

UNIVERSIDADE TIRADENTES  
SERVIÇO SOCIAL

ELLENN WYVIANNY BARROS DA SILVA  
MÁRCIA TAMIRES VIEIRA DA ROCHA  
THAYSLANNE NASCIMENTO SANTOS

SAÚDE DO HOMEM: Políticas de Prevenção na  
Unidade Básica de Saúde Dr. Ciro Tavares em  
Propriá- Sergipe.

PROPRIÁ  
2013

ELLENN WYVIANNY BARROS DA SILVA  
MÁRCIA TAMIRES VIEIRA DA ROCHA  
THAYSLANNE NASCIMENTO SANTOS

SAÚDE DO HOMEM: Políticas de Prevenção na  
Unidade Básica de Saúde Dr. Ciro Tavares em  
Propriá- Sergipe.

Monografia apresentada à Universidade Tiradentes  
– UNIT, como um dos pré-requisitos para a obtenção  
do grau de bacharel em Serviço Social.

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Esp. Gilmara Resende  
Cardoso Xavier

PROPRIÁ  
2013

ELLENN WYVIANNY BARROS DA SILVA  
MÁRCIA TAMIRES VIEIRA DA ROCHA  
THAYSLANNE NASCIMENTO SANTOS

SAÚDE DO HOMEM: Políticas de Prevenção na  
Unidade Básica de Saúde Dr. Ciro Tavares em  
Propriá- Sergipe.

Monografia apresentada na Universidade  
Tiradentes – UNIT, como requisito básico  
para a apresentação do Trabalho de  
Conclusão de Curso, do Curso de  
Bacharelado em Serviço Social.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Profª. Esp. Gilmara Rezende Cardoso Xavier  
Universidade Tiradentes

---

Prof.Msc. José Wagner Costa de Santana  
Universidade Tiradentes

---

Assistente Social Bruno Teles da Silva

PROPRIÁ  
2013

“Dedico aos meus pais, José Everton e Margarete Maria, aos meus irmãos Mayko e Gabryela, ao meu avô (in memoriam) José Vieira de Barros, e a toda a minha família, amo todos vocês.”

“Dedico Este trabalho a meu amado e saudoso Pai, José  
Vieira da Rocha (in memória)”.

“Dedico a minha mãe que sempre foi minha inspiradora”

## AGRADECIMENTO

Primeiramente a Deus, nosso pai e criador, que nas minhas dificuldades sempre esteve do meu lado, dando-me luz e mostrando o melhor caminho. Agradeço também aos meus pais Margarete Barros e José Everton da Silva, que sempre fizeram e fazem de tudo para dar bons estudos a mim e aos meus irmãos, ajudando-me a trilhar o caminho sempre à frente e mostrando o quanto os estudos, o trabalho, a dignidade e a humildade são de tamanha importância na formação de um cidadão. Pai e mãe amo vocês! Muito! Não posso esquecer os meus irmãos Mayko Barros e Gaby, que de certa forma me mostraram como devo lidar com as coisas da vida, Mayko com um pouco mais experiência de vida e Gaby com a sua inocência de criança, aprendo todos os dias com vocês. Amo muito vocês.

Dentre tantos agradecimentos venho falar de toda a minha família, sem exceções, tanto por parte de pai como de mãe, pois, todos deram sua contribuição para a minha formação. Vale dizer também que devo muito as minhas avós Arlete e Iracema, pelo grande apoio, amo vocês! Titia Aldaci não me esqueci da senhora que nas horas mais difíceis da minha vida me estendeu a mão, a senhora e a todos os meus primos imenso amor. Meus padrinhos queridos! Rosana, tia e madrinha e Saulo o meu grande padrinho, e também minha prima Rafaela, obrigado por tudo que vocês fizeram e continuam fazendo até hoje em minha vida. Um agradecimento especial ao meu lindo e amado avô José Vieira de Barros (in memorian), que me ensinou muitas coisas e cuidou de mim como se fosse sua própria filha, te amo infinitamente... Obrigada também ao meu avô José Vieira da Silva (in memorian), por me amar e passar grandes conhecimentos que levarei por toda minha vida.

E pra finalizar não poderia esquecer do meu grande amor e namorado Yago Souza Rocha, aquele que me ensinou a ser uma pessoa melhor, aquele que ama do jeito que sou, e tudo o que ele fez para que esse sonho pudesse tornar realidade, amor, amo muito você! Obrigado a todos que fazem parte da minha vida.

ELLENN WYVIANNY BARROS DA SILVA

## **AGRADECIMENTO**

Obrigada Senhor, pelo precioso dom da vida. Vida esta, que generosamente me deste e pela qual me sinto responsável. Obrigada, por irradiar forças, que me permite com determinação e humildade, seguir o caminho que escolhi.

Agradeço a minha Mãe, Severina Dilma da C. Rocha, por ter me proporcionado com muito esforço, minha educação e por sempre acreditar no meu potencial. Em especial ao meu amado e saudoso Pai, José Vieira da Rocha (in memória), quantas vezes você foi o ser mais correto e desejado para compartilhar as minhas vitórias, as alegrias, as angústias e decepções. Em diversos momentos desejei os seus olhos, seus gestos e palavras, seu colo e abraço reconfortante. Pai mesmo sem ter te conhecido posso te dizer “Te Amo” e sei que mesmo onde estiver me amará também.

Ao meu esposo, Allyson Braga Gois, que compartilhou comigo momentos bons e ruins dessa conquista e sempre esteve lá me ajudando e caminhando ao meu lado, incentivando e passando segurança para que eu vencesse essa jornada, portanto a você meu muito obrigado. Te Amo!

A minha orientadora Gilmara Rezende, obrigada por todo carinho, esforço e dedicação, o laço de amizade que criamos jamais será desatado, foi uma honra ser orientada por você, Deus te abençoe.

Enfim, obrigado a todos que direta ou indiretamente me ajudaram e contribuíram para a realização deste momento tão esperado, devo este momento de felicidade e realização profissional a todos vocês.

MÁRCIA TAMIRES VIEIRA DA ROCHA



## **AGRADECIMENTOS**

A cada vitória o reconhecimento devido ao meu Deus, ele é digno de toda honra, glória e louvor. Senhor, obrigada pelo fim de mais essa etapa.

A VOCÊS, QUERIDOS PAIS, o meu agradecimento. Vocês são responsáveis por este momento tão marcante em minha vida. Por sua dedicação, pelo amor que me fez mais forte, fazendo entender que sou capaz de ir mais além. A vocês que desde o começo acreditaram, incentivando sempre a busca de novos conhecimentos, me dando conselhos, contribuindo para o meu crescimento na vida acadêmica. Esta vitória também é de vocês. Agradeço também a minha linda irmã, que sempre foi paciente comigo, que passou varias noites acordada ao meu lado me fazendo companhia.

Não poderia esquecer Maria Iolete, que me proporcionou a oportunidade de seguir mais um período na faculdade, aparando-me em um momento que já não tinha mais esperanças de seguir.

A minha orientadora Gilmara Rezende, com quem partilhei o que era o broto daquilo que veio a ser esse trabalho. Nossas conversas durante e para além dos grupos de estudos foram fundamentais.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e está próximo de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

THAYSLANNE NASCIMENTO SANTOS

“Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, os sonhos não têm alicerces. Sem prioridade, os sonhos não se tornam reais. Sonhe, trace metas, estabeleça prioridade e corra riscos para executar seus sonhos. Melhor é errar por tentar do que errar por se omitir! Não tenha medo dos tropeços da jornada. Não podemos esquecer que nós, ainda que incompleto, fomos o maior aventureiro da história.”

Augusto Cury

## LISTA DE SIGLAS

ACS- Agentes Comunitários de Saúde  
AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
ANS- Agencia Nacional de Saúde Suplementar  
ANVISA- Agencia Nacional de Vigilância Sanitária  
APS- Atenção Primária a Saúde  
AE- Ambulatório de Especialidade  
AVC- Acidente Cardio Vascular Cerebral  
CF- Constituição Federal  
CNS- Conferência Nacional de Saúde  
CPI- Comissão Parlamentar de Inquérito  
CSM- Conselhos de Saúde dos Municípios  
CIB- Comissão Intergestores Bipartite  
CTA- Centro de Testagem e Aconselhamento  
CAPS- Centro de Atendimento Psicossociais  
DST- Doença Sexualmente Transmissíveis  
ESF- Equipes de Saúde da Família  
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
LOS- Lei Orgânica de Saúde  
LOAS- Lei Orgânica da Assistência Social  
NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
NOAS- Norma Operacional da Assistência Social  
PSF- Programa de Saúde da Família  
PNAU- Política Nacional de Atenção as Urgências  
PPI- Programa de Pactuação Integrada  
PNPS- Programa Nacional de Promoção da Saúde  
PNUE- Política Nacional de Urgência e Emergência  
PNAISH- Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem  
PNAB- Política Nacional de Atenção Básica  
PAB- Piso de Atenção Básica  
SUS- Sistema Único de Saúde  
SNVS- Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SAE- Serviço de Assistência Especializada

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

TCG- Termo de Compromisso de Gestão

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

# SUMÁRIO

<b>1.0 INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>2.0 CONTEXTUALIZANDO A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL</b>	<b>18</b>
<b>2.1 A Política Nacional de Atenção Básica a Saúde do Homem e a Estratégia de Saúde da Família</b>	<b>41</b>
<b>2.2 Prevenção ainda a melhor solução</b>	<b>50</b>
<b>3.0 A IMPORTÂNCIA DA POLÍTICA DA SAÚDE DO HOMEM DIANTE DAS PROBLEMÁTICAS EXISTENTES NA POPULAÇÃO MASCULINA</b>	<b>55</b>
<b>3.1 Os impactos que são ocasionados nos familiares do público masculino</b>	<b>59</b>
<b>3.2 A inserção do serviço social na política da saúde do homem</b>	<b>61</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>66</b>

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar e formular reflexões sobre as políticas públicas de saúde para o homem, na Unidade Básica Dr. Ciro Tavares em Propriá, Sergipe. Avaliando desde a infra-estrutura local é a oferta de pessoal, profissionais de saúde é como se processam as atividades preventivas de saúde e atendimento, pormenorizando as análises dos programas governamentais que atendem a demanda masculina por saúde, levando em consideração os seguintes questionamentos: quem são os homens atendidos na Unidade Básica? Quais os principais problemas apresentados? Como se efetiva a Política Pública de saúde para o homem? Quais ações preventivas são levadas a comunidade? Para melhor responder a esses questionamentos, uma pesquisa quantitativa do tipo estudo de casa foi à escolhida, pois pode melhor dimensionar as atividades e ações da Unidade Básica apontando os dados implícitos e explícitos no contexto de atendimento e promoção de saúde. Colabora com esse estudo, uma pesquisa bibliográfica pertinente ao tema de autores como: Romeu Gomes, Ana Elisabete Mota, Fátima Grave Ortiz, Ana Maria de Vasconcelos, Maria Inês Souza Bravo, Marilda V. Yamamoto alicerçou e norteou o trabalho. A saúde no Brasil passa por mudanças constantes motivadas por diversos fatores, desde políticos sociais e econômicos, que foram dimensionadas a partir da Constituição Federal de 1988. Caracterizada como uma constituição prolixa é centralizadora, fato que dificulta a familiarização das pessoas com seus direitos, comprometendo sua implantação, também é garantidora e pode ser considerada uma constituição voltada ao cidadão, orientando a promoção da saúde, assim com educação, liberdade e de mais direitos. Instituíram condições para a criação e efetivação de uma saúde preventiva, qualitativa equânime e universalizada levadas à prática, pelos diversos programas em funcionamento, porém a discussão no campo político-ideológico leva em consideração a opção capitalista de modelo econômico, instituída no Brasil, onde segmentos como saúde são relegadas a desestruturação do sistema que utiliza vultosos orçamentos mal distribuídos e facilitador da corrupção que emperram a dinâmica de atendimento e não cumprem sua função social instituída pela constituição. Na explicitação dessa dinâmica de atendimento e seus problemas, é que esse trabalho justifica sua importância. Vale ressaltar, que as políticas públicas surgiram como garantidoras dos direitos sociais em diversas áreas sendo a saúde uma das mais importantes. Com a criação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, iniciou-se com maior intensidade ações de prevenção, atendimento e cuidados aos homens, que se inserem nesse contexto ainda com restrições, barreiras sociais e culturais que diminuem a capacidade de ação de política. É fato também, que essas ações de saúde direcionadas especificamente ao homem, articuladas com os demais programas existentes na rede pública necessita de uma maior divulgação midiática para atingir números mais abrangentes, diminuindo consideravelmente as ações de atendimento passando por ações de prevenção e acompanhamento, objetivo maior das políticas públicas de saúde.

Palavras Chave: Saúde no Brasil, Saúde do Homem, Sistema Único de Saúde.

# ABSTRACT

The present work aims to analyze and formulate reflections on public health policies for the man in Primary Care Dr. Ciro Tavares Propriá, Sergipe . Evaluating infrastructure from local instructor is offering staff health professionals is how to process the activity of preventive health care and detailing the analyzes of government programs that meet the demand for male health, taking into consideration the following questions : who men are treated in Primary Care ? What are the main problems ? How effective is the Public Health Policy for the man ? What preventive actions are taken to community? To better answer these questions , a qualifying research study was the type of home you choose, it can better scale the activities and actions of the Basic Unit pointing implicit and explicit data in the context of care and health promotion . Collaborates with this study , a relevant literature to the topic of authors such as : Romeo Gomes , Ana Elizabeth Mota , Fatima Ortiz , Ana Maria de Vasconcelos , Maria Inês Souza Bravo , Marilda V. Iamamoto , consolidate and guided the work . Health in Brazil undergoes constant changes driven by many factors , ranging from social and economic policy , which were scaled parti of the Federal Constitution of 1988 . Characterized as a long-winded constitution is centralized , a fact that complicates familiarize people with their rights , compromising its implementation , is also the guarantor and can be considered a constitution focused on citizens , guiding health promotion , as with education, freedom and more rights . Established conditions for the creation and execution of preventive health, qualitative and equitable universalized put into practice by the various programs in operation , but the discussion in political- ideological field takes into consideration the option of capitalist economic model established in Brazil , where segments such as health are relegated unstructured system that uses inconsiderable budgets misallocated and facilitator of corruption that hamper the dynamics of care and do not fulfill their social function established by the constitution. In explicating this dynamic service and its problems, is that this work justifies its importance . It is noteworthy that public policies have emerged as guarantors of social rights in several areas and the health of the most important . With the creation of the Comprehensive Policy on Human Health , began with greater intensity prevention, treatment and care to men , which falls within that context even with restrictions , social and cultural barriers that decrease the ability of policy action . It is also a fact that these actions specifically targeted to men healths , coordinated with other existing programs in public needs more media outreach to achieve more comprehensive figures , considerably decreasing the actions of care through prevention and monitoring , goal greatest public health policies .

**Key Words:** Health in Brazil, Men's Health, the National Health System

# 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou o direito da saúde para todas as classes sociais, tendo como um dos fatores principais para a efetivação do sistema foi a Constituição Federal (CF) de 1988, em contrapartida foi necessário fazer algumas mudanças para poder encaixar o SUS e sua dinâmica operacional e orçamentária, por ser um dos marcos frente à saúde no Brasil, seria necessário adaptá-lo ao montante de recursos destinados a esse fim. Vale lembrar que o SUS possui ações direcionadas a sociedade em caráter coletivo e individual, ações que tentam atingir uma grande totalidade da sociedade brasileira, desde quando foi criado em 1988.

Nesse contexto este trabalho visa formular análises e reflexões acerca das políticas públicas destinadas especificamente a prevenção de doenças e atenção ao homem, asseguradas no atendimento das equipes técnicas operacionalizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Neste estudo a Unidade Básica de Saúde Dr. Ciro Tavares na cidade de Propriá em Sergipe foi o lócus da pesquisa, buscando responder os seguintes questionamentos: quais políticas públicas de atenção e prevenção de doenças são especificamente destinadas ao homem? Quais estruturas são oferecidas? Quais programas estão em funcionamento na unidade? Quantos homens procuram a unidade para usufruírem dos programas? Quem são os homens atendidos na unidade? Além desses questionamentos tornou-se importante também, analisar as políticas públicas, sua historicidade e as mudanças no decorrer dos vinte e cinco anos da construção da Constituição Federal de 1988.

Para a confecção do estudo a pesquisa bibliográfica foi escolhida para fundamentar as análises norteando-as com referencial teórico pertinente ao tema, abordado pelos seguintes autores: Ana Maria Vasconcelos, Maria Inês Souza Bravo, Fátima Grave Ortiz, Marilda V. Yamamoto, Ana Elizabete Mota, Romeu Gomes, Roberta Uchôa, Vera Nogueira. A Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso foi escolhida e buscou explicitar os aspectos estruturantes e a dinâmica operacional dos programas e políticas públicas de saúde foram pesquisados na página do Ministério da Saúde na internet, especificamente os



dados da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa que abordou toda a reforma sanitária.

Partindo da premissa de que a saúde no Brasil acompanha, as mudanças de uma sociedade e é direito instituído na CF, eis um grande desafio, demonstrar que não atingir o homem com suas políticas fere princípios fundamentais do cidadão. Nesta pesquisa houve a preocupação precípua em demonstrar de uma forma clara e objetiva, o conceito e as prerrogativas desse direito. E com base nos dados obtidos que espera demonstrar como aconteceu e quais são as políticas públicas de saúde destinadas a atenção ao homem no Brasil.

Este estudo justifica sua produção por não ser mais um tema, o assunto em questão, retrata as dificuldades, encontradas no sistema de saúde para atingir o homem com um atendimento básico de qualidade. Insta salientar que os homens motivados por diversos fatores, não buscam com seriedade a assistência médica pública, quando algum problema é apresentado em seu estado físico ou psicológico, fato que pode trazer sérios problemas no prognóstico das doenças masculinas.

Enfim, a presente pesquisa propõe em primeiro plano contextualizar no seu primeiro capítulo uma breve historicidade da saúde no Brasil, relatando também a Política de Atenção Básica para o homem com ênfase a prevenção de doenças e atendimento. No segundo capítulo analisa-se a importância da política de saúde do homem frente aos problemas existentes. No terceiro capítulo explicita-se como o Serviço Social encontra-se inserido nesse contexto.

Fechando o tema reflete quanto a eficácia e abrangência das políticas públicas de saúde na atenção ao homem, que envolto na dinâmica papéis e comportamentos masculinos que os afasta da prevenção e da atenção, em saúde, dificultando as ações diagnósticas e posterior tratamento.

## **2. CONTEXTUALIZANDO A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.**

A questão da saúde pública no Brasil antes da Constituição Federal de 1988, não era vista como dever do Estado, e assim cada indivíduo que necessitasse de atendimento seria obrigado a pagar para obter tais serviços, chegando a morrer antes mesmo de serem atendida, levada por falta de condições financeiras atreladas a postura econômica capitalista que o país escolheu para gerir suas diversas políticas de assistência.

Vale ressaltar que o Brasil passou por grandes crises para enfrentar as desigualdades sociais existentes no país. Sendo assim a Constituição Federal de 1988 consegue inverter as inúmeras injustiças voltadas aos que estavam em situação de risco, para os mesmos era impossível ter uma saúde de qualidade.

A luta pela efetivação do SUS veio através das necessidades da sociedade. As reivindicações que guiaram o movimento, que se intitulou movimento sanitaria, que veio através dos secretários, resolve-se acelerar a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986.

A luta pela efetivação do SUS nasceu das necessidades da sociedade. As reivindicações norteadoras do movimento ficaram conhecidas como movimento sanitaria que instituíram como apoio dos secretários, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

Concomitantemente, vale apontar que o SUS foi definido pela Constituição Federal de 1988, instituindo que o Estado deve prestar aos indivíduos uma saúde qualitativa, universal e equânime. De acordo com Lei 8.080/90 no seu artigo 2º “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Devido à implantação do SUS, foi possível perceber mudanças satisfatórias nas avaliações que apontaram um fortalecimento no vínculo do setor público e no atendimento universalizado, além de diminuir a responsabilidade do setor privado, nos serviços de saúde prestados.

Apesar dos avanços, o SUS, teria que ser operacionalizado imediatamente, motivo do mesmo ser implantado com o propósito de melhoria

de condições da saúde pública, já com uma grande demanda reprimida, infelizmente os resultados não foram propícios ao esperado. (BRAVO, 2009).

A efetivação do SUS, só se iniciou em 1990, no governo de Fernando Collor de Mello, pela primeira vez eleito com o voto popular, para presidente da republica, sendo que o mesmo não quis o comprometimento com a reforma sanitária, mesmo sabendo que a reforma era um dos pontos principais para a saúde, que surgiu com as lutas de um movimento contra a ditadura, com um documento denominado Saúde e Democracia, estruturadas nas comunidades, nos serviços de saúde, nos sindicatos, nas universidades resultando no pacto social dentro da Constituição Federal, constando que: “a Saúde é direito do cidadão e dever do Estado”. (BRAVO, 2009).

Contudo a Reforma Sanitária teve o objetivo de buscar a construção de práticas democráticas, diante das Conferências realizadas. Apesar dos problemas que existiu, a Reforma Sanitária veio adquirindo avanços na área da saúde, que foi de fundamental importância para a sociedade. Vale ressaltar que o projeto voltado a Reforma Sanitária só foi recuperado no ano de 1992. E apesar desses impasses Fernando Collor aprovou a Lei Orgânica de Saúde (LOS), que explicita todas as competências e organizações do SUS. Constituído por conjuntos de variadas ações e serviços de saúde, prestados ao país, pela administração das fundações que são mantidas pelo poder publico e a iniciativa particular que permitia a participação deste sistema de maneira complementar. (MOTA, 2009).

Os princípios, instituídos pela Constituição Federal de 1988, indicam a democratização de ações prestadas pelos serviços de saúde, deixando assim, de ser privado e passando a ser gratuito e universalizado, deixando também de ser centralizado passando a nortear-se pela descentralização.

Com a determinação que responsabilizava o Ministério da Saúde por todas as ações preventivas e de cuidados de atendimentos de saúde, melhorando consideravelmente a saúde pública no Brasil, descentralizando alguns setores cruciais para uma maior celeridade nas ações.

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS obedecem aos seguintes princípios:

- I- universalidade de acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência.
- II- integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
- III- preservação da autonomia das pessoas da defesa de sua integridade física e moral.
- IV- igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
- V- direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.
- VI- divulgação de informações, quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.

O SUS tem a universalidade como principal princípio, afinal a saúde é um direito de todos, de acordo com a Constituição Federal de 1988. O Estado tem o dever de prover atenção à saúde, e é impossível tornar todos sadios por força da lei. A realização da 9ª CNS que aconteceu em Brasília, entre os dias 9 a 14 de Agosto de 1992, coincidiu com uma crise ética e política motivada por investigações de corrupção no Governo Fernando Collor de Melo e do Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), que apontava para grandes desfalques em diversos setores do governo e especificamente na saúde. (MOTA, 2009).

O Ministro da Saúde confiou a 9ª conferência o dever de encontrar meios para a municipalização da saúde assim como definia a Constituição e a legislação do SUS, foi realizada colocando em plano principal os interesses da população para que participasse e alcançasse uma melhor qualidade de vida e saúde, desta forma pudesse superar a crise.

As discussões geradas na conferência, apontaram um distanciamento nos princípios, diretrizes e normas alcançadas pela população, mostrados na Constituição de 88 e nas leis complementares na implantação do SUS no Brasil. Foram aprovadas diversas propostas como a não privatização do setor saúde; a implantação efetiva do SUS; a expansão do setor público estimulando seu pleno funcionamento e garantia de qualidade. Nesse contexto foi considerada essencial para a implantação do SUS, a integração das Políticas de Saúde; o desenvolvimento de programas interinstitucionais que aumentassem a capacidade de intervenção estratégica e operacional da União, dos estados e municípios sobre as doenças de impacto coletivo. (MOTA, 2009).

Vale ressaltar que antes de todos esses processos, há algumas décadas atrás o Ministério da Saúde juntamente com as Secretarias de Estado da Saúde antecedeu a criação do SUS, tendo responsabilidade com as atividades da saúde pública e ações assistenciais para os grupos de maior risco e das doenças. E com toda a legislação complementar seguiu-se o processo da descentralização da saúde, demonstrando transparência e novas definições para cada grau de governo.

Lembrando que a descentralização do SUS é fundamentada por três níveis, também chamada de esferas: nacional, estadual, e municipal, e cada uma com um comando único e atribuições próprias. Os municípios estão assumindo um papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde, e as transferências passaram a ser fundo a fundo, ou seja, baseada em sua população e no tipo de serviço oferecido, e não no número de atendimentos. Com a Hierarquização e Regionalização, os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade, o nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os outros devem ser utilizados apenas quando necessário.

Em se tratando disso, segundo o Ministério da Saúde:

O Ministério da Saúde estabelece cooperação financeira com órgãos das três esferas e com entidades públicas e privadas mediante três formas de descentralização de recursos:

- Transferência de recursos, pelo Fundo Nacional de Saúde aos municípios, estados e Distrito Federal, de forma regular e automática (repasse fundo a fundo).
- Remuneração de serviços produzidos, que consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços prestados junto à população.
- Celebração de convênios e instrumentos similares, com órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal, prefeituras municipais e organizações não-governamentais, interessados em financiamentos de projetos específicos na área da saúde.

As três formas de descentralização apresentadas possuem suas peculiaridades e, portanto aplicabilidade. No entanto a sistemática fundo a fundo tem os objetivos e princípios do SUS. (BRASIL, 2000. P, 34)

A descentralização deu celeridade aos convênios, agilizando a prestação de serviços de saúde por áreas do governo e entidades que anteriormente se

perdiam na emaranhada burocracia, orçamento e descompromisso do governo com a saúde pública dando origem as diversas formas de corrupção com o dinheiro público.

A 10ª Conferência surge pela enorme necessidade de implantação de fortalecimentos de ações de saúde com respaldo orçamentário que garantisse a continuidade do sistema. E pelo fato do SUS estar enfrentando a época, especificamente no início dos anos 1990, grandes restrições orçamentárias tornaram crucial que se realizasse uma conferência, fato que se concretizou em 1996 e teve a cidade de Brasília como palco para as entidades e instituições nacionais, o ministro da Saúde o senhor Adib Jatene acompanhou os trabalhos e participou ativamente nas discussões.

A Comissão Organizadora do evento apresentou um diagnóstico, mensurando o grau de consolidação do SUS em 1996, segundo o diagnóstico, verificou-se a diminuição de fraudes, e uma queda na taxa do índice de doenças e mortes, e a manifestação favorável por parte da população. Destacava também o sucesso dos PACS dos municípios e do Programa de Saúde da Família (PSF).

No mesmo diagnóstico os organizadores da Conferência mostram a preocupação com a figura pública do SUS, não só pelas suas próprias insuficiências, mas também pelas pesadas heranças anti-sociais que teve seus interesses advertidos pela implantação do SUS, que vão desde o modelo anterior da saúde, até setores atrelados a idealização econômica e social que recusaram o princípio da solidariedade social e do desenvolvimento da ciência e tecnologia. Embora com a implantação do SUS, boa parte da população não sentia uma melhoria no atendimento proposto pelo novo sistema e deixava-se levar pela versão destruidora da saúde pública. (MOTA, 2009)

Através dos Conselhos e das Conferências de saúde, o Controle Social do SUS teve um grande desenvolvimento onde começou a revelar-se a partir de 1994 com a implementação das Normas Operacionais Básicas (NOB)-93, que melhor sistematiza o processo da descentralização. A partir da 10ª CNS em setembro de 1996, o empenho pela implantação da NOB-96 durante todo o ano de 1997 e sua implementação em 1998, apressou a criação de Conselhos de Saúde dos Municípios (CMS), estimado hoje em mais de 4.000 (quatro mil). Com a nova Constituição da República, muitas iniciativas institucionais, legais e

comunitárias criaram condições de viabilização plena do direito à saúde. Assim destacam-se, no âmbito jurídico institucional, as chamadas LOS. (MOTA, 2009)

Com a Lei Nº 8.080/90, fica regulamentado o SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que junta todos os serviços estatais, dos domínios federal, estadual e municipal e os serviços privados e que é responsabilizado, ainda pela concretização dos princípios constitucionais. As NOB, por sua vez, orientam o SUS, se voltando, mais direta e imediatamente, para o sentido de estratégias e movimentos táticos, que dirigem a operacionalidade deste Sistema. A NOB tem como objetivo principal promover exercício, por parte do poder público na função de administrador voltado à atenção da saúde dos municípios, e por conseqüência disso a redefinição de responsabilidades dos Estados, da União, avançando para a consolidação dos princípios do SUS.

Ao mesmo tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, a NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, no alcance em que redefine:

- a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social. (BRASIL, 2006. P, 07)

A gestão do SUS como base na NOB, reforça a idéia da descentralização das ações e tomada de decisões, conferindo agilidade para, adequações as necessidades verificadas no sistema. Enfatizou-se também em maior controle e

acompanhamento dos índices e números contabilizados na prática cotidiana das ações do SUS.

Nesse contexto, o estado tem com a garantia da programação integrada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ao Conselho de Saúde correspondente. O debate de eventuais empecilhos, relativos à sua operacionalização, no local dessa Comissão, com responsabilidade do gestor estadual, a solução dos problemas surgidos na execução das políticas aprovadas.

Outro ponto importante é o comando das instituições de saúde de um município que executa os serviços sejam estes estatais ou privados. Portanto, a relação do comando deve acontecer somente com a presença do gestor municipal onde as instituições estão sediadas, seja para o atendimento local ou para atender outros municípios. (BRAVO, 2010)

A necessidade da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) surgiu diante de uma crise, quando se percebeu a necessidade de responsabilizar um novo órgão, diante disso após a promulgação Lei nº 9.782, de 26 de janeiro 1999, criou-se a ANVISA, tendo a mesma tem a responsabilidade de coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e atuar nas questões da esfera federal, coordenando e supervisionando a execução de todas as ações sanitárias voltadas ao Brasil. (BRAVO, 2010)

Além disso, a ANVISA determina normas gerais, presta serviços técnicos e financeiros promovendo parceria ao SNVS. Vale lembrar que a agência é responsabilizada pelo controle sanitário de serviços de saúde, fronteiras e recintos alfandegados, aeroportos, portos e produtos. Segundo a Lei 8.080/1990:

Art. 1º O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária compreende o conjunto de ações definido pelo § 1º do art. 6º e pelos arts. 15 a 18 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, executado por instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.



O conjunto de ações de vigilância descentralização responsabilidades, reforçando também o papel normatizador SNVS para a prática de alguns procedimentos e ações de saúde nas esferas estaduais e municipais. Este controle dessas ações pelo sistema, não diminui o trabalho de instituições ligadas ao governo que operacionalizou ações de vigilância e saúde, reforçado no artigo segundo da referida Lei:

Art. 2º Compete à União no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:

- I - definir a política nacional de vigilância sanitária;
- II - definir o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- III - normatizar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde;
- IV - exercer a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo essa atribuição ser supletivamente exercida pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;
- V - acompanhar e coordenar as ações estaduais, distritais e municipais de vigilância sanitária;
- VI - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios;
- VII - atuar em circunstâncias especiais de risco à saúde; e
- VIII - manter sistema de informações em vigilância sanitária, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

§ 1º A competência da União será exercida:

- I - pelo Ministério da Saúde, no que se refere à formulação, ao acompanhamento e à avaliação da política nacional de vigilância sanitária e das diretrizes gerais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- II - pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVS, em conformidade com as atribuições que lhe são conferidas por esta Lei;
- III - pelos demais órgãos e entidades do Poder Executivo Federal, cujas áreas de atuação se relacionem com o sistema.

§ 2º O Poder Executivo Federal definirá a alocação, entre os seus órgãos e entidades, das demais atribuições e atividades executadas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, não abrangida por esta Lei. (BRASIL. 2006. P, 28).

As definições do papel função e objetivos do SNVS são explicitados agenciarão suas responsabilidades. Cabe a União avaliar tais ações para ofertar melhor garantias e orçamentos estruturantes dessa dinâmica operacional.

Vale lembrar que a ANVISA conquistou muitos avanços seja ele no campo da regulamentação ou na coordenação do SNVS. Há ANVISA, nesses anos de existência sempre vem dando sua contribuição direta a população,

pondo como prioridade a saúde da população, assegurando a segurança sanitária de todos os produtos.

O PSF foi considerado como estratégia estruturante da organização do sistema de saúde. Em meados do ano de 2000 foi criado o departamento de Atenção Básica para concretizar a Estratégia de Saúde da Família. Os princípios do PSF são: Caráter substitutivo dos modelos assistenciais de Atenção Primária a Saúde (APS) no país; Programas de saúde pública; Atendimento à demanda espontânea; Integralidade; Intersetorialidade: trabalho intersetorial, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; Equipe multiprofissional – a demanda estruturada; Responsabilização e vínculo: participação na dinâmica social das famílias assistidas e da comunidade; Participação social - participação da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações. (MOTA, 2009)

O foco principal do PSF é o trabalho em equipe a busca constante de comunicação e experiências conhecendo as equipes e deste saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, de: Um médico de família; Um enfermeiro; Um auxiliar de enfermagem; 06 agentes comunitários de saúde. Quando expandida, conta ainda com: Um dentista; Um auxiliar de consultório dentário; Um técnico em higiene dental.

As equipes de PSF trabalham nas unidades básicas de saúde, nos domicílios e em mobilizações comunitárias, intervindo nos fatores de riscos, onde a comunidade está exposta, prestando assistência integral, permanente e de qualidade. A procura habitual pelo serviço de saúde do PSF, esta ligada a melhoria em alguns serviços secundários que estão sendo mais efetivo, outro exemplo é a queda na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal. (MOTA, 2009)

Nessa mesma época com a priorização da Reforma Sanitária lançaram-se algumas iniciativas, e um dos primeiros foram o Programa Nacional de Controle e prevenção de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), onde passou a contar com os serviços municipais de saúde especializados em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), HIV e AIDS, gratuitos pelo SUS para todos os brasileiros, associados aos SUS, e as equipes atendem em unidades de saúde de segunda a sexta-feira, esta possuem Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que oferecem serviço estruturado para atividades de prevenção, aconselhamento e

testes para DST, HIV/AIDS e Hepatites B e C, a equipe é composta por técnicos de diversas categorias profissionais. Serviços de Assistência Especializada (SAE), ofertando serviço de saúde capacitado para atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento para pessoas com DST/HIV/AIDS, em condição ambulatorial e Hospital-Dia. Conta com uma equipe multiprofissional, como médicos em varias especialidades. Centro de Referência em DST/AIDS – CR disponibiliza serviço de maior resolutividade, composto como referência aos serviços de menor complexidade. Oferta níveis de atenção semelhante de um SAE, mas tem capacidade para procedimentos diagnósticos mais abstrusos como endoscopia, ultra-sonografia e radiologia. Ambulatório de Especialidades (AE), podendo contar com serviços ambulatoriais no qual são atendidas diferentes especialidades, incluindo equipe específica para a prevenção e atendimento às DST/HIV/AIDS. (BRAVO, 2010)

Além de todas essas mudanças o governo tenta combater o tabagismo, logo em seguida, trouxe a estabilidade da Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a primeira tentativa deu-se inicio nos anos 90, mas como não deu resultado, em 1997 passou a iniciar a integração agência e sociedade juntamente ao governo, tendo como mais um avanço a regulamentação no ano de 1998, foi daí que veio a energização para a efetivação e implantação da ANS, iniciada em abril de 2000.

Januário Montone contextualiza muito bem as mudanças ocorridas:

A Agência Nacional de Saúde Suplementar foi criada em novembro de 1999 através da Medida Provisória n.º 1.928, aprovada pelo Congresso Nacional, e convertida na Lei n.º 9.961 em 28 de janeiro de 2000. O processo de regulamentação do setor pode ser periodizado em três etapas. (MONTONE, 2000. P.18)

Sendo assim, para o desenvolvimento da ANS seria necessário conseguir informações sobre a população, para daí então estender a área suplementar da saúde, é fato que naquela época nenhum desses objetivos foram alcançados, é foi mais um desafio teve que ser superado, pois com toda esta carência de dados e distantes de ser sistematizados, ocorreram todos esses problemas, mesmo para ampliar a ação da ANS necessitava dessa pesquisa detalhada,

mais com toda eficiência ao longo do tempo foi possível trabalhar em conjunto ao lado de outra agência, que possibilitou precisão sobre os dados que necessitavam.

A ANS necessita de dados cada vez mais precisos para calcular e mensurar ações e custo na área de saúde, trabalhando ou não com agências públicas ou privadas. Neste contexto a saúde complementar era fato novo e poderia servir para diminuir arestas deixadas pelo Estado em suas ações de saúde. Muito bem explicita essa temática o autor Januário Montone quando relata que:

O setor de saúde suplementar pode ser classificado em quatro segmentos, alguns com subsegmentações cada demais expressivas: Medicina de Grupo – Opera com os chamados convênios médico-hospitalares, em que podem ser identificados três diferentes tipos: As operadoras que não possuem rede própria; As que possuem rede própria; As associadas a hospitais filantrópicos.

Cooperativas – Além dos serviços dos próprios cooperados, operam os chamados convênios médico-hospitalares, com rede própria crescente;

Autogestão–Sistema fechado com público específico, vinculado as empresas - públicas e privadas – ou a sindicatos e associações, igualmente subdivididas entre aquelas que operam a assistência através de departamentos próprios dessas companhias e aquelas que a operam através de entidades vinculadas;

Seguradoras – Além do seguro-saúde propriamente dito, sujeitos à regulamentação específica operam produtos com todas as características de planos privados de assistência saúde na forma da legislação. (MONTONE 2000, p.09)

A área de saúde complementar não consegue com suas subdivisões atingir a grande demanda deixada pela saúde pública do Estado utilizando de hospitais e infra-estruturas públicas e cobra dos seus conveniados preços incompatíveis com a qualidade dos serviços oferecidos, explicitando uma grande necessidade de fiscalização por parte da ANS.

Ainda no ano de 2000 aconteceram os primeiros cadastramentos de medicamentos genéricos, outro braço operacional das agências de saúde do governo, foram de principio 189 cadastros e licenças de produção também se incentivaram a importação de substâncias e medicamentos genéricos diminuindo os custos de aquisição. A Lei nº 6. 360 de 23 de setembro de 1976,

que dispõe sobre a vigilância sanitária, também dispõem sobre o medicamento genérico:

Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.

XXI – Medicamento Genérico – medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI; (BRASIL, 2006. P, 12)

Depois da promulgação da Lei 6.360/76 houve uma popularização de substâncias e remédios com preços mais acessíveis para a população, intensificando as fabricações nos países de remédios e substâncias para tratamentos e prevenção de doenças, fato que exigiu das agências de controle brasileiras uma maior adequação nova dinâmica.

E mesmo com tantas evoluções ocorridas ao longo do tempo na saúde brasileira, percebeu-se a necessidade de instituir também ao indígena como parte do SUS, diante disso foi criada a Lei Arouca, isso só ocorre porque o Senado Federal em 1999 aprovou Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, A titulação desta lei veio através do Senador Federal Sergio Arouca, o mesmo foi um marco para a qualidade de vida dos indígenas brasileiros. Sendo assim a Lei nº 8.080/99, veio estabelecendo o seguinte:

O capítulo V da norma trata do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. No documento está prevista a obrigatoriedade de “levar em consideração a realidade local, as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional”.

O texto prevê, ainda, que “as populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e a centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde”.

Além disso, determina que “as populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso”. (BRASIL, 2009.p, 13).

A Lei 8.080/99 abriu um precedente para que os olhos do Estado se voltassem para o atendimento aos índios e outras minorias que comumente na eram assistidos nas suas espluficidades, além de incluí-los nos contextos democráticos de avaliação e discussão dos orçamentos, iniciativas e ações referentes à saúde.

Segundo uma cronologia de fatos que marcaram a saúde no Brasil, no ano de 2001, foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica, onde proporcionou o início dos atendimentos aos pacientes com transtornos mentais, pois a quantidade de pessoas com este problema veio aumentando, além de haver uma exclusão desta sociedade, então esta lei veio para amparar a toda essa população. Esta lei veio ofertando novos atendimentos criando os Centros de Atendimentos e Psicossociais (CAPS), além dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e entre outros.

Vale lembrar que esta lei regulamentou o tratamento e a atenção aos transtornos mentais, eliminando a internação nas instituições psiquiátricas que possui características de asilos, criando vários programas e proporcionando tratamentos humanizados.

Com um novo governante no Brasil, Luiz Inácio Lula da Silva, a expectativa pelo fortalecimento no SUS era grande, sendo assim, foi criada a secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, com o propósito de desenvolver recursos humanos voltados à saúde e regularizar as profissões além do mercado de trabalho voltado a saúde. A autora Maria Inês Souza Bravo retrata muito bem a intencionalidade desta secretária:

A criação desta secretaria busca enfrentar a questão de recursos humanos para o SUS, em que é um grande problema de estrangulamento do sistema. Ressalta-se, entretanto, uma das medidas fundamentais de recursos humanos refere-se à Norma Operacional Básica (NOB) de Recursos Humanos e esta ainda não foi implantada apesar de aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde desde 2002. (BRAVO, 2009. P, 87).

Ainda no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, percebendo as necessidades de Atendimento Móvel, daí foi criado em 2003 o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), como o principal componente da

Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que veio com o intuito de favorecer a vida das pessoas a certeza de que ia garantir qualidade no atendimento no SUS. Este um programa do Governo Federal, em parceria com os Governos Estaduais e Municipais foi financiado com a finalidade de socorrer a população em casos de emergência e urgência, levando em conta uma estrutura bem montada, com profissionais bem qualificados.

O SAMU conseguiu assim, diminuir o número de mortes, tempo de internação hospitalar, seqüelas que acontecem por falta de um socorro rápido e eficiente, funcionando 24 horas por dia, sete dias por semana, atendendo por chamada exclusiva 192, na Central de Regulação Médica do SAMU, que verifica o caso e envia uma ambulância, se o caso for de alta complexidade, ela envia outra ambulância, a ambulância Unidade de Terapia Intensiva (UTI), às vezes não precisando mandar a ambulância pela baixa complexidade, o médico de plantão poderá só orientar como se deve fazer, isso é um benefício que a população está ganhando, podendo ter uma escuta médica 24 horas por dia.

O modelo deste serviço veio da França em 1986, cujo nome Service d'Aide Médicale d'Urgence, também se chama SAMU, e é um atendimento que é considerado como o melhor do mundo, informa os especialistas. Neste modelo as equipes iguais as do Brasil são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliar ou técnicos de enfermagem e motoristas socorristas.

O SAMU teve início no Brasil, através de um acordo de dois lados, que foi assinado por Brasil e a França e não americano, com uma solicitação do Ministério da Saúde, no qual escolheu o modelo francês, por que as viaturas vêm com a presença de médicos e toda a sua equipe, já o modelo dos americanos é exercido por paramédicos. Segundo relatório do Ministério da Saúde SAMU:

Nos dias atuais contam com, 147 SAMU no Brasil, existentes em todos os Estados Brasileiros e no Distrito Federal. Com isso 1.199 municípios existem o SAMU, total de 104.566.844 milhões de pessoas é atendidas e protegidas pelo SAMU, além desses municípios, onde o SAMU já atende o Ministério da Saúde, com a PNAU, vão implantar este serviço em todos os municípios do Brasil, juntamente com o governo Federal, Estadual e Municipal. (BRASIL, 2006. P 13)

O SAMU realmente preencheu lacuna existente na prestação de serviços públicos de saúde, quando ao atendimento e socorro de urgência, folha que aumentavam o número de mortes por falta de atendimento. Essa iniciativa também serviu para descentralizar os serviços de urgências de baixa, média e alta complexidade que foram também direcionados aos hospitais regionais do interior brasileiro.

Com a finalidade de melhoria das ações do SUS, criou-se o Pacto pela Saúde como um de compromissos, entre três gestões, a União, Estados, e Municípios. A efetivação do Pacto pela Saúde surge com apoio de Municípios, Estados, e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), renovando anualmente substituindo os complicados processos de habilitação criando metas e importantes compromissos para cada pessoa da Federação.

O Pacto foi aprovado em unanimidade pelo CNS e em 22 de Fevereiro de 2006 foi publicado, o pacto pela Saúde tem o objetivo de ocasionar a melhoria dos serviços que são ofertados à população e assim garantirem o acesso a todos. O seu acordo é constituído para um processo de assistência permanente entre os gestores e ajuste local, estadual, federal e regional. (BRASIL.2006)

O Pacto de defesa do SUS mostra como os administradores do SUS demonstram os compromissos com a permanência do processo da Reforma Sanitária Brasileira e pronuncia todas as ações que mostrem melhorar e certificar o SUS como uma política pública. (BRASIL. 2006)

Explicita também o movimento de responsabilização da saúde, com uma estratégia de mobilização social, atrás de um financiamento ajustado com as necessidades de saúde, e de Federados colocando junto com as determinações e direitos promulgados pela CF de 1988.

O Pacto oferta também diretrizes, e ações, suas iniciativas de promoção a cidadania, como estratégia social, tendo a saúde como um direito, e algumas de suas ações mais importantes são: conversas com a população, além de limitar o que SUS institucionalizou, divulgando o número de ações promovidas e o número de usuários do SUS.

O Pacto de Gestão valoriza a solidária relação entre os gestores, mostrando as suas responsabilidades e diretrizes, cooperando para a fortificação da gestão em cada ação: Participação e Controle Social,



Descentralização, Planejamento no SUS, Regionalização, Financiamento do SUS, Programação Pactuada da Integrada (PPI), Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial, Gestão do Trabalho na Saúde e Educação na Saúde, vale ressaltar, que o pacto pela Vida aumenta e reforça o movimento da gestão pública no SUS, também instala um conjunto de compromissos sanitários e prioritários, combinado de forma tripla, a ser providenciado pelos Federados. Sendo assim o pacto possuiu três esferas com o propósito de melhoria na saúde, que assim dão continuidade ao desenvolvimento e efetivação do SUS. (BRASIL. 2006)

O Pacto de Gestão e suas normas operacionais os seguintes artigos e diretrizes definidos pelo Ministério da Saúde:

Art. 1º - Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

Art 2º - Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria.

Art. 3º - Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

I – O PACTO PELA VIDA: O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

II – O PACTO EM DEFESA DO SUS: O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania.

III – O PACTO DE GESTÃO DO SUS: O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS,. (BRASIL.2006. P. 10)

A definição de suas prioridades é estabelecida por metas nacionais, regionais, municipais, e estaduais, e são seis prioridades, como: Saúde do idoso, Controle do câncer de colo do útero e de mama, Redução da mortalidade infantil e materna, Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, e influenza, e Promoção da Saúde e Fortalecimento da Atenção Básica. (BRASIL. 2006)

A Política Nacional de Atenção Básica refere-se a um conjunto de ações voltado à saúde, a prevenção, a promoção, a manutenção, a reabilitação, a proteção, no tratamento e no diagnóstico da saúde, vale lembrar que existem práticas desenvolvidas de gerenciamento sanitários democráticos e participativos, como forma de desenvolvimento do trabalho em equipe, mostrando à população as regiões que são delimitadas, sendo assim assumem a responsabilização sanitária, levando em consideração a dinâmica que existe no local em que vivem essas pessoas. (BRASIL. 2006)

A Atenção Básica por sua vez considera o indivíduo como uma particularidade, na problemática, na inserção cultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de algumas doenças reduzindo danos ou angústias que poderiam comprometer suas possibilidades de viver saudável.

Lembrando que, à operação da Atenção Básica, se define em áreas-estratégicas que atuam em todo o território nacional para eliminar a hanseníase, controlar a tuberculose, a hipertensão arterial, os diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a do idoso, a do homem, a bucal e a promoção da saúde.

Para que esse processo de participação da atenção possa ser realizado, os pactos de indicadores da Atenção Básica tomam como objeto as metas anuais alcançadas em relação a indicadores de saúde. Esse processo vai seguir regulado ao Pacto de Gestão. Os gestores vão poder acordar na CIBs indicadores estaduais de Atenção Básica e acompanhá-los em seus territórios. (BRASIL. 2006)

No ano 2006 na tentativa de oferecer novas melhorias a saúde, criou-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), atualmente efetivada dando autenticidade e expansividade na promoção de saúde no SUS. Esse processo revelou não só uma quantidade conceitual, e da práxis cotidiana do sistema de saúde do Brasil, como também a importância da avaliação situacional em saúde com foco nas ações sanitárias. A PNPS ratifica o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. (BRASIL. 2006)

A promoção da saúde possui várias estratégias e ações de saúde, ou seja, agir e operacionalizar as variadas políticas e tecnologias elaboradas no sistema brasileiro, contribuindo em toda construção das ações que irão possibilitar respostas às necessidades sociais em saúde.

A Estratégia de promoção no SUS é dada como uma alternativa de enfoque as diferenças determinantes de todo o processo de saúde-doença em nosso país como a habitação, falta de saneamento básico, fome, dificuldade de acesso a educação, entre outros.

O objetivo geral da Promoção à Saúde ofertar uma melhoria de vida além de diminuir a vulnerabilidade e perigos a saúde direcionada aos seus usuários, a qualidade de trabalho, educação de qualidade, acesso a bens e a serviços essenciais.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

I – Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica.

II - ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral a saúde e minimizar ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras)

III- Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, tantas atividade-meio como, como os das atividades-fim.

#### DIRETRIZES

I. Reconhecer nas promoções da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria e de saúde.

II. Estimular as ações intersetoriais buscando parceiras que propiciam o desenvolvimento integral das ações de promoções da saúde.

(BRASIL. 2006, p. 19 e 20)

A promoção da saúde envolve todos os setores do ministério que possam articular infraestrutura, orçamentos e recursos humanos, no intuito de levar saúde em seus multifacetados aspectos, para todos os brasileiros em todos os recantos do país.

Ainda fazendo breves relatos da historicidade da saúde no Brasil, chega-se a 12ª CNS que ocorreu em um momento decisivo e importante para a saúde pública brasileira. Ela foi adiantada em um ano para que as propostas norteassem as ações do governo no período de 2003 a 2007, também teve uma grande e importante participação da população, tanto nas etapas municipais, estaduais e nacionais. Com o intuito de reafirmar o direito a saúde, os principais temas foram assim divididos, direito á uma saúde de qualidade, a seguridade social e a saúde, a intersectorialidade das ações da saúde, as três esferas do governo e a construção do SUS, entre outros.

Em Novembro de 2007, ocorreu a 13ª CNS no Distrito Federal (Brasília), e seu tema foi: Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento. Suas temáticas foram: Desafios para a efetivação do direito humano a saúde no século XXI; Estado e Sociedade e Padrões de Desenvolvimento, Políticas Públicas para a saúde e qualidade de vida; o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde, e a Participação da sociedade na efetivação do direito humano a saúde.

Todos os temas foram debatidos em mesa sendo que nesta mesa teve a participação de quatro expositores além de mais um participante que debateu sobre as discussões, justamente com convidados e delegados, com isso a estrutura da 13ª Conferência foi mobilizada por milhares de pessoas no Brasil. As CNSs foram criadas para observar os avanços do SUS e propor diretrizes para reformular as políticas de saúde. Nela se encontram representantes de vários segmentos da sociedade que na atualidade acontecem a cada quatro anos.

Dando continuidade aos fatos que fortalece o SUS, a criação das Unidades de Pronto Atendimento que tem como sigla, a (UPA 24h), que funciona como se fosse uma unidade hospitalar de média complexidade colocado em várias cidades do nosso país, assim fazendo parte do Sistema Único de Saúde. Elas foram criadas com o intuito de fazer o intermédio entre as UBS e os hospitais, as unidades também diminuem as filas dos prontos-

socorros dos hospitais, pois evita que os casos de menor complexidade, passem para as unidades hospitalares. As unidades são criadas pelas prefeituras municipais, ou pelo governo do estado com o acompanhamento do governo federal, elas estão inseridas em todo lugar do Brasil. A UPA funciona 24 horas por dia, e oferta uma estrutura simples, com médicos, raios-X, e exames laboratoriais, assim eles solucionam muitos casos na própria unidade, analisando se é mesmo necessário encaminhar o paciente para um Hospital ou ficar lá mesmo em observação por 24 horas. As UPA fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência (PNUE) e foram criadas pelo Ministério da Saúde no ano de 2003, assim organizando a rede de urgência e emergência no Brasil. As unidades são criadas em lugares ou pontos estratégicos, com o objetivo de levar o usuário às redes de urgência, classificação de risco, acolhimento, relacionando também o trabalho do SAMU, que assim organiza a entrada dos atendimentos, encaminhando a pessoa para o acesso ao serviço de saúde adequado a sua situação.

Percebendo a necessidade de ampliar os atendimentos de saúde, surgiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família- (NASF) criado pelo Ministério da Saúde no ano de 2008, com o intuito de dar um apoio maior à consolidação da Atenção Básica no nosso País, aumentando os pedidos de saúde na rede de serviços, com resolução e uma grande abrangência no alvo das ações.

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. ( BRASIL.2006 p. 11).

Nos dias atuais ele é regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configurando as equipes multiprofissionais que estão atuando de um jeito integral com todas as Equipes de Saúde da Família (ESF), e as de

atenção básica para as populações identificadas e especificadas, como as mais carentes: equipes ribeirinhas e fluviais, e alguns consultórios na rua, juntamente com o Programa Academia da Saúde.

Com isso, realiza discussões de casos clínicos, dando possibilidade ao atendimento compartilhado entre os profissionais na Unidade de Saúde como também nas visitas domiciliares, permitindo assim a construção de grandes projetos de terapias que aumenta e qualifica as intervenções no local determinado e na saúde de grupos da população, além de facilitar o acompanhamento desses usuários. As ações de saúde pode ser também intersetoriais, focado na prioridade das ações de promoção e prevenção a saúde, levando à sociedade a conscientização de uma saúde de melhor qualidade. (BRASIL.2006).

Antes existiam duas modalidades de NASF, o primeiro deveria ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Profissional da Educação Física, Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista, Médico Pediatra, e Médico Psiquiatra) e que deveriam conter de 08 a 20 Equipes de Saúde da Família e o segundo deveria ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social, Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, e Terapeuta Ocupacional), e que precisariam ter no mínimo 03 Equipes de Saúde da Família. Assim os municípios, inclusive o Distrito Federal ficam proibidos de implantar as duas modalidades no mesmo local ou território. (BRASIL.2006).

O Ministério da Saúde criou também uma terceira modalidade de equipe do NASF, o NASF 3 que está publicado na Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, com o intuito de abrir a possibilidade para que qualquer município do país, possa implantar o NASF na sua região, tendo ao menos uma ESF em cada município, para trabalhar juntamente com o NASF em um trabalho multidisciplinar, essa criação permitiu fazer com que os municípios por mais vulneráveis que sejam, não usem de desculpas para a não implantação do sistema NASF, que irá ser mais uma promoção satisfatória de saúde para os

usuários daquela região, efetivando assim o direito de uma atenção especializada. São caracterizadas da seguinte forma:

I - A modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

- a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;
- b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e
- c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal.

II - Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);

III - A modalidade NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

- a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais;
- b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e
- c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

IV - Cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);

V - A modalidade NASF 3 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

- a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais;
- b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte horas); e
- c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. (BRASIL.2006 p.13)

As equipes do NASF em suas variadas composições dinamizaram e generalizaram os diversos atendimentos em múltiplas especialidades, facilitando os diagnósticos e os encaminhamentos para tratamentos específicos que salvam vidas.

Outras profissões que compõem o NASF são: Médico Ginecologista/Obstetra, Médico Geriatra, Médico internista (clínica médica), Médico do trabalho, Médico veterinário, Profissional de saúde sanitária, e

profissional com formação em arte e educação (arte educador), são profissionais formados e graduados com pós-graduação em saúde pública ou até mesmo formado na mesma área.

Como já sabemos o NASF é constituído por profissionais de áreas diferentes, atuando em conjunto com os outros profissionais das Equipes de Saúde da Família, passando um para o outro as práticas em saúde nos locais de grande responsabilidade das Equipes de Saúde da Família em que o NASF já é cadastrado. Essas equipes também fazem parte das ações primárias de saúde ofertadas pelo Ministério da Saúde a toda população que seguem alguns aspectos:

Também são constituídas quatro formas importantes e essenciais para a atenção primária à saúde: A Atenção Primária à Saúde é complexa e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, necessita de um conjunto de saberes para ser eficiente eficaz e resolutiva. É definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. (BRASIL.2006 p.15)

A ação instituída pela atenção primária de saúde configura-se como uma das mais importantes, o contato imediato entre paciente e equipe de saúde determinará a ação imediata, tendo como base para a continuidade dos serviços o nível de complexidade diagnosticada na atenção inicial dada ao paciente.

Assim, as quatro formas são normas importantes da atenção primária à saúde, a primeira forma é o contato do indivíduo com a saúde e a continuação, integração e coordenação da atenção, no sistema. A Saúde da Família se faz prioritária dentro de um sistema convencional e de hierarquização e que está obrigando ao SUS a rever todo o seu modelo de funcionamento. Visa também ampliar a rede de serviços do mesmo, assim como sua abrangência em outras áreas. Segundo o Ministério da Saúde o NASF, foi criado em 24 de Janeiro do ano de 2008, com a Portaria GM nº 154, e foi republicado pouco tempo depois da sua criação, em Março de 2008. (BRASIL.2006).



A escolha dos profissionais que farão parte dos Núcleos é de total responsabilidade dos gestores do município no qual foi implantado, cabendo-lhes também o dever de identificar as necessidades locais para desenvolver e ver quais profissionais que se encaixarão melhor no município e nas suas necessidades.

A ESF e o NASF criou um espaço de reuniões e discussões sobre o desenvolvimento e a coordenação do plano de gerenciamento do cuidado. Servindo também para atendimentos e cursos de aprendizagem para uma coletividade. Desta forma, podemos dizer que o NASF fundamenta seu trabalho ao apoio à saúde da família e não ao atendimento individual e exclusivo, procurando dar apoio em todas as áreas sociais que fazem parte da rotina familiar. O NASF utiliza nove áreas de atendimento de forma a não deixar nenhuma necessidade da família a descoberto, que são elas: alimentação e nutrição, serviço social, saúde mental, saúde da criança e do adolescente, assistência farmacêutica, saúde da mulher, atividade física e ou práticas corporais, práticas de integração, complementação do indivíduo e reabilitação. (BRASIL.2006).

## **2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE DO HOMEM E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

O Ministério da Saúde do Brasil em 2007 tinha um importante desafio, de fazer com que a implementação de uma política, acolhesse as necessidades e dificuldades da população masculina quanto a saúde. Como era uma política que ainda estava em andamento, foi nomeada de “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes”, e a Política era estabelecida pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Para todos os princípios e diretrizes, é preciso considerar alguns destes:

Princípios:

- 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;
- Associar as diversas áreas do setor sanitário, demais áreas do governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população masculina em que todos sejam participantes da proteção e do cuidado com a vida.

Diretrizes:

- 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;
- Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde; (BRASIL. 2009; PP.28-30).

A promoção de ações de saúde específicas para o homem exigia do Ministério de Saúde que se aprofundasse em princípios e diretrizes para melhor atenção masculina, no intuito de uma assertividade maior na promoção desses serviços, integrando-os as demais políticas.

Com a enorme preocupação de que os agravos na saúde da população masculina era um problema que pertencia à saúde pública, em 2008 acontece à publicação da PNAISH, pelo Ministério da Saúde.

Promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas previsíveis e evitáveis nessa população. (BRASIL, 2008; p- 3)

O público masculino singular foi aos poucos motivado pelo Ministério da Saúde via campanhas e ações para que buscassem nas políticas públicas de saúde já existentes atendimento, atenção e acompanhamento para melhorar sua qualidade devida, tratando e evitando doenças.

A PNAISH é ligada a PNAB, como acesso principal ao Sistema Único de Saúde e das estratégias de humanização em saúde, com os princípios do SUS,

e assim fortalecendo ações e serviços de cuidados da saúde. A mesma procura uma melhoria na atenção à saúde do homem, garantindo principalmente a promoção e prevenção da saúde.

Com a falta da procura pelos atendimentos de atenção básica o homem fica excluído da proteção que é necessária nas prevenções de sua saúde, e levam os mesmos a fazerem procedimentos desnecessários se houvessem procurado a atenção básica ou ate mesmo a morte. (GOMES. 2011).

As doenças e outras complicações poderiam ser impedidas caso a população realizassem medidas de prevenção básica. A resistência dos homens a atenção, aumenta não somente a responsabilidade financeira da sociedade, mas também, sobretudo afeta também, o sofrimento físico e emocional dos usuários e de sua família, na luta pela melhora da saúde e da qualidade de vida de suas famílias, pois os tratamentos por muitas vezes são demorados, exigindo total empenho dos pacientes, onde por muitas vezes eles devem mudar, seus modos de viver para concluir seu tratamento. A família é um grande aliado na hora de sensibilizar os homens no momento em que os mesmos, devem buscar o serviço de saúde, ela cumpre um papel importante quanto aos cuidados à saúde, com isso os homens percebem as suas necessidades de buscar ajuda nos serviços de saúde. (GOMES. 2011).

Alguns dos homens não buscam atendimentos no serviço de saúde por não se sentirem a vontade em relação ao sexo do profissional de saúde que ira atende-los. Sendo um profissional do sexo masculino, os homens se identificariam mais, e assim o auxilio tanto na parte promocional da saúde, quanto na adesão dos serviços, seria mais fácil. Já outros acreditam que isso não influencia muito na hora de busca atendimento, se o profissional for sensível o bastante para compreender suas necessidades, já ajuda muito. (GOMES. 2011).

Os homens acreditam que as unidades de saúde é um local, onde só existem mulheres, pois não existe nenhum referencial voltado a figura masculina, se as unidades criassem um espaço físico para que os homens conversassem, com um atendimento de qualidade, um profissional do sexo masculino, a relação com as atividades de promoção a saúde seria mais tranqüila e iria atrair a população masculina para as unidades de saúde. (GOMES. 2011).

É preciso criar então, ambientes amigáveis e condições para que atenção à saúde seja atraída pela população masculina, para assim os homens buscarem a prevenção, materiais educativos referidos a figura masculina, cartazes, folhetos, deve-se rever, se os homens simplesmente não vão até as unidades de saúde ou se as medidas e organização dos serviços acabam afastando os homens. (GOMES. 2011).

A maioria dos homens não busca medidas de proteção na atenção, pois foram criados valores culturais, enraizados há muitos anos em sua cultura, fundamentadas em crenças e valores do que é ser homem. Pois para os homens a doença é tida como um alerta de fragilidade que os homens não reconhecem que são da sua condição biológica. Sendo assim a atenção à saúde deve buscar medidas de prevenção de ações educativas de promoção à saúde. A política deve levar em importância as diferenças por idade, religião, cor/raça, orientação sexual, condição socioeconômica e necessidades especiais. (GOMES. 2011).

Os homens vêem o cuidado com a saúde como uma coisa de mulher e que só devem buscar atendimento quando a doença já estiver em estado avançado, com isso a atenção deve aceitar essas precisões dos homens e atrair esta população para promover um acolhimento e não apenas responder a demandas. (GOMES. 2011).

Os homens dão a justificativa que não buscam os atendimentos da atenção básica, pois os horários de funcionamentos dos postos de saúde são iguais aos horários de trabalho, onde não podemos esconder que para o homem o trabalho vem em primeiro lugar, fazendo com que sua saúde fique para segundo plano, pois é atribuída ao homem a responsabilidade de sustentar sua família. (GOMES. 2011).

Mesmo que isso possa constituir, para muitos casos, um empecilho importante, há de se destacar que a maior parte das mulheres, de todas as categorias, hoje fazem parte do mercado de trabalho formal, e mesmo assim não deixam de procurar os serviços de saúde.

Outro ponto igualmente assinalado é a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, alegando-se que, para marcação de consultas, há de se enfrentar filas intermináveis que, muitas vezes, causam a “perda” de um dia

inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta. (GOMES. 2007).

Os obstáculos citados pelos homens são importantes, para que seu acesso aos serviços de saúde venha promover uma melhora na atenção básica, já que esta deve ser a porta de entrada para a saúde, com o intuito proteger a prevenção e a promoção como pontos necessários e fundamentais de intervenção.

A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem deve observar que os princípios masculinos são baseados em origens. Esses conceitos são fundamentais para a promoção na atenção da saúde dos homens, que deve ser analisadas em diferentes idades, condições sócio econômicas e étnico-racial. É de extrema importância que ações da saúde protejam as diversidades da saúde na população masculina no país, sem discriminação.

Este modelo de política busca não só mostrar os principais fatores de mortalidade do homem, mais também reconhece as divisões sociais que procedem à vulnerabilidade da população masculina aos agravos à sua saúde, como refletem de modo definitivo na vulnerabilidade dessa população e situações de risco para a saúde. Sendo assim, a população masculina brasileira, luta pela garantia de seus direitos sociais, esta política pretende fazer com que os homens busquem uma melhoria da sua saúde, que podem ser realizados na Atenção Básica, através da Equipe de Estratégia de Saúde da Família. (GOMES. 2007).

A Estratégia de Saúde da Família, que tem como sigla (ESF), surgiu em 1993, com o nome de Programa de Saúde da Família à (PSF), no início o PSF foi implantado nos municípios mais carentes com a ajuda de Brasília, logo depois ficou no comando dos municípios, assim passou a ser totalmente aberto para todos os municípios do Brasil, ela foi uma iniciativa do Ministério da Saúde para uma atenção primária em saúde e um exemplo assistencial no país, voltado para as doenças, baseado na promoção e prevenção a doença e baseados na UBS, também possui uma equipe de Saúde Bucal e de Assistência Farmacêutica. (BRASIL.1998).

As ESF são um exemplo de assistência da Atenção Básica que faz um trabalho detalhado com as equipes de saúde e com elas desenvolvem programas e ações direcionadas para a saúde, tendo o conhecimento da

realidade de toda a população. Ela também favorece a busca da unidade de saúde da família a fim de promover os serviços prestados, permitindo o estabelecimento de vínculos entre os usuários e as equipes, permitindo também mais atenção para resolver as dificuldades da saúde, ocasionando um maior impacto para a situação da saúde local. (BRASIL.1998).

De grande importância para a ESF o Agente Comunitário de Saúde (ACS), é fundamental para esse vínculo ter sua formação, pois são eles que fazem parte da população atendida pela equipe. Cada equipe é composta por Comunitários, cada grupo fica em uma área, e fazem os cadastramentos de cada pessoa e de cada família em suas micro áreas, fazendo também, daqueles que já possuem um plano de saúde, depois começam a fazer visitas mensais ou até mais freqüente, mostrando assim como as pessoas podem cuidar da sua saúde, trocando informações e alertando dos problemas de saúde. (BRASIL.2007).

Existe também a chamada equipe mínima, que é composta por um ou mais auxiliar de enfermagem ou técnicos de enfermagem, um enfermeiro e um médico. As atividades dos técnicos de enfermagem e auxiliares numa equipe de Saúde da Família são semelhantes à de outros profissionais em outras equipes, apesar de suas atuações serem voltadas para as unidades de saúde.

A EFS está reconhecida oficialmente no Brasil como uma estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica, isso depois de quinze anos depois. A sua qualificação, consolidação e expansão é uma prioridade entre os acordos colocados pelo o Ministério da Saúde e os secretários estaduais e municipais de saúde, com isso as organizações pan-americana e mundial de saúde defendem o SUS e o reestrutura para colocar a Atenção Básica no meio, querendo promover uma atenção continuada e coordenador para as pessoas nos serviços de saúde. (MOTA. 2009).

As autoridades perceberam que, por mais necessitados que fossem algumas camadas da sociedade, os próprios, não procuravam as unidades básicas de saúde para cuidar de sua saúde, pensando nisso o Ministério da Saúde se viu obrigado a desenvolver estratégias eficazes que pudessem tornar o uso desse sistema mais fácil, dando aos usuários certa facilidade de acesso. (MOTA. 2009).

O PSF surgiu no ano de 1994, sendo uma das estratégias que o Ministério da Saúde conseguiu desenvolver para melhor acompanhar a saúde dos seus usuários, pois além de fazer parte das UBS's, acompanha-os também seriamente em seus domicílios, e com uma equipe altamente qualificada. Sendo financiado pelo Piso de Atenção Básica (PAB), que é repassado pelo Governo Federal diretamente aos municípios. (MOTA. 2009).

Por meio de análises, podemos perceber que a inserção do Assistente Social na área da Saúde, e no PSF ainda se faz muito carente, o que contraria a lei nº 8.742/93 LOAS:

Art. 1º. A assistência social, como direito do cidadão e dever do Estado, sendo Política de Seguridade Social não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (BRASIL.1993 p.2).

O Assistente Social no seu cotidiano profissional trabalha com essas políticas públicas orientando, intervindo e encaminhando, como está na lei do Assistente Social no artigo 4º que fala das competências dos profissionais, principalmente no inciso III que mostra os encaminhamentos as providencias, e orientação social ao usuário, ao povo e aos grupos.

Essas competências são de total importância para as ESF, visando o acesso de uma informação necessária ao usuário, sabendo que o Assistente Social está como um dos principais profissionais da área da saúde. Diante disso os seus deveres profissionais segundo a Resolução CFESS nº 273, do dia 13 de março no ano de 1993, no seu artigo 3º fala dos deveres destes profissionais quando desempenhando suas atividades com responsabilidade e eficácia.

Com esses deveres é que o Assistente Social atua na área da saúde desde o ano de 1945, sendo o seu maior campo de trabalho:

[...] consolidação da Política Nacional de Saúde no país com ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social. Esta assistência, por não ser universal, gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. O Assistente Social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. (BRAVO. 2007 p.03).

Diante disso o Assistente Social e a Atenção Básica necessitam que a equipe de saúde da família esteja na atuação e no desenvolvimento de suas ações, como prevenção, promoção, recuperação e reabilitação das doenças, e doenças também mais graves e manuseando a saúde, com uma visão focada no novo modelo dessa estratégia, que busca oportunizar um acesso melhor para a saúde a toda a população.

Nesse caso, a importância disso é reafirmada pelo Ministro da Saúde Drº Alexandre Padilha:

“Há impacto em ampliar a rede pública de saúde: você faz com que as pessoas gastem menos para conquistar aquilo que é o direito fundamental, que é direito de todos. Sempre brinco com meus amigos que foram gestores municipais de cidades pequenas, lembrando que a cada equipe de Saúde da Família que ampliava a cobertura, pessoas paravam de vender sua população rural. Antes, elas tinham que vendê-la para se deslocar ou pagar o médico. Esse é um impacto direto. (PADILHA, 2011. p.08 e 09).

O Ministério da Saúde explicita a importância da Estratégia Saúde da Família nas equipes de saúde, melhorando a acessibilidade contribuindo para medir os conflitos sociais e outras coisas a serem questionadas e trabalhadas para assim diminuir as situações de baixa vulnerabilidade. Esse público não tem informação e assim acaba deixando de usar a política que garante uma melhor condição de vida e estabilidade na família.

## **2.3 SAÚDE MASCULINA: PREVENÇÃO AINDA A MELHOR SOLUÇÃO**

Quando se trata da saúde do homem, acaba envolvendo vários aspectos, e um deles a ser abordado é a sua vulnerabilidade em relação à prevenção. Os homens se distanciam do tratamento, e só facilitam a aproximação de doenças. E por todas essas resistências que impulsionam a falta de procura no atendimento para com sua própria saúde, que os homens deveriam ter um atendimento especial, não que isso seja uma forma de dar uma atenção



diferenciada, mas que chame a atenção dos mesmos para a importância de prevenção a saúde. A Atenção Primária dispõe de serviços, que poderiam ser bastante significativos para os homens, caso eles se fizessem presentes na condição de usuários, porém eles acreditam que quem utiliza destes serviços nas UBS são apenas as mulheres. Segundo W. Vilela & S. Monteiro, que reforçam essa idéia:

Os serviços de saúde, em particular a atenção primária, são vistos culturalmente como o espaço das mulheres, com a assistência para si mesma, trazendo as crianças e representando seus parceiros ou os outros homens da casa (VILLELA & MONTEIRO, 2005, p.12).

Vale lembrar, que os homens preferem não falar sobre seus problemas de saúde, pois acham que estão relatando sobre sua privacidade, isso impossibilita as prevenções da hipertensão, diabetes, câncer de próstata e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), que são adquiridas pelo contato direto, podendo ser através de relações sexuais, que possivelmente o parceiro ou parceira esteja portando alguma doença, mas além do contato direto tem como adquirir através de objetos pessoais que estão mal higienizados que poderiam ser roupas íntimas, além de manipulação do uso de laminas e seringas contaminadas. (FIGUEIREDO. 2005).

Algumas dessas doenças são adquiridas no decorrer do inicio da vida sexual dos jovens, que independente do sexo, seja masculino ou feminino, é os mais afetados. A população feminina com os programas educativos ate tentam cuidar da sua saúde, porém os homens acreditam que estão imunes a essas doenças. Parte da população masculina tem conhecimento que existem métodos seguros para a prevenção dessas doenças, que é o uso do preservativo, associado a alguns outros cuidados que irá impedir o contágio. (GOMES. 2011).

No caso de um diagnostico precoce, elas podem ser tratadas corretamente e impossibilitando a infecção dos outros parceiros, caso não seja tratada podem ocasionar infertilidade, e novas doenças que podem levar a óbito. E alguns das principais DST s são: Sífilis que é transmitida através de

bactérias, pois é uma doença que evolui lentamente, inicialmente surgem lesões, na região dos órgãos genitais, em seguida as lesões vêm se espalhando em todo o corpo. Esta doença pode ser infecciosa até mesmo para o feto no caso de mulheres grávidas, além de cegueira e danos no cérebro. Alguns homens se confundem com os sintomas desta doença, pensando serem outras e na verdade toda essa demora de um diagnóstico preciso implica no tratamento desta doença. (GOMES. 2011).

Existe também a gonorréia, que afeta a uretra, tanto masculina quanto feminina, além de ser adquirida no sexo anal também é adquirida no sexo oral. As mulheres podem ter uma lentidão para perceber que estão doentes, no caso dos homens, são ocorridos inflamações, secreções com pus e incomodo ao urinar. Vale lembrar, que esta bactéria circula as correntes sanguíneas, mas todas essas complicações podem ser evitadas com o uso do preservativo. Outra doença que afeta o sexo masculino com faixa etária de 20 e 30 anos de idade é o Cranco Mole, que possui sintomas com bolhas pequenas aparentemente avermelhadas, que se rompe com facilidade. Esta doença é muito contagiosa, e logo em seguida novas doenças são aprofundadas nessas feridas, pelo corpo podem surgir ínguas que podem vir acompanhadas de pus. (BRAVO. 2011).

A clamídia é também uma das doenças que afeta os homens que tem uma vida sexualmente ativa. Os sintomas são dores ao urinar, ardor e corrimentos nos horários noturnos além de infectar os testículos e próstata, esta doença pode durar até 15 dias que surjam os sintomas, neste decorrer do tempo pode correr o risco de contaminar alguém, caso não use preservativo. Caso o homem procure atendimento imediato, conseqüentemente eles podem estreitar suas uretras causando infertilidade e ser infectado pelo vírus da AIDS. Existe também o condiloma que é uma doença infecciosa causada por um vírus do DNA, esta doença é conhecida também por HIV. Ela pode ser uma doença silenciosa, mas, também pode causar lesões na pele ou mucosa, ela pode causar grandes riscos para os homens, principalmente na região peniana. (GOMES. 2011).

Existem outra DST que é intitulada como *Gadnerella vaginalis*, que apesar de atingir mais as mulheres, os homens também são infectado,

causando inflamações no prepúcio, que podem vir com coceiras, ardência e corrimento.

Muitas outras doenças ainda são rotineiras na vida do homem, e quando se fala em tabagismo isso fica claro, e cada vez mais segundo o IBGE; 2008, a população masculina vem aumentando o uso do tabaco, além de alguns estados estarem em alta, mesmo assim estados como Sergipe, Amazonas e Distrito Federal ainda tem um percentuais considerados altos. (BRASIL. 2008).

Segundo pesquisa estatísticas – IBGE – 2008 por Amostra de Domicilio – Tabagismo é crescente o numero de fumantes do sexo masculino como idades aproximadas entre 16 anos á 26 anos, com baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade, fato que propicia a falta de conhecimento das problemáticas de saúde decorrentes do uso continuo do cigarro. Nessa mesma pesquisa evidenciou-se também o aumento da quantitativa de mulheres que fazem uso do cigarro, obedecendo também os níveis de escolaridade e poder aquisitivo apresentados nas amostras do sexo masculino, porém esse acréscimo no numero de mulheres encontra-se distante ao numero de homens que fumam e foram detectados. Esses contextos ficam explicito no relatório da pesquisa IBGE que reforça:

Em nosso país temos 32 milhões de fumantes (30% dos homens e 20% das mulheres). Os homens também fumam uma quantidade maior de cigarros por dia quando comparado as mulheres. (BRASIL. 2008. P.15).

O fato dos homens fumarem uma quantidade maior de cigarros por dia comparados com as mulheres implica em sérios problemas de saúde, encurtando a expectativa e a qualidade de vida desses indivíduos.

O uso do tabaco leva ao câncer de pulmão, Bronquite Crônica e Acidente Cardio Vascular Cerebral (AVC). Vale ressaltar, que no Brasil já existem vários casos comprovados de mortes precoces, causadas pelas substancias que o tabaco tem, e são agressivas, trazendo várias doenças. Muitos dos homens além do uso do tabaco associam também a bebida alcoólica, que aumenta o risco de adquirir mais doenças. O tabaco aumenta 4 vezes a mais a probabilidade de ter o risco de câncer de bexiga para ambos os sexos, sendo

que os riscos dessas doenças dependem do consumo. O tabagismo também leva a impotência sexual, isso acontece porque causa lesões nas correntes sanguíneas penianas, e com o tempo se percebe que o desempenho sexual está diminuindo. (FIGUEIREDO. 2005).

Esses fatores fazem com que os homens fumantes tenham impotência sexual precoce, comparando-os aos não fumantes. Lembrando que além desta situação diminuir a qualidade seminal, prejudica os hormônios, a fertilidade e a fecundidade. Relembrado todos esses riscos, é necessário buscar mais esforços e um bom investimento voltado à saúde pública, para combater o tabagismo, que está atingindo a população masculina, desenvolvendo programas de controle, respeitando todos os fatores culturais e sociais que geralmente liga o homem ao tabaco. (FIGUEIREDO. 2005).

Mesmo com tantas doenças existentes, ainda podemos citar outra muito perigosa o Câncer de Próstata, que mutila e pode matar os homens, que segundo estimativas do Ministério da Saúde os números de casos encontra-se em nível de crescimento. Esse relatório afirma que:

“A taxa de mortalidade bruta vem apresentando acentuado ritmo de crescimento, passando de 3,73/100.00 homens em 1999, o que representa uma variação percentual relativa de 139%. Para 2002 estimou-se a ocorrência de 25.600 casos”. (BRASIL. 2002. P.9).

Nesse contexto é evidente que os homens continuam não tomando as medidas preventivas que diagnosticariam com antecedência doenças, evitando sofrimentos posteriores. É notório os muitos métodos que na atualidade poderiam ser utilizados para prevenir ou tratar o câncer de próstata, porém muitos homens por questão de sexualidade, educação e cultura preferem não fazê-los, aumentando o poder arrasador dessa doença que certamente o levará a mortes. (FIGUEIREDO. 2005).

### **3.0 A IMPORTÂNCIA DA POLÍTICA DA SAÚDE DO HOMEM DIANTE DAS PROBLEMÁTICAS EXISTENTES NA POPULAÇÃO MASCULINA**

Por questões culturais e educacionais, a sociedade enxerga o homem como um ser invulnerável e livre de adquirir qualquer tipo de doença, os homens sempre tiveram atitudes machistas em relação a sua saúde, pois cresceram ouvindo dizer que é dever do homem promover o bem estar de sua família, e que ir ao médico é coisa para as mulheres, assim ajudando para que os mesmos não busquem as UBS e fiquem desprotegidos das doenças, colocando mais ainda sua vida em risco. (GOMES. 2011).

No início do século XVI no Brasil, quando os índios foram explorados e separados entre negros e serviçais, quem era negro era vendido como mercadoria, e era usado para fazer mão de obra barata. Ter um negro era caro, preservar os dentes e a postura forçosa do negro se custava muito. E quem não se enquadrava ficava na casa dos senhores para cuidar da fazenda, dos gados, ararem o pasto, e tomar conta das plantações e da casa. Enquanto isso as mulheres eram serviçais das senhoras, cuidava da casa e dos serviços leves para preservar o conforto da Senhora dona da casa grande, e nestes momentos ela verificava a saúde com o médico da família, quando realizava visitas domiciliares. Esta “mucama” era consultada mesmo que ligeiramente, mais por conta das suas regras, das dores diárias e das mudanças do corpo o médico tinha que lhe examinar. (GOMES. 2011).

Diante dessa força tarefa, os homens eram levados cada dia mais para produzir forças, até quando o Estado mudou o seu perfil de produção e ainda assim os homens no mercado fabril a vapor tinham que sair de casa cedo e voltar tarde, para medir forças, nunca iam ao médico, afinal só procurava o médico suas mulheres porque engravidavam, ou porque gemiam de cólicas quando iniciavam suas regras. Esses homens jamais procurariam um médico, isso era sinal de fraqueza, e pouco machismo. Dar pra perceber que o espaço “Saúde” era um espaço tipicamente feminino, onde as mulheres procuram pra cuidar do bebê no pré-natal, pra marcar o parto, pra vacinar o bebê, pra ver

porque ele sente tantas cólicas, enfim, acaba que só ela vai à unidade de saúde. Enquanto o homem trabalha pra sustentar a casa e os filhos. Claro, que hoje muitas coisas já mudaram hoje a mulher é mãe, dona do lar, e o homem da casa ao mesmo tempo, mais colocando de lado certas exceções, que só vêm mudar o rumo dessa história a partir da década de noventa com o fim das revoluções, do militarismo e do estado novo. (GOMES. 2011).

Os homens definem sua masculinidade com base nesses paradigmas, achando que devem passar para a sociedade uma imagem de provedor e chegam ao ponto de não notarem sua vulnerabilidade. Assim, levando-os a não darem muita importância à sua saúde e não buscam por atendimentos médicos.

Em uma entrevista feita com alguns homens, muitos deles deram a justificativa do porque não buscarem as unidades básicas como as mulheres. Como o entrevistado A.B.G – 34 anos, que ao lhe perguntar se ele vai até o serviço de saúde e quando foi sua última visita a UBS, ele respondeu: -“Só vou ao posto de saúde quando estou muito doente e não tem outro jeito, mas se fosse por mim, eu não ia lá não, posto só tem mulher, e não tenho muito tempo de ir me consultar com a médica não e esperar muito pra ser atendido. Já tem mais de dois anos que não vou lá”. Para que seja feita uma união dos homens as UBS e os serviços ofertados pela mesma a PNAISH e o Ministério da Saúde, sugerem quem os homens busquem esses serviços pelo menos uma vez por ano. (GOMES, NASCIMENTO; ARAUJO. 2007).

Sendo assim a PNAISH tem um papel importante diante das problemáticas impostas pelo público masculino, colocando ações voltadas aos homens, focando o bem-estar, o crescimento e condições de vida melhor para os cidadãos. A PNAISH organizando-se através de três eixos principais: Saúde Sexual, Reprodutiva e Paternidade, Violências e acidentes em geral e o acesso/acolhimento dos homens na atenção básica, porta de entrada prioritária na REDE SUS. (BRASIL, 2013).

A política é baseada na comprovação de que o homem só vai até a UBS quando já não possuem capacidade suficiente de desenvolverem suas atividades habituais. Não sabendo eles, que nesse intervalo, não buscando por atendimentos, foi perdido um valioso tempo de diagnóstico precoce e uma possível prevenção. Geralmente os homens temem a descoberta de uma

possível doença, já que para os mesmo são quase impossível que fiquem doentes, por isso as UBS, propõe ao SUS uma difícil missão, a de fazer com que os profissionais de saúde tenham um olhar mais aguçado para a população masculina. (GOMES, NASCIMENTO; ARAUJO. 2007).

Em mais uma das entrevistas, coletamos dado de G.R, onde o mesmo relatou que não sabia desta política, pois só as mulheres são favorecidas, pois sempre as UBS desenvolvem ações que chamam a atenção das mulheres o ano inteiro, esta é mais uma das problemáticas, das políticas, especialmente esta do PNAISH, que acaba não sendo repassada para este homens como forma de incentivo, pois alguns deles se sentem excluídos, pois sempre ouviram falar que as políticas são promovidas apenas pra crianças, mulheres e idosos. Vale lembrar que entrevistamos um Agente de Saúde e o mesmo relatou que é necessária a divulgação, as palestras voltadas esse público, pois muito deles não tem conhecimento disso, talvez com o conhecimento, isso poderia servir como incentivo para eles.

Em uma entrevista feita com o Assistente Social B.T, da Secretaria de Saúde do município de Propriá, o mesmo deixou claro que o município já desenvolve ações voltadas para esse público, não que sejam ações pontuais ou em datas fixas, mais esporadicamente, principalmente o NASF e o CTA, já desenvolvem ações voltadas para a prevenção à saúde do homem. Estas aconteceram principalmente por meio de sensibilização em palestras, círculos de conversa entre profissionais e usuários. Estas ações acontecem nas unidades de saúde e nas empresas (Cerâmica, Fábricas, etc.), onde concentra um número maior de homens, que possam atender as nossas expectativas em consegui trocarem informações ao maior número de pessoas possíveis. Estas ações são voltadas para a sensibilização do homem para fazer uso do preservativo, se prevenir das DST's, e as falas de profissionais que possam induzir esses mesmos homens a procurarem o serviço de saúde, para se consultarem com o médico e realizar exames de rotina, ou para tratamento de qualquer que seja a sua patologia.

O mesmo ainda discorreu que os homens lidam frente a essas ações com a sensação de descoberta do novo, do diferente. É isso que eles passam em seu semblante durante as atividades. Como esse é um público que pouco procura o serviço de saúde, quando a saúde procura seu espaço de trabalho,

ou seja, quando a saúde vai até ele, causa logo uma sensação de estranhamento. Mais nesses momentos poucos são os que se recusam a usar do serviço para realizar exames, para ouvir palestras, para sanar as dúvidas, mesmo que sabendo, que para atingir esse público e a meta de todas as expectativas precisa-se que os profissionais sejam bastante dinâmicos para atrair o interesse e segurar as suas atenções.

A PNAISH mostra as ESF a importância da implantação da mesma nas UBS, para que desenvolva ações voltadas aos homens, chamando a atenção deles para buscarem atendimento até mesmo sem estarem doentes, inserindo-os definitivamente ao espaço que é de todos os cidadãos brasileiros, mas que eles fantasiam como um espaço feito apenas para crianças, idosos e principalmente mulheres.

As ESF devem desenvolver ações como; testes de acuidade visual, vacinas, avaliação nutricional, aferição da pressão arterial e orientações sobre os programas de saúde bucal, anemia, tabagismo, câncer de próstata, DST/AIDS, hanseníase e Tuberculose, como também convidar essa população a participarem de palestras informativas sobre essas ações, com temas ligados ao cotidiano masculino, alertando sobre os perigos do álcool e das drogas, assim como da importância de terem hábitos saudáveis praticando exercícios e tendo uma alimentação bastante saudável, para que assim possam chamar a total atenção destes. (GOMES, NASCIMENTO; ARAUJO. 2007).

O homem tem medo de ir até o consultório médico e esse problema aumenta mais ainda, quando o profissional de saúde é uma mulher, pois os homens dizem não se sentir a vontade para conversar sobre suas necessidades, então é preciso que se atendam os homens de um jeito diferenciado para que esses paradigmas sejam quebrados. (GOMES. 2011).

### **3.1 OS IMPACTOS QUE SÃO OCASIONADOS NOS FAMILIARES DO PÚBLICO MASCULINO**

A família é uma peça principal para a vida de qualquer ser humano, especialmente na vida de um homem, que necessita de um apoio maior,



justamente por não ter interesse de procurar as unidades de saúde para se cuidar, nesse caso a família soa como um dos fatores principais que podem incentivar ou não os homens a buscarem por uma melhoria de vida. Desde os nossos antepassados sabemos que a família sempre foi uma das bases principais para qualquer pessoa, superar quaisquer doenças desde as mais simples, até as mais complexas, porém quando um indivíduo da família encontra-se com uma doença grave, a família também acaba sofrendo preconceito desestabilizando todo o âmbito família, e todos saem da zona de conforto, levados a uma situação constrangedora justamente pela falta de conhecimento em relação à doença. (GOMES. 2011).

É notório que quando existe algum problema de saúde em um homem, seus familiares acabam se sensibilizando, isso foi possível perceber após algumas entrevistas que foram coletadas, e especialmente com o entrevistado M.R, sua esposa relatou que o mesmo sofre de hipertensão (pressão alta), porém antes deste diagnóstico o entrevistado M.R, vinha se sentindo mal, tanto em casa quanto no seu local de trabalho, porém nunca teve coragem de procurar uma unidade de saúde e muito menos, conversar com seus parentes a respeito de seu mal estar, mas em um determinado dia sua companheira percebeu que estava algo errado com ele, e ao levá-lo ao hospital da cidade, o médico suspeitou que o mesmo pudesse ser um hipertenso, ele foi medicado, e o médico sugeriu que fosse diretamente a uma unidade de saúde para fazer exames e assim diagnosticar, se tratava de tal doença. Mas o mesmo se recusou a ir, e após várias conversas entre seus familiares o incentivando o sensibilizou a procurar um atendimento na unidade de saúde. Atualmente o Senhor M.R, encontra-se em situação estável e percebeu a importância que é cuidar da sua própria saúde.

Observando toda essa situação, é possível perceber que mesmo que o indivíduo queira procurar uma unidade de saúde é de extrema importância a participação da família para o incentivo do tratamento deste indivíduo, pois a partir do momento que a família se envolve, é mais uma garantia que este homem pode continuar se tratando. Quando a saúde do homem naquela família se encontra em situação debilitada, a família como um todo, passa por uma transformação, e sem muitas opções são obrigados a ter que se adaptar a esta nova situação. (GOMES. 2011).

Vale ressaltar, que alguns homens mesmo com o apoio da família se recusam a procurar uma unidade de saúde, porém não bastam apenas os familiares para incentivá-los, e necessário contar com as equipes para fortalecer este incentivo em procurar atendimento. Segundo a Assistente Social do Centro de Testagem e Acolhimento (CTA), vários casos desse tipo já correram desde sua atuação nesta área, a mesma relatou a situação de um usuário que recentemente foi diagnosticado com uma doença venérea, mais mesmo sabendo que é uma situação de risco permanece sem querer atendimento para o tratamento, além de contaminar sua companheira, o mesmo continua se recusando, porém muitos profissionais que fazem parte da ESF, os agentes de saúde e principalmente sua família, ainda estão tentando conscientizá-lo da importância do tratamento.

Sendo assim, este homem além está correndo graves riscos, a sua parceira também esta na mesma situação. Como este caso será solucionado ainda não sabemos, mas o que podemos perceber é que por medo ou até mesmo machismo, este homem esta comprometendo não só sua vida, mais a estabilidade psicológica e financeira da família, além de fazer com que sua família tema a um agravamento na saúde deste individuo, pois através dessas doenças podem vir aparecer muitas outras, que possivelmente pode levar o mesmo até a morte. (GOMES. 2011).

Na qualidade de profissional a Assistente Social do CTA, ainda busca estudar os meios para tentar fazer com que o mesmo, procure a unidade de saúde, pois além de ser um fator positivo para este homem, será também para sua mulher, além do mesmo tentar passar esta experiência pra seus filhos, mostrando a eles a importância de cuidar da sua própria saúde e o quão foi fundamental a participação da família nesse tratamento e recuperação.

Com esse entendimento, dos impactos e dos valores que a família causa na saúde do homem, evidencia-se grande importância que uma estrutura familiar representa na vida de um homem. Mesmo sofrendo, a própria família tenta transparecer segurança, como forma de incentivo para superar essa fase complicada na vida. Compreendemos que uma família saudável possui uma característica primordial, que é a eficácia em tentar ajudar seu próximo, sempre tentando evoluir tanto no afeto quanto na cumplicidade do âmbito familiar, e mesmo tendo papéis invertido ou semelhantes, nas responsabilidades

domésticas, ambos quando estão em situação complicada sempre estão apoiando, sofrendo junto e no final, procuram uma solução viável para todos.

## **3.2 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DA SAÚDE DO HOMEM**

O Serviço Social desde sua existência vem fazendo uma grande diferença frente às políticas públicas existente no país, sempre participando ativamente, promovendo mudanças, buscando os direitos de cada individuo e ao mesmo tempo inserindo cada um deles frente a sociedade que os excluem, ou até mesmo, mostrando a essa sociedade a importância da inclusão deste individuo. (IAMAMOTO. 2008)

Em se tratando de Serviço Social e Saúde na há como se esquecer do SUS que foi um grande pontapé para que a saúde se torna-se igualitária para todos. E a inserção do Serviço Social na saúde, surgiu por conta das necessidades e precariedades que existem na saúde, desde a época que o SUS, não tinha sido efetivado, até os dias atuais mesmo com a efetivação do SUS. Em se tratando deste assunto, segundo Maria Inês Souza Bravo:

“Enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o Assistente Social. Este conceito surge de organismos internacionais, vínculo ao agravamento das condições de saúde da população”. (BRAVO. 2007. P. 28).

E fazendo a co-relação do Serviço Social frente à política de saúde do homem, o mesmo tem uma fundamentação de fazer com que o individuo masculino perceba a influência de sua adequação na sociedade, que está cada vez mais, sofrendo mudanças, tanto positivas quanto negativas. A PNAISH, busca incentivá-lo e o Serviço Social é um contribuído ativo no acolhimento deste público, sendo o Assistente Social como um intermediário buscando a adequação deste individuo, mesmo sofrendo uma grande recusa, pois a modernidade do mundo assusta os homens, mas mesmo com estes impasses, o Serviço Social busca o propósito de entendê-lo acatando suas necessidades frente a sociedade, diagnosticando as seqüelas que foram desenvolvidas pela

desigualdade existente na sociedade, causadas também pelo capitalismo que monopoliza as pessoas.

O Serviço Social ao ser inserido na PNAISH intervém em vários métodos, trabalhando atentamente com cada caso individual, trabalhando com grupos, para ter uma visão detalhada sobre o que os homens pensam e seus problemas, e por fim, trabalhando a comunidade. Portanto, o Serviço Social atuando de tal maneira, sempre buscará a reintegração desta população masculina na sociedade. Ainda segundo Maria Inês Souza, é necessária a participação do Serviço Social, pois têm em seu conceito:

“suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventivista e educativos; criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social”. (BRAVO. 2007. P. 28,29).

O papel auxiliar e também de coadjuvante nas ações de saúde, fica evidenciando quando o profissional do Serviço Social insere-se nesse contexto de atendimento das demandas e na oferta qualitativa de propostas para criação e aperfeiçoamento dessa política de saúde.

Vale lembrar, que o mesmo que a PNAISH a priori, demonstre ser a solução, mas o que falta as equipes de saúde da família é trabalhar juntamente com o Serviço Social, para que os mesmos possam ser inseridos no meio social, pois o Assistente Social em um trabalho multidisciplinar, certamente poderá solucionar este problema, que permeia durante muitos anos. Em se tratando deste assunto segundo o Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Propriá, quando questionado a respeito da forma de incentivo, para trazer os homens para o meio preventivo, respondeu da seguinte forma:

“Ideal para mostrar ao SUS como é que se faz saúde, porque a prevenção é para a família e não para a mulher, mesmo que o seu desgaste fisiológico é bem superior do que o do homem, e por isso o estado investe bem mais na saúde da mulher como se a família se resumisse nela. Como o programa saúde da família condiz que não resolve muita coisa para o homem, até porque as visitas são diurnas e os homens da casa estão trabalhando e só tem tempo de ir procurar por o serviço de saúde a noite, no hospital quando ta enfartando, com crises convulsivas de alcoolismo ou por acidente alto mobilístico e tal e tal e tal. E mesmo assim a saúde é da Família como diz o programa”.

Entretanto, o Serviço Social ainda terá grandes desafios frente a estas políticas que apesar de nova, vem fazendo grandes mudanças. Lembrando que o Serviço Social não necessariamente, trabalha em cima das políticas públicas e sim embasadas nas problemáticas e necessidades.

A inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho encontra-se profunda e particularmente enraizado na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social, recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social, e a partir desse processo, organizam seus objetivos institucionais voltados à intervenção nessas necessidades.

## 4. CONCLUSÃO

A Constituição brasileira de 1988 reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado e estabeleceu uma base para a criação do SUS, fundamentando-se nos princípios da universalidade, integralidade e participação social. O reconhecimento constitucional ao direito à saúde só foi aceito após extensa luta política onde o Movimento pela Reforma Sanitária foi bastante importante.

Nos últimos anos, tivemos alguns avanços no SUS em relação à sua dura realidade, pois o mesmo é muito diferente da proposta constitucional. O SUS foi criado e destinado à população que não tinha condições de ter acesso às serviços de saúde privados e para uma possível melhoria no sistema público universal, mais infelizmente isso ainda não aconteceu como o esperado.

Ao dar início a este estudo tinha-se o conceito que, devido às adaptações necessárias nos serviços de saúde, as ESF deparariam com problemas na implementação da PNAISH na UBS. Ainda na realização do mesmo, foi observado que essa premissa se sustentou, pois mesmo que todas as ESF entrevistadas colocassem como importante esta política, os resultados apontam que as ESF da UBS não estão tão aptas a desenvolverem ações para esta implementação para que se obtenha o sucesso esperado.

Diante disto, é necessário que se haja mais capacitações para esses profissionais para que os mesmo possam promover ações de saúde que possam contribuir para a compreensão da realidade masculina nas suas diversas situações: biológico, socioculturais, político-econômicos, para que dessa forma, possibilitem o aumento da perspectiva de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por falta de prevenção dessa população.

Conclui-se que é de fundamental importância que as ESF, desenvolvam um olhar expandido sobre as condições da população masculina, para um planejamento de ações de saúde. Este contexto de aproximação facilita que as ESF desenvolvam um trabalho de promoção da saúde junto à população, com ações de informação e educação em saúde, visando expandir a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, como também, estimular e apoiar a técnica de debate sobre a qualidade de vida da população, com a

participação de toda sociedade. Além disso, é dever do homem solicitar e desfrutar dos direitos sociais que tem garantido por essa política.

É notório que as políticas públicas de saúde de atenção especificam ao homem, ainda necessitam de adaptações e reformulação que possam vencendo as barreiras socioculturais, promover ações preventivas de acolhimento, atenção e tratamento que envolva a sociedade e tragam os homens aos contextos de saúde pública, diminuindo os índices negativos que se refletem no aumento das mortes de homens por diagnósticos tardios e tratamentos equivocados ou relegados aos esquecimentos.

Nesse contexto ainda em constituição, onde as políticas públicas de saúde não conseguem por completo, atingir a maioria dos homens com suas ações, torna-se imprescindível o trabalho e o envolvimento do Assistente Social para minimizar os impactos sociais dessa realidade. Nesse processo a dinâmica concorrencial e excludente do capitalismo é responsável também pela má qualidade de saúde e vida das pessoas e em especial os homens que inseridos nesse contexto, não conseguem ainda, livrar-se das amarras do direito de preservar e cuidar de sua saúde, melhorando sua qualidade de vida.

É dever do Estado, oportunizar condições para que o homem seja motivado a buscar e acreditar que as políticas públicas de saúde também foram feitas para ele. Estabelecer parcerias, que incentivem e promovam os diagnósticos precoces, fato que evitaria muitas doenças masculinas. A barreira pré-conceitual deve ser combatida, promovendo ações que eduquem e conscientize da importância da saúde para a vida qualitativa do homem. O Assistente Social deve servir como mediador nesse contexto democrático, onde as políticas públicas de saúde devem servir para minimizar os impactos da dinâmica econômica imposta pelo Estado.

Evidenciou-se também que as Equipes de Saúde da Família são eficientes quando inserem-se nos contextos distintos das realidades dos usuários e quando também, tem sua composição mais generalista e capaz de suprir a demanda na sua área de ação, ofertando ações e serviços qualitativos de saúde. A prevenção mostra-se cada vez mais eficiente quando conseguem em tempo hábil, evitar que doenças sejam causadoras de tantas mortes, porém é necessário institucionalizar o acesso da informação preventivas a todos, para

acolher os usuários quando necessário, oportunizando equanimente um atendimento que traduza a intencionalidade desse direito na Constituição.



## REFERÊNCIAS

ABESS/CEDEPSS. Proposta básica para o projeto de formação profissional: novos subsídios para o debate. Recife, PE, 1996.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. NAÕ IMPORTA O TIPO DE HOMEM QUE VOCÊ É, Seja do tipo que cuida da Saúde. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. Ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata: documento de consenso. Rio de Janeiro. INCA.2002

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde do homem (princípios e diretrizes). Secretaria de atenção à Saúde Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília. 2009.

BRASIL. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social, Nº 8.662, de 07 de junho. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria de; GAMA Andréa de Sousa; MONNERAT, Giselle Lavinias. Saúde e Serviço Social. 3. ed. São Paulo, 2007.

MOTA, Ana Elizabete. BRAVO, Maria Inês de Souza. UCHÔA, Roberta. NOGUEIRA, Vera. MARSIGLIA, Regina. GOMES, Luciano. TEIXEIRA, Marlene. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Formação e Trabalho Profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. 3 ed. São Paulo, Cortez, 2010.

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciência Saúde Coletiva 2005; 10:105-9

GOMES R, NASCIMENTO EF, ARAÚJO FC. 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. Cad. Saúde Pública vol.23 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2007

GOMES, Romeu. Saúde do Homem em Debate. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na Contemporaneidade. Trabalho e Formação Profissional. 15 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993.

MONTONE. Janeiro. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar - Rio de Janeiro: ANS, 2001.

MINISTERIO DA SAÚDE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilio. Tabagismo. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE.2008.

MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde – Políticas de Saúde. Metodologia de Formulação, Brasília, 1998.

PADILHA, Alexandre. O SUS tem que ser um projeto centrado no usuário. In: Revista RADS, Comunicação em Saúde (103). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

VILLELA, W. & MONTEIRO, S. atenção á saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas, In: VILLELA, W. & MONTEIRO, S. (Ogrs.). Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão. Rio Janeiro: Abrasco, UNFRPA, 2005.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde – SUS, Nº 8.080, de 19 de setembro de