

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Política nacional de atenção integral a saúde do homem: visão dos gestores do SUS

Política nacional de atención integral a la salud del hombre: la visión de los gerentes de SUS

National policy health care of man: vision of managers of SUS

Edlamar Kátia Adamy¹, Letícia de Lima Trindade², Daiane Cristina Teixeira³, Daiane Kutzepa Brambilla⁴, Kiciosan Bernardi Galli⁵

ABSTRACT

Objective: the objective was to know how is the implementation of the National Policy Health Care of Man (NPHCH) from the perspective of the managers of the Unified Health System in seventeen cities in the west of Santa Catarina in southern Brazil. **Method:** This is a qualitative exploratory and descriptive search, which was attended by fifteenth managers. For data collection we used a semi-structured interview. **Results:** The results point to weaknesses in the discourse on knowledge of the policy Point and other devices on that drive Primary Care in Brazil. The actions carried out in the municipalities are focused on the detection of prostate cancer, increasing the number of specialist medical consultation and in control of some chronic diseases. **Conclusion:** This study highlights the need to train managers and various investments for the implementation and consolidation of NPHCH the reality studied. **Descriptors:** Men's health, Public policy, Primary health care.

RESUMO

Objetivo: Conhecer como está a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) sob a ótica dos gestores do Sistema Único de Saúde em 15 municípios do oeste de Santa Catarina, no sul do Brasil. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo. Para a coleta dos dados utilizou-se uma entrevista semi-estruturada. **Resultados:** Apontam fragilidades no discurso sobre o conhecimento da Política e sobre outros dispositivos que orientam a Atenção Básica no Brasil. As ações realizadas nos municípios estão focadas na detecção do câncer de próstata, aumento do número de consulta médicas especializadas e no controle de algumas doenças crônicas. **Conclusão:** Evidencia-se a necessidade de capacitar os gestores e de diversos investimentos para implantação e consolidação da PNAISH na realidade pesquisada. **Descritores:** Saúde do homem, Políticas públicas, Atenção primária à saúde.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo fue conocer cómo es la aplicación de la Política Nacional de Atención en Salud del Hombre (PNAISH) en la visión de los gestores del Sistema Único de Salud en 17 condados en el Oeste de Santa Catarina en el sur de Brasil. **Método:** Se trata de una investigación exploración cualitativa y descriptiva, a la que asistieron 15 administradores de la salud. Para la recolección de datos se utilizó una entrevista semi-estructurada. **Resultados:** Los resultados apuntan a debilidades en el discurso sobre el conocimiento de la política y otros dispositivos de la Atención Primaria de la Salud en Brasil. Las acciones realizadas en las ciudades se centran en la detección de cáncer de próstata, un mayor número de consultas de médico especialista y el control de ciertas enfermedades crónicas. **Conclusión:** Es evidente la necesidad de formar los directivos y diversas inversiones para la implantación y consolidación de PNAISH la realidad estudiada. **Descriptor:** Salud de los hombres, Políticas públicas, Atención primaria de salud.

1 Enfermeira, professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do SUL (UFRGS). 2 Enfermeira, professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UDESC. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). 3 Enfermeira egressa da UDESC 4 Enfermeira egressa da UDESC. 5 Enfermeira, professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UDESC. Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, as políticas públicas de saúde estiveram voltadas para parcelas específicas da população tais como a saúde da mulher, da criança e do idoso. Historicamente, a saúde do homem tem participado de forma muito tímida na agenda das políticas de saúde. Como tentativa de minimizar a distância existente entre a população masculina e os serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MS) criou em agosto de 2008 a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH)⁽¹⁾.

Essa Política⁽¹⁾ voltada exclusivamente para atenção à saúde do homem tem como objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo mais efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

A PNAISH está em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, busca fortalecer ações e serviços em redes, sobretudo qualificar a Atenção Básica (AB), para que esta não se restrinja à recuperação, garantindo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis⁽¹⁻³⁾.

A Política norteia as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e o reconhecimento que a saúde é um direito social de todos os homens brasileiros. A literatura⁴ defende que por meio dessa política, o MS busca cumprir o papel no resgate de ações mais efetivas a essa parcela da população, fortalecer o reconhecimento e respeito aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais e a singularidade de suas necessidades e anseios.

Inicialmente a PNAISH foi implantada nos 26 estados brasileiros, sendo um município por estado. Em Santa Catarina, Joinville foi o primeiro Município selecionado, seguido pelos municípios de Florianópolis, Lages e Chapecó⁽⁵⁾. Contudo, evidencia-se após cerca de três anos de sua implantação que essa política é melhor visualizada em somente quatro municípios desse Estado, e não tem recebido investimentos para sua expansão, o que em parte tem sido justificado pela jovialidade da mesma.

Outro aspecto relevante é a escassez de produções textuais existentes sobre a temática, que dificultam o acompanhamento e avaliação dessa nova proposta assistencial, as quais podem exemplificar caminhos para consolidação e desenvolvimento das ações voltadas para a saúde do homem brasileiro.

Entende-se que, para a implantação da PNAISH, os gestores do SUS no âmbito municipal devem conhecer a proposta, este é responsável por sua implantação, desenvolvimento e regulação, pautados nos princípios do SUS. É de extrema importância que o gestor e a equipe técnica em saúde discutam a saúde do homem e a inclua no Plano Municipal de Saúde e nas prioridades das ações do município, estabelecendo metas e disponibilizando recursos financeiros para a execução desta política.

Neste sentido, a presente pesquisa buscou conhecer como está a implantação da PNAISH, sob a ótica dos gestores municipais do SUS em 15 Municípios no Oeste do Estado de Santa Catarina. Ainda, buscou identificar as ações que vem sendo desenvolvidas nessa Região.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratória e descritiva, realizada mediante convite aos gestores (Secretários Municipais de Saúde) de 15 municípios que compõem a Associação de Municípios no Oeste do Estado de Santa Catarina.

A coleta dos dados foi realizada por meio de uma entrevista semi-estruturada, com um roteiro de perguntas. A realização da coleta dos dados se deu entre os meses de julho e agosto de 2011. As entrevistas foram agendadas e realizadas durante uma visita ao município de origem do gestor. Essas foram gravadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Autorização para Gravações pelos sujeitos da pesquisa. Após a coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas e categorizadas mediante Análise Temática de Conteúdo⁽⁶⁾.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina, sob o número 23/2011. Para a identificação dos sujeitos, utilizaram-se as abreviaturas G para os gestores seguidos por número arábicos de 1 a 15.

Para a discussão dos achados utilizou-se como referência a PNAISH⁽¹⁾ e os dispositivos legais que tem norteado os gestores no âmbito da AB em Saúde⁽⁷⁻⁸⁾. Emergiram nos achados seis categorias: conhecimento dos gestores sobre a PNAISH; importância da implantação da PNAISH; papel do gestor na implantação e desenvolvimento da PNAISH; dispositivos legais que orientam as ações voltadas à saúde do homem; recursos financeiros direcionados às ações de atenção à saúde do homem; ações desenvolvidas pelo município referente à assistência à saúde do homem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 15 gestores municipais de saúde de 15 municípios, os quais ocupam o cargo no período que compreende entre dois meses a 14 anos, com uma média de quatro anos e cinco meses de experiência na gestão dos serviços de saúde dos municípios. Desses, oito entrevistados são formados ou estão cursando o ensino superior, dois possuem

somente ensino profissionalizante e cinco possuem apenas o ensino médio. Dos gestores entrevistados, apenas cinco tem formação na área da saúde. Formalmente a ocupação no cargo não exige que os profissionais tenham formação ou experiência na área da saúde. Na maioria dos municípios brasileiros a atividade é ocupada por um cargo de confiança do prefeito municipal.

CONHECIMENTO DOS GESTORES SOBRE A PNAISH

Os resultados apontam que 11 (73,3%) gestores conhecem a PNAISH, três (20%) conhecem parcialmente e um (6,66%) disse não ter conhecimento sobre a mesma. Desses, nove (60%) discorreram sobre a prevenção de doenças com ênfase para o câncer de próstata, cinco (33,3%) ponderaram seus conhecimentos fazendo uma relação entre a saúde do homem e a saúde da mulher, sete (46,6%) gestores falaram da saúde do homem em seu município, três (20%) gestores relacionaram a PNAISH com a falta de recursos financeiros para trabalhar ações e um gestor discorre sobre a saúde integral do homem.

A prevenção das doenças, principalmente o câncer de próstata é apontado como uma das maiores preocupações em relação à saúde do homem, conforme elucidado na fala a seguir:

[...] prevenção de doença, principalmente de [do câncer de] próstata, essa é uma preocupação muito grande, porque a gente já tem casos ocorridos e ainda não teve um acompanhamento dentro do SUS. (G10).

De forma geral, os gestores mencionam como sendo objetivo da PNAISH a prática diária de atendimento e a AB.

IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DA PNAISH

Os gestores enfatizam a importância dessa Política Pública, e a necessidade de implantação da mesma em seus municípios. Entre os benefícios que a PNAISH poderia trazer para a população, foi citada a prevenção de doenças por cinco gestores (33,3%), a economia de recursos financeiros por quatro gestores (26,6%), detecção precoce de doenças como o câncer de próstata por quatro gestores (26,6%) e a diminuição de sofrimento nas famílias por dois dos gestores (13,33%).

Eu acho importante, porque, assim futuramente os homens não vão ter tanto problema de próstata e não vai ter tanto mais gasto com saúde, porque o homem já não vai precisar de um tratamento mais agressivo. Eu acho então bem importante sim. A gente tem que adquirir sempre a política preventiva. (G9).

Acho que o maior benefício é a prevenção. Não deixar acontecer os casos pois gera gastos, transtornos com a família. (G16).

PAPEL DO GESTOR NA IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA PNAISH

Quando questionados quanto ao seu papel na implantação e desenvolvimento da PNAISH evidenciou-se que, de forma geral, os gestores não possuem clareza quanto as suas

funções e competência necessárias para auxiliar na implantação dessa Política. Esses direcionam-se, quase que exclusivamente, às ações em busca de prevenção. Nenhum resgatou aspectos relacionados à providência de recursos financeiros, estruturais, qualificação das equipes, formulação de estratégias de promoção da saúde, entre outros aspectos, pontuados na publicação da PNAISH, conforme preconiza o MS.

É ser facilitador. E novamente falar em prevenção, porque depois que tu tem o problema pra você administrar, e que você vê a família é bem complicado. (G16).

A gente pensa como gestor desenvolver políticas para atender melhor, tanto homem quanto mulher, criança em fim todas as fases, idades, enfim a gente tenta desenvolver políticas que atinjam todas as fases das pessoas, prevenção junto às unidades de saúde, divulgação que precisam procurar as unidades. Neste sentido de prevenção que nosso trabalho de gestor se desenvolve. (G2).

Apenas um gestor fez uma tímida relação do planejamento das ações como papel do gestor na condução da Política à nível municipal.

Praticamente quase tudo, porque quando o secretário faz alguma coisa e ele bota em pratica os profissionais vão acatar, quando o secretário cruzar os braços não vai acontecer nada. É tudo que acontece aqui eu to tentando, o que a gente pode fazer pra isso, fazendo reuniões, quanto mais eu cobro mais acontece. Fazendo sempre orçamento, porque não adianta querer fazer e parar porque não tem orçamento. Como eu fiz no começo do ano planejar pra ver o que vai ser investido na saúde do homem. (G9).

DISPOSITIVOS LEGAIS QUE ORIENTAM AS AÇÕES VOLTADAS À SAÚDE DO HOMEM

Em relação às portarias que regulamentam e norteiam a implantação das ações na AB, apenas cinco gestores (33,3%) mencionaram o Pacto pela Saúde, o qual orientava os gestores na época da coleta de dados. Contudo, os que resgataram o Pacto ponderaram suas limitações.

Esse do Pacto hoje é uma situação, ainda complicada, porque todos os municípios foram obrigados a assinar o Pacto, mas nos temos hoje uma grande dificuldade de nos assumir [...]. (G5).

A fala revela a dificuldade dos gestores em conduzir o Pacto pela Saúde não resgatam outros dispositivos que possam orientar as políticas públicas voltadas para a atenção à saúde masculina.

RECURSOS FINANCEIROS DIRECIONADOS ÀS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

Segundo os gestores nenhum dos municípios recebe recursos financeiros específicos direcionados à PNAISH. Esse aspecto inclusive foi pontuado pelos gestores como justificativa

para a tímida ou não implantação e desenvolvimento da Política nos municípios investigados.

A Portaria nº 1.008 de 4 de maio de 2010 que diz respeito aos recursos financeiros relacionados a PNAISH, determina setenta e cinco mil reais para os municípios escolhidos pela Comissão Intergestores Bipartite (CIBs) para efetivarem os projetos pilotos da implantação da política, sendo a única informação sobre recursos financeiros disponibilizada pelo MS⁽¹⁾.

Dos gestores entrevistados, três comentaram a dificuldade de conseguir trabalhar a saúde do homem no Oeste de Santa Catarina, pela carência de sistemas de referência para média e alta complexidade, ou mesmo a falta desses, o que constitui um empecilho para atuar em ações da saúde do homem de maneira integral.

A aqui pelo menos a gente só tem 4 especialidades com ambulatório SUS no Extremo Oeste, a cardiologia [...], oncologia [...], a ortopedia e a neurologia. [...] As demais especialidades hoje não tem na região, a não ser que você encaminha isso para uma consulta de otorrino, oftalmo via SUS, então você vai lá para economizar 100,00 de consulta, mas tem que bancar 250,00 de transporte [...]. Então nos temos essa deficiência e por isso não conseguimos implantar uma política efetiva nos municípios. Se não você vai criar uma demanda que com certeza vai existir, mas você não tem como dar um suporte integral a essa demanda [...]. (G5).

O levantamento de aspectos relacionados aos recursos revelou entraves visualizados pelos gestores na execução da política, como escassez de recursos e falhas na rede de referência. Revela ainda o foco dos gestores na assistência curativa, voltada para a garantia de consulta médica de diversos especialistas como forma de garantia do desenvolvimento da Política, como ilustra a fala acima.

AÇÕES DESENVOLVIDAS NO MUNICÍPIO REFERENTE À ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO HOMEM

Quando questionados sobre as ações desenvolvidas em seu município para assistência integral à saúde do homem, todos os gestores mencionaram a coleta de exame de Prova do Antígeno Prostático (PSA), nove gestores (52,9%) relataram a realização de palestras educativas, em especial com urologista; ações em grupos de hipertensos e diabéticos foram mencionadas por quatro gestores (23,5%); ações com informações através de Agentes comunitários de Saúde (ACS) acontecem em três municípios (17,6%) segundo os entrevistados, consultas médicas foi associada por três gestores (17,6%). Ainda foi mencionada a realização do programa antitabagismo em dois municípios (11,7%), grupo com alcoólicos anônimos em dois (11,7%) e academias comunitárias em um município (5,9%).

Uma das grandes preocupações dos gestores diz respeito à oferta de exame PSA à população acima de 40 anos e em sua maioria de forma gratuita. O município que não oferece o exame gratuitamente encaminha-o via consórcio ou o paciente efetua o seu pagamento. As ações geralmente acontecem em grupos de educação em saúde, como hipertensos e diabéticos que detém a população com idade mais avançada. Ratificados nas seguintes falas:

Agora a gente está com uma campanha do PSA, na verdade a gente sempre fez, conforme os casos vão aparecendo a gente vai dando continuidade. (G16).

Esse ano a gente fez um orçamento e o homem acima de 40 anos, agora a partir do mês que vem ganharam exame de próstata gratuito. (G9).

Outro aspecto mencionado por dois gestores foi a importância da melhor exploração do trabalho dos ACSs pelas equipes de saúde, mencionam que as ações destes trabalhadores são pouco efetivas e inespecíficas para a saúde do homem.

Mediante os achados referentes ao perfil dos gestores que participaram do estudo, observa-se, inicialmente, que a experiência profissional é um aliado para o desempenho das atribuições do gestor dos serviços públicos. Entende-se que a atualização constante e a busca por conhecimento poderiam auxiliar na consolidação das Políticas Públicas brasileiras. Nesse sentido, o MS oferece cursos de especialização para gestores do SUS com a intenção principal de qualificá-los e tem demonstrado preocupação quanto a isso⁽¹⁾.

De maneira geral, a função do gestor frente à PNAISH é implantar mecanismos de regulação das atividades relativas à Política, coordenar, acompanhar e avaliar a PNAISH, priorizando a AB, como porta de entrada do sistema de saúde integral e hierarquizado, qualificar as equipes de saúde para executar as ações propostas na PNAISH, entre outras⁽¹⁾. As falas dos gestores se mostram confusas quanto a sua função no contexto da implantação das ações em prol da saúde do homem. Isso revela a importância de maior sensibilização dos mesmos, da população e dos profissionais quanto a essa Política, o que em parte pode justificar os entraves para sua implantação e expansão no território nacional. Isso também é revelado na dificuldade de compreensão dos dispositivos legais que orientam a condução das ações em saúde na realidade dos municípios. No período da coleta de dados pareciam escassas as ferramentas que poderiam auxiliar avanços na condução de atividades/ações em prol da saúde do homem, bem como orientar o uso dos recursos e dimensionar as prioridades. Posteriormente a realização da pesquisa o MS publicou a Portaria nº 2.488⁽⁸⁾, em 21 de outubro de 2011, a qual estabelece e revisa diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em parte, esse novo dispositivo sinaliza para a fragilidade do Pacto pela Saúde⁽⁷⁾ como dispositivo orientador da gestão na AB.

Analisando as entrevistas, quando mencionado as consultas médicas e as ações nos grupos de hipertensos e diabéticos, comprova que a assistência à saúde está focada no modelo biomédico, o que contrapõem o modelo proposto pela ESF, o qual prioriza a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento.

A análise global dos achados revela que os gestores associam a PNAISH, exclusivamente à realização de ações de detecção do câncer de próstata, à oferta de consulta médicas por especialistas e ao atendimento dos portadores de doenças crônicas, especialmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabete *Mellitus* (DIA). São tímidas as menções acerca de ações de prevenção das doenças e promoção da saúde dos homens na realidade pesquisada.

Autores⁽⁹⁾ lembram que a população feminina se destaca pela maior procura pelos serviços de saúde, bem como nos registros de acompanhamento das doenças crônicas degenerativas. Ponderam que isso se deve à existência de vários programas de saúde específicos para o sexo feminino e escassez de ações específicas para indivíduos do sexo masculino nos diversos níveis de atenção. Cabe aos profissionais e gestores identificar as particularidades das necessidades destes indivíduos, os motivos que resultam na baixa procura pelos serviços de saúde e estratégias que possam fomentar o acesso dos mesmos.

Além disso, pesquisadores⁽¹⁰⁾ têm enfatizado o risco decorrente da supervalorização das consultas médicas, a qual resulta em queda de resolubilidade dos serviços, fragiliza ou impede a formação de vínculos entre usuários e profissionais de saúde, conduz à falta de responsabilização dos profissionais com a saúde global dos usuários e a insatisfação destes com a assistência⁽¹⁾.

Em relação às competências e atribuições dos gestores, cada esfera de governo possui um conjunto de atribuições, sendo que cabe aos gestores municipais planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, gerir e executar os serviços públicos de saúde, participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada SUS, em articulação com a direção estadual, bem como, normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação da atenção na saúde, entre outras funções⁽²⁾.

Nesse contexto, emerge a ESF, a qual busca fomentar mudanças na política de saúde vigente, por meio da implantação de equipes multidisciplinares que atuam no âmbito da promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Essa estratégia surgiu com o intuito de organizar a expansão e a qualificação da AB, na busca de superar o antigo modelo assistencial centrado na doença, tendo como princípios fundamentais a integralidade, qualidade da assistência, equidade e participação social⁽¹¹⁾.

O fortalecimento da ESF poderia auxiliar com a ruptura do modelo hegemônico da biomedicina e contribuir por meio de suas múltiplas ações na consolidação e qualificação da PNAISH. Entende-se que o trabalho interdisciplinar, vínculo e acolhimento dos homens, a realização de ações no âmbito da educação em saúde, são algumas das estratégias capazes de garantir ações qualificadas e contínuas que efetivamente contribuam com a saúde do homem.

Nesse contexto, os gestores desenvolvem um papel singular no fortalecimento/enfraquecimento da AB, são parcialmente responsáveis pela execução das políticas de saúde na esfera municipal.

O gestor realiza o planejamento, organização, e avaliação das ações do município, tornando-se um determinante para a consolidação da PNAISH. É de sua responsabilidade a busca de parcerias junto às demais esferas de governo, para qualificar as equipes de saúde para a execução das ações propostas na PNAISH. A AB se destaca como uma porta de entrada primordial dos indivíduos no sistema de saúde, tem como compromisso na lógica da integralidade resgatar a população como coparticipante na impulsão de novas possibilidades assistenciais e gerenciais voltadas para a melhoria da qualidade de vida^(2,12-13).

Para tanto há necessidade de participação ativa, na busca de recursos, na formulação de parcerias, na preocupação com a capacitação dos profissionais, e principalmente no planejamento das ações e no estabelecimento de metas. Sem planejamento de ações e estabelecimento de objetivos e metas, não há como mensurar a eficácia da assistência prestada⁽²⁾.

O gestor municipal do SUS é quem regula a implantação das políticas em seu município de abrangência, bem como tem a obrigação de fiscalizar se os princípios do SUS estão sendo respeitados. Também é de extrema importância que o gestor juntamente com sua equipe técnica em saúde, discuta a saúde do homem e inclua esta no Plano Municipal de Saúde e também na Programação Pactuada Integrada (PPI), para que possa estabelecer metas e dispor de recursos financeiros para ações e capacitações da equipe em saúde do homem, bem como definir prazos e indicadores que desejam ser alcançados.

Estudos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ têm discutido enfaticamente a necessidade da corresponsabilidade e da construção da autonomia frente ao cuidado. Esta deve ser discutida como fator essencial na construção das práticas em saúde, entende que o cuidado requer o envolvimento dos usuários, dos profissionais de saúde e dos gestores. A autônoma perpassa a amplitude organizacional da clínica e da saúde coletiva e, conseqüentemente, os modelos de gestão e de atenção.

Destaca-se que para a operacionalização e qualificação do SUS se faz necessário a transformação do modelo assistencial, iniciando o processo de mudança pela concepção das prioridades e necessidades segundo seus atores sociais (usuários, profissionais de saúde, gestores, comunidade, entre outros).

CONCLUSÃO

A análise dos dados coletados evidencia fragilidade de informações e conhecimento sobre a PNAISH exposta pelos sujeitos do estudo. A preocupação dos gestores está pautada nas ações voltadas, quase que exclusivamente na detecção do câncer de próstata e oferta de consultas médicas especializadas e atividades de controle da HAS e DIA.

Evidencia-se a necessidade de maior debate e qualificação dos gestores acerca do Pacto pela Saúde e da Política. Além disso, percebe-se que a PNAISH requer investimentos financeiros, maior acompanhamento das ações realizadas, amplo debate entre os órgãos municipais, estaduais e federais, com sensibilização quanto à importância das atividades de prevenção e de promoção da saúde, entre outros aspectos. Além disso, os gestores tem encontrado dificuldade em utilizar os dispositivos legais como norteadores das ações de saúde, especialmente na condução específica das estratégias que visam a promoção da saúde do homem.

As limitações desse estudo não permitem afirmar que os dados encontrados na realidade pesquisada possam ser generalizados. Contudo, a pesquisa aponta para a necessidade de outras investigações, envolvendo os gestores, se possível, profissionais e

usuários que possam fornecer mais subsídios para orientação da implantação das ações que visam prioritariamente uma assistência integral e humanizada aos homens.

REFERÊNCIAS

- 1.Ministério da Saúde (BR). Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília (DF); 2008.
2. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. Brasília (DF); 2010.
- 3.Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília (DF); 2009.
- 4.Reichert CD, Andrioli DC. O conhecimento dos homens sobre o câncer de próstata: uma pesquisa no centro integrado de saúde da família no município de Chapecó/SC. [Tese]. Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina; 2010.
5. Secretaria de Estado da Saúde (SC) Governo do Estado de Santa Catarina. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Florianópolis (SC); 2010.
- 6.Bardin L. Análise de conteúdo. 3 ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
- 7.Ministério da saúde (BR). Série pactos pela saúde. Pacto pela Saúde, em Defesa da Vida e da Gestão. Brasília (DF); 2006.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.488, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília(DF); 2011.
9. Zavatini MA, Obreli-Neto PR, Cuman RKN. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. Rev Gaucha Enferm 2010; 31(4): 647-54.
- 10.Campos GWS. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. Rev bras epidemiol 2005; 8(4):477-83.
- 11.Trindade LL, Peron A, Amestoy SC, Geglen GC, Noguez PT. Reflexões Acerca do Perfil de Atendimento na Estratégia Saúde da Família. Cogitare Enferm 2011; 16(1):162-66.
- 12.Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. Cien Saud Colet 2011; 16(Supl. 1):881-92.
- 13.Freitas MLA, Mandu ENT. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. Acta Paul Enferm 2010; 23(2):200-5.
- 14.Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, organizador. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- 15.Almeida GBS, Paz EPA, Silva GAL. Representações sociais sobre hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo. Acta Paul Enferm 2011; 24(4): 459-65.

Recebido em: 12/05/2012
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 25/05/2013
Publicado em: 01/04/2015

Endereço de contato dos autores:
Edlamar Kátia Adamy
Rua Sete de Setembro, 91D Sala2. Centro. Chapecó/SC. Brasil. CEP
89801-140. E-mail: edlamar.adamy@udesc.br