mundo.

Nesse sentido, entende-se que, a sociedade capitalista moderna, ancorada na mercadoria e na concorrência universal, não sobreviveria sem uma instância responsável pelas estruturas públicas, ou seja, essa instância é o Estado e a “política”, numa concepção mais moderna e restrita, “é a luta feita em torno de seu controle”. (JAPPE, 2013. p. 02). Para o autor, essa esfera da política não é extrínseca e alternativa à esfera da economia de mercado, ao contrário, ela é dependente estruturalmente.

Importante, nesse momento, discutir um pouco o pensamento de Kurz (1994, p. 91-115) em relação ao choque de concepções dos princípios: mercado e Estado; economia e política; capitalismo e socialismo. Ao longo da história a luta entre esse lado econômico e o lado político foi sofrendo renovações e a cada fase de modernização e crise, os defensores das duas vertentes viveram momentos significativos de combate, sendo possível ambos os lados alcançarem êxitos e fracassos. Assim, pode-se comparar o socialismo e a economia estatizada aos dois polos de uma bateria, onde não são forças simplesmente contrárias, mas são forças que se condicionam reciprocamente e por consequência são complementares, ou seja, são considerados dois polos pertencentes a um mesmo “campo” da história da modernidade.

Historicamente, de acordo com Behring (2003), na reformatação do Estado brasileiro, ocorreu uma transição de uma adaptação passiva à lógica do capitalismo. Essas mudanças ocorridas no Estado se fundamentam pela necessidade de desregulamentação dos mercados, portanto está relacionada à uma reestruturação produtiva com a retomada das altas taxas de lucro e do fortalecimento de uma hegemonia política e ideológica do grande capital, com caráter político, econômico e ideológico com vistas a provocar uma alteração nas bases do “Estado de Bem-Estar Social”. Assim, essas reformas se apresentam com objetivo de esvaziar conquistas sociais, trabalhistas, políticas e econômicas que foram desenvolvidas ao longo do século XX e, dessa forma, esse movimento de reforma vem a configurar como um real processo de contrarreforma do Estado.

Então, seguindo a lógica exposta anteriormente, Kurz (1994, p. 91-115) comunga com o pensamento de Jappe (2013, p. 03) em relação às contradições do lado econômico e político, ao enfatizar que esse mesmo raciocínio vale para o duo capital e trabalho, ou seja, segundo o autor, não importa o quanto os dois pólos sejam inimigos, o que importa é que por sua natureza, eles não poderão existir exclusivamente para si próprios enquanto existir o “campo” histórico constituinte da oposição entre eles e esse “campo” compreende o moderno sistema produtor de mercadorias; a transformação do trabalho na sua forma abstrata em dinheiro e com tudo isso a economização abstrata do mundo.

Contribuindo ainda com a reflexão da existência dos dois pólos: capital e trabalho; mercado e Estado; capitalismo e socialismo, Kurz (1994, p. 91-115) afirma que, nesse sistema, essa relação sempre deverá existir, independente de qual roupagem histórica e o peso que cada um desses pólos estejam submetidos. O autor cita como exemplo o caso da economia estatal de cunho soviético e o liberalismo econômico total que constituem os extremos de uma ideologia apontando que “mesmo o planejamento estatal de maneira mais extremado somente pode planejar nas formas do mercado, ou seja, nas categorias da mercadoria e do dinheiro, como sabidamente sempre foi o caso na economia soviética”.

Dessa forma observa-se que a divisão do trabalho remete a forma como o trabalho está sendo organizado na relação homem-máquina, ou seja, a divisão do trabalho é planejada e programada pelo capital, que é aquele que compra a força de trabalho. A divisão do trabalho destrói ofícios e tira a “segurança” que até então o trabalhador tinha, passando esse trabalhador a “boicotar” o serviço para defender e proteger a si próprio.

Ao longo da evolução da sociedade e do capitalismo, a reprodução da força de trabalho sofreu alterações significativas. No capitalismo pré-industrial toda a família participava do trabalho social, já a partir da Revolução Industrial inicia um período de concorrência entre a produção das fábricas e a produção artesanal, com crescimento da produção fabril e declínio daqueles que ainda utilizavam técnicas antigas de fabricação de produtos. Assim o aumento da produtividade fabril fez com que os valores das mercadorias fossem reduzidos, tanto as produzidas pelas fábricas como as produzidas pelas famílias artesãs. Conseqüentemente os salários foram reduzidos e iniciou um processo de destruição da economia familiar do trabalhador.

Portanto a Revolução Industrial alterou fundamentalmente a forma de reprodução da força de trabalho, uma vez que acarretou a ocupação de todos os membros da família de forma plena e exaustiva, onde as mulheres e até as crianças trabalhavam em lugares diferentes,

ocasionando um afastamento familiar, um deterioramento do padrão de vida material, dificuldade das mães em cuidarem de seus filhos, uma piora nas condições de higiene e nutricionais, e conseqüentemente um aumento na taxa de mortalidade infantil de forma exacerbada, ou seja, a família proletária foi tristemente minada.

A transformação do dinheiro em capital, na clássica discussão marxiana, está relacionada à determinação da força de trabalho como mercadoria, onde a sua produção e reprodução requisita diversos elementos sociais e materiais que possam satisfazer as necessidades tanto pessoais quanto familiares dos trabalhadores, como: alimentação; saúde; moradia e educação. Conforme Marx (apud MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011 p. 170), “o valor da força de trabalho é determinado como o de qualquer outra mercadoria, pelo tempo de trabalho necessário [para] a sua produção e, por conseguinte, a sua reprodução”. Esse pesquisador ressalta que como o indivíduo necessita dos meios de subsistência, o tempo de trabalho que é necessário para que haja a produção da força de trabalho, é reduzido ao tempo de trabalho que é necessário para a manutenção dos meios de subsistência que esse indivíduo necessita.

Nesse sentido o responsável pela reprodução da força de trabalho é o capitalismo, pois é ele quem transforma o trabalhador em uma mercadoria a ser utilizada no processo produtivo, e é o próprio capitalismo responsável pelos custos de tudo aquilo que o trabalhador necessita para se reproduzir enquanto força de trabalho. Entretanto, como historicamente o capitalista apresenta tendência a reduzir os gastos nas produções das mercadorias, especialmente reduzindo custos com a força de trabalho.

Dessa forma o sistema utiliza dois mecanismos para reduzir o valor da força de trabalho: em primeiro lugar, o sistema investe em tecnologia para a produção das diversas mercadorias necessárias à subsistência da vida humana, dessa forma ocorre uma redução no preço das mercadorias necessárias para a reprodução do trabalhador, o que, conseqüentemente diminui a força de trabalho. Em segundo lugar, o sistema utiliza um outro mecanismo que é externo à indústria. Nessa situação há a contratação de um agente não capitalista, que não tem interesse em lucro, para fornecer os bens e serviços que são de necessidade da força de trabalho. Assim, o Estado que é denominado de “benfeitor” é o responsável por essa ação, ao atribuir um “salário indireto” que é oferecido através das políticas sociais apresentando uma intervenção estatal que permite o desenvolvimento e a consolidação de acumulação capitalista. (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p 171)

Nesse contexto, o Estado social realiza uma intervenção através da criação das políticas sociais no sentido de favorecer a redução do custo de reprodução da força de trabalho, socializando, assim, uma responsabilidade capitalista. Montañó e Duriguetto (2011, p. 172), citam alguns exemplos de intervenção estatal. A educação gratuita e obrigatória que tem por objetivo proporcionar capacitação e instrução aos trabalhadores favorecendo uma produção especializada e mais rápida, ao mesmo tempo que retira a responsabilidade exclusiva do capital, transfere essa responsabilidade para o Estado. Um outro investimento na saúde pública, apesar de ser uma conquista do trabalhador, permite que o capital se isente dos custos e gastos com a prevenção e recuperação da saúde do trabalhador. Já os subsídios estatais ao transporte coletivo, construção civil e alimentação que proporcionam ao trabalhador locomoção para obter os artigos necessários à sua manutenção e à reprodução como força de trabalho, são fornecidos pelo Estado evitando que os custos venham do salário do trabalhador, ou seja, os “custos salariais” da produção capitalista são do Estado.

Portanto, o Estado orientou-se da estratégia de socialização dos custos, para reverter a tendência ao “subconsumo”, tanto através do chamado pleno emprego quanto por meio da alocação de recursos utilizando da forma de políticas sociais direcionadas à população carente e trabalhadora, transformando-os em consumidores plenos. Diante desse cenário temos um círculo vicioso onde existe um marcante investimento para produção em massa; uma maior produção de mercadorias mais baratas; os salários indiretos com assistência pública; grande consumo local e superlucro capitalista. (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 175)

Os salários indiretos, nesse sentido, são as políticas sociais e os serviços sociais que funcionam como rendas familiares quer sejam diretas ou indiretas, quer sejam em dinheiro ou em forma de serviços e mercadorias. Para Oliveira (1988, p. 10) no processo denominado consumo de massa houve uma combinação entre o progresso técnico, a organização fordista de produção, os altos ganhos com a produtividade e o salário indireto, e o autor conclui que, “a presença dos fundos públicos, pelo lado desta vez da reprodução da força de trabalho e dos gastos sociais públicos gerais, é estrutural ao capitalismo contemporâneo, e, até prova em contrário, insubstituível”. Ele considera a existência de um efeito imediato para a população ao receber esses “salários indiretos”, pois quando o Estado garante as necessidades básicas, torna-se possível o consumo de outros produtos e serviços que são oferecidos pelas empresas privadas, superando dessa forma a crise de superprodução consolidando um mercado de consumo em massa local.

Nesse sentido Kurz (1994, p. 91-115) destaca o surgimento do Estado como um empresário e produtor de mercadorias, operando a produção para o mercado. Essa concepção de Estado como empresário torna-se um paradoxo por se originar das próprias contradições do sistema e pelo “poder” de destruição que pode causar a esse sistema. Esse tipo de Estado empresário surge principalmente nos países que se juntaram mais tardiamente ao sistema produtor de mercadorias como uma forma de estabelecimento de conexão com os países desenvolvidos.

Os acontecimentos, que reconfiguraram o cenário mundial contemporâneo culminando no novo Regime de Acumulação Flexível a partir da crise capitalista iniciada em 1973 com a crise do petróleo, são organizados por Montaño e Duriguetto (2011, p. 180-181). Para os autores o novo cenário mundial na lógica do Regime de Acumulação de Flexível é resultado das convergências de várias novas configurações que permitirá ao capital sofrer uma profunda reestruturação sistêmica. A crise capitalista mundial deriva fundamentalmente da contradição da existência de uma ampliação e socialização da produção ser acompanhada cada vez mais de uma maior apropriação privada do produto. Essa contradição acarreta centralização do capital, expulsão da força de trabalho, desemprego, pauperização da população e conseqüentemente queda da taxa de lucro. Assim o capitalismo passa a operar de forma cíclica, apresentando fases de estabilidade, prosperidade, superprodução, *craque*, estagnação, estabilidade, ou seja, os ciclos do capitalismo terminam sempre em uma crise geral.

Nesse contexto histórico, em todo o mundo, houve uma expansão significativa do proletariado e segundo Harvey (2013, p. 272-275) cerca de 2 bilhões de pessoas foram introduzidas no proletariado em decorrência tanto da destruição do modo de vida em regiões rurais, afetando a economia camponesa, quanto da interferência direta do governo, resultando na não melhoria de vida da classe trabalhadora. Nessa época a riqueza foi direcionada para pequena parte da população, ou seja, o 1% mais rico, tornou-se cada vez mais rico. Outro fator que contribui para a expansão do proletariado foi o aumento das taxas de juros no início de 1979 nos Estados Unidos e também uma postura presidencial de “ataque ao trabalho organizado” com objetivo de disciplinar o trabalho, extinguindo sindicatos e reprimindo violentamente as manifestações de greve, mas com o real objetivo de reduzir a força da classe trabalhadora e gerando aumento significativo no desemprego.

Nos dias atuais temos uma realidade de desemprego considerável e uma grande parcela latente da população flutuante questiona como manter-se saudável para competir com os empregados. A classe capitalista tende a administrar a oferta de trabalho para manter um

exército de reserva, mantendo os salários baixos, ameaçando os empregados de demissões e assim aumentando a pressão e a intensidade de trabalho para aqueles que ainda estão na ativa.

À medida que o capital é acumulado a tendência de ocorrer uma piora na situação do trabalhador é enorme. A realidade é que há um esforço para aumentar a força produtiva social do trabalho que acaba por dominar e explorar o produtor, mutilando o trabalhador, degradando-o a um apêndice da máquina, transformando seu tempo de vida em um mero tempo de trabalho.

Desse modo, a partir da crise do petróleo que deu início no início dos anos 1970, de acordo com Júnior e Pereira (2013, p. 58), ocorreram uma série de eventos, em torno de 17, cerca de um evento de crise a cada dois anos e as iniciativas adotadas para o enfrentamento dessas crises foram baseadas e culminaram em diversos recuos nas políticas sociais; anulação dos regulamentos promotores dos direitos sociais; atos de criminalizar movimentos de oposição; recrudescimento da violência do Estado e ofensivas destrutivas do capital.

Portanto, diante desses acontecimentos os interesses no campo das necessidades do capital são extremamente diferentes dos interesses no campo das necessidades humanas.

Na atualidade, Júnior e Pereira (2013, p. 60) sustentam a defesa de que vivemos sob o domínio das necessidades do capital, onde a condição de consumidor é mais relevante do que a noção de cidadania, ou seja, o domínio das necessidades do capital “resulta no estranho entendimento de que ser cidadão é ser livre para exercer o direito de consumir aquilo que o mercado democraticamente oferece como sendo necessário à vida”. Por fim, os autores observam que tanto o conceito de necessidade quanto o conceito de liberdade e democracia são falaciosos uma vez que: “as necessidades são preferências individuais; a democracia é a liberal-burguesa, restrita aos que têm mérito conferido pelo sistema dominante; e a liberdade é a negativa, definida como ausência de regulação estatal sobre as esferas individuais protegidas”. (JÚNIOR; PEREIRA, 2013, p. 60)

2.3 OS PROGRAMAS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL E AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS: CONTRADIÇÕES COMO SERVIÇO E COMO DIREITO

Para iniciar a discussão que envolve as contradições como serviço e como direito no campo dos programas públicos de saúde no Brasil, consideramos importante discorrer sobre as necessidades do capital versus as necessidades humanas na era do capitalismo contemporâneo.

O indivíduo, enquanto ser humano que apresenta um corpo vivo e tem suas responsabilidades, têm na sua consciência a capacidade de formular e transmitir seus objetivos e suas necessidades. Para Doyal e Gough (1994, p. 98-100) a vida social apresenta uma

interdependência entre reconhecer os deveres e a consciência dos limites a serem resguardados nas relações com o outro. O êxito social depende da capacidade que o ser humano tem de perceber as responsabilidades morais e tomar atitudes coerentes a elas. Para os autores, a “realidade dos deveres evidentemente implica a realidade de direitos”, numa relação complexa onde coexistem o direito “a uma satisfação mínima e, em seguida, o direito a um nível "ótimo" de satisfação de necessidades” e para que o dever seja entendido em sua forma por aqueles que o recebem e por aqueles que o receitam, ele precisa vir acompanhado pela crença de que o indivíduo tem o direito à satisfação de suas necessidades necessárias e ele deve agir em conformidade com esse dever.

Dessa forma, os indivíduos têm o direito à satisfação mínima das suas necessidades básicas. Entretanto, sempre haverá prioridades de objetivos e necessidades e o êxito na realização desses objetivos dependerá da percepção que têm de si próprios. Como os objetivos pessoais são atrelados aos valores culturais e às obrigações morais, os esforços para alcançá-los serão julgados por outros indivíduos que compartilham os mesmos valores. Assim, “a ideia de necessidades humanas comuns implica o direito mesmo de estranhos a uma satisfação ótima de necessidades”. (DOYALL; GOUGH, 1994, p. 109)

De acordo com Horta (1979, p. 38-41) as necessidades humanas básicas fazem parte de um ser: o ser humano. São necessidades comuns a qualquer ser humano, portanto, são universais e o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a adequada maneira de satisfazê-las ou atendê-las.

A utilização do termo necessidades humanas básicas remete à concepção de ausência de algo que se não for atendido pode causar danos ao ser que necessita. Entretanto o significado de necessidades básicas, de acordo com Júnior e Pereira (2013, p. 52) é permeado por críticas na contemporaneidade a partir de duas fontes influenciadoras: a fonte dos economistas políticos neoclássicos que defendem a inexistência das necessidades sociais em detrimento das preferências individuais e a fonte dos adeptos do pensamento pós-moderno que defendem que as necessidades são relativas e podem variar de acordo com a cultura dos seus povos. Diante disso, há uma fragilidade no conceito e na teoria ao analisar as necessidades sociais e as ações sociais necessárias para o enfrentamento dessas necessidades.

O significado de necessidades humanas, segundo Wolkmer (2004, p. 86), não está relacionado unicamente às necessidades sociais e materiais, mas também está relacionado ao significado que abarca também as necessidades de vida; necessidades existenciais; sociais e culturais.

Observa-se que grande parte das discussões sobre “necessidades” ou “carências” estão relacionadas às condições de qualidade de vida, de bem-estar de vida social e material. Mas nesse contexto, não se pode deixar de mencionar a importância das discussões voltadas para outras variáveis como as: culturais, políticas, filosóficas, religiosas e biopsicológicas. Assim há o entendimento de que a dinâmica que permeia o indivíduo em relação às suas necessidades e carências individuais e coletivas, refere-se tanto a questões relacionadas à subjetividade (modos de vida, desejos e valores), quanto às questões relacionadas à “ausência” ou “vazio” de algo muito almejado, mas nem sempre realizável.

A partir dessa lógica relacionada às necessidades e carências do indivíduo e do coletivo, surgem alguns questionamentos: como se dá o processo para o surgimento dos novos direitos e como os sujeitos e o coletivo conquistam novos benefícios e direitos que agregam às suas necessidades. As experiências cotidianas dos indivíduos e dos movimentos sociais acabam direcionando as escolhas dos valores, das carências, dos interesses dos indivíduos e dos interesses da comunidade. Quando as parcelas excluídas são atingidas na sua dignidade por condições de vida injusta; exclusão da sua participação nas questões sócias e principalmente quando as suas necessidades mínimas são reprimidas, a resposta para transcender essa exclusão e essa série de privações, vem da força contingente dos sujeitos coletivos que, por vontade própria e pela tomada de consciência dos seus interesses reais, se tornam capazes de criar e instituir novos direitos, ou seja, os novos direitos são motivados e surgem a partir de situações relacionadas à privação, carência e exclusão. (WOLKMER, 2004. p. 85-86)

Diante do exposto, e diante das controvérsias que envolvem a proteção social e as necessidades humanas pode-se depreender que:

as necessidades não podem ser definidas ou estimadas desvinculadas da noção de direitos; e que essa vinculação, muitas vezes conflituosa, encerra uma das principais polêmicas relativas ao tema, embutida no seguinte questionamento: de quem é a responsabilidade pelo atendimento das necessidades humanas? Será o livre, natural e espontâneo movimento da vida em comunidades consensuais que automaticamente regula a distribuição ou a contenção de recursos a depender da abundância ou escassez dos mesmos? Do indivíduo que a padece? Do Estado investido de obrigações cidadãs, de caráter público? Do mercado, como agente privado, cuja lógica incentiva a competição como o principal ingrediente para o alcance individual da autossustentação dos portadores de carências materiais? \ou de outros atores privados não mercantis, como a família e a solidariedade primária de vizinhos, amigos e correligionários. (PEREIRA, 2016. p. 50-55)

Partindo do entendimento que há desinteresse no aprofundamento teórico no campo das necessidades humanas ou sociais, Pereira (2016, p. 51) afirma que esse desinteresse tem acometido tanto as visões liberais-conservadoras quanto as visões progressistas. Segundo a autora, para os progressistas “o interesse por esse tema significaria comprometer o estudioso e as instituições públicas com um parâmetro empobrecedor”. Já em relação aos partidários de ideologias burguesas, eles optam por negar a existência dessas necessidades humanas no sentido de abolirem a possibilidade dessas necessidades serem atendidas por políticas públicas. Entretanto, a autora afirma que é sim o Estado o responsável por competência pela satisfação das necessidades humanas, uma vez que, essas necessidades constituem a base das políticas públicas e conseqüentemente é a base para os direitos sociais que foram conquistados pela sociedade e são declarados nas leis, serem concretizados.

Mas, para que o Estado assuma essa responsabilidade, as necessidades humanas não podem ser equiparadas a simplesmente uma carência natural individual, material ou biológica, elas devem ser equiparadas a “direitos que mobilizam uma faculdade que só os seres humanos possuem: a capacidade de agir e exercitar o pensamento crítico contra toda e qualquer forma de opressão, entre as quais a pobreza e a miséria” e é justamente a conotação de necessidades que faz com que o Estado seja o principal agente provedor de satisfação, retirando essa função do mercado (que não apresenta função social) e também das instituições privadas sem fins lucrativos (pois elas não garantem direitos). (PEREIRA, 2016, p. 53)

Outro ponto discutido por Pereira (2016, p. 53) é a necessidade de identificar quais são as necessidades humanas básicas bem como suas particularidades. Assim, opondo àquelas concepções de que as necessidades se referem, de maneira reducionista, aos desejos subjetivos e preferências individuais regulados pelo mercado, a autora sustenta que “as necessidades humanas são históricas, mas também objetivas e universais”. Elas são objetivas “porque a sua especificação teórica e empírica independe das preferências individuais” e são universais porque “todo ser humano, em todos os tempos, em todos os lugares e em todas as culturas, tem necessidades básicas comuns”.

Nesse sentido, Schmidt (2006, p. 1-28) refere que a política pública pode ser considerada a concretização – em forma de lei, norma, serviço ou produto – das decisões e intervenções originadas pelas reivindicações da sociedade ou a partir de necessidades que foram definidas no interior do Estado.

No Brasil, as políticas públicas foram concebidas e implementadas, de forma verticalizada, refletindo a ocorrência da especialização dos saberes e dos modos de intervenção.

Essas políticas públicas, são apontadas por Junqueira (2004, p. 25-34) como soluções específicas encontradas para o enfrentamento das situações consideradas problemas relevantes e prioritários, entretanto, essas políticas foram formuladas sem levar em conta, na maioria das vezes, o cidadão em seu contexto e a ação de outras políticas setoriais, que também procuram atuar em defesa da melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Esse modo de formular, implementar e avaliar as políticas sociais (sobretudo no setor saúde), alcança no Brasil, de acordo com Schmidt (2006, p. 1-28), nas três últimas décadas, um status mais democrático que o precedente, pois com a abertura democrática e as reformas político-administrativas, as políticas demonstraram um alcance de caráter universal sendo prevista, desde então, a participação e o controle também por parte da sociedade.

A autonomia e a saúde são duas necessidades básicas que apresentam caráter objetivo e universal. A autonomia é uma necessidade básica, baseada na sua concepção do indivíduo ser capaz de eleger objetivos e crenças, de dar um valor a eles com discernimento e de coloca-los em prática de forma responsável e sem opressão. A saúde é considerada uma necessidade básica porque se ela não for atendida pode levar ao impedimento da vida, portanto é uma pré-condição para existência.

As políticas de saúde são direcionadas tanto para os indivíduos quanto para a coletividade e estão sujeitas à diversos determinantes, por isso devem ser tratadas como políticas sociais:

considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos. (FLEURY, OUVÉNEY, 2014. p. 23)

Dessa forma entende-se que o papel do Estado brasileiro na manutenção das políticas públicas sociais, especificamente nas da área da saúde, permite controle público, atenuando a alta mobilidade de capital promovida pela globalização da economia. Assim, a discussão da saúde nacional é uma questão importante na manutenção do sistema de saúde brasileiro, enquanto uma política pública, e para fortalecimento desse mesmo Estado no processo de redemocratização da sociedade civil do Brasil.

Para compreender os limites e ter reconhecimento de possibilidades sobre a política social no marco legal, assim como identificar o papel da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), avançamos no próximo capítulo em discorrer sobre a

racionalidade instituída por esse marco legal e destacamos o papel do SUS, assim como as bases da política social colocada na Estratégia Saúde da Família.

3 FUNDAMENTOS DA POLÍTICA SOCIAL NO MARCO LEGAL E O PAPEL DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: LIMITES E AVANÇOS

Nesse capítulo tratamos das bases históricas e conceituais do Sistema Único de Saúde (SUS), da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) que são fundamentadas nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização, intersetorialidade e participação social dentro do contexto das políticas públicas e tratamos do marco legal da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, considerando seu papel, enquanto uma política pública norteadora das ações de saúde direcionadas à população masculina no Brasil.

3.1 O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Conhecer a evolução histórica e o processo de formação de um Sistema de Saúde é fundamental para compreender, na atualidade, as bases do Sistema Único de Saúde em vigência no Brasil.

O SUS foi implantado no início da década de 90 e promulgado pela Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990 e complementado pela lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990). O sistema está orientado por princípios e diretrizes com validação em todo território nacional e parte do princípio do direito de acesso à saúde. Na sua concepção, há reformulação dos papéis dos entes federativos (União, Estados e Municípios) na prestação e gestão dos serviços de saúde, preconizando a participação de gestores, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. (NORONHA, 2008, p. 435)

Nesse sentido, o SUS, enquanto um sistema, está composto pelas três esferas de governo – União, Estados e Municípios, e apresenta o setor privado como seu componente conveniado que tem como prerrogativa seguir as normas da esfera pública. Desde sua criação, o SUS passou por diversos avanços relacionados à saúde pública, com a implementação de diversos programas de saúde pública, sendo alguns reconhecidos e referenciados na esfera internacional.

Nesse contexto de institucionalização do SUS, faz-se necessário uma revisão dos seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde: universalidade, equidade, integralidade e descentralização fundamentados na garantia de acesso universal e igualitário, na integralidade das ações e na promoção e prevenção de doenças, com comando único em cada esfera de governo e participação social.

De acordo com Barros (1996, p. 14), o SUS preconiza uma organização da oferta de serviços à população, baseando em uma programação regionalizada a partir da análise das necessidades e das exigências do perfil epidemiológico de cada região. Essa organização da oferta acontece por meio de um processo decisório democratizado e sob controle dos atores sociais relevantes em articulação com as ações de natureza preventiva e curativa, complementares entre os níveis de complexidade na rede de serviços. Essa organização, para o autor, ocorre no interior de um sistema único, enquanto princípio orientador, mas flexível quanto às formas organizacionais e as diversidades econômicas, sociais e culturais do país. Isso significa que apesar de ser definido como um sistema único, ele não é padronizado.

Em relação aos princípios do SUS, Noronha e outros (2008, p. 439) afirmam que o princípio da Universalidade, garante o acesso a todos os níveis de assistência à saúde. Ele preconiza que todos os cidadãos têm o mesmo direito de receber serviços de saúde, de acordo com suas necessidades, independente de custos, níveis de complexidade e natureza do serviço necessitado. As condições socioeconômicas da população, sua inserção ou não no mercado de trabalho, não determinam mais seu acesso à saúde, uma vez que, os riscos de adoecimento e os gastos com a saúde passam a ser responsabilidade de toda a sociedade.

Quanto ao princípio da Igualdade, o mesmo autor reitera que a assistência à saúde independe da existência de preconceitos ou privilégios de qualquer natureza. Segundo este pesquisador é inaceitável que alguns grupos tenham melhor ou mais fácil acesso à saúde considerando sua renda, cor, gênero, religião ou qualquer outra razão; todos os indivíduos precisam ter suas demandas atendidas e a escolha do cuidado a ser prestado deve ser determinado de acordo com suas necessidades. (NORONHA et al, 2008, p. 439)

O princípio da Integralidade da assistência, conforme a lei preconiza, trata-se de ações articuladas e contínuas oferecidas a toda comunidade, considerando os serviços de prevenção e promoção. Esses serviços são ofertados de forma individual ou coletiva, nos estabelecimentos de saúde ou na comunidade, exigidos para cada necessidade de saúde e em todos os níveis de complexidade do sistema. Esse princípio está relacionado, também, com a necessidade de articulação entre as políticas econômicas e sociais para atuação nos determinantes do processo saúde-doença. (NORONHA et al, 2008, p. 439-440)

A participação da comunidade nas formulações, decisões e prioridades de saúde, caracteriza outro importante princípio do SUS, que segundo o autor trata-se de uma garantia de fiscalização do cumprimento das leis, controle e avaliação do SUS através de importantes canais

de comunicação e fóruns de diálogo entre gestores, profissionais, usuários bem como os Conselhos e as Conferências de Saúde. (NORONHA et al, 2008, p. 440)

No contexto da gestão social, Miranda, Silva e Souza (2013, p. 139-140), consideram que a participação social representa uma esfera além daquela que as instâncias formais representam, uma vez que os estudos direcionam para a necessidade de instauração de outros espaços geridos pela sociedade, nos estabelecimentos de saúde, para qualificação e fortalecimento dos Conselhos de Saúde com vistas ao alcance de resultados mais legítimos.

No Brasil, as primeiras experiências de atuação conjunta entre Estado e sociedade civil, surgiram a partir da Constituição Federal de 1988. Através da realização de diversos fóruns como as audiências públicas, orçamentos participativos e, em especial, os conselhos gestores de políticas públicas a gestão das políticas passaram a assumir novas configurações institucionais buscando ampliar o debate no interior da sociedade civil sobre temas de interesses, até então excluídos de uma agenda pública. (DAGNINO, 2002)

A partir dessas experiências houve uma ampliação da participação social nos processos de decisão e controle social sobre as políticas públicas, envolvendo um maior número de atores e organizações vinculados aos diferentes segmentos sociais.

A descentralização político-administrativa, considerada um dos princípios organizativos do SUS, preconiza a direção única em cada esfera de governo, proporcionando aos Estados e Municípios maior responsabilidade e autonomia nas decisões e implementação dos serviços de saúde, promovendo, assim, democratização no processo de decisão e ampliação na capacidade de resposta dos governos às questões de saúde da sua comunidade. (NORONHA et al, 2008, p. 440)

Nesse sentido a descentralização da gestão e das políticas de saúde foi realizada de forma integrada entre a União, Estados e Municípios, distribuindo o poder e a responsabilidade sobre a saúde entre os três níveis de governo, com objetivo de promover uma prestação de serviços com mais eficiência, qualidade e controle por parte da sociedade onde cada região encontra-se formada, garantindo dessa forma, a integralidade do atendimento pelos municípios componentes de cada região.

Por fim, Junqueira (2004), considera que as políticas públicas no Brasil, foram concebidas e implementadas, de forma verticalizada, com especialização dos saberes e dos modos de intervenção com objetivo de gerar soluções específicas frente às situações consideradas problemas relevantes e prioritários, sem considerar, na maioria das vezes, o

cidadão em seu contexto e as ações de outras políticas públicas setoriais, que também apresentavam concepções em defesa da melhoria da qualidade de vida.

Outro ponto importante destacado por Junqueira (2004) é que na articulação de saberes e práticas, as diferenças entre os sujeitos devem ser valorizadas e, de certa forma, aprimoradas, visando a qualificação da capacidade de intervenção do coletivo. Nessa perspectiva, a existência de uma prática intersetorial requer a definição coletiva de objetivos comuns, levando-se em conta as diferentes competências e recursos, com vistas a superar de maneira integrada os problemas sociais, a partir da identificação de alternativas mais adequadas e viáveis, ou ainda, da criação de alternativas inovadoras que fazem sentido na vida dos indivíduos.

Ao buscar uma melhor compreensão do significado da intersetorialidade no contexto das políticas públicas, importante destacar que o significado de política pública está no campo do conhecimento que busca ao mesmo tempo colocar o governo em ação e analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações.

Neste sentido, a intersetorialidade na gestão pública abarca uma decisão racional no processo de gestão, que pode ser positiva ou não. Ela não pode ser considerada antagônica ou substitutiva da setorialidade, mas complementar, ou seja, uma combinação entre política setorial com intersetorial, e não uma contraposição no processo de gestão. (NASCIMENTO, 2010, p. 99-100)

Intersetorialidade em saúde é entendida como uma relação entre uma ou várias partes do setor saúde associada a uma ou várias partes de outro setor formada para atuar em um determinado tema objetivando alcançar resultados de saúde de forma mais efetiva, eficiente ou sustentável do que o setor saúde. (PAIM, TEIXEIRA, 2002)

Entretanto, Buss (2002), considera essa proposta complexa destacando a dificuldade que o setor saúde apresenta em atuar isoladamente e sugerindo a criação de parcerias entre os diferentes setores e segmentos sociais. Já o Ministério da Saúde do Brasil, propõe, através da Política Nacional de Promoção da Saúde, que as intervenções em saúde sejam ampliadas, tomando como objeto os problemas, necessidades, determinantes e condicionantes de saúde.

Para tal, a organização da atenção e do cuidado deve criar mecanismos de mobilização e participação com os vários movimentos e grupos sociais, através da construção de parcerias (BRASIL, 2006).

Esses pensamentos são corroborados por Wimmer e Figueiredo (2006) que defendem que as estratégias intersetoriais contribuem significativamente para efetividade e eficiência das ações de saúde, desde que sejam construídas pelo Estado em articulação com a Sociedade Civil.

Portanto, acredita-se que tais articulações e arranjos podem ocorrer através da construção de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais como: educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não-governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros parceiros da sociedade.

Nesse contexto, Mendes (2011, p. 94-97) categoriza os serviços de saúde por níveis de atenção. Esses níveis são estruturados conforme suas densidades tecnológicas, variando do nível de menor densidade (a Atenção Primária), ao de média densidade (Atenção Secundária), até o de maior densidade tecnológica (Atenção Terciária). E é na APS que o SUS, considerando seus pilares da descentralização, integralidade e participação popular, consegue estabelecer ações de promoção, prevenção e recuperação à saúde dos indivíduos e comunidade.

A Atenção Primária à Saúde é reconhecida por Starfield (2004, p.19-42) como elemento chave dos sistemas de saúde. Há evidências do desenvolvimento e impactos na saúde nos países que a definiram como base para seus sistemas de saúde, através da melhoria nos indicadores de saúde, da melhor resolutividade dos problemas de saúde dos usuários no sistema, efetividade nas ações relacionadas às condições crônicas, ampliação das práticas de prevenção e conseqüentemente maior satisfação e acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Considerada como um marco referencial, a atenção primária surge como uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, a partir de uma necessidade de mudanças no modelo da prática clínico assistencial dos profissionais de saúde. Apresenta eixos estruturantes que são os atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e os atributos derivados que são: a orientação familiar e comunitária e competência cultural. (STARFIELD, 2004, p. 19-42)

No Brasil, a APS apresenta proposta de reordenar o sistema de atenção à saúde e em contraponto à perspectiva adotada por outros países e organismos internacionais, que consideram que a Atenção Primária oferta ações de baixa complexidade para populações de baixa renda. No Brasil ela recebe a designação Atenção Básica, um sistema universal, integrado, composto por diferentes setores, públicos e privados, com e sem fins lucrativos, ou seja, o Sistema Único de Saúde.

A Estratégia Saúde da Família é um modelo que procura reorganizar a Atenção Básica no Brasil de acordo com os preceitos do SUS, privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado e ampliando a resolutividade e a capacidade de coordenação do cuidado.

Importante destacar que a Estratégia Saúde da Família propõe a prestação de uma assistência além do corpo biológico, capaz de alcançar os seres humanos em sua complexidade e integralidade para promoção de sua saúde. Para tanto as ações extramuros das Unidades de Saúde devem levar em consideração o contexto histórico, social, cultural, político e econômico dos indivíduos e dos coletivos. (FINKELMAN, 2002)

3.2 HISTÓRICO DO MARCO LEGAL DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM E SUAS DIRETRIZES PARA A OFERTA DE SERVIÇOS

No Brasil, foi a partir da Constituição Federal do Brasil, de 1988 que surgiram as primeiras experiências de atuação conjunta entre Estado e sociedade civil.

Através de diversos fóruns: audiências públicas, orçamentos participativos e conselhos gestores de políticas públicas, a gestão dessas políticas passou a assumir novas configurações institucionais buscando ampliar o debate, com participação da sociedade civil, sobre temas de interesses que até então eram excluídos de uma agenda pública. (CARVALHO, 2002. p. 120)

Foram essas novas experiências e iniciativas de mudanças que possibilitaram a ampliação da participação social nos processos de decisão e de controle social sobre as políticas públicas, envolvendo um maior número de atores e organizações vinculados a diversos segmentos sociais.

A Constituição Federal de 1988, regulamentada pelas Leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90 tratam dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme esses princípios, o poder e a responsabilidade sobre a saúde dos indivíduos e sua coletividade são distribuídos entre os três níveis de governo (União, Estados e Municípios) e essa distribuição tem o objetivo de promover prestação de serviços de saúde com mais eficiência e qualidade bem como promover o controle por parte da sociedade civil, onde cada região formada nos estados, deverá garantir a integralidade no atendimento através de parceria entre seus municípios componentes.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde do Brasil, cria uma Área Técnica de Saúde do Homem, onde, a partir dessa iniciativa, surge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, instituída pela Portaria Ministerial nº 1944 em 27 de agosto de 2009.

Essa política, no seu processo de construção, teve participação de diversos setores e organizações científicas como: gestores do SUS; sociedade civil organizada; pesquisadores; acadêmicos e agências de cooperação internacional (relacionada à área de saúde do homem).

A proposta consiste em uma política que foi formulada com o principal objetivo de promover melhorias nas condições de saúde da população masculina brasileira com vistas a reduzir as taxas de morbimortalidade dessa população, utilizando as ações de saúde inseridas na linha de cuidado de saúde do homem e enfrentando, racionalmente, os fatores de risco à saúde aos quais os homens estão vulneráveis, mediante a promoção da facilidade de acesso às ações e aos serviços de atenção integral ofertados no Brasil.

Realizando um resgate histórico, o documento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (2008. p. 10), formulado pelo Ministério da Saúde, aponta em seu marco histórico que a questão da saúde do homem teve seus primeiros estudos no continente norte-americano, tendo suas análises críticas realizadas na década de 1970, pautadas no modelo biomédico, onde o pensamento exploratório sobre a saúde dos homens era tangenciado pela teoria e política feminista e sua organização conceitual girava em torno da premissa de que a masculinidade tradicional produzia déficit para a saúde. Nos anos 80 a perspectiva sobre a saúde dos homens avança de forma mais consistente, com mudança na terminologia: de estudos dos homens passa a ser reconhecido como estudos sobre masculinidades. Já no final dos anos 90, os referenciais conceituais fundamentam em pesquisas relacionadas aos processos de morbimortalidade em populações masculinas, e defendem que a masculinidade hegemônica gera comportamentos danosos à saúde, fazendo emergir fatores de risco importantes para o seu adoecimento. (GOMES, 2006. p. 901-902)

Na América Latina e no Brasil os estudos sobre a saúde dos homens só surgiram no final dos anos 1980, que por sua vez, seguem a tendência dos estudos produzidos na Europa e nos Estados Unidos.

Analisando o perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas há destaque para uma situação de diferencial entre os sexos, especialmente quando se encontra uma maior mortalidade masculina em todas as idades, além da sobre mortalidade neste sexo para quase a totalidade das causas. (LAURENTI, 2005, p. 36)

Alguns estudos, conforme Carrara, Russo e Faro (2009. p. 669), mostram que, culturalmente, os homens buscam pelos serviços de saúde quando já apresentam algum problema de saúde instalado, perpetuando a visão curativa do processo saúde-doença e ignorando as medidas de prevenção e promoção da saúde disponível no âmbito da Atenção Básica.

Há estudos comparativos entre homens e mulheres, que têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que eles morrem mais precocemente do que as mulheres. (PINHEIRO E COUTO, 2008, p. 57)

Nessa realidade, os homens apresentam maior vulnerabilidade às doenças e altas taxas de morbimortalidade porque, de acordo com Pinheiro e Couto (2008, p. 57), eles não buscam, como as mulheres, os serviços de Atenção Básica. Sabe-se que muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. Assim, a resistência masculina à atenção primária aumenta, não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da sua qualidade de vida. (BRASIL, 2008. p. 05)

Outro ponto merecedor de destaque é que os tratamentos crônicos de longa duração têm, em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessita modificar seus hábitos de vida para cumprir o tempo exigido pelas recomendações. Tal afirmação também é válida para ações de promoção e prevenção à saúde, pois requerem, na maioria das vezes, diversas e significativas mudanças comportamentais. (BRASIL, 2008. p. 05-06)

Diante disso, é notável que os homens apresentam dificuldade em reconhecer suas necessidades uma vez que essa população cultiva o pensamento de possuírem condições saudáveis de saúde e rejeitam a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços oferecidos e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde voltadas para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso.

Nesse contexto é que surge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria Ministerial 1944, em 27 de agosto de 2009 e produzida em parceria entre os gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores, acadêmicos, agências de cooperação internacional, formulada com o objetivo de promover ações de saúde inseridas na linha de cuidado do homem, resguardando a integralidade da atenção e alinhada à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), porta de entrada do SUS - Sistema Único de Saúde. Através dessa portaria o Ministério da Saúde estabelece como prioridade a proteção à população jovem e adulta masculina e reconhece que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública.

A PNAISH, desde sua institucionalização, vem sendo considerada como uma política pública prioritária para o Ministério da Saúde no sentido de promover ações que contribuam

significativamente para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população masculina do Brasil. A política está em consonância com a Política Nacional da Atenção Básica no sentido de nortear as ações de atenção integral, visando a promoção e estímulo ao autocuidado e ao reconhecimento da saúde como direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros.

Nesse sentido, a PNAISH envolve cuidados da Atenção Básica e tem como foco principal a Estratégia Saúde da Família, envolvendo também, ações relacionadas aos demais níveis de atenção, no que diz respeito à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Em sua conformação há destaque para a necessidade de responsabilização dos três níveis de gestão: na prática da humanização; integração das demais políticas; articulação intersetorial; reorganização das ações de saúde; estímulo a corresponsabilidade de entidades da sociedade organizada; aperfeiçoamento do sistema de informações em saúde e realização de estudos e pesquisas, relacionadas à saúde do homem. (BRASIL, 2008. p. 33-35)

Ao reconhecer os agravos do sexo masculino como importante problema de saúde pública, essa política, conforme Brasil (2008, p. 07), acalenta um antigo anseio da sociedade civil que é a promoção de ações de saúde como forma de percepção da realidade única vivida pelo ser homem nos seus variados cenários socioculturais e político-econômicos, respeitando os vários níveis organizacionais dos sistemas locais de saúde e suas diversas espécimes de gestão. Esse agrupamento de ações proporciona elevação na expectativa de vida masculina e queda nos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

Nesse sentido, a política pondera que diversos agravos de saúde dos homens poderiam ser evitados caso realizassem regularmente as ações de prevenção primária. Essa objeção à Atenção Primária tem como consequência o aumento dos gastos financeiros da sociedade, a ampliação do sofrimento físico e emocional dos homens e familiares além de acarretar danos à luta pela manutenção de sua saúde e qualidade de vida.

Sabe-se que os tratamentos de longa duração, chamados de crônicos, geralmente apresentam baixa adesão dessa população por requererem tratamentos terapêuticos mais exigentes, com mudanças nos hábitos de vida e diversas mudanças comportamentais. Dessa forma, estudos qualitativos apontam dois grupos principais determinantes para essa baixa adesão consideradas barreiras entre os homens, os serviços e as ações de saúde: socioculturais e institucionais.

Para Gomes (2003, p. 01-05) as variáveis culturais são responsáveis pela maior parte da não-adesão dos homens às medidas de atenção integral. As questões estereotipadas de gênero,

arraigadas secularmente numa cultura patriarcal acabam potencializando práticas embasadas em princípios e preceitos do significado do ser masculino. Nesse sentido considera-se a doença como um indício de fragilidade, onde os homens estão à parte das suas condições biológicas, sendo considerado como invulnerável, contribuindo, dessa forma, para que ele zele menos por sua saúde e se revele mais susceptível às situações de risco acrescentando ainda o fato de que os homens têm receio que o profissional de saúde desvele que algo vai mal com a sua saúde colocando em risco a sua crença do ser invulnerável.

Outro ponto referenciado por Gomes, Nascimento e Araújo (2007, p. 569) é a existência de dificuldade de acesso aos serviços de assistência à saúde. Os homens justificam sua ausência nos serviços fundamentando-se na “dificuldade de marcação de consultas”, alegando o enfrentamento de filas imensas que podem acarretar perdas e prejuízos no trabalho, sem que haja a garantia de que sua demanda de saúde será atendida em uma única consulta.

Nesse contexto, consideramos ser de fundamental importância compreender as barreiras socioculturais e institucionais existentes, como forma de oferecer estratégias adequadas para a promoção do acesso dos homens aos serviços de Atenção Primária, com intuito de preservar a prevenção e a promoção da saúde.

Portanto, instigar e sensibilizar a população masculina brasileira a lutar pelas garantias de direito social à saúde é um dos grandes desafios dessa política, uma vez que, conforme seus preceitos, ela tem a pretensão de transformar os homens brasileiros em sujeitos ativos de suas necessidades, consolidando, dessa forma, seus direitos enquanto cidadãos.

Conforme Brasil (2008, p. 08) a PNAISH se estabelece diante de uma configuração tática com recorte da população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos, enfatizando que não há restrição da população alvo, mas sim, trata-se de uma estratégia metodológica, uma vez que esse grupo etário condiz com 41,3% da população masculina do Brasil e representa a parte prevaiente da força produtiva exercendo importante função sociocultural e política.

Outro dado relevante está relacionado aos agravos que acometem os homens, aproximadamente 75% das ocorrências concentra-se nas cinco grandes áreas da medicina especializadas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia. A partir desta certificação, as Sociedades de medicina, os profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do CONASS e CONASEMS e de entidades civis organizadas, elaboraram um documento articulado com a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, resgatando conhecimentos relacionados aos princípios e práticas.

No Brasil, através dos indicadores demográficos, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que em 2005, o número da população segundo sexo e grupo de idade era da ordem de 184.184.074, sendo 50,8% de população feminina (93.513.055) e 49,2% de população masculina (90.671.019). (BRASIL, 2008. p. 10)

A PNAISH, em sua constituição é composta pelos cinco eixos temáticos: acesso e acolhimento; saúde sexual e reprodutiva; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina e prevenção de violência e acidentes. Esses eixos temáticos têm objetivo de cumprir os princípios de humanização e qualidade da prestação de uma atenção integral, considerando no seu documento os seguintes princípios (BRASIL, 2008, p. 28-29):

1. Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde;
2. Articular-se com as diversas áreas do governo com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina;
3. Informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem;
4. Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
5. Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;
6. Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
7. Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários;
8. Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Estes princípios apresentam um caráter mais geral sobre a PNAISH e buscam eleger aspectos que devem ser considerados na prestação de serviços públicos pelo Estado brasileiro.

As diretrizes da PNAISH indicam as linhas de ação a serem seguidas pelo setor saúde, oferecendo subsídios para a elaboração de planos, programas, projetos e atividades. Estas diretrizes foram norteadas pelos princípios da humanização, da qualidade da assistência e elaboradas tendo em vista a integralidade, a factibilidade, a coerência e a viabilidade.

No documento da PNAISH a integralidade é definida considerando duas perspectivas:

- a. trânsito do usuário por todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contra referência entre a atenção primária e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção;
- b. compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que abranjam inclusive as determinações sociais sobre a saúde e a doença. (BRASIL, 2008. p. 29)

No que tange à factibilidade considera-se a disponibilidade de recursos, tecnologia, insumos técnico-científicos e estrutura administrativa e gerencial, de maneira que seja possível a implantação, na prática, das ações em todo o país.

Em relação à coerência, as diretrizes da PNAISH estão baseadas nos princípios anteriormente descritos e são compatíveis com os princípios do SUS.

Já relacionado à viabilidade, a implementação desta política estará diretamente condicionada com o comprometimento e a possibilidade da execução das diretrizes pelos três níveis de gestão e pelo controle social.

Nesse contexto, são diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008, p. 30):

- 1- Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado;
- 2- Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, de acordo com as competências de cada um, garantindo condições para a execução da presente política;
- 3- Nortear a prática de saúde pela humanização e a qualidade da assistência a ser prestada, princípios que devem permear todas as ações;
- 4- Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde;
- 5- Promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir;
- 6- Reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados;
- 7- Integrar as entidades da sociedade organizada na corresponsabilidade das ações governamentais pela convicção de que a saúde não é só um dever do Estado, mas uma prerrogativa da cidadania;
- 8- Incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem;
- 9- Aperfeiçoar os sistemas de informações de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão;
- 10- Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Assim, após explicar sobre os princípios e as diretrizes da política, passamos a destacar o objetivo geral e os objetivos específicos propostos no documento da PNAISH. A política de 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. p. 31)

Como objetivos específicos da PNAISH, identifica-se três (BRASIL, 2008, p. 31-32):

- 1- Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, à atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde:
 - Implantar e/ou estimular nos serviços de saúde, públicos e privados, uma rede de atenção à saúde do homem que garanta linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade;
 - 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;
 - formar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem; e promover ações integradas com outras áreas governamentais.
- 2-Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde.
 - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade;
 - estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável;
 - garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica;
 - promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;
 - incentivar o uso de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das DST/AIDS;
 - estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas;
 - garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária para os casos identificados como mercedores destes cuidados;
 - 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, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais;
 - associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada para efetivar a atenção integral à saúde do homem com protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina.

3-Ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina:

- incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas;
- estimular, na população masculina, através da informação, educação e comunicação, o auto-cuidado com sua própria saúde;
- promover a parceria com os movimentos sociais e populares, e outras entidades organizadas para divulgação ampla das medidas preventivas; e
- manter atenção cuidadosa e permanente com as demais áreas governamentais no sentido de efetuar, de preferência, ações conjuntas, evitando a dispersão desnecessária de recursos.

Nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é possível reconhecer fatores relacionados à morbimortalidade da saúde do homem e os determinantes sociais que podem acarretar sua vulnerabilidade. É possível reconhecer que há uma atenção especial as questões sociais sobre a masculinidade que comprometem o acesso à atenção primária, bem como evidencia cuidado especial para as situações de violência que geram risco para a saúde dos homens.

A violência, segundo Souza (2005, p. 62-65) é considerada um fenômeno irradiado, complexo, multicausal, arraigado nos fatores sociais, culturais, políticos, econômicos e psicobiológicos. O homem é mais vulnerável à violência, tanto como autor, como vítima. Os homens adolescentes e jovens são as maiores vítimas de lesões e traumas devido a agressões graves. Essas agressões demandam maior tempo de internação em relação à sofrida pelas mulheres, portanto o sexo masculino está biologicamente ligado a agressividade considerando os processos sociais como potencializadores de envolvimento dos homens em episódios de violência. Há que se considerar também o uso abusivo de álcool, drogas ilícitas e acesso às armas de fogo.

Mas atrelado às questões da saúde dos homens, é necessário pontuar que a maioria dos homens são provedores financeiros das suas famílias e que a necessidade de trabalhar muitas vezes pode interferir nas demandas de cuidados à saúde, limitando esses homens a terem autonomia e responsabilidade sobre as suas necessidades de saúde.

Muito se tem discutido sobre as possíveis dificuldades de inserção e adesão dos homens nos nossos serviços de saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde. A pesquisa de Moreira, Fontes e Barboza (2014, p. 618-620) revelou que o homem teme ser prejudicado no trabalho apontando esse temor como um dos principais motivos que causadores da baixa procura, por parte desta população, aos serviços de saúde. Dessa forma, o medo de perder o emprego aparece como uma dessas dificuldades, pois o mundo do trabalho tende a desvalorizar

a ausência masculina, e também feminina, motivada por saúde/doença, assim os homens evitam buscar o cuidado à saúde por temerem revelar as suas fragilidades no seu contexto social e do trabalho.

Nesse contexto, Guimarães (2013, p. 422-428) afirma que a reprodução da força de trabalho e a reprodução da sociedade estão diretamente relacionadas com as condições históricas das diferentes formas de sociedade, considerando os serviços domésticos e os serviços pessoais realizados na família. Os homens temem o desemprego e a precariedade das relações de trabalho, pois no Brasil, nos anos 90, com a crescente liberalização da economia houve um aumento da concorrência promovendo fechamento de algumas empresas resultando no aumento das taxas de desemprego e em sérios impactos sobre a reprodução, gerando como consequência uma ampliação do trabalho precário e informal.

Ainda, nessa lógica da relação trabalho/emprego/saúde, Borges (2013, p. 303-309) afirma que a maior parte da população depende direta ou indiretamente da sua relação com o emprego e que a posição dos indivíduos na estrutura social é fortemente determinada pelas relações que eles mantêm com o mercado de trabalho.

Portanto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso à Atenção Primária, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população às situações de violência e de risco para a saúde.

4 BALANÇO DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO *STRICTO SENSU* NO BRASIL: CARACTERIZAÇÃO BIBLIOMÉTRICA E ANÁLISE DE CONTEÚDO DA REALIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Considerando o campo de abrangência das políticas públicas de saúde e os estudos que vêm sendo produzidos direcionados à saúde do homem no Brasil, destacamos a seguir os elementos descritivos que tratam da caracterização bibliométrica das produções do conhecimento analisadas e desenvolvemos a discussão dos resultados encontrados.

Após a caracterização bibliométrica das produções, destacamos os elementos da realidade, limites e possibilidades desenvolvidas pela implementação da política de saúde do homem no Brasil, segundo as pesquisas analisadas.

4.1 CARACTERIZAÇÃO BIBLIOMÉTRICA DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO *STRICTO SENSU*

No levantamento das produções, foram encontradas 11 produções científicas em Instituições de Ensino Superior no Brasil, todas na modalidade de dissertação. Essas produções apresentam algumas características que são relevantes e serão expostas em tabelas a seguir, considerando uma análise de caracterização bibliométrica.

Analisando a localização das dissertações, a tabela 01 demonstra a distribuição das produções pelas regiões do Brasil.

Tabela 01 - Localização das produções analisadas, por regiões do Brasil.

Regiões	Número de produções encontradas
Norte	00
Nordeste	04
Centro-Oeste	03
Sudeste	02
Sul	02
Σ	11

Fonte: Balanço da produção do conhecimento sobre a implementação da PNAISH – 2010 a 2018

Considerando a localização das dissertações por regiões geográficas do Brasil, de acordo com o apresentado na tabela anterior a maior quantidade de produções está concentrada na região Nordeste do país, onde foram encontradas quatro produções. Em relação às demais

regiões, nenhuma produção foi localizada na região Norte, na região Centro Oeste foram encontradas três produções, na região Sudeste duas e na região Sul duas dissertações.

A tabela 02 indica a distribuição quantitativa das produções pelos estados do Brasil.

Tabela 02 - Localização das produções *stricto sensu* analisadas, por Estados brasileiros.

Estados brasileiros	Quantidade de produções
Paraíba	03
Bahia	01
Rio de Janeiro	01
São Paulo	01
Paraná	02
Distrito Federal	02
Mato Grosso	01
Σ	11

Fonte: Balanço da produção do conhecimento sobre a implementação da PNAISH – 2010 a 2018

Analisando a localização geográfica por estado brasileiro, observa-se que o estado da Paraíba foi o que apontou maior quantitativo de produções (três) identificadas para análise. Identificou-se, ainda, duas produções no Distrito Federal, duas no Paraná, uma no estado da Bahia, uma no Rio de Janeiro, uma em São Paulo e uma no Mato Grosso.

Em relação à temporalidade das dissertações, o gráfico 01 expõe o ano de defesa das produções elaboradas em Programas de Pós-Graduação das IES analisadas.

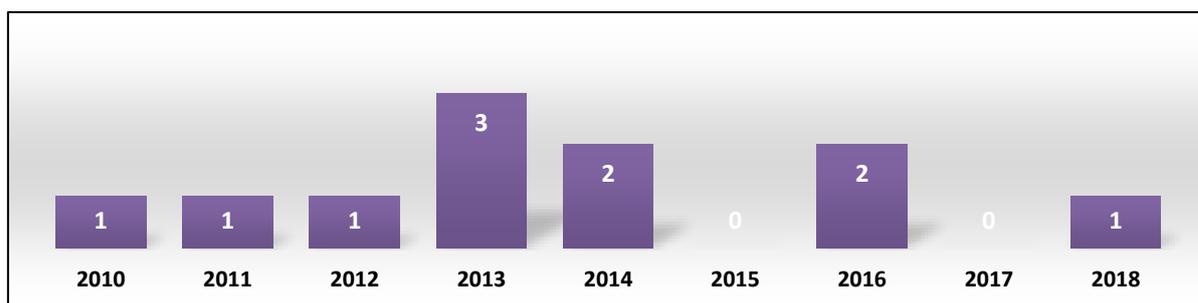


Gráfico 01 – Ano de defesa das produções *stricto sensu* analisadas – 2010 a 2018.

Através do gráfico, acima, observamos que no ano de 2010, 2011 e 2012 apenas uma publicação foi encontrada nos repositórios das IES. A partir de 2013, os dados expostos no gráfico 01 demonstram um aumento no número de produções *stricto sensu* sobre a implementação da PNAISH, sendo localizadas três produções em 2013, duas nos anos 2014 e

2016 e uma em 2018. Nos anos de 2015 e 2017 não foram encontrados trabalhos relacionados à temática.

Quanto às produções localizadas por instituições e que foram analisadas, destacamos:

Tabela 03 – Análise do quantitativo das produções levantadas por IES no Brasil – 2010 a 2018

Nome da Instituição	Quantidade
Universidade Federal da Paraíba - UFPB	02
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB	01
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB	01
Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT	01
Universidade de Brasília - UNB	01
Centro Universitário Euro-Americano - UNIEURO	01
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO	01
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP	01
Universidade Estadual de Londrina - UEL	01
Universidade Estadual de Ponta Grossa- UEPG	01

Fonte: Balanço da produção do conhecimento sobre a implementação da PNAISH – 2010 a 2018

Segundo a distribuição apresentada na tabela 03, a IES que apontou maior quantidade de produções foi a UFPB (2), as demais IES (UEPB, UESB, UFMT, UNB, UNIEURO, UNIRIO, UNICAMP, UEL e UEPG) apresentaram somente (1) produção em seu repositório.

Quanto ao tipo de Instituição de Ensino Superior onde foram produzidas e defendidas as dissertações, destacamos:

Tabela 04 – Tipos de Instituições de Ensino Superior em que as produções foram realizadas.

Instituição	Tipo de Instituição	Quantidade
UFPB	Pública	02
UEPB	Pública	01
UESB	Pública	01
UFMT	Pública	01
UNB	Pública	01
UNIEURO	Privada	01
UNIRIO	Pública	01
UNICAMP	Pública	01
UEL	Pública	01
UEPG	Pública	01

Fonte: Balanço da produção do conhecimento sobre a implementação da PNAISH – 2010 a 2018

Analisando a realidade do tipo das instituições, reconhecemos, através da tabela 04, que a maioria das instituições (10) são públicas, correspondendo a 91%, sendo somente (01) instituição de ensino privada. Observa-se, ainda, que cinco produções se encontram em universidades federais (UFPB, UFMT, UNB e UNICAMP), cinco em universidades estaduais (UEPB, UESB, UNIRIO, UEL e UEPG) e somente uma em instituição de ensino privado (UNIEURO).

Sobre a implementação da PNAISH destacamos a seguir os Programas *stricto sensu* que estão produzindo conhecimento no Brasil.

Na região Nordeste temos quatro produções (36,3%) levantadas em programas de PPG de IES, considerando: (2) produções no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB; (1) no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB e (1) dissertação no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

Na região Centro Oeste foram localizados (3) produções (27,2%). Os PPG em que estas produções foram desenvolvidas, são: (1) produção no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT, (1) no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília - UNB e (1) no Programa de Pós-graduação em Ciência Política do Centro Universitário Euro-Americano - UNIEURO.

Na região Sudeste foram encontradas apenas (2) produções que expressam (18,1%) das produções que tratam da política de saúde do homem: Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO e Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

E na região Sul do Brasil foi localizado o mesmo número equivalente à região Sudeste, apenas duas, o que representa (18,1%) das produções levantadas, considerando: (1) no Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina - UEL e (1) no Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG.

Considerando os dados levantados e expostos foi possível reconhecer que a grande maioria dos estudos sobre implementação da PNAISH encontra-se localiza em repositórios de IES de escolas da área da saúde, mais especificamente nos PPG de Enfermagem, Saúde Coletiva e Psicologia, seguida da área de ciências políticas e sociais.

Em relação aos títulos das dissertações, identificamos que das (11) analisadas, somente (4) produções trazem em seus títulos a “Política Nacional da Atenção Integrada à Saúde do Homem”, (3) expõe a categoria “saúde do homem”. Esse dado configura o reconhecimento de que há estudos que não trazem em seus títulos um foco de prioridade na política e em sua implementação.

No quadro, abaixo, é possível verificar essa realidade:

Quadro 03 – Títulos das dissertações identificadas e analisadas e o ano de defesa nos PPG das IES.

Nº	Ano de defesa	Título das Produções – Dissertações
1	2010	Dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família
2	2011	Implantação da Política Nacional da Atenção Integrada à Saúde do Homem: análise das possibilidades e limites
3	2012	Ação do Enfermeiro no atendimento a necessidades de Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família
4	2013	Dificuldades e Estratégias de Inserção do Homem na Atenção Básica à Saúde: a fala dos enfermeiros
5	2013	O acesso da população masculina a Unidades Básicas de Saúde com e sem horário estendido de atendimento: um estudo quali quantitativo no Distrito Federal
6	2013	O lugar oculto dos homens na Atenção Primária à saúde: um estudo sobre as principais barreiras de acesso aos serviços ofertados pelas unidades básicas de saúde em Londrina
7	2014	Análise da Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em Cuiabá, Mato Grosso
8	2014	Atenção integral à Saúde do Homem na visão de trabalhadores hipertensos e diabéticos: possíveis contribuições para a Atenção Básica
9	2016	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na leitura do usuário em uma Unidade de Saúde do Distrito Federal
10	2016	Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no Município de Ponta Grossa – Paraná
11	2018	A Atenção à Saúde dos Homens em relatos de profissionais da Atenção Primária à Saúde

Quanto aos tipos de pesquisas desenvolvidas pelos pesquisadores, destacamos na tabela abaixo:

Tabela 05 – Levantamento de tipos de pesquisas desenvolvidas pelos pesquisadores das produções analisadas.

IES	Tipos de pesquisa	Quantidade
UFPB	Estudo de caso	02
UEPB	Estudo de caso	01
UESB	Estudo de caso	01
UFMT	Estudo de caso	01
UNB	Análise documental e estudo de caso	01
UNIEURO	Pesquisa qualitativa	01

UNIRIO	Estudo fenomenológico	01
UNICAMP	Pesquisa qualitativa	01
UEL	Bibliográfica, documental e de campo	01
UEPG	Estudo de caso	01

Fonte: Balanço da produção do conhecimento sobre a implementação da PNAISH – 2010 a 2018.

Em relação ao tipo de pesquisa das produções analisadas, essa tabela demonstra que a maioria dos estudos (07) são classificados como estudos de caso, (02) são pesquisas de campo, (01) produção é classificada como análise documental e estudo de caso e por fim (01) é classificada como pesquisa bibliográfica, documental e de campo.

Essa caracterização nos permitiu reconhecer qual o foco das pesquisas sobre a PNAISH no Brasil, levantar um quadro de realidade mais abrangente das pesquisas e identificar o interesse dos pesquisadores pela pesquisa que trata a PNAISH e assim, ter uma visão ampliada do que vem sendo desenvolvido na produção do conhecimento sobre essa política pública no Brasil, considerando que há um foco mais significativo em investigações de casos.

Em vista a essas pesquisas realizadas e analisadas, avançamos em expor como o marco legal é tratado nas investigações, considerando a PNAISH.

4.2 PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E O MARCO LEGAL DA PNAISH: O QUE VEM SENDO TRATADO NAS PESQUISAS DE MESTRADO

As produções de mestrado que foram analisadas, apresentam indicadores de reconhecimento da Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009, que define em seu Art. 3º as diretrizes da PNAISH a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população masculina brasileira.

Para reconhecimento do enfoque tratado, destacamos partes das produções, que os pesquisadores fizeram menção em função do interesse em atender aos seus objetos de investigação. Esse processo exigiu um trabalho de recuperação na forma de citações diretas, em que evidenciamos com registro o número da folha da produção, ou seja, de onde foi extraído os dados expostos no quadro 04. Esse processo ofereceu fidedignidade ao registro de dados extraídos das dissertações dos pesquisadores e nos conduziu a um processo de análise e discussão que explorou o que foi mais essencial para fundamentar a resposta a esta pesquisa.

4.2.1 Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009. Análise dos elementos do Art. 3º I, II, III, IV, V e VI

O Art. 3º I da Portaria Ministerial No. 1.944 contempla o princípio da integralidade que abrange uma perspectiva de cuidado e assistência à saúde em todos os níveis de atenção e expõe a importância do conhecimento dos determinantes sociais sobre a saúde e a doença dos homens.

No quadro 04, expomos em citação, o que os pesquisadores das produções *stricto sensu* destacaram sobre o Art. 3º I da Portaria considerando o que apontam sete (7) pesquisas da amostra levantada e que trata dessa questão.

Quadro 04 – Elementos de análise da PNAISH - Art.3º I. da Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009 nas dissertações

Nº da produção	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Instituída pela Portaria Ministerial No. 1.944 de 27 de agosto de 2009. Art.3º I. I - Integralidade, que abrange: a) assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contra referência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção; b) compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença;
01	“[...] a PNAISH possui os seguintes eixos metodológicos: Integralidade da assistência, numa perspectiva da promoção da saúde e da qualidade de vida;” (2010, p. 44)
03	“[...] se utiliza do reconhecimento dos determinantes sociais, os quais resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos de saúde.” (2012, p. 26)
05	“Tal política prevê o enfrentamento racional dos fatores de riscos mediante a facilitação do acesso às ações e aos serviços assistenciais, na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção.” (2013, p. 27)
06	“As propostas do Ministério da Saúde vincularam-se às “articulações entre os determinantes sociais da saúde e a política de saúde.” (2013, p. 58)
08	“A Política de Saúde do Homem [...] apresenta como um de seus eixos metodológicos a atenção integral.” (2014, p. 16)
09	“As diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (...) utilização de todos os níveis da atenção pelo usuário, que ele tenha uma linha de atendimento e cuidados com referência e contra referência entre a atenção primária, de média e de alta complexidade.” (2016, p. 60)
10	“A PNAISH [...] delimitar diretrizes e propor estratégias para a real inclusão desta parcela da população brasileira [...] em todos os âmbitos da atenção à saúde.” (2016, p. 55)

As informações sobre a diretriz que contempla a integralidade do Art. 3º I foram localizadas em (7) estudos do nosso campo empírico.

Considerando a importância desse princípio que fundamenta as ações de saúde dos usuários do sexo masculino nos três níveis de assistência, com garantia de referência e

contrarreferência entre a Atenção Primária à Saúde e os demais níveis de média e alta complexidade, observamos que nem todas as produções evidenciaram essa diretriz.

Das (7) produções, somente as produções (1), (5) e (8) destacaram a integralidade da assistência na perspectiva da promoção da saúde e como facilidade de acesso às ações e serviços de saúde; registramos as produções (3) e (6) que utilizaram-se da definição dos determinantes sociais da saúde como indicadores de agravos e vulnerabilidade da população masculina e somente (02) produções (9) e (10) que delimitaram no foco da investigação a diretriz que trata da proposição de estratégias para inclusão da população masculina em todos os níveis da atenção à saúde.

Com garantia de referência e contrarreferência entre a atenção primária, a média e alta complexidade, as produções de número (2), (4), (7), (8), (10) e (11) não destacaram aspectos de análise, que levasse em consideração essa diretriz do marco legal.

O Art. 3º II da Portaria Ministerial Nº. 1.944 contempla a organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem se sinta integrado. No quadro – 05, expomos o que os pesquisadores destacaram em suas dissertações sobre esse elemento.

Quadro 05 – Elementos de análise da PNAISH - Art.3º II da Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009 nas dissertações

Nº da produção	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Instituída pela Portaria Ministerial No. 1.944 de 27 de agosto de 2009. Art.3º II. II -organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado
01	“[...] a proximidade com o serviço não garante por si a acessibilidade à saúde para o usuário, visto que aspectos como acolhimento, credibilidade dos profissionais, ambientação e recursos materiais podem influenciar a demanda pela assistência” (2010, p. 36)
06	“a organização dos serviços voltada ao acolhimento qualificado dos homens a fim de fazer com eles sintam-se integrados;” (2013, p. 23)
07	“homens querem cuidar de sua saúde, no entanto deparam-se com questões de acolhimento e organização dos serviços” (2014, p. 58)
09	“Considera-se essencial além dos aspectos educacionais, que os serviços públicos de saúde sejam para colher e fazer com que os homens se sintam parte integrante do serviço (2016, p. 59)

Das (11) produções que formaram o campo teórico desse estudo, apenas (4) as de número (1), (6), (7) e (9), buscaram informações sobre o item citado no parágrafo anterior. Os relatos dos pesquisadores estiveram focados nas questões relacionadas à organização dos serviços públicos que dificultam o acesso, o acolhimento e a falta de integração dos homens nas unidades de saúde: ambientação do espaço físico, recursos materiais e acolhimento qualificado.

As demais pesquisas de identificação (2), (3), (4), (5), (8), (10) e (11) não apresentaram dados sobre esse marco legal exposto em nossa pesquisa.

Em relação ao Art. 3º III da Portaria Ministerial Nº. 1.944, que destaca que a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deve ser concretizada obedecendo uma hierarquia priorizando a Atenção Básica, o quadro- 06, abaixo, demonstra o que os pesquisadores deram tratamento em suas dissertações.

Quadro 06 – Elementos de análise da PNAISH - Art.3º III da Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009 nas dissertações

Nº da produção	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Instituída pela Portaria Ministerial No. 1.944 de 27 de agosto de 2009. Art.3º III. III - implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica;
02	“[...] numa lógica hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a atenção básica como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime.” (2011, p. 68)
03	Deve-se priorizar a atenção básica, (2012, p. 27)
06	“[...] hierarquização da implementação da PNAISH” (2013, p. 23)
09	“a implantação desta Política [...] de acordo com a hierarquização de atenção à saúde, priorizando assim a Atenção Básica como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime fortalecendo os cuidados do homem.” (2016, p. 58)

Apenas (4) produções (2), (3), (6) e (9) destacam no marco legal da PNAISH, que define a implementação da política numa lógica hierarquizada e priorizando a Atenção Básica considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. As outras dissertações de identificação (1), (4), (5), (7), (8), (10) e (11) não se aproximaram da temática que estamos investigando neste quadro.

As informações encontradas referentes ao Art.3º IV são representadas no quadro-07, abaixo:

Quadro 07 – Elementos de análise da PNAISH - Art.3º IV da Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009 nas dissertações

Nº da produção	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Instituída pela Portaria Ministerial No. 1.944 de 27 de agosto de 2009. Art.3º IV. IV - priorização da atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família;
01	“[...] reconhecendo e fortalecendo a Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada do sistema de saúde.” (2010, p. 44)
02	Cabe aos 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;” (2011, p. 39)
03	[...] com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado (2012, p. 27)
06	“[...] a priorização da Atenção Básica com ênfase na Estratégia de Saúde da Família;” (2013, p. 23)

07	“[...] tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para o desenvolvimento das ações.” (2014, p. 57)
09	“Contudo deverá ser priorizada a atenção básica, com o foco na Estratégia de Saúde da Família, a qual é a porta de entrada para o serviço integral e hierarquizado; para que a presente política seja garantida,” (2016, p. 61)
10	“[...] tendo como pano de fundo a necessidade da política ser incorporada principalmente pela Atenção Primária à Saúde.” (2016, p. 56)

Analisando esse quadro que trata do Art.3º IV, complementar ao Art.3º III em que implementação da PNAISH acontece com prioridade na atenção básica e com foco na Estratégia de Saúde da Família, das 11 produções, (07), as de número (1), (2), (3), (6), (7), (9) e (10) reconhecem a ESF como porta de entrada do sistema de saúde vigente no Brasil e a importância do seu funcionamento para o desenvolvimento das ações de saúde.

Apenas (04) pesquisas analisadas (4), (5), (8) e (11) não especificaram essa diretriz no seu marco legal.

Quanto ao elemento de análise do Art. 3º V que defende uma reorganização dos serviços e ações de saúde, o quadro- 08 representa as citações encontradas nas produções analisadas.

Quadro 08 – Elementos de análise da PNAISH - Art.3º V. da Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009 nas dissertações

Nº da produção	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Instituída pela Portaria Ministerial No. 1.944 de 27 de agosto de 2009. Art.3º V. V -reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados
03	[...] “estratégias de humanização em saúde, visando estimular o autocuidado e, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros” (2012, p. 25)
06	“[...] a reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, que os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados;” (2013, p. 23)
09	“[...] para que haja a implementação das ações da Política deverá haver uma articulação interinstitucional (...) de modo que se garanta que os homens sejam inclusos nelas e que estes considerem os espaços de saúde como espaços masculinos também e que por sua vez, os serviços de saúde também possam reconhecer que os homens também necessitam de cuidados” (2016, p. 61)
10	“[...] à PNAISH em suas diversas diretrizes, se reforça a necessidade de [...] reorganização dos serviços de saúde de forma que os homens possam se sentir acolhidos em espaços que também são masculinos e reconhecidos como sujeitos que necessitam de cuidados[...].” (2016, p. 63)

Da totalidade do nosso campo empírico de (11) produções levantadas, apenas (4) buscaram informações sobre o item da política descrito no parágrafo anterior. Apesar de terem sido poucas as pesquisas que encontramos que tratam desse tópico do marco legal, tivemos

importantes destaques nas poucas produções que esclarecem como a reorganização das ações de saúde podem proporcionar um resultado inclusivo dos homens nos serviços de saúde.

A pesquisa (3) cita a necessidade de estratégias de humanização que estimulem o autocuidado e desenvolva a percepção de que a saúde é um direito social básico de todos os homens brasileiros. As pesquisas (6) e (9) e (10) trazem relatos que se aproximam do que está descrito no artigo 3-V da Portaria que institui a PNAISH, com enfoque na necessidade de articulação interinstitucional com objetivo de garantir a inclusão dos homens nos serviços de saúde, promovendo espaços de saúde também masculinos e que os serviços de saúde, também, reconheçam essa população como sujeitos que necessitem de cuidados.

As produções de número (1), (2), (4), (5), (7), (8) e (11) não destacaram aspectos de análise e que levasse em consideração esse marco legal.

No quadro - 09, abaixo, expomos em citação, o que os pesquisadores das produções *stricto sensu* destacaram sobre o Art.3º VI da Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009, considerando o que apontam (10) pesquisas que tratam dessa questão.

Quadro 09 – Elementos de análise da PNAISH - Art.3º VI da Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009 nas dissertações

Nº da produção	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Instituída pela Portaria Ministerial No. 1.944 de 27 de agosto de 2009. Art.3º VI. VI - integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde.
01	“[...] a PNAISH possui os seguintes eixos metodológicos: Alinhamento com a Política Nacional de Atenção Básica , em consonância com os princípios do SUS ,” (2010, p. 44)
02	“[...] proposições apresentadas na PNAISH, reconhecendo que, a implementação da política deverá ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes,” (2011, p. 68)
03	“Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas , programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde;” (2012, p. 27)
04	“ A PNAISH desde seu início foi idealizada a partir de algumas diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica ...” (2013, p. 20)
06	“[...] e a integração da PNAISH às demais políticas ” (2013, p. 23)
07	“[...] a PNAISH que segue, também, as diretrizes do Pacto pela Saúde ” (2014, p. 24)
08	“Alinha-se com a Política Nacional de Atenção Básica e com os princípios do Sistema Único de Saúde ,” (2014, p. 16)
09	“ Contudo, de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2010), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada diretamente com os princípios da Política Nacional de Atenção Básica ” (2016, p. 58)
10	“Neste sentido, a PNAISH considerar [...] a heterogeneidade das possibilidades de ser homem, bem como a necessidade de inter-relação/intersetorialidade desta com as demais políticas já definidas previamente como, por exemplo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)” (2016, p. 56)
11	“A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) está associada à Política Nacional de Atenção Básica . “[...] alinhando-se também à Política Nacional

	de Humanização (Brasil, 2004b) e é regida de acordo com os princípios e diretrizes do SUS” (2018, p. 36)
--	---

A quase totalidade das dissertações analisadas realizaram referência ao artigo 3º VI que institui a PNAISH. Conforme os dados expressos nesse quadro, acima, das (11) produções, (10) contemplaram a diretriz que rege a implementação e a execução da política com integração às outras políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde.

As produções de número (2), (3), (6) citam a integração da PNAISH às demais políticas sem nomear quais seriam essas políticas. Já as produções (1), (4), (8) e (9) reconhecem no seu referencial teórico que PNAISH foi idealizada a partir de algumas diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica e em consonância com os princípios do SUS. A pesquisa de número (7) refere-se à integração da política com as diretrizes do Pacto pela Saúde, a de número (10) reconhece a inter-relação com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e por fim a produção (11) é a única que alinha a implementação da PNAISH à Política Nacional de Humanização.

Ressaltamos, que apenas a produção número (5) não fez referência à integração da execução política de saúde do homem com outras políticas, programas e estratégias do MS.

Diante do exposto nos quadros anteriores e nas análises do conteúdo das (11) produções *stricto sensu* investigadas sobre o que apontam com referência ao Art. 3º da Portaria Ministerial No. 1.944 de 27 de agosto de 2009, que define as diretrizes da PNAISH a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população masculina, foi possível observar que todas as produções fazem referência ao marco legal, que trata das diretrizes do PNAISH, apesar da maioria das produções não especificarem em seu conteúdo todas as diretrizes.

A partir dessa análise podemos concluir que: as produções de número (4), (5) e (11) citaram claramente no seu documento apenas uma diretriz; o estudo (8) abordou somente duas diretrizes; a produção (1) expõe quatro elementos e a produção (3) cinco elementos. Por fim consideramos importante destacar que apenas duas pesquisas (6) e (9) citaram todas as seis diretrizes e que algumas dissertações, apesar de terem em seus títulos as palavras – Implantação/Implementação da PNAISH, não abordaram de forma clara todos os elementos de análise, sendo que a de número (2) e (7) cita três e a de número (10) cita quatro aspectos analisados.

Diante da evidência levantada nesse processo de análise, podemos inferir que, apesar das produções apresentarem capítulos ou seções nos seus textos dissertativos referentes à

PNAISH, a maioria das investigações não mencionam de forma clara em seus objetos de investigação, as diretrizes apresentadas no Art. 3º da Portaria Ministerial No. 1.944, que devem ser observadas e seguidas na elaboração dos planos, projetos e ações de saúde, voltados à população masculina no Brasil.

Considerando a necessidade de identificar mais dados e informações extraídos das (11) pesquisas de forma que pudéssemos gerar uma síntese para responder à pergunta de investigação, avançamos na próxima seção em destacar na realidade encontrada, o que aponta o balanço da produção das dissertações, considerando o destaque para as contradições, limites e possíveis possibilidades de avanços da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Brasil.

4.3 A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A REALIDADE DA IMPLEMENTAÇÃO DA PNAISH: CONTRADIÇÕES, LIMITES E POSSIBILIDADES DE SUPERAÇÃO

Esta seção desenvolve um processo de análise das (11) dissertações, em que destaca a correlação que trazem as pesquisas, considerando o foco das diretrizes da PNAISH já discutidas na seção (4.2), com o problema central e os resultados encontrados.

Esse procedimento investigativo nos permitiu reconhecer a coerência ou não que os pesquisadores desenvolveram nas investigações para responder as perguntas de investigação e o que registraram em seus resultados principais. A possibilidade de reconhecimento da lógica que organizou o pensamento científico dos pesquisadores nos ofereceu suporte para identificar a realidade do processo de implementação da PNAISH, bem como os limites, contradições e possibilidades de superação, em vista a necessidade de responder à pergunta central dessa pesquisa em nossas considerações finais.

Para sistematizar essas categorias de análise, elaboramos o quadro – 10, abaixo, que expõe dados e informações de forma a estabelecer um processo de análise mais ampliado.

Quadro 10 – Correlações existente nas produções mediante a PNAISH, o problema central e os principais resultados identificados nas dissertações

No prod.	Problema central	Resultados principais identificados nas dissertações
01	Qual a dinâmica do acesso masculino ao PSF? Quais aspectos dificultam/ facilitam na dinâmica? Em que medida o PSF influencia nesta acessibilidade? (p. 18)	Os resultados apontam que: os aspectos organizacionais e sócio-culturais são os principais determinantes da pouca presença do usuário do sexo masculino nas USF; déficits no acolhimento, dificuldade na marcação de consultas médicas, ambientes excessivamente femininos, (in) visibilidade masculina nos programas de saúde, oferta incipiente de ações voltadas ao público

		masculino, sentimento de invulnerabilidade masculina. A distância entre as USF e a moradia dos sujeitos deste estudo, somada ao satisfatório relacionamento entre trabalhadores de saúde e usuários do sexo masculino constituem elementos facilitadores da acessibilidade dos sujeitos às unidades de saúde. (p. 57-97)
02	Quais são as possibilidades e limites para a implantação da PNAISH no município de João Pessoa? (p. 17)	Espaço físico para atendimento individual adequado; espaço físico para atendimento coletivo inadequado; déficit na compreensão sobre os equipamentos necessários e disponibilizados para implantação\implementação da PNAISH; déficit na percepção de possibilidades de ações inclusivas e na utilização de ações inclusivas para usuários do gênero masculino; Implantação/Implementação por meio de Programas de Saúde Institucionalizados (Planejamento Familiar e Pré-Natal); limites para implantação-implementação da PNAISH vinculados aos profissionais e aos homens. (p. 56-75)
03	Considerando que a Política de atenção aos usuários do sexo masculino é tão recente, será que os Enfermeiros estão cientes de que existem diretrizes e orientações para o desenvolvimento de suas atividades e atuam conforme seus princípios? (p. 13)	As ações desenvolvidas focalizam predominantemente situações que envolvem grupos ou indivíduos com doenças crônicas. Ao atender o usuário do sexo masculino, o profissional identifica necessidades de saúde como necessidades de autocuidado e prevenção de agravos, que são atendidas mediante contato profissional. As ações predominantes são aquelas voltadas para grupos – de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus e Planejamento Familiar, e atendimento de demanda espontânea. (p. 36-42)
04	Quais as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para a efetivação da atenção à saúde do homem na AB? Quais as possíveis estratégias de inserção dos homens no cotidiano da AB em saúde? (p. 16)	As dificuldades vivenciadas na AB em relação à saúde masculina envolvem: ausência desta clientela; déficit de comportamento de autocuidado; sentimentos de temor vinculado ao trabalho; déficit na capacitação dos profissionais em saúde masculina e na percepção sobre a PNAISH; feminilização desses serviços; incompatibilidade de horários, excesso de demandas neste nível de atenção. Necessidade de inserir os homens a partir do pré-natal, obter colaboração da mulher, qualificar o acolhimento, desenvolver ações específicas na comunidade, efetivar busca ativa por meio de visita domiciliar e retomar ações do Programa de Planejamento Familiar. (p. 36-60)
05	A oferta de um horário estendido de atendimento nas UBS promove ampliação do acesso da população masculina? Quais são os fatores que facilitam e os que dificultam o acesso da população masculina às UBS? (p.29)	Os resultados quantitativos mostraram que a unidade que funciona em horário noturno denominado “estendido” apresentou maior número de atendimentos quando comparada à unidade que funciona em horário convencional. O estudo qualitativo mostrou que a oferta do horário estendido facilita o acesso da população masculina aos serviços de saúde, já que não coincide com o trabalho diurno do trabalhador. (p. 39-55)
06	Como está o acesso dos homens aos serviços básicos disponibilizados por Unidades Básicas de Saúde (UBS) 16 e 24 horas em Londrina? (p. 14)	O desenvolvimento da política de saúde no Brasil enfatizou o atendimento curativo, individual, medicamentoso e hospitalocêntrico em detrimento de ações de caráter coletivo, focadas na promoção da saúde e prevenção de doenças e a AB ainda encontra dificuldades de inverter a lógica de prestar serviços no âmbito do SUS; As barreiras institucionais: precarização da ambiência das UBS, número insuficiente de profissionais, organização dos serviços, morosidade do atendimento são fatores que dificultam o acesso não só

		dos homens, mas da população como um todo aos serviços primários. Ao priorizar o atendimento de idosos, mulheres e crianças, o sistema de saúde encobre o lugar dos homens no nível primário de atenção à saúde. Barreiras socioculturais estão presentes tanto entre os usuários quanto entre os trabalhadores. (p. 83-140)
07	Como Cuiabá executou as ações para a efetivação da PNAISH? Quais atores envolvidos no processo e seus graus de mobilização? Quais estratégias foram/estão sendo utilizadas para efetivar a PNAISH? (p.27)	A incipiência das relações entre os atores envolvidos na implementação da PNAISH refletiu negativamente na proposição de ações da política; no processo de implementação da PNAISH a partir das ações realizadas pelos membros da equipe gestora da SMS, estas foram voltadas para os aspectos biológicos da saúde masculina, com ênfase na neoplasia prostática como caminho a ser seguido para a implementação da PNAISH; a análise dos documentos municipais que orientaram a implementação da PNAISH, apontaram para a incompreensão, pela equipe de gestão, da concepção teórica que motivou a sua instituição, refletindo em propostas vagas, que não orientam práticas profissionais. (p. 82-92)
08	O presente estudo parte do pressuposto de que a Atenção Básica não tem se constituído como porta de entrada habitual para este perfil de clientela. (p.20)	A masculinidade hegemônica interfere no cuidado à saúde; a forma, como os serviços da atenção básica estão organizados não promove o acesso e a integralidade do cuidado a homens trabalhadores; e serviços que se organizam sob a lógica do acolhimento, do vínculo e da integralidade são apostas importantes para a produção do cuidado em saúde. (p. 33-72)
09	Será que a Política Pública que existe e que é voltada para este grupo tem tido o alcance almejado? Seria necessário que os representantes do Estado voltassem a atenção para eles, reestruturando, ampliando as políticas existentes, da mesma forma que é voltada para a saúde da mulher? (p. 14)	O perfil sócio demográfico destes usuários contribui para o adoecimento e agravamento da saúde deles e que este perfil da população não possui um conhecimento adequado sobre a política implementada pelo Ministério da Saúde, além desses usuários não terem o acompanhamento de sua saúde. (p. 80-115)
10	Como está a situação da implementação da PNAISH em Ponta Grossa? Será que estão sendo desenvolvidas ações para fortalecimento da PNAISH no âmbito da APS? Se sim, quais? Ou os serviços continuam sendo desfavoráveis à presença de homens e aos cuidados com a saúde dessa população? Qual a percepção dos gestores envolvidos sobre a atenção integral à saúde do homem em Ponta Grossa? Quais os maiores desafios enfrentados para atenção à saúde deste público e para implementação da PNAISH? E as perspectivas? (p.17-18)	Apesar de terem sido desenvolvidas algumas ações que atingem a especificidade da população masculina entre 20 e 59 anos, ainda assim, a política de saúde do homem não parece compor a agenda da saúde em Ponta Grossa. (p. 76-138)
11	Como os profissionais desses serviços compreendem a atenção à saúde do homem? Como explicam a baixa frequência dos homens nos serviços de saúde? Como esses profissionais entendem as masculinidades? (p. 20)	Definição da masculinidade a partir de pressupostos socioculturais; frequência dos homens nos serviços fundamentam-se em justificativas de natureza socioeconômica, justificativas de natureza sociocultural e justificativas de ordem institucional; observou-se uma recorrente e enfática explicação de caráter culturalista, que abrange questões de gênero e o modo como os homens foram socializados, para a menor frequência dos homens nos serviços de saúde; no que diz respeito às relações entre os serviços de saúde e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, os profissionais

		afirmam que esta não tem sido trabalhada de modo eficaz nas Unidades Básicas de Saúde, apresentando a gestão como principal responsável pelo fato da PNAISH não ser colocada verdadeiramente em prática nos serviços, e também pela fragmentação e descontinuidade que caracterizariam a atenção à saúde dos homens. (p. 57-95)
--	--	---

Esse quadro 10 que apresenta as categorias de análise: problema central e principais resultados identificados nas onze dissertações analisadas permitiu realizar uma sistematização dos dados e informações e assim estabelecer um processo de análise mais ampliado da realidade da implementação da PNAISH conforme exposição nas subseções a seguir.

4.3.1 O que apontam as dissertações sobre: estrutura física, participação da gestão e conhecimento dos profissionais e homens na implementação da PNAISH

A análise de conteúdo de sete dissertações (2, 4, 6, 7, 9, 10 e 11) permitiram identificar elementos importantes sobre o processo de estruturação, implantação e implementação da PNAISH nas regiões do Brasil onde os estudos foram realizados. Os elementos identificados são referentes às questões estruturais/físicas das Unidades de Saúde, à articulação e apoio entre os três entes federativos na implementação da política e a percepção e conhecimento dos profissionais de saúde em relação à PNAISH.

Em relação à questão estrutural das Unidades Básicas de Saúde, a produção de número (2) evidencia aspectos relacionados à estrutura física demonstrando que nas unidades investigadas o espaço físico destinado para o atendimento individualizado dos homens pode ser considerado adequado uma vez que, segundo os profissionais entrevistados, a estrutura segue o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Já em relação ao espaço físico para atividades coletivas, as falas dos profissionais de saúde revelam uma inadequação em relação à estrutura necessária para atividades em grupo com a população masculina. A produção 6 também menciona a infraestrutura da UBS como deficitária. No estudo (2), observou-se, ainda, a existência de déficit na compreensão sobre os equipamentos necessários para implantação/implementação da PNAISH. Nesse sentido, sabemos que o atendimento à população masculina não exige equipamentos diferenciados, uma vez que esses usuários utilizam os equipamentos básicos que compõe a AB e caso necessário são referenciados para os outros níveis de atenção que correspondem à média e alta complexidade.

Em relação a participação e articulação entre os três níveis de gestão, sabemos que são os gestores desses níveis que administram os recursos necessários para dar consistência e

qualidade a implementação das políticas públicas e são eles que viabilizam condições adequadas de trabalho para os profissionais exercerem sua prática com qualidade.

Nesse sentido a produção (7) apresenta como um dos seus resultados a incipiente articulação entre os três entes federativos – União, Estados e Municípios. Nesse estudo há referência da pouca cobrança do Ministério da Saúde para a resolubilidade das ações para a população masculina nos Municípios e a não determinação/padronização de formulários e protocolos específicos para o acompanhamento e monitoramento das ações relativas à saúde do homem. A produção (10) também, indica como uma barreira para a implementação da política a ausência de sistema obrigatório e específico para registro das informações sobre os atendimentos realizados na população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos e a inexistência de uma diretriz relacionada a saúde do homem no Plano Municipal de Saúde e nos relatórios de gestão municipal. Outro ponto de análise apresentado na produção (7) é a ausência da Secretaria Estadual da Saúde no planejamento e implementação da PNAISH, denotando certo desinteresse pela temática, uma vez que existe participação ativa e efetiva do Estado na implementação de outras políticas públicas.

Outro ponto evidenciado na pesquisa (7) foi o não reconhecimento prévio da realidade local pela gestão municipal em relação à saúde masculina para identificar necessidades e delinear as ações a serem executadas. Ou seja, o planejamento das ações para implantação e efetivação da PNAISH não foi elaborado com base nos índices de morbimortalidade do local do estudo e/ou no contexto psicossocial dos homens, mas sim adaptado de outras realidades já existentes. Além da ausência desse reconhecimento prévio da realidade, a divulgação da PNAISH, ação fundamental para a sua implementação, também foi apontado como insuficiente bem como a inexistência de um sistema de referência e contrarreferência para a saúde masculina.

Nesse contexto a produção de número (11) responsabiliza a gestão pelo fato da PNAISH não ser colocada verdadeiramente em prática nos serviços de saúde, e também pela descontinuidade e fragmentação que caracteriza a atenção à saúde dos homens.

Considerando que o conhecimento da PNAISH e suas diretrizes pode contribuir para a redução dos indicadores de morbimortalidade da população masculina e analisando os resultados das produções em relação ao conhecimento dos profissionais de saúde, na produção (4), o pesquisador percebeu a necessidade de capacitação profissional na área específica da saúde masculina e da própria política. Nesse mesmo sentido a pesquisa (6) destaca que a diretoria da APS admite que as temáticas relacionadas à saúde do homem não foram trabalhadas

nas capacitações permanentes e que o município não dispõe de recursos específicos para desenvolver capacitações e ações voltadas para a população masculina.

Os resultados da produção (10) também mostram o desconhecimento dos profissionais e coordenadores das Equipes de Saúde da Família em relação à política, onde a maioria apenas “ouviu falar”, sem existir leitura ou discussão prévia, mesmo com aproximadamente 5 anos de início das atividades voltadas para a especificidade da população masculina na faixa etária preconizada pela política. Entretanto, no município pesquisado destaca-se, através dos discursos dos seus gestores, que existem treinamentos para os profissionais e as equipes atuarem de acordo com a integralidade, complexidade das famílias do território. Nesse sentido, como os homens fazem parte dessas famílias, a gestão considera que há alcance suficiente dessas capacitações, sem levar em conta as especificidades dessa população. Na produção (2) fica evidente um déficit de conhecimento pelos profissionais de saúde em relação às possíveis ações inclusivas da população em estudo, bem como a existência de déficit na utilização das ações inclusivas.

Ainda, sobre o conhecimento dos profissionais de saúde, a produção (7) evidencia que no universo dos sujeitos da pesquisa poucos foram os profissionais que demonstraram a “compreensão de que o olhar para os aspectos psicossociais é necessário para a implementação da PNAISH, reconhecendo que não será o aumento da oferta de serviços especializados que determinará o aumento da demanda masculina, em busca de cuidado, pelas/nas unidades básicas de saúde e especializadas, mas sim o acolhimento às suas necessidades”.

Quanto ao conhecimento da população masculina sobre a PNAISH na dissertação de número (9) há indicação que (70%) da amostra dos sujeitos da pesquisa informaram desconhecer ou nunca terem ouvido falar nada a respeito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem implantada pelo Ministério da Saúde. Dessa mesma amostra (10%), apesar de relatar terem ouvido falar da Política, não sabem nada além da sua existência e (20%) revelaram possuir conhecimento parcial acerca da Política.

Em meio contradições evidenciadas, avançamos em destacar os limites da inserção do homem nas ações da Atenção Básica, considerando o acesso a PNAISH.

4.3.2 As dificuldades na inserção do homem nas ações da Atenção Primária: barreiras de acesso para a implementação da PNAISH

Considerando a ausência da clientela masculina nos serviços de saúde seis produções (1, 4, 6, 8, 9, 11) revelaram um campo amplo de dificuldades para a inserção da população masculina na Atenção Básica.

A pesquisa (6) referencia, em seus resultados, como barreiras institucionais: agendamento para atendimentos morosos, os serviços são ofertados em horários comerciais, número de profissionais de saúde insuficientes e despreparados para atender a população masculina e protocolos clínicos de saúde que privilegiam os outros grupos em detrimento das demandas dos homens. Dessa forma a pesquisa (4) evidencia o excesso de demanda na Atenção Básica, principalmente do profissional enfermeiro que exerce função assistencial e gerencial, com desafio de cumprir metas de produtividade, dificultando o planejamento e implementação das ações para o público masculino e a pesquisa (9) destaca que a falta de profissionais médicos é o fator responsável pelos usuários não conseguirem um agendamento no Programa de Saúde do Homem.

Outra barreira institucional bastante citada nos resultados das produções *stricto sensu* se refere à feminilização dos serviços de saúde.

A pesquisa (1) infere que a feminilização do ambiente desses serviços, traz a sensação, para o homem de não pertencimento àquele espaço pois a maioria dos cartazes expostos nos serviços exibem a mulher como principal responsável pelo cuidado à saúde. Alguns profissionais (especialmente os da equipe de enfermagem) utilizam jalecos das mais diversas cores alusivas culturalmente ao universo feminino e organizam seus locais de atendimento com adereços e símbolos que realçam expressões tradicionalmente femininas. Aliado a este contexto está o fato de que a grande maioria dos trabalhadores dessas USF pertencem ao sexo feminino, dado também encontrado nos resultados da produção 4 que acrescenta que maior parte das ações além de serem voltadas para mulheres são voltadas também para crianças e idosos. Por fim os resultados da pesquisa (9) revelam que os ambientes de saúde não colaboram para a permanência dos homens nos serviços, uma vez que esses ambientes são notoriamente destinados ao público feminino.

Outra barreira mencionada nos resultados das pesquisas (1, 8, 11, 9) são os obstáculos organizacionais. A produção (1) considera que o primeiro obstáculo organizacional encontrado pelos usuários do sexo masculino está no “acolhimento”, ou seja, na entrada do serviço onde atualmente predomina o sistema de agendamento de consultas mediante a ordem de chegada,

excluindo lógica de atendimento vinculado a uma escuta qualificada com priorização das necessidades de saúde. Para as produções (8 e 11) a forma como os serviços da atenção básica estão organizados não promove o acesso e a integralidade do cuidado aos homens trabalhadores. Nesse sentido a pesquisa (8) destaca: pouco acolhimento expresso muitas vezes por um atendimento desumanizado; redução da Unidade Básica a um mero local para adquirir medicamentos e ainda, rigidez em relação aos horários, normas e protocolos, todas consideradas atitudes que prejudicam a escuta das reais necessidades de saúde dos homens. Enfim, todos esses elementos podem ser traduzidos na pouca flexibilidade em ofertar ações que se adaptem às dificuldades da clientela para utilização dos serviços.

Ainda, em relação aos obstáculos organizacionais, o trabalho (9) evidencia que os compromissos profissionais, demora para marcação da consulta e falta de tempo colaboram efetivamente para que os homens não procurem o serviço de saúde para agendamento de atendimento. Outro resultado evidenciado foi a demora para realização de exames específicos, bem como, demora nos agendamentos de consultas com especialistas, constatando um déficit na resolutividade de suas necessidades de saúde evidenciando uma carência de recursos que inviabilizam a integralidade da assistência de saúde e que também influenciam na operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

No que diz respeito às barreiras socioculturais a produção de número 6 mostra o equívoco nas concepções dos homens sobre o processo saúde/doença e suas próprias condições de saúde, pois ao buscarem por atendimentos de emergência/agudos demonstram a resistência que têm de admitir suas preocupações e fragilidades. As pesquisas (4 e 10) destacam o déficit de comportamento preventivo de autocuidado uma vez que os homens não reconhecem suas necessidades de saúde quando se fala em prevenção, perpetuando a visão curativa no processo saúde doença. A gestão também apresenta a concepção equivocada de que os homens são negligentes com o corpo e não se preocupam com a saúde. Essa pesquisa (4) deixa bem claro que não defende a vitimização do homem, mas, que suas particularidades e necessidades devam ser reconhecidas e acolhidas. Indica ainda a necessidade de um processo de desconstrução da consciência curativa e feminilizante em relação aos serviços para que o lugar dessa população no âmbito da Atenção Básica seja evidenciado.

A saúde do homem e sua relação com o universo do trabalho também aparecem nos resultados de várias dissertações analisadas, considerando as produções (1, 4, 5, 7, 9, 10, 11).

O fator de natureza socioeconômica emerge nas pesquisas (10 e 11) como explicação para a deficiência no cuidado da saúde dos homens. A questão do “mundo do trabalho” e sua

consequente falta de tempo disponível para acesso aos serviços, supostamente dificultam aos homens reconhecerem as necessidades de cuidados com sua saúde.

Está presente nas pesquisas o reconhecimento da existência de família patriarcal onde o homem é o provedor da família, sentimentos de temor vinculados ao trabalho; aparece na pesquisa (4) na lógica de que existe uma cultura social advinda do mundo do trabalho, que desvaloriza o homem quando a sua ausência é motivada por doenças. A incompatibilidade de horários dos serviços com a atividade laboral, cujos dados estão presentes nas produções (4 e 10), que alegam que o horário de funcionamento dos serviços coincidente com horário laboral dificulta o acesso e a permanência do usuário do sexo masculino na unidade de saúde uma vez que o trabalho vem como primeiro plano nas prioridades do gênero masculino. Ampliando as possibilidades explicativas da relação dos homens com os serviços básicos de saúde, a pesquisa (9) destaca que a população masculina conta com o estímulo de outras figuras da sociedade, tais como familiares, vizinhos e amigos para que este frequente o atendimento de saúde.

O tempo associado ao trabalho apareceu no estudo (1) como justificativa do pouco comparecimento masculino às USF do município que a pesquisa destaca. Essa explicação pertencente à dimensão econômica nos faz refletir sobre duas possibilidades: a primeira como uma “desculpa”, visto que as mulheres frequentam de forma assídua o PSF, e mesmo assim, trabalham, atualmente, sob uma mesma proporção que os homens ou mais, assumindo uma dupla ou tripla jornada de trabalho. Neste caso, a ida a USF estaria comprometida com o possível risco de perda financeira no trabalho, o que tiraria, ou até mesmo dividiria, junto ao homem o título de principal “provedor” da família. Os sujeitos do estudo (7) reconhecem que uma das dificuldades do homem em acessar o serviço de saúde está relacionada à liberação do empregador, considerando que os horários de acesso aos serviços é o mesmo que o vincula a condição de empregado.

Com propósito de ampliar o acesso aos serviços da Atenção Primária e ampliar a disponibilidade dos serviços em horários compatíveis aos dos trabalhadores brasileiros vem surgindo a proposta de ampliação do horário de funcionamento das UBS com possibilidade de atendimento até às 22h. Apesar de ser uma proposta atual, observamos essa temática como realidade na análise da produção (5) que investigou se a oferta de um horário estendido de atendimento nas UBS promoveu a ampliação do acesso da população masculina. Os resultados quantitativos dessa pesquisa mostraram que a unidade de saúde que funciona em horário noturno denominado “estendido” apresentou maior número de atendimentos quando comparada à unidade de saúde que funciona em horário convencional. Outro resultado foi a referência dos

profissionais de saúde em relação às melhores condições de trabalho no horário estendido, visto que, nesse horário a equipe está mais disponível e o ambiente é mais tranquilo fazendo com que a consulta seja mais detalhada e facilitando a construção de vínculos de atenção entre usuário e profissional de saúde.

Outro aspecto importante relacionado a implementação da PNAISH, suas diretrizes e os resultados das pesquisas analisadas está relacionado à priorização dos aspectos biomédicos, à saúde sexual e reprodutiva e às questões que envolvem a violência no universo masculino conforme análise de quatro produções (10, 3, 6, 4).

A produção (10) lista que os principais motivos que levam os homens a procurarem os serviços de saúde são: a) hipertensão arterial, diabetes e doenças sexualmente transmissíveis; b) procura por medicamentos; c) suspeita de câncer de próstata; d) necessidade de realização de exames de rotina. A dissertação (3) identificou que as ações desenvolvidas nos serviços de saúde englobam atividades coletivas em grupos relacionadas às doenças crônicas (ações essas que fortalecem o pensamento e foco na doença), e ações de planejamento familiar. Já as ações voltadas para o indivíduo são aquelas relacionadas à demanda espontânea e a consulta de enfermagem com orientações sobre temas específicos.

Em relação a essa questão abordada na produção (3), sobre as ações realizadas com foco na doença, na produção (6) a gestão municipal de saúde alega que, como os homens já são atendidos através dos programas de hipertensão, tabagismo, tuberculose, hanseníase, entre outros, justifica-se dessa forma a inexistência de outras ações específicas para essa população. O estímulo à participação nas ações da saúde reprodutiva, no pré-natal, parto e puerpério da mulher aparece nos resultados da produção (4); a produção (10) relata que a presença do homem/pai não está sendo solicitada no pré-natal e nem são desenvolvidas ações para esse público durante o planejamento familiar, gestação ou após o nascimento da criança.

A prevenção de violências e acidentes também são contempladas na PNAISH com objetivo de desenvolver ações que chamem atenção para a grave relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e os acidentes com objetivo de sensibilizar a população em geral e os profissionais de saúde. Sobre esse tema a dissertação (10) aponta dificuldades para identificação das situações de violência envolvendo homens tanto como autores ou como vítimas. Não foram feitos comentários por parte dos gestores sobre a relação violência e saúde do homem bem como não há referências sobre a necessidade de prevenção e/ou promoção da cultura da paz, especificamente voltadas para a saúde do homem.

Mediante essa realidade exposta pela análise das onze pesquisas em que aparecem muitas contradições e limites no processo de implementação da PNAISH, destacamos a seguir, avanços e possibilidades que as produções ressaltam.

4.3.3 Avanços e possibilidades na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Apesar dos limites identificados através das análises das dissertações que tratam sobre a implementação da PNAISH no Brasil, através das pesquisas (1, 5, 8, 9), identificamos que há alguns indicativos de superação de contradições e avanços na realidade da implementação da PNAISH.

No contexto destes fatores de avanço, a produção número (1) destaca em seus resultados a ausência de menções e/ou observações quanto a existência de barreiras geográficas constituindo como um elemento positivo na acessibilidade masculina ao PSF. Associado a isto, e mesmo discordando do conceito de acolhimento entendido como um atendimento cortês citado por alguns sujeitos participantes do estudo, a pesquisa percebe que existe um bom convívio entre trabalhadores de saúde e usuários do sexo masculino. Os fatores que determinam essa relação harmoniosa devem ser potencializados, a fim de se pensar em estratégias, mecanismos e tecnologias no processo de trabalho que permitam uma adequada acessibilidade do público masculino, tornando visível no dia a dia seu envolvimento nestes serviços.

Outro aspecto de avanço identificado foram os resultados qualitativos da produção de número (5) que demonstraram que a oferta do horário estendido, de acordo com a opinião da maioria dos usuários e dos profissionais entrevistados, facilita o acesso da população masculina aos serviços de saúde, já que não coincide com o trabalho diurno do trabalhador.

Um outro indicador relacionado ao cuidado de homens trabalhadores em idade produtiva é a percepção evidenciada na pesquisa (8) de que, quando eles encontram um serviço que facilita o acesso e se dispõe a escutar, acolher e estabelecer vínculo, eles demonstram disposição para o cuidado de sua saúde. É possível, assim, uma desmistificação de que homens não valorizam sua saúde e por isso não frequentam os serviços da Atenção Primária.

Mesmo com todas as dificuldades e fragilidades identificadas na implantação do Programa de Saúde do Homem apresentadas no decorrer da pesquisa (9), observou-se que parte dos usuários considera que possuem a saúde bem assistida pelo serviço público.

Há indicadores de necessidade emergente de uma mudança paradigmática que norteie o planejar, organizar e encaminhar dos serviços de saúde, desde o nível central de gestão até o nível local, com vistas a criar espaços que favoreçam o estabelecimento de vínculo do homem

com os serviços, visando o atendimento às suas necessidades em saúde são evidenciados na produção (7).

Quanto a capacitação das equipes de saúde, as pesquisas (1, 2 e 10) colocam que é indispensável uma melhoria dos serviços da Atenção Primária com capacitação técnica dos profissionais de saúde para atendimento do homem de acordo com os princípios e diretrizes da PNAISH, bem como há necessidade de publicação do Caderno da Atenção Básica específico sobre Saúde do Homem com lançamento previsto desde 2010.

A pesquisa (4) considera que o aumento da presença de profissionais de saúde do gênero masculino nas unidades de saúde poderá contribuir para uma melhor aceitação e inserção dos homens nas ações da ABS.

A pesquisa (5) ressalta que apesar de existirem poucos estudos sobre a temática dos horários diferenciados de atendimento nas unidades de saúde, acredita-se que essa estratégia possa também contribuir para a melhoria do acesso dessa população, sugerindo assim a sua implantação em todo o território nacional.

Os resultados das pesquisas (6 e 11) sugerem que as ações de saúde devam extrapolar os muros das Unidades e chegar até os locais onde estão os homens, tais como locais de trabalho, penitenciárias, escolas, universidades entre outros espaços sociais.

Espaços de discussões, de acordo com as pesquisas (6 e 7), devem ser priorizados onde os profissionais possam refletir sobre suas vivências e os homens possam se reconhecer e serem reconhecidos neste contexto, para que suas necessidades de saúde possam ser atendidas.

Em nossa análise mais geral, reconhecemos, que há muito limites nas condições de atendimento aos homens na Atenção Primária. Pesquisas precisam ser intensificadas para levantar possíveis indicadores de estratégias que possam fortalecer a PNAISH.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação de mestrado teve como objeto de estudo analisar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e para tanto, partiu da necessidade de realizar uma análise crítica de onze dissertações *stricto sensu* produzidas no período de 2010 a 2018, que tratam da realidade, limites, contradições e possibilidades da implementação da PNAISH no campo dos serviços públicos de saúde do Brasil.

A investigação se desenvolveu a partir da análise de conteúdo de pesquisas na modalidade *stricto sensu*, provenientes de Programas de Pós-Graduação de Instituições de Ensino Superior (IES), que se encontram localizados nas diversas regiões do Brasil e que apontam indicadores sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. O caminho teórico-metodológico construído permitiu identificar resposta para a seguinte questão central: que limites e contradições são evidenciados no processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), considerando o balanço da produção do conhecimento *stricto sensu* no período de 2010 a 2018?

Mediante a importância da problemática da investigação que se situa na evidencia de que há altos índices de morbimortalidade da população masculina, reconhecemos a necessidade de destacar como vem sendo realizada a implementação da PNAISH) para verificar a sua eficácia, frente a essa realidade para reconhecer desafios possíveis de serem considerados nas políticas públicas de saúde no Brasil.

Levantamos como hipótese, enquanto uma síntese, que as produções de dissertações apontam limites e contradições que podem ser evidenciados no processo de análise do que reconhecem os pesquisadores sobre a implementação da PNAISH; embora os pesquisadores reconheçam em suas investigações uma política pública anunciada e implantada, há evidentes indicadores, nesses estudos, sobre a existência de limites e dificuldades, quanto a sua implementação, que podem ser evidenciados pela fragilidade em que se coloca a efetividade das políticas, mediante o que aponta o marco legal que ampara a política pública de saúde já estabelecida e direcionada para a questões de saúde da população masculina do Brasil.

Dessa forma, para responder à pergunta central da investigação realizamos nessa pesquisa: 1. mapeamento e levantamento das produções científicas de mestres que desenvolveram pesquisas em programas de Pós-graduação em universidades brasileiras, 2. identificação da realidade que aponta os limites e contradições das produções evidenciados na implementação da PNAISH e articulado com o marco legal da política, assim, em meio as contradições identificadas nas onze pesquisas de mestrado produzidas no período de 2010 a

2018, reconhecemos indicadores de superação na realidade da implementação da PNAISH no Brasil.

A partir do levantamento teórico que fundamentou esse relatório de pesquisa em capítulos e seções, a realização do processo de análise do marco legal das onze produções foi possível atingir os objetivos propostos, considerando um trabalho rigoroso, cujos resultados mais significativos, passamos a sintetizar.

Os estudos revelaram que apesar das produções analisadas apresentarem capítulos ou seções nos seus textos dissertativos referentes à PNAISH, a maioria das investigações não mencionam de forma clara em seus objetos de investigação, as diretrizes apresentadas no Art. 3º da Portaria Ministerial Nº. 1.944, que precisam ser observadas e seguidas na elaboração dos planos, projetos e ações de saúde, voltados à população masculina no Brasil.

No esforço de reconhecimento de elementos importantes referentes à realidade da implementação da PNAISH, identificamos que a maioria das Unidades básicas de Saúde, apesar de apresentarem espaço destinado para atendimento individual adequado, evidenciam uma inadequação do espaço físico para realização de atividades coletivas com a população masculina.

Em relação à gestão da política, que se desdobra em sua implementação, as pesquisas realizadas apresentaram uma incipiente articulação entre os três entes federativos – União, Estados e Municípios. As determinações que reconhecemos nas pesquisas analisadas, apontam, dentre outros fatores já mencionados nessa pesquisa: 1. Há referências sobre a ausência do Estado no planejamento e implementação da política, considerando o não reconhecimento prévio da realidade local pela gestão municipal em relação à saúde masculina para identificar as necessidades de saúde e delinear as ações a serem executadas; 2. Há divulgação insuficiente da PNAISH, assim como pouca “cobrança” para a resolubilidade das ações; 3. Ausência de sistema de informação obrigatório e específico para registro das informações sobre os atendimentos realizados na população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos; 4. Ausência de formulários e protocolos específicos para o acompanhamento e monitoramento das ações relacionadas à saúde do homem; 5. Inexistência de sistema de referência e contrarreferência para a saúde masculina.

Os resultados das pesquisas analisadas, também, apontam a realidade do desconhecimento dos profissionais de saúde, coordenadores das Equipes de Saúde da Família e da própria população masculina em relação à PNAISH, assim como há determinado

desconhecimento quanto as ações de saúde preconizadas pela política, bem como ausência de treinamento para as EqSF sobre a temática.

Os resultados das produções destacam que há evidente ausência da clientela masculina nos serviços de saúde, representadas pelas barreiras (institucionais, organizacionais e socioculturais) que dificultam a inserção dos homens na Atenção Básica.

Ainda, no que diz respeito as barreiras institucionais foram encontrados resultados em determinadas pesquisas que apontam: certa morosidade dos agendamentos para atendimentos, serviços ofertados somente em horário comercial, quantitativo de profissionais de saúde insuficientes e despreparados para atender a população masculina, protocolos clínicos de saúde que privilegiam outros grupos sociais em detrimento às demandas dos homens e principalmente uma acentuada, como já tratado, feminilização dos ambientes dos serviços de saúde com a grande maioria dos trabalhadores das Unidades pertencentes ao sexo feminino trazendo a sensação para o homem de não pertencer àquele espaço.

Em relação aos obstáculos organizacionais as produções consideram o agendamento de consultas mediante a ordem de chegada, excluindo lógica de atendimento vinculado a uma escuta qualificada com priorização das necessidades de saúde. Há pesquisas que mencionam a existência de acolhimento desumanizado; demora entre a marcação da consulta e a data do atendimento; demora para realização de exames específicos e demora nos agendamentos de consultas com especialistas. Foi constatando nas pesquisas que há um déficit na integralidade e na resolutividade dos problemas mais complexos de saúde e que todos esses fatores colaboram para comprometer a qualidade da operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

No que diz respeito às barreiras socioculturais as produções apresentam a concepção equivocada da gestão sobre a saúde dos homens ao atribuir o déficit no comportamento preventivo de autocuidado pelos homens ao não reconhecimento das suas necessidades de saúde, agravado pelo fator cultural considerado histórico.

A saúde do homem e sua relação com o campo do trabalho também apareceram nos resultados de várias dissertações analisadas, enquanto um fator inibidor dos interesses do homem na busca pelo autocuidado e manutenção da saúde.

Há uma pesquisa que demonstra o quanto a oferta de horário estendido de atendimento nas UBS promove a ampliação do acesso da população masculina e aumento no número de atendimentos.

Outro aspecto importante relacionado a implementação da PNAISH, diz respeito às suas diretrizes, cujo foco as pesquisas denunciam estar relacionado a priorização de aspectos biomédicos. A grande maioria dos homens procuram os serviços de saúde motivados por doenças como hipertensão, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis e suspeita de câncer de próstata.

Os resultados mostram, ainda, que vem ocorrendo um forte estímulo à participação dos homens nas ações da saúde reprodutiva, no pré-natal, parto e puerpério da mulher e aponta dificuldades para identificação das situações de violência envolvendo homens tanto como autores ou como vítimas.

Buscando reconhecer possibilidade de avanços na implementação da PNAISH no Brasil, identificamos nos estudos, indicadores de que tem havido diminuição de barreiras física de acessibilidades, embora ainda não atenda a uma realidade mais abrangente sobre o significado dessa realidade social.

Mediante o exposto, em síntese, os resultados do balanço da produção do conhecimento das onze produções *stricto sensu* realizadas no período de 2010 a 2018 revelam que a implementação da PNAISH, ainda, ocorre de forma incipiente não seguindo todos os princípios e diretrizes que o documento da política e seu marco legal preconizam.

Concluímos nessa investigação realizada a necessidade de reestruturação da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de maneira que a sua gestão, que abrange implantação e principalmente implementação, priorize o atendimento e o acolhimento às necessidades de saúde da população masculina de forma a promover mudanças no cuidado em saúde que possam provocar redução nos índices de morbimortalidade da população masculina do Brasil.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. 229 p.

BARROS, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1. n. 1, p.5-17, 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231996000100005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 set. 2018.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003. 304p.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: 2018. 213 p.

BORGES, A. Mercado de Trabalho. In: IVO, A. et al. **Dicionário Temático desenvolvimento e questão social**. São Paulo; Brasília; Salvador: Annablume, 2013, p. 303-309.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Imprensa Oficial, 1988. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf> Acesso em: 19/02/2018

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: Princípios e Diretrizes, Brasília, 2008. 40 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em: 10 fev. 2018.

_____. Portaria n. 1944, de 27 de agosto de 2009. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de agosto de 2009, p. 61. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1944_05_09_2013.html. Acesso em: 20 maio 2018.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 12 fev. 2018.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm. Acesso em: 12 fev. 2018.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf Acesso em: 10 mai. 2018.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014. Acesso em: 12 fev. 2018.

CARRARA, S; RUSSO, J; FARO, L. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino**. Revista de Saúde Coletiva Physis, Rio de Janeiro, v. 19, n.3. 2009. 659-678 p.

CARVALHO, A. M. P. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, v. 33, n. 1, p. 119-121. 2002. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/9870/1/2002_art_ampcarvalho.pdf. Acesso em: 10 mar. 2019

FINKELMAN, J. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 328 p.

FLEURY, S; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. cap. 1, p. 25-57.

FREITAS, W. M. F. et. al. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Revista Saúde Pública**. v. 43, p. 85-90, 2009.

GOMES. R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 08, n. 3, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300017. Acesso em: 12 ago. 2018.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 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 Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 565-574, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

GUIMARÃES, I. Reprodução e Trabalho. In; IVO, A. et al. **Dicionário Temático: desenvolvimento e questão social**. São Paulo; Brasília; Salvador: Annablume, 2013 422-428 p.

DOYAL, L; GOUGH, I. O direito à satisfação das necessidades. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**. São Paulo, n.33, p. 97-121, ago.1994

HARVEY, D. **Para entender O capital**. São Paulo: Boitempo, 2013, p. 272-275.

HORTA, V. A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979, 99 p.

JAPPE, A. Política sem política. **Sibila Revista de poesia e crítica literária**, ano 18, 29 jul. 2013. Cultura. Disponível em: < <https://sibila.com.br/cultura/politica-sem-politica/9870>>. Acesso em: 9 ago. 2018. 06 p.

JULIÃO, G. G; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. **Revista Enfermagem**. UFSM, v. 01, n. 2, p. 144-152, mai-ago. 2011.

JUNIOR, N. N. G; PEREIRA, P. A. P. Necessidades do capital versus necessidades humanas no capitalismo contemporâneo: uma competição desigual. **Revista Argumentum**. Vitória, v. 5, n. 1, p. 50-65, jan-jun. 2013.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/04.pdf> . Acesso em: 19 mai. 2018.

KURZ, R. A falta de autonomia do Estado e os limites da política: quatro teses sobre a crise da regulação política. In: KURZ, R. **Os últimos combates**. Petrópolis: Vozes, 1997, p 91-115.

LAURENTI, R; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, jan-mar. 2005.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009, 848 p.

MIRANDA, S. R. M. DE; SILVA, R. S. B; SOUZA, K. C. N. Gestão social no contexto das políticas públicas de saúde: uma reflexão por meio do sistema único de saúde. **Revista eletrônica Desenvolvimento Regional em debate**, ano 3, v. 2, p.135-153. 2013

MONTAÑO, C; DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe e Movimento Social**. 3. ed. São Paulo: Ed Cortez, 2011, p. 137-384.

MOREIRA, R.L.S.F.; FONTES, W.D.; BARBOZA. T.M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 18, n. 4, p. 615-621, out-dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0615.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2018.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 101, p. 95-120, jan-mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01016282010000100006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 mar. 2019.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. O Sistema único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA, F. **O surgimento do antivalor, capital, força de trabalho e fundo público**. Novos Estudos, 1988, p. 8-28. Disponível em: <https://www.ets.ufpb.br/pdf/2013/1%20>

Estado%20e%20Políticas%20Publicas/EPP%2005_Oliveira_O%20surgimento%20do%20ant
ivalor.pdf . Acesso em: 10 mar. 2019.

PEREIRA, L. P. et al. Produção do conhecimento acerca da atenção à saúde do homem no Brasil. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 12, n. 41, p. 87-95, jul-set. 2014.

PEREIRA, C. P. Necessidade e Preferências. In: PEREIRA, C. P. **Proteção social no capitalismo: críticas a teorias e ideologias conflitantes**. São Paulo: Cortez, 2016. cap. 1, p. 50-55.

PINHEIRO, T. F; COUTO, M. T. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. **Cadernos de História da Ciência**. São Paulo, v.4, n.1, p. 53-67, jan-jun. 2008. Disponível em:
http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-76342008000100004&lng=pt. Acesso em: 10 mar. 2018.

RODRIGUES, J. F; RIBEIRO, E. R. O homem e a mudança de pensamento em relação à sua saúde. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 1, n. 1, p. 74-86, jul-dez 2012. Disponível em:
<https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/139/74>. Acesso em: 25 abr. 2018

SÁNCHEZ GAMBOA, S. Métodos mistos nas análises epistemológicas: balanço da produção do conhecimento em Educação Física no nordeste brasileiro (1980 – 2013). In: CHAVES-GAMBOA, M; SÁNCHEZ GAMBOA, S; TAFFAREL, C. (Org.) **Produção do conhecimento na Educação Física no nordeste brasileiro: O impacto dos sistemas de pós-graduação na formação dos pesquisadores da região**. Campinas - São Paulo: Librum, 2017. p. 26 – 37.

SCHMIDT, V. V. Sociedade civil organizada, políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis**. Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 01- 28, jan-jun. 2006. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/viewFile/745/10827>. Acesso em: 15 jun. 2018.

SCHWARZ, E; et al, Política de Saúde do Homem. **Revista Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 108-116, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4221.pdf>
Acesso em: 10 fev. 2018.

SILVA, Z. V. As relações de gênero na produção capitalista do espaço de trabalho. Cadernos pagu. Campinas, n. 55, mai. 2019. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332019000100510. Acesso em: 20 ago. 2019.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Revista Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0205/pdfs/IS25\(2\)060.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0205/pdfs/IS25(2)060.pdf). Acesso em: 17 jun. 2018.

STARFIELD. B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004, 725 p.

TEIXEIRA, C. F; PAIM, J. S. Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida. In: TEIXEIRA, C. F; PAIM, J. S; VILLASBOA, A. L. **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p. 59-78.

WIMMER, G. F; FIGUEIREDO, G. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jan-mar. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100022 Acesso em: 17 jun. 2018.

WOLKMER, A. C. As Necessidades Humanas como fonte insurgente de Direitos fundamentais. **Revista Veredas do Direito**, v. 1, n. 3, p. 85-92, jul-dez. 2004. Disponível em: <http://www.domhelder.edu.br/revista/index.php/veredas/article/view/133/112> Acesso em: 21 dez 2017.

APÊNDICE A - Levantamento de dados bibliométricos de (11) produções de dissertações que foram identificadas e analisadas.

APÊNDICE A - Quadro 11- Levantamento de dados bibliométricos de (11) produções de dissertações que foram identificadas e analisadas.

N	Título	Localização	Autor	Universidade Programa	Ano da defesa	Problema Central	Tipo de pesquisa	Metodologia e procedimentos de investigação	Objetivo Geral	Principais resultados
01	Dinâmica da acessibilidade e masculina ao Programa de Saúde da Família	Disponível em: < http://www2.uesb.br/ppg/ppges/wp-content/uploads/2017/03/FabrC3ADcio-A.-dos-Santos-DissertaC3A7C3A3o_20101.pdf >	Fabrcio Almeida dos Santos	Programa de Pós-graduação em Enfermagem Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB	2010	Qual a dinâmica do acesso masculino ao PSF? Quais aspectos dificultam/facilitam na dinâmica? Em que medida o PSF influencia nesta acessibilidade? (p. 18)	Estudo de caso	Pesquisa de abordagem qualitativa. Entrevista Semiestruturada, observação sistemática. Análise dos dados: Análise de conteúdo, modalidade temática. (p.46-53)	Analisar a dinâmica da acessibilidade e masculina ao Programa de Saúde da Família no município de Jequié/BA. (p. 18)	Os resultados apontam: os aspectos organizacionais e sócio-culturais são os principais determinantes da pouca presença do usuário do sexo masculino nas USF; déficits no acolhimento, dificuldade na marcação de consultas médicas, ambientes excessivamente femininos, (in) visibilidade masculina nos programas de saúde, oferta incipiente de ações voltadas ao público masculino, assim como, o sentimento de invulnerabilidade masculina; a distância entre as USF e a moradia dos sujeitos deste estudo, somada ao satisfatório relacionamento entre trabalhadores de saúde e usuários do sexo masculino constituem elementos facilitadores da acessibilidade dos sujeitos da pesquisa às unidades de saúde. (p. 57-97)
02	Implantação da Política Nacional da Atenção Integrada à Saúde do Homem: análise das possibilidades e limites	Disponível em: < https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/5094/1/Arquivototal.pdf >	Kirlene Scheyla Viana Chianca	Programa de Pós-graduação em Enfermagem Universidade Federal da Paraíba-UFPB	2011	Quais são as possibilidades e limites para a implantação da PNAISH no município de João Pessoa? (p. 17)	Estudo de caso	Estudo exploratório, com abordagens quantitativas e qualitativas. Entrevista semiestruturada. (p. 45-49)	Investigar as possibilidades e limites para a implantação da PNAISH no município de João Pessoa – PB. (p. 19)	Espaço físico para atendimento individual adequado; Espaço físico para atendimento coletivo inadequado; déficit na compreensão sobre os equipamentos necessários e disponibilizados para implantação\implementação da PNAISH; déficit na percepção de possibilidades de ações inclusivas e na utilização de ações inclusivas para usuários do gênero masculino; Implantação/Implementação por meio de Programas de Saúde Institucionalizados (Planejamento Familiar e Pré-Natal); Realização de ações específicas para o homem e ações comuns aos gêneros; limites para implantação- implementação da PNAISH vinculados aos profissionais e aos homens. (p. 56-75)

03	Ação do Enfermeiro no atendimento a necessidades de Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família	Disponível em: < http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2012/caroline-oliveira-de-castro >	Caroline Oliveira de Castro	Programa de Pós-graduação em Enfermagem Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO	2012	Considerando que a Política de atenção aos usuários do sexo masculino é tão recente, será que os Enfermeiros estão cientes de que existem diretrizes e orientações para o desenvolvimento de suas atividades e atuam conforme seus princípios? (p. 13)	Pesquisa de campo	Estudo de campo apoiado na abordagem teórico-metodológica da Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz. Instrumento para desenvolver a entrevista um formulário semiestruturado. (p. 31)	Apontar as ações desenvolvidas pelos Enfermeiros ao atender o usuário do sexo masculino, na ESF; Compreender a ação do Enfermeiro ao atender o usuário do sexo masculino; analisar as ações do Enfermeiro no contexto da PNAISH. (p. 14)	Como resultado pôde-se identificar que as ações desenvolvidas pelos Enfermeiros focalizam predominantemente situações que envolvem grupos ou indivíduos com doenças crônicas. Ao atender o usuário do sexo masculino, o profissional de enfermagem identifica necessidades de saúde como necessidades de autocuidado e prevenção de agravos, que são atendidas mediante contato profissional. O estudo permitiu identificar que as ações predominantes são aquelas voltadas para grupos – de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus e Planejamento Familiar, e indivíduos – atendimento de demanda espontânea. Estas ações, que fortalecem o foco na doença, visam predominantemente atender necessidades de autocuidado e prevenção de agravos. (p. 36-42)
04	Dificuldades e Estratégias de Inserção do Homem na Atenção Básica à Saúde: a fala dos enfermeiros	Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/5133/1/arquivototal.pdf >	Renata Livia Silva Fonseca	Programa de Pós-graduação em Enfermagem Universidade Federal da Paraíba- UFPB	2013	Quais as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para a efetivação da atenção à saúde do homem na AB? Quais as possíveis estratégias de inserção dos homens no cotidiano da AB em saúde? (p. 16)	Estudo de caso	Pesquisa exploratória-descritiva com abordagem qualitativa. (p.31)	Analisar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros da AB no âmbito da saúde do homem, bem como as estratégias para inserção da clientela masculina nas ações deste nível de atenção. (p.16)	Os resultados revelam que as dificuldades vivenciadas na AB em relação à saúde masculina envolvem: ausência desta clientela; seu déficit de comportamento de autocuidado; sentimentos de temor vinculado ao trabalho; déficit na capacitação dos profissionais em saúde masculina e na percepção sobre a PNAISH; feminilização desses serviços; incompatibilidade de horários, excesso de demandas neste nível de atenção. Necessidade de inserir os homens a partir do pré-natal, obter colaboração da mulher, qualificar o acolhimento, desenvolver ações específicas na comunidade, efetivar busca ativa por meio de visita domiciliar e retomar ações do Programa de Planejamento Familiar. (p. 36-60)

05	O acesso da população masculina a UBS com e sem horário estendido de atendimento: um estudo quali-quantitativo no Distrito Federal	Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14189/1/2013_ClesimaryEvangelistaMolinaMartins.pdf	Clesimar y Evangelista Molina Martins	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva Universidade de Brasília - UNB	2013	A oferta de um horário estendido de atendimento nas UBS promove ampliação do acesso da população masculina? Quais são os fatores que facilitam e os que dificultam o acesso da população masculina às UBS? (p.29)	Análise documental – estudo de caso	Estudo quantitativo com levantamento de prontuários no período de 2008 a 2012, e estudo qualitativo com técnica das entrevistas em profundidade junto a usuários e profissionais de saúde. (p. 30)	Levantar nº de homens atendidos na UBS, com e sem atendimento estendido; analisar a percepção de profissionais e usuários e os fatores que dificultam e facilitam o acesso dos homens. Verificar se o horário estendido favorece o acesso. (p. 29)	Os resultados quantitativos mostraram que a unidade que funciona em horário noturno denominado “estendido” apresentou maior número de atendimentos quando comparada à unidade que funciona em horário convencional. O estudo qualitativo mostrou que a oferta do horário estendido, de acordo com a opinião da maioria dos usuários e dos profissionais entrevistados, facilita o acesso da população masculina aos serviços de saúde, já que não coincide com o trabalho diurno do trabalhador. (p. 39-55)
06	O lugar oculto dos homens na APS à saúde: um estudo sobre as principais barreiras de acesso aos serviços ofertados pelas unidades básicas de saúde em Londrina	Disponível em: http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?view=vtls000185471	Fabricio da Silva Campanucci	Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Política Social Universidade Estadual de Londrina - UEL	2013	Como está o acesso dos homens aos serviços básicos disponibilizados por Unidades Básicas de Saúde (UBS) 16 e 24 horas em Londrina? (p. 14)	Pesquisa bibliográfica, documental e de campo	Pesquisa qualitativa com análise de conteúdo. Procedimentos metodológicos adotados englobam pesquisa bibliográfica, documental e de campo. (p. 25)	Analisar o acesso dos homens aos serviços básicos disponibilizados por Unidades Básicas de Saúde (UBS) 16 e 24 horas em Londrina? (p. 06)	Os resultados evidenciaram que o desenvolvimento da política de saúde no Brasil enfatizou o atendimento curativo, individual, medicamentoso e hospitalocêntrico em detrimento de ações de caráter coletivo, focadas na promoção da saúde e prevenção de doenças e que a AB ainda encontra dificuldades de inverter a lógica de prestar serviços no âmbito do SUS; As barreiras institucionais, explicitadas pela precarização da ambiência das UBS, pelo número insuficiente de profissionais, pela forma como os serviços primários estão organizados e pela morosidade do atendimento, dificultam o acesso não só dos homens, mas da população como um todo aos serviços primários; demonstra que ao priorizar o atendimento de idosos, mulheres e crianças, o sistema de saúde acaba encobrindo o lugar dos homens no nível primário de atenção à saúde. Somam-se a isso barreiras socioculturais que estão presentes tanto entre os usuários quanto entre os trabalhadores. (p. 83-140)

07	Análise da Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em Cuiabá, Mato Grosso	Disponível em: http://ri.ufmt.br/bitstream/1/342/1/DISS_2014_Isabele%20Torquato%20Mozer.pdf	Isabele Torquato Mozer	Programa de Pós-graduação em Enfermagem Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT	2014	Como Cuiabá executou as ações para a efetivação da PNAISH? Quais atores envolvidos no processo e seus graus de mobilização? Quais estratégias foram/estão sendo utilizadas para efetivar a PNAISH? (p.27)	Estudo de caso	Pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. Técnica de entrevista semiestruturada. (p. 46-49)	Analisar a implementação da PNAISH a partir das ações da equipe gestora do nível primário e secundário de atenção à saúde da SMS – Cuiabá. (p. 28)	Foi constatado: a incipiência das relações entre os atores envolvidos na implementação da PNAISH refletiu negativamente na proposição de ações da política; no processo de implementação da PNAISH a partir das ações realizadas pelos membros da equipe gestora da SMS, estas foram voltadas para os aspectos biológicos da saúde masculina, com ênfase na neoplasia prostática e nas alianças estabelecidas com as empresas do setor privado, como caminho a ser seguido para a implementação da PNAISH; a análise dos documentos municipais que orientaram a implementação da PNAISH, apontaram para a incompreensão, pela equipe de gestão, da concepção teórica que motivou a sua instituição, refletindo em propostas vagas, que não orientam práticas profissionais. (p. 82-92)
08	Atenção integral à Saúde do Homem na visão de trabalhadores hipertensos e diabéticos: possíveis contribuições para a Atenção Básica	Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312869/1/Yoshida_ValeriaCristina_M.pdf	Valéria Cristina Yoshida	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP	2014	O presente estudo parte do pressuposto de que a Atenção Básica não tem se constituído como porta de entrada habitual para este perfil de clientela. (p.20)	Estudo de caso	Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas. (p.22)	Aprofundar a compreensão sobre o acesso e a integralidade do cuidado na AB, a partir da análise de experiências de homens trabalhadores hipertensos e diabéticos relacionadas à utilização dos serviços de saúde. (p. 21)	A masculinidade hegemônica interfere no cuidado à saúde; a forma, como os serviços de atenção básica estão organizados não promove o acesso e a integralidade do cuidado a homens trabalhadores; e serviços que se organizam sob a lógica do acolhimento, do vínculo e da integralidade são apostas importantes para a produção do cuidado em saúde. (p. 33-72)

09	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na leitura do usuário em uma Unidade de Saúde do Distrito Federal	Disponível em: < http://www.unieuro.edu.br/mestrado/ienciapolitica/images/Disertacoes/mestrado/bruno%20santos%20de%20assis%20verso%20final.pdf >	Bruno Santos de Assis	Programa de Pós-graduação em Ciência Política Centro Universitário Euro-Americano - UNIEURO	2016	Será que a Política Pública que existe e que é voltada para este grupo tem tido o alcance almejado? Seria necessário que os representantes do Estado voltassem a atenção para eles, reestruturando, ampliando as políticas existentes, da mesma forma que é voltada para a saúde da mulher? (p. 14)	Pesquisa de campo	Pesquisa quantitativa direcionada por dois instrumentos de coleta de dados traduzidos em um questionário objetivo e um subjetivo, o qual foi realizado por uma entrevista gravada através de áudio. (p. 80)	Analisar a percepção dos usuários com idade entre 25 a 59 anos frente ao atendimento prestado a eles no Programa de Saúde do Homem no Centro de Saúde nº 06 de Ceilândia. (p. 14)	Os resultados evidenciaram que o perfil sócio demográfico destes usuários contribui para o adoecimento e agravamento da saúde deles e que este perfil da população não possui um conhecimento adequado sobre a política implementada pelo Ministério da Saúde, além desses usuários não terem o acompanhamento de sua saúde. (p. 80-115)
10	Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no Município de Ponta Grossa – Paraná	Disponível em: < http://repositorio.utfpr.edu.br:8080/jspui/bitstream/1/1866/1/UEPG_PPG_CSA_M_Alves%2c%20Franciele%20Koehler_2016.pdf >	Franciele Koehler Alves	Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas Universidade Estadual de Ponta Grossa-UEPG	2016	Como está a situação da implementação da PNAISH em Ponta Grossa? Será que estão sendo desenvolvidas ações para fortalecimento da PNAISH no âmbito da APS? Se sim, quais? Ou os serviços continuam sendo desfavoráveis à presença de homens e aos cuidados com a saúde dessa população? Qual a percepção dos gestores envolvidos sobre a atenção integral	Estudo de caso	Estudo com abordagem quantitativa, por meio da associação de métodos (triangulação): revisão bibliográfica, estudo documental, observação, entrevista com profissionais de saúde (questionário) e gestores. (p. 19-21)	Analisar o processo de implementação da PNAISH no município de Ponta Grossa – Paraná, apontando desafios e perspectivas. (p. 18)	Resultados apontados a partir da realização da presente investigação revelam que apesar de terem sido desenvolvidas algumas ações que atingem a especificidade da população masculina entre 20 e 59 anos, ainda assim, a política de saúde do homem não parece compor a agenda da saúde em Ponta Grossa. (p. 76-138)

						à saúde do homem em Ponta Grossa? Quais os maiores desafios enfrentados para atenção à saúde deste público e para implementação da PNAISH? E as perspectivas? (p.17-18)				
11	A Atenção à Saúde dos Homens em relatos de profissionais da Atenção Primária à Saúde	Disponível em: http://pos-graduacao.upeb.edu.br/pgps/download/DISSERTACAO-Lucia-Jamilly.pdf >	Lucia Jamilly Oliveira de Morais	Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde Universidade Estadual da Paraíba - UEPB	2018	Como os profissionais desses serviços compreendem a atenção à saúde do homem? Como explicam a baixa frequência dos homens nos serviços de saúde? Como esses profissionais entendem as masculinidades? (p. 20)	Estudo de caso	Pesquisa qualitativa com Entrevista semiestruturada e análise do discurso (p. 20-21)	Compreender os significados da atenção à saúde dos homens para profissionais de saúde de serviços da Atenção Primária à Saúde, mais especificamente de Unidades Básicas de Saúde (p. 20)	Definição da masculinidade a partir de pressupostos socioculturais; frequência dos homens nos serviços fundamentam-se em justificativas de natureza socioeconômica, justificativas de natureza sociocultural e justificativas de ordem institucional; observou-se uma recorrente e enfática explicação de caráter culturalista, que abrange questões de gênero e o modo como os homens foram socializados, para a menor frequência dos homens nos serviços de saúde; no que diz respeito às relações entre os serviços de saúde e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, os profissionais afirmam que esta não tem sido trabalhada de modo eficaz nas Unidades Básicas de Saúde, apresentando a gestão como principal responsável pelo fato da PNAISH não ser colocada verdadeiramente em prática nos serviços, e também pela fragmentação e descontinuidade que caracterizariam a atenção à saúde dos homens. (p. 57-95)

APÊNDICE B - Elementos centrais de investigação das (11) produções *stricto sensu*.

APÊNDICE B – Quadro 12- Elementos centrais de investigação das (11) produções *stricto sensu*.

N	Título da Dissertação	Problema Central	Objetivo Geral	Principais resultados das pesquisas
01	Dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família	Qual a dinâmica do acesso masculino ao PSF? Quais aspectos dificultam/ facilitam na dinâmica? Em que medida o PSF influencia nesta acessibilidade? (p. 18)	Analisar a dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família no município de Jequié/BA. (p. 18)	Os resultados apontam que: os aspectos organizacionais e sócio-culturais são os principais determinantes da pouca presença do usuário do sexo masculino nas USF; déficits no acolhimento, dificuldade na marcação de consultas médicas, ambientes excessivamente femininos, (in) visibilidade masculina nos programas de saúde, oferta incipiente de ações voltadas ao público masculino, assim como, o sentimento de invulnerabilidade masculina; a distância entre as USF e a moradia dos sujeitos deste estudo, somada ao satisfatório relacionamento entre trabalhadores de saúde e usuários do sexo masculino constituem elementos facilitadores da acessibilidade dos sujeitos da pesquisa às unidades de saúde. (p. 57-97)
02	Implantação da Política Nacional da Atenção Integrada à Saúde do Homem: análise das possibilidades e limites	Quais são as possibilidades e limites para a implantação da PNAISH no município de João Pessoa? (p. 17)	Investigar as possibilidades e limites para a implantação da PNAISH no município de João Pessoa – PB. (p. 19)	Espaço físico para atendimento individual adequado; espaço físico para atendimento coletivo inadequado; déficit na compreensão sobre os equipamentos necessários e disponibilizados para implantação\implementação da PNAISH; déficit na percepção de possibilidades de ações inclusivas e na utilização de ações inclusivas para usuários do gênero masculino; Implantação/Implementação por meio de Programas de Saúde Institucionalizados (Planejamento Familiar e Pré-Natal); Realização de ações específicas para o homem e ações comuns aos gêneros; limites para implantação- implementação da PNAISH vinculados aos profissionais e aos homens. (p. 56-75)
03	Ação do Enfermeiro no atendimento a necessidades de Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família	Considerando que a Política de atenção aos usuários do sexo masculino é tão recente, será que os Enfermeiros estão cientes de que existem diretrizes e orientações para o desenvolvimento de suas atividades e atuam conforme seus princípios? (p. 13)	Apontar as ações desenvolvidas pelos Enfermeiros ao atender o usuário do sexo masculino, na ESF; Compreender a ação do Enfermeiro ao atender o usuário do sexo masculino; analisar as ações do Enfermeiro no contexto da PNAISH. (p. 14)	Como resultado pôde-se identificar que as ações desenvolvidas pelos Enfermeiros focalizam predominantemente situações que envolvem grupos ou indivíduos com doenças crônicas. Ao atender o usuário do sexo masculino, o profissional de enfermagem identifica necessidades de saúde como necessidades de autocuidado e prevenção de agravos, que são atendidas mediante contato profissional. O estudo permitiu identificar que as ações predominantes são aquelas voltadas para grupos – de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus e Planejamento Familiar, e indivíduos – atendimento de demanda espontânea. Estas ações, que fortalecem o foco na doença, visam predominantemente atender necessidades de autocuidado e prevenção de agravos. (p. 36-42)
04	Dificuldades e Estratégias de Inserção do Homem na Atenção Básica à Saúde: a fala dos enfermeiros	Quais as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para a efetivação da atenção à saúde do homem na AB? Quais as possíveis estratégias de inserção dos homens no cotidiano da AB em saúde? (p. 16)	Analisar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros da AB no âmbito da saúde do homem, bem como as estratégias para inserção da clientela masculina nas ações deste nível de atenção. (p.16)	Os resultados revelam que as dificuldades vivenciadas na AB em relação à saúde masculina envolvem: ausência desta clientela; seu déficit de comportamento de autocuidado; sentimentos de temor vinculado ao trabalho; déficit na capacitação dos profissionais em saúde masculina e na percepção sobre a PNAISH; feminilização desses serviços; incompatibilidade de horários, excesso de demandas neste nível de atenção. Necessidade de inserir os homens a partir do pré-natal, obter colaboração da mulher, qualificar o acolhimento, desenvolver ações específicas na comunidade, efetivar busca ativa por meio de visita domiciliar e retomar ações do Programa de Planejamento Familiar. (p. 36-60)

05	O acesso da população masculina a UBS com e sem horário estendido de atendimento: um estudo qualiquantitativo no Distrito Federal	A oferta de um horário estendido de atendimento nas UBS promove ampliação do acesso da população masculina? Quais são os fatores que facilitam e os que dificultam o acesso da população masculina às UBS? (p.29)	Levantar nº de homens atendidos na UBS, com e sem atendimento estendido; analisar a percepção de profissionais e usuários e os fatores que dificultam e facilitam o acesso dos homens. Verificar se e o horário estendido favorece o acesso.(p. 29)	Os resultados quantitativos mostraram que a unidade que funciona em horário noturno denominado “estendido” apresentou maior número de atendimentos quando comparada à unidade que funciona em horário convencional. O estudo qualitativo mostrou que a oferta do horário estendido, de acordo com a opinião da maioria dos usuários e dos profissionais entrevistados, facilita o acesso da população masculina aos serviços de saúde, já que não coincide com o trabalho diurno do trabalhador. (p. 39-55)
06	O lugar oculto dos homens na APS à saúde: um estudo sobre as principais barreiras de acesso aos serviços ofertados pelas unidades básicas de saúde em Londrina	Como está o acesso dos homens aos serviços básicos disponibilizados por Unidades Básicas de Saúde (UBS) 16 e 24 horas em Londrina? (p. 14)	Analisar o acesso dos homens aos serviços básicos disponibilizados por Unidades Básicas de Saúde (UBS) 16 e 24 horas em Londrina? (p. 06)	Os resultados evidenciaram que o desenvolvimento da política de saúde no Brasil enfatizou o atendimento curativo, individual, medicamentoso e hospitalocêntrico em detrimento de ações de caráter coletivo, focadas na promoção da saúde e prevenção de doenças e que a AB ainda encontra dificuldades de inverter a lógica de prestar serviços no âmbito do SUS; As barreiras institucionais, explicitadas pela precarização da ambiência das UBS, pelo número insuficiente de profissionais, pela forma como os serviços primários estão organizados e pela morosidade do atendimento, dificultam o acesso não só dos homens, mas da população como um todo aos serviços primários; demonstra que ao priorizar o atendimento de idosos, mulheres e crianças, o sistema de saúde acaba encobrindo o lugar dos homens no nível primário de atenção à saúde. Somam-se a isso barreiras socioculturais que estão presentes tanto entre os usuários quanto entre os trabalhadores. (p. 83-140)
07	Análise da Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em Cuiabá, Mato Grosso	Como Cuiabá executou as ações para a efetivação da PNAISH? Quais atores envolvidos no processo e seus graus de mobilização? Quais estratégias foram/estão sendo utilizadas para efetivar a PNAISH? (p.27)	Analisar a implementação da PNAISH a partir das ações da equipe gestora do nível primário e secundário de atenção à saúde da SMS – Cuiabá. (p. 28)	Foi constatado: a incipiência das relações entre os atores envolvidos na implementação da PNAISH refletiu negativamente na proposição de ações da política; no processo de implementação da PNAISH a partir das ações realizadas pelos membros da equipe gestora da SMS, estas foram voltadas para os aspectos biológicos da saúde masculina, com ênfase na neoplasia prostática e nas alianças estabelecidas com as empresas do setor privado, como caminho a ser seguido para a implementação da PNAISH; a análise dos documentos municipais que orientaram a implementação da PNAISH, apontaram para a incompreensão, pela equipe de gestão, da concepção teórica que motivou a sua instituição, refletindo em propostas vagas, que não orientam práticas profissionais. (p. 82-92)
08	Atenção integral à Saúde do Homem na visão de trabalhadores hipertensos e diabéticos: possíveis contribuições para a Atenção Básica	O presente estudo parte do pressuposto de que a Atenção Básica não tem se constituído como porta de entrada habitual para este perfil de clientela. (p.20)	Aprofundar a compreensão sobre o acesso e a integralidade do cuidado na AB, a partir da análise de experiências de homens trabalhadores hipertensos e diabéticos relacionadas à utilização dos serviços de saúde. (p. 21)	A masculinidade hegemônica interfere no cuidado à saúde; a forma, como os serviços da atenção básica estão organizados não promove o acesso e a integralidade do cuidado a homens trabalhadores; e serviços que se organizam sob a lógica do acolhimento, do vínculo e da integralidade são apostas importantes para a produção do cuidado em saúde. (p. 33-72)
09		Será que a Política Pública que existe e que é voltada para este		

	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na leitura do usuário em uma Unidade de Saúde do Distrito Federal	grupo tem tido o alcance almejado? Seria necessário que os representantes do Estado voltassem a atenção para eles, reestruturando, ampliando as políticas existentes, da mesma forma que é voltada para a saúde da mulher? (p. 14)	Analisar a percepção dos usuários com idade entre 25 a 59 anos frente ao atendimento prestado a eles no Programa de Saúde do Homem no Centro de Saúde nº 06 de Ceilândia. (p. 14)	Os resultados evidenciaram que o perfil sócio demográfico destes usuários contribui para o adoecimento e agravamento da saúde deles e que este perfil da população não possui um conhecimento adequado sobre a política implementada pelo Ministério da Saúde, além desses usuários não terem o acompanhamento de sua saúde. (p. 80-115)
10	Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no Município de Ponta Grossa – Paraná	Como está a situação da implementação da PNAISH em Ponta Grossa? Será que estão sendo desenvolvidas ações para fortalecimento da PNAISH no âmbito da APS? Se sim, quais? Ou os serviços continuam sendo desfavoráveis à presença de homens e aos cuidados com a saúde dessa população? Qual a percepção dos gestores envolvidos sobre a atenção integral à saúde do homem em Ponta Grossa? Quais os maiores desafios enfrentados para atenção à saúde deste público e para implementação da PNAISH? E as perspectivas? (p.17-18)	Analisar o processo de implementação da PNAISH no município de Ponta Grossa – Paraná, apontando desafios e perspectivas. (p. 18)	Resultados apontados a partir da realização da presente investigação revelam que apesar de terem sido desenvolvidas algumas ações que atingem a especificidade da população masculina entre 20 e 59 anos, ainda assim, a política de saúde do homem não parece compor a agenda da saúde em Ponta Grossa. (p. 76-138)
11	A Atenção à Saúde dos Homens em relatos de profissionais da Atenção Primária à Saúde	Como os profissionais desses serviços compreendem a atenção à saúde do homem? Como explicam a baixa frequência dos homens nos serviços de saúde? Como esses profissionais entendem as masculinidades? (p. 20)	Compreender os significados da atenção à saúde dos homens para profissionais de saúde de serviços da Atenção Primária à Saúde, mais especificamente de Unidades Básicas de Saúde (p. 20)	Definição da masculinidade a partir de pressupostos socioculturais; frequência dos homens nos serviços fundamentam-se em justificativas de natureza socioeconômica, justificativas de natureza sociocultural e justificativas de ordem institucional; observou-se uma recorrente e enfática explicação de caráter culturalista, que abrange questões de gênero e o modo como os homens foram socializados, para a menor frequência dos homens nos serviços de saúde; no que diz respeito às relações entre os serviços de saúde e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, os profissionais afirmam que esta não tem sido trabalhada de modo eficaz nas Unidades Básicas de Saúde, apresentando a gestão como principal responsável pelo fato da PNAISH não ser colocada verdadeiramente em prática nos serviços, e também pela fragmentação e descontinuidade que caracterizariam a atenção à saúde dos homens. (p. 57-95)

ANEXO A - Portaria Ministerial Nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.944, DE 27 DE AGOSTO DE 2009

Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições previstas no inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando que a população masculina apresenta altos índices de morbimortalidade que representam verdadeiros problemas de saúde pública;

Considerando que os indicadores e os dados básicos para a saúde demonstram que os coeficientes de mortalidade masculina são consideravelmente maiores em relação aos coeficientes de mortalidade femininos ao longo das idades do ciclo de vida;

Considerando a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais voltada para a população masculina;

Considerando a necessidade de apoiar ações e atividades de promoção de saúde para facilitar e ampliar o acesso aos serviços de saúde por parte dessa população;

Considerando a necessidade de apoiar a qualificação de profissionais de saúde para o atendimento específico da população masculina; e

Considerando a aprovação no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Intergestores Tripartite - (CIT), resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Parágrafo único. A Política de que trata o caput deste artigo visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de que trata o artigo 1º desta Portaria, será regida pelos seguintes princípios:

I - universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;

II - humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais;

III - co-responsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, implicando articulação com as diversas áreas do governo e com a sociedade; e

IV - orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem.

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem possui as seguintes diretrizes, a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população masculina:

I - integralidade, que abrange:

a) assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrarreferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção;

b) compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença;

II - organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado;

III - implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica;

IV - priorização da atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família;

V - reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; e

VI - integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde.

Art. 4º São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:

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 socioeducativas;

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.

Art. 5º Compete à União:

I - coordenar e fomentar, em âmbito nacional, a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Estados e aos Municípios, visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locais;

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

IV - promover ações educativas relacionadas aos estereótipos de gênero;

V - estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem;

VI - definir estratégias de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS, voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

VII - estabelecer parceria com as diversas sociedades científicas nacionais e internacionais e as entidades de profissionais de saúde cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a fim de possibilitar a colaboração técnica, no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes;

VIII - coordenar o processo de construção das diretrizes/protocolos assistenciais da atenção à saúde do homem em parceria com os Estados e os Municípios;

IX - promover ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

X - 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;

XI - apoiar, técnica e financeiramente, a capacitação e a qualificação dos profissionais para a atenção à saúde do homem;

XII - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde; e

XIII - elaborar e analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações, os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Art. 6º Compete aos Estados:

I - fomentar a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Municípios visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locais;

III - acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo as adequações necessárias, tendo como base o perfil epidemiológico e as especificidades locais;

IV - coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locais;

V - promover, na esfera de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

VI - elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os Municípios na implementação desses protocolos;

VII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;

VIII - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, o processo de discussão com a 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;

IX - incentivar, junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e à atenção à saúde do homem;

X - capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem;
e

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Art. 7º Compete aos Municípios:

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

II - apoiar técnica e financeiramente a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

III - implementar, no âmbito municipal, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locorregionais;

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

V - incentivar as ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem;

VI - implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais;

VII - 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;

VIII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;

IX - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, 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;

X - capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem;
e

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Art. 8º O processo de avaliação da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida, a ser realizado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

§ 1º A avaliação tem como finalidade o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, buscando verificar sua efetividade de modo a permitir a verificação de seu resultado sobre a saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina.

§ 2º Uma avaliação mais detalhada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e o seu monitoramento deverão ocorrer no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes.

§ 3º Para essa avaliação e monitoramento há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, objetivando identificar, modificar e/ou incorporar novas diretrizes a partir de sugestões apresentadas pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, Confederações dos Trabalhadores do Brasil, Centrais Sindicais e entidades empresariais, entre outras.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO