

# Fatores determinantes para criação da Política Nacional de Saúde do Homem

Rosemary Ferreira de Andrade<sup>1</sup> e Aline Bentes Monteiro<sup>2</sup>

1 Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade do Estado do Pará, mestre em Enfermagem e Doutora em Ciência: desenvolvimento sócioambiental pelo Programa em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido - NAEA/UFPA. Atualmente é professor associado 4 da Universidade Federal do Amapá. Desenvolve trabalhos nos seguintes temas: saúde pública, epidemiologia, amapá, amazonia, malária e migração. E-mail: rosemary@unifap.br

2 Nutricionista graduada pela Universidade Federal do Pará, pós-graduada em Nutrição Humana e Saúde pela Universidade Federal de Lavras (MG), e mestranda em Desenvolvimento Regional pela Universidade Federal do Amapá. E-mail: alinebentesmonteiro@hotmail.com

**RESUMO:** Com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em 2009, evidenciou-se que os homens brasileiros correspondem a 60% das mortes no País, e possuem expectativa de vida em torno de 7,6 anos a menos que as mulheres. Este artigo teve como objetivo analisar os fatores que influenciaram a criação da PNAISH e assim vislumbrar sua perspectiva e o real papel a ser desempenhado por ela, com foco no estado do Amapá. Para tanto, realizou-se revisão bibliográfica sobre os temas: conceitos de saúde, políticas públicas de saúde e a saúde do homem, em literaturas científicas e bancos de dados estatísticos de saúde, que foram correlacionados com o processo de formulação e execução de políticas públicas, visando contextualizar a criação da PNAISH. Assim, verificou-se que a implementação da política pública de saúde do homem encontra barreiras, não apenas em fatores relacionados à estrutura dos serviços de saúde, mas principalmente na concepção masculina de que homens não precisam de cuidados, com isso, se nada for feito para quebrar tais barreiras socioculturais, a PNAISH está fadada a morte prematura.

**Palavras-chave:** Política de saúde, homem, Sistema Único de Saúde, Amapá, Capitalismo.

**ABSTRACT: Determinants for creation of national health policy of man.** With the creation of the Common Men's Health (PNAISH) in 2009 showed that Brazilian men account for 60% of deaths in the country, and have life expectancy of about 7.6 years less than women. This article aims to analyze the factors that influenced the creation of PNAISH glimpse and so his perspective and real role to be played by it, focusing on the state of Amapá. Therefore, we carried out a literature review on the topics: concepts of health, public health policies and health of man, in scientific literature and databases of health statistics, which were correlated with the process of formulation and implementation of public policies, order to contextualize the creation of PNAISH. Thus, it was found that the implementation of public health policy man finds barriers, not only on factors related to

the structure of health services, but mostly masculine conception that men need not care about that, if nothing is done to break such sociocultural barriers, the PNAISH is doomed to premature death.

**Keywords:** Health Policy, Man Health System, Amapá, Capitalism.

## 1 Introdução

Com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em 2009, evidenciou-se nos meios de comunicação um panorama preocupante no que se refere à saúde dos homens. De acordo com a publicação da PNAISH: Princípios e Diretrizes (BRASIL, 2009a), estudos comparativos vem demonstrando que os homens brasileiros correspondem a 60% das mortes no País, e possuem expectativa de vida em torno de 7,6 anos a menos que as mulheres. Sedentários e mais acometidos pela problemática da dependência química, principalmente álcool e fumo, o homem revelado pelo estudo, também é pouco preocupado com as questões do planejamento familiar e com sua saúde de maneira geral.

Estes estudos revelaram ainda, que se tratando da procura por serviços de saúde, os homens não buscam os atendimentos de baixa complexidade, como os postos e unidades básicas de saúde, onde se dá a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Eles buscam sempre a média e alta complexidade, como clínicas, hospitais e emergências, ou mesmo o atendimento e orientação direto em farmácias, indicando que quando procuram os serviços de saúde é porque já se encontram com a saúde debilitada e a doença instalada (BRASIL, 2009a).

Assim a PNAISH tem como objetivo de promover melhorias nas condições de saúde de homens, na faixa etária de 20 a 59 anos, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade masculina. Desenvolvendo ações que facilitem o acesso aos serviços, os oferecendo de forma igual e integral, primando pela humanização da atenção. E enfatizando para a mudança de paradigmas no que concerne a percepção dos homens em relação ao cuidado de sua saúde e de sua família, e considerando essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos sejam organizados de modo a acolher e fazer com que os homens sintam-se integrados.

Nova e com um problema público de importância consistente, a saúde dos homens, a PNAISH nasce num contexto que merece ter seus elementos destacados, considerando que estes influenciaram direta ou indiretamente no processo de criação e implementação da mesma. De acordo com Boneti (2006) toda política pública parte de uma idéia que tem origem num contexto onde se encontram fatores determinantes, como a conjugação de interesses, as inserções ideológicas, as concepções científicas, as correlações de forças sociais, etc.

Assim, o objetivo deste artigo é analisar os fatores determinantes da PNAISH, e assim, oferecer uma visão mais clara do real papel a ser desempenhado e vislumbrar sua perspectiva. Nesse sentido, destacam-se e discutem-se abaixo alguns elementos importantes que compõem o contexto de origem da política de saúde do homem, enfatizando o seu desenvolvimento no Estado do Amapá.

## 2 Fatores determinantes para criação da PNAISH

### a) O perfil de mortalidade e morbidade masculino

Colocado como determinante para a formulação da PNAISH, os indicadores de saúde dos homens, de fato são alarmantes. BRASIL (2009a) no diagnóstico de saúde masculina, traçado pelo Ministério da Saúde (MS) para embasar a política, mostra que se for analisada as causas de mortalidade na população masculina dos 15-59 anos, têm-se que a maior porcentagem de óbitos deve-se às causas externas; em segundo lugar, estão as doenças do aparelho circulatório; em terceiro, os tumores (câncer); em quarto, as doenças do aparelho digestivo; e, finalmente, em quinto lugar, as doenças do aparelho respiratório (BRASIL, 2009a).

Tratando-se de mortalidade no Amapá, com base em dados do ano de 2009, as causas externas também ocuparam o primeiro lugar no *ranking* das mortes e a segunda posição foi das doenças do aparelho circulatório. O terceiro lugar foi classificado como doenças com sintomas, sinais e achados anormais ao exame clínico e laboratorial não classificado em outras categorias<sup>1</sup>. O quarto lugar ficou com as neoplasias (câncer), e o quinto lugar com as doenças do aparelho digestivo (BRASIL, 2009b). Nesse sentido, verifica-se que a realidade do Estado não é muito diferente do âmbito nacional, em relação a mortalidade masculina.

As causas externas, primeiro lugar nas causas de mortes masculinas, englobam uma série de agravos, dos quais os mais importantes são os acidentes, notadamente os acidentes de transporte, as lesões autoprovocadas voluntariamente e as agressões. E no ano de 2008, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado do Amapá liderou o ranking nacional das mortes violentas, como homicídios, suicídios e acidentes de trânsito, sendo que 23,7% dos óbitos de homens, na faixa etária de 15 a 24 anos, foram decorrentes de tais causas (BRASIL, 2008).

A PNAISH destaca ainda, que 80% das internações masculinas no SUS são motivadas pelas causas externas, com preponderância na faixa etária dos 20 aos 29 anos. E em 2007, 39,8% das internações foram de homens, e dessas 48% ocorreram na faixa populacional dos 15 aos 59 anos. Sendo os acidentes de trânsito as causas de maior magnitude (BRASIL, 2009a).

Já no Amapá, as causas externas também ficam em primeiro lugar, no que se refere às internações, cerca de 30%, no ano de 2009, e destas 38% foram classificadas como por lesões externas acidentais, 20% por agressões, 18,6% por causas externas não classificadas e 17% por acidentes de transportes. Vale destacar, ainda que no Estado uma causa de internação que chama atenção, são as decorrentes de doenças do aparelho digestivo, que representam 20% e o segundo lugar das causas de internações masculinas (BRASIL, 2009c).

Outras informações relevantes sobre a saúde dos homens é que estes são mais vulneráveis a violência, são os maiores consumidores, e conseqüentemente os mais dependentes do álcool, cigarro e drogas, de uma maneira geral. Que o maior

<sup>1</sup> Essa classificação inespecífica de causas de morte pode ser explicada por falhas no momento do preenchimento dos atestados de óbitos, e pela estrutura deficitária do estado no diagnóstico de doenças.

contingente de pessoas com alguma deficiência adquirida, como a deficiência intelectual, auditiva e física, são de homens, geralmente adquirida com a atividade laboral (BRASIL, 2009a).

No que refere à hipertensão arterial, 20,3% dos homens declararam ter hipertensão arterial diagnosticada por médico e 5,2% declararam ter o diagnóstico de diabetes, em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde (MS). Em Macapá, 12,7% dos homens entrevistados afirmaram ter hipertensão arterial, e 4,7% afirmaram ter diabetes, diagnosticada pelo médico (BRASIL, 2009d). Também se identificou que as mulheres procuram mais pelo diagnóstico do que os homens, enquanto 4,6% dos homens afirmam ter o diagnóstico da doença, entre as mulheres o percentual foi de 5,6% (BRASIL, 2009d).

Todos estes dados justificam a necessidade de uma ação que busque interferir nesta realidade, no sentido de melhorar estes indicadores, e conseqüentemente a saúde dos homens, e isto é exatamente o que deverá fazer a PNAISH. Porém é preciso refletir sobre o que leva os homens a tal condição de saúde? Que condição seria ideal? Porque morrem tanto? Será que não se cuidam mesmo? E porque não se cuidam? Porque diferem tanto da condição de saúde das mulheres? Estes questionamentos também estão presentes no contexto de criação da política, que não deve ser justificada apenas por dados e indicadores de saúde. Mas também por fatores tão ou mais complexos que os números da saúde.

O que é importante lembrar que hoje se vive num contexto global que diz e padronizam como devem ser as pessoas, os hábitos, a cultura, o comportamento, a saúde, porém de acordo com padrões que são pensados externamente as realidades locais (BONETI, 2006). E que os homens representam a principal força produtiva do mercado de trabalho, e que ter saúde, significa ser produtivo, não faltar ao trabalho, não adoecer, aumento na produção e nos lucros.

Nesse sentido, a PNAISH ganha relevância, além de social, econômica. Pois, voltam o olhar para uma parcela da sociedade, os homens, com significativo papel na produtividade econômica do país. Contudo, faz-se necessário a compreensão sobre o que é ter saúde na era da globalização e de que saúde os homens precisam. Para tanto, a seguir destaca-se o atual paradigma da saúde no contexto globalizado.

### **b) O atual paradigma da saúde**

Desde a década de 70, o conceito de saúde vem sendo discutido e sofrendo mudanças. Várias organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização das Nações Unidas (ONU) e os governantes vem discutindo em diversos encontros e conferências por todo o mundo, a saúde e seus modelos. A conferência internacional de saúde de Alma-Ata é tida como o primeiro marco de discussões sobre este assunto e a partir de então, seis outros encontros foram realizados e originaram documentos que estabelecem diretrizes e ações a serem realizadas em todo mundo, no intuito de promover a saúde, como direito humano fundamental.

Nesse sentido, a saúde deixou de ser entendida como a mera ausência de doenças. O modelo curativista passou a ser questionado e até os tipos de doenças mudaram, antes

as doenças que mais matavam tinham caráter infectocontagioso, estavam sempre relacionadas a microorganismos, como bactérias, vírus, parasitas. E com as melhorias tecnológicas da indústria farmacêutica e na própria infra-estrutura das cidades, houve um controle melhor de tais doenças. Fato que hoje, as doenças que mais preocupam e demandam ações são as chamadas crônicas não transmissíveis ou crônico-degenerativas, que estão intimamente relacionadas com o comportamento de vida dos indivíduos. Deixando de ser algo inevitável para algo evitável, na medida em que são os hábitos do indivíduo que determinam a ausência ou presença da doença.

E todos esses aspectos corroboraram para o novo modelo de saúde, hoje tido como um bem estar físico, mental e social. Nele, o indivíduo é visto como um ser integral, que pensa, fala, vive em um meio que interfere sobre ele, e que para a saúde plena são necessários paz, recursos econômicos adequados, habitação, alimentação, um ecossistema estável e sustentável (BRASIL, 2001). Como define também a Lei Orgânica do SUS:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990, p. 2).

Emergindo desta nova saúde vem a ferramenta que viabiliza a sua conquista, que é a promoção de saúde. Lefevre e Lefevre (2004, p. 37) a caracteriza como uma intervenção ou conjunto de intervenções, que teriam como horizonte ou meta ideal a eliminação permanente, ou pelo menos duradoura, da doença, pois buscaria atingir suas causas mais básicas, e não apenas evitar (prevenir) que as doenças se manifestem nos indivíduos e/ou coletividades.

A OMS caracteriza como iniciativas da promoção de saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: concepção holística (considerar os aspectos físicos, mentais e sociais dos indivíduos), intersetorialidade (envolver e articular diferentes setores no desenvolvimento das ações), empoderamento e participação social (disseminação de informação e educação para envolver a sociedade no processo de decisão, implementação e avaliação das ações), equidade (propiciar acesso igual a todos os indivíduos), ações multi-estratégicas (envolvimento de diferentes disciplinas, métodos e abordagens variadas) e sustentabilidade (compatível com o princípio do desenvolvimento sustentável, e que tenha um processo duradouro e forte) (WHO, 1998 apud SÍCOLE; NASCIMENTO, 2003).

Em uma análise mais crítica e considerando o contexto político econômico mundial, de acordo com os ensinamentos de Boneti (2006), verifica-se que o conceito de saúde atual, também está contaminado pela lógica do capitalismo globalizado. Pois apresenta um padrão a ser seguido, e todos que não o seguem, são considerados sem saúde. E tendo em vista, que este novo conceito de saúde, está condicionado ao trabalho, à renda, a moradia, ao lazer, acesso aos bens e serviços essenciais, que nem sempre

estão acessíveis, causam assim, um desconforto e uma sensação de diminuição aos indivíduos, o que os incita a buscar trabalho, ou mais trabalho, e o consumo.

No caso da PNAISH, dizer que os homens não têm saúde é dizer que eles se encontram numa condição de desiguais na sociedade, e que precisam buscar (consumir) mais cuidados, mais saúde, mais trabalho, mais dinheiro, e por conseqüência, mais produtividade, mais lucro. Porém, para entender melhor esse processo, é preciso destacar como vem sendo tratadas as políticas públicas de saúde no País, para tanto, a seguir, destaca-se do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

### **c) O Sistema Único de Saúde do Brasil**

A partir do momento que a saúde passou a ser um direito humano fundamental, e passou a ser padronizada globalmente, o estado brasileiro assumiu a total responsabilidade pela saúde dos brasileiros, através de sua constituição federal de 1988, que estabelece que a saúde no Brasil seja direito de todos e dever do estado (BRASIL, 1988). E em 1990 é regulamentado um sistema único de saúde que tem como princípios básicos proporcionar a sociedade o acesso a saúde de forma igual, integral e universal, atendendo a toda sociedade, sem distinção de raça, idade, religião, sexo, ou qualquer outra categoria, e em todos os níveis de atenção a saúde, desde uma simples vacina até um grande procedimento cirúrgico.

De acordo com a concepção de Boneti (2006), política pública é uma ação originada de demandas sociais, classes sociais e demais seguimento da sociedade civil, que demandam ações que direcionam e/ou redirecionam a ação do estado com a aplicação de recursos financeiros ou apenas com uma intervenção administrativa, como forma de intervenção na realidade social. E a partir deste conceito, o SUS pode ser considerado uma política pública na medida em que foi criado num contexto de luta entre forças (trabalhadores, profissionais de saúde, cientistas, organismos internacionais e estados) em busca da saúde como um direito humano fundamental, e que para ser garantido foi necessário o desenvolvimento de ações que visavam assegurar, pelo menos em tese, que a sociedade tivesse acesso a este direito, e assim o problema público, falta de saúde, fosse sanado. O que atualmente acontece em parte e com muitas deficiências, como se observa a seguir.

O SUS foi criado no Brasil em consonância com a nova conceituação de saúde, pensada pelos organismos mundiais, como um bem estar físico, mental e social. E segundo a publicação do MS, intitulada de Mais Saúde: direito de todos (Brasil, 2007), o SUS em sua gênese, foi inspirado num projeto de bem-estar social, contra-hegemônico, avesso a uma visão mercantil e excludente, próprias do ideário neoliberal, que visa o descompromisso do estado para com a sociedade.

Contudo, durante a década de 90, medidas de cunho neoliberal trouxeram prejuízos ao seu processo de consolidação. A exemplo, da retirada do financiamento da saúde do fundo de seguridade social, que deixou uma lacuna no financiamento das ações, refletindo no não atendimento das demandas da população, especialmente nos serviços de média e alta complexidade (mais caros e interessantes ao setor privado) e no fortalecimento dos planos de saúde, que compõem um sistema de saúde suplementar (BRASIL, 2007).

Polignano (2001, p.1), também enumera alguns problemas presentes no SUS, como filas freqüentes de pacientes nos serviços de saúde; falta de leitos hospitalares para atender à demanda da população; escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência; atraso no repasse dos pagamentos do MS para os serviços conveniados; baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médicos-hospitalares; aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis; denúncias de abusos cometidos pelos planos privados e pelos seguros de saúde.

Entretanto, apesar de toda a fragilidade, de todos os problemas que acometem a própria saúde do SUS, ele constitui um projeto social único no conjunto dos países em desenvolvimento, considerado um dos melhores do mundo. E diante dessa problemática, em 2006 criou-se o Pacto pela Saúde. Reconhecido como um conjunto de reformas institucionais, pactuadas entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), tem por objetivo promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, redefinir as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS (SCHNEIDER *et al.*, 2009).

Tal Pacto preserva os princípios do SUS previstos na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 11 de dezembro de 1990). E prevê estratégias que afirmam esses princípios, e é a partir deles que se construiu uma pactuação que contempla três dimensões: o pacto pela vida, e os pactos em defesa e de gestão do SUS (SCHNEIDER *et al.*, 2009) todos com ações voltadas para o fortalecimento do SUS.

Já em 2008, o contexto da saúde no Brasil ganha outra ação, o “Programa Mais Saúde: Direito de todos”. Esse programa tem um caráter diferenciado de todas as outras ações, pois enfatiza que o desenvolvimento social deve estar aliado ao desenvolvimento econômico que o país vem atingindo, e que a saúde é parte fundamental deste processo, considerando que um País só pode ser considerado plenamente desenvolvido se seus cidadãos forem saudáveis (BRASIL, 2007).

Assim lembra-se Sen (2000) que pensa o desenvolvimento econômico numa perspectiva mais abrangente em sua obra desenvolvimento como liberdade. Onde desenvolvimento econômico está relacionado, sobretudo com a melhora da vida e das liberdades dos indivíduos, e o que as pessoas conseguem positivamente realizar é influenciado por oportunidades econômicas, liberdades políticas, poderes sociais e por condições habilitadoras como boa saúde, educação básica e incentivo e aperfeiçoamento de iniciativas.

Nesse sentido, o programa versa claramente que no campo econômico, a saúde pode ainda ser olhada por outro prisma, possuindo duas dimensões que se associam a uma nova aposta para o desenvolvimento do Brasil. A primeira dimensão é parte da política social e do sistema de proteção social, e a segunda, é a fonte de geração de riqueza para o País. O direito à saúde articula-se com um conjunto altamente dinâmico de atividades econômicas que podem se relacionar virtuosamente num padrão de desenvolvimento que busque o crescimento econômico e a equidade como objetivos complementares.

A saúde contribui tanto para os direitos de cidadania quanto para a geração de investimentos, inovações, renda, emprego e receitas para o Estado brasileiro. Em termos econômicos, a cadeia produtiva da saúde, englobando as atividades industriais e os serviços, representa entre 7% e 8% do Produto Interno Bruto, mobilizando um valor em torno de R\$ 160 bilhões, e constitui uma fonte importante de receitas tributárias. Emprega diretamente, com trabalhos qualificados formais, cerca de 10% dos postos de trabalho e é a área em que os investimentos públicos com pesquisa e desenvolvimento são os mais expressivos do País. Em termos de empregos diretos e indiretos, em toda a cadeia produtiva, o conjunto dessas atividades representa cerca de nove milhões de trabalhadores inseridos, predominantemente, em atividades intensivas em conhecimento (BRASIL, 2007).

Não obstante, há um descompasso entre a orientação para a conformação de um sistema universal, que possui um potencial destacado em termos de desenvolvimento, e o processo concreto de consolidação do SUS. Entre as grandes lacunas para que a saúde se constitua num dos pilares da estratégia nacional de desenvolvimento, destaca-se no quadro 1:

**Quadro 1 – Obstáculos para a consolidação do SUS**

• A reduzida articulação da saúde com as demais políticas públicas.
• A presença de uma significativa iniquidade de acesso.
• A oferta de bens e serviços permanece fortemente desigual na sua distribuição territorial, reproduzindo a desigualdade pessoal e regional que caracteriza o desenvolvimento brasileiro.
• O descompasso entre a evolução da assistência e a base produtiva e de inovação em saúde.
• O movimento de descentralização e de municipalização das ações de saúde, embora forte e de alta relevância, ocorre de modo fragmentado, perdendo-se uma visão regionalizada do País.
• O predomínio de um modelo burocratizado de gestão, segundo o qual o controle ineficiente dos meios ocorre em detrimento dos resultados e da qualidade da atenção à saúde.
• O subfinanciamento do SUS.
• A precarização do trabalho e o baixo investimento na qualificação de recursos humanos.

Fonte: BRASIL (2007, p.06)

O reconhecimento desse quadro e o empenho em intervir e superar tal realidade configura o sentido maior desta estratégia. O Programa Mais Saúde: Direito de Todos objetiva aproveitar as potencialidades oferecidas pelo setor como um dos elos vitais para um novo padrão de desenvolvimento brasileiro, enfrentando os enormes desafios ainda presentes. O programa contempla 73 medidas e 165 metas num total de R\$ 89,1 bilhões, estando R\$ 65,1 bilhões garantidos no Plano Plurianual (PPA) e R\$ 24 bilhões destinados à expansão das ações. Esse conjunto de iniciativas permite consolidar a percepção estratégica de que a Saúde constitui uma frente de expansão que vincula o desenvolvimento econômico ao social e insere-se na perspectiva do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) à sociedade brasileira (BRASIL, 2007, p. 7).

Ainda segundo autor supracitado, a estratégia adotada neste programa articula o aprofundamento da reforma sanitária brasileira com um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o crescimento, o bem-estar e a equidade. A melhoria das condições de saúde do cidadão brasileiro constitui o grande objetivo estratégico. O conjunto de medidas e ações concretas volta-se para a melhoria da qualidade de vida da população, contribuindo para que o SUS seja definitivamente percebido como um patrimônio da sociedade brasileira.

Assim, o Programa Mais Saúde consolida o setor saúde como determinante para o desenvolvimento econômico e social do Brasil. E vê agora, este setor para além de seu aspecto social, oneroso, fardo pesado à economia do país, para vê-lo como produtivo, gerador de consumo, empregador de mão-de-obra, gerador de lucro.

É dentro do Programa Mais Saúde que se encontra a gênese da PNAISH. E ao se compreender a lógica desenvolvimentista desse programa, entende-se a necessidade de atingir a saúde dos homens não somente pela preocupação com os indicadores alarmante de saúde que o sexo masculino apresenta, mas também por esta ser uma importante parcela de cidadãos para o desenvolvimento econômico e social do País. Pois, segundo a PNAISH (BRASIL, 2009a) os homens de 20 a 59 anos, foco da política, representaram 27% da população no ano de 2009, ou seja, cerca de 52 milhões de indivíduos. E que no mesmo ano dos 38 milhões de trabalhadores brasileiros, 22,5 milhões eram do sexo masculino, o que permite pensar a importância que tem esta parcela da população para o desenvolvimento econômico e social do País.

É válido lembrar em todo esse foco desenvolvimentista, as pretensões do Brasil de se tornar até o ano de 2020 a 5ª potência mundial. E todas as ações políticas do país estão voltadas para este objetivo, inclusive as ações no setor de saúde, como são possíveis observar nos dados acima apresentados. Isso se dá, segundo Boneti (2006) para que o país mantenha sua imagem perante o contexto internacional, ou atender exigências de organismos internacionais, visando à obtenção de recursos ou investimento externo no país.

E tal perspectiva brasileira está situada numa dimensão bem maior, que Boneti (2006) chama de capitalismo globalizado que objetiva expandir e fortalecer as relações econômicas mundo a fora, como será visto a seguir.

#### **d) O capitalismo globalizado**

Na atualidade é possível afirmar que o capitalismo consolidou-se como modelo econômico hegemônico dominante mundialmente. Livre mercado, não intervenção do estado na economia e na vida privada, propriedade privada, lei da oferta e da procura, racionalidade no trabalho, consumo, são características que formam o sistema numa lógica que busca cada vez mais meios para fomentar o consumo visando o lucro. E esse modelo econômico se propagou no mundo, buscando por em prática seus preceitos, de forma que hoje, todas as relações sociais, econômicas, culturais estão impregnadas desta lógica.

Boneti (2006, p. 42) chama esse fenômeno de “projeto do capitalismo globalizado” que se trata de uma dinâmica envolvendo relações políticas, econômicas, mercados consumidores, aparecimento de novas tecnologias, etc., tudo na perspectiva do

aumento de ganhos para as relações econômicas mundiais. O autor afirma que o projeto do capitalismo globalizado é discutido, avaliado e reavaliado anualmente pelos países considerados industrializados, no sentido de garantir sucesso às metas de expansão das relações econômicas do mundo. E para tanto é partir deste projeto que atualmente as políticas públicas são pensadas, sempre acompanhando a lógica capitalista do acúmulo de capital para as relações econômicas mundiais.

E no âmbito da saúde não é diferente. E o Programa Mais Saúde: direito de todos do Governo Federal Brasileiro, anteriormente discutido, é um exemplo disso. Pois, traz além da visão social da saúde, a visão econômica do setor, objetivando disseminar e fortalecer o SUS, em sua esfera de menor complexidade, a mais barata economicamente; valorizar este setor como um importante gerador, direta ou indiretamente, de recursos financeiros e empregos.

A PNAISH também pode ser pensada num contexto de capitalismo globalizado, na medida em que cuida de uma parcela da sociedade que representa mais da metade dos trabalhadores brasileiros. E de acordo com Boneti (2006, p. 49) “as políticas públicas, de caráter social que são disponíveis pelo Estado, se apresentam nas sociedades capitalistas, sobretudo com a função de promoção da estabilidade e da garantia do mercado de trabalho”.

Assim, ao se descortinar as intenções capitalistas na formulação de políticas, vê-se claramente, a importância da PNAISH neste contexto por alguns pontos: 1) cuida de uma parcela que representa metade da força de trabalho do País; 2) tem o objetivo de reduzir o número de óbitos masculinos na faixa etária de maior produtividade no mercado de trabalho, que é de 20 a 59 anos; 3) objetiva reduzir gastos no setor saúde, na medida em que se sabe que os homens procuram os serviços de saúde quando já se encontram com a doença já instalada, necessitando de serviços mais complexos e mais caros; 4) incita o cuidado e com isso o consumo de produtos da indústria da saúde e do bem estar.

Contudo, outro ponto a ser destacado é a forma como se processam as políticas públicas nesse contexto globalizado. Boneti (2006) refere que são discutidas e pensadas por países industrializados, onde figuram os interesses econômicos e políticos. E Secchi (2010), destaca o modelo top-down de implementação de uma política, onde a tomada de decisão é claramente separada das fases em que são postas em prática, o que gera muitas dificuldades tendo em vista que nem sempre o que é pensado, é plenamente executável. E considerando estes dois autores, reflete-se que a PNAISH pode ter sido implementada no modelo top-down e talvez, por isso esteja com dificuldades operacionais, considerando as poucas e os atrasos nas ações que foram desenvolvidas até o momento, principalmente no caso do Amapá, como se destacará posteriormente.

E ainda, em relação a estas ações, outra consideração fundamental a se fazer é o que pensam os homens, objeto da política, sobre este assunto? Como vêm sua saúde? Que dificuldades encontram para que não procurem os serviços de saúde? E o que pensam sobre a PNAISH? Pois considerando que política teve caráter top-down, supõe-se que os homens, de fato, não participaram das decisões iniciais sobre ela.

São muitas dúvidas a cerca destes atores, e que devem ser ouvidos e entendidos sob pena de contribuírem, para além de sua morte precoce, para morte precoce de sua política de saúde. Assim, a seguir destacam-se algumas questões relacionadas à concepção e postura dos homens sobre saúde.

#### **e) A concepção masculina sobre saúde**

Um importante fator a ser considerado no contexto de criação da política é a posição dos homens em relação a sua saúde. É evidente que pelos indicadores de saúde masculina logo se pensa que os mesmos não se cuidam, e aparentam ter uma postura intransigente em relação ao autocuidado. E a partir da PNAISH esse pensamento foi amplamente divulgado na mídia, no intuito de alerta para uma realidade preocupante e principalmente, para novas ações que visavam melhorar a saúde masculina.

Contudo, condicionar os indicadores da saúde masculina ao fato, única e simplesmente, de os homens não se cuidarem, é ter uma visão reducionista da problemática. É em consonância com o novo paradigma da saúde, que está inserido numa lógica do projeto do capitalismo globalizado, que a responsabilidade por estar ou não com saúde, é quase que exclusivamente dos indivíduos, desconsiderando a condição do acesso a esta saúde. E essa condição de ser classificado por ter ou não algo, que é considerado como padrão num contexto global, Boneti (2006) caracteriza como desigualdade social, que para o autor, é considerada como a capacidade individual de acesso aos bens sociais e culturais reconhecidos pela racionalidade burguesa. Ou seja, se os indivíduos têm, são iguais, e se não tem, são diferentes, excluídos, colocados a margem, diminuídos.

Assim, antes de condenar os homens como intransigentes, por não procurarem os serviços de saúde e por não se cuidarem, é preciso que se compreendam os motivos que os levam a agir como tal. E nesse sentido, Brasil (2009a) refere que este entendimento perpassa por dois grupos causais, as causas relacionadas às instituições de saúde e as causas relacionadas à própria característica da masculinidade, construída socioculturalmente.

Como exemplo de fatores institucionais, tem-se a inadequação das instituições à realidade e características masculinas, pois não se têm nos serviços de saúde, programas específicos para este grupo. Os estabelecimentos disponibilizam de poucos profissionais do sexo masculino para atendê-los de forma mais confortável; os horários também são obstáculos para o acesso desse grupo aos serviços de saúde, já que por sua condição sócio-construída de provedor, se ausentar do trabalho colocaria em risco sua condição, sua colocação e, quiçá, sua masculinidade. Por outro lado, como exemplo de fatores socioculturais têm-se todas as características que são exigidas pela sociedade para legitimar o masculino, como a condição de forte, de invulnerável, de provedor da família, impedido de adoecer e de se cuidar.

E aqui se destaca o trabalho e tempo como dois fatores barreira, segundo alguns homens. Não ter tempo, precisar prover a família, os filhos, são justificativas dadas para a não utilização dos serviços de saúde, e que não fazem parte de meras construções socioculturais, mas também de toda uma construção e impregnação de

uma lógica capitalista de incentivo ao trabalho que visa o consumo e o lucro para as classes dominantes. E como esclarece Boneti (2006, p. 48):

A interferência desta nova configuração da estrutura produtiva mundial na vida prática do dia-a-dia transcende a produção econômica, atinge os hábitos culturais, lingüísticos, científicos e representativos.

É válido ressaltar que a concepção e a postura dos homens em relação à saúde, não contribuíram para a formulação da PNAISH, o que a caracteriza como uma política top-down. Contudo, esta concepção e postura poderão determinar a sua morte. Considerando que se não houverem homens a serem atendidos nos serviços de promoção a saúde, a PNAISH perderá sua função e terá morte prematura, assim como os homens.

### 3 A PNAISH no Amapá

No Amapá, as ações da PNAISH ainda se encontram em fase de implementação. Para tal, foram criadas coordenações estaduais e municipais, encarregadas de desenvolverem as primeiras atividades, relacionadas à capacitação de recursos humanos, divulgação, além da adequação dos serviços de saúde para o público masculino. Entretanto, as ações ainda se encontram tímidas.

No ano de 2010, em Brasília, foram realizadas capacitações para os gestores estaduais e municipais da política, para que se desse início a as ações propostas para o atendimento dos homens nos serviços de saúde do SUS. Em Macapá, no mesmo ano, foi realizado um seminário com os profissionais da atenção básica, quando foi discutida a situação atual da saúde masculina, bem como as ações que seriam realizadas ao nível de Estado e Municípios.

De acordo com a Coordenação Estadual da PNAISH o estado ao aderir ao plano de implementação recebeu 75 mil reais para executar as ações previstas, ressaltando que este repasse é único para todo o processo. Assim o estado assume o papel de capacitar e auxiliar os municípios na implementação, e oferecer os serviços de média e alta complexidade do SUS. Sendo que até o final do ano de 2012, há uma meta de implementar a política em 100% dos municípios, através de capacitações técnicas dos profissionais de saúde e campanhas educativas voltadas aos homens.

Destaca-se, ainda que, até a presente data, junho de 2012, apenas os municípios de Macapá, Santana e Laranjal do Jari tiveram seus planos de implementação aprovados pelo MS e pelos Conselhos de Saúde. E cada município recebeu por volta de R\$ 55.000,00 (Santana e Laranjal do Jari) e R\$ 75.000,00 (Macapá), num único repasse para providenciar a execução das ações previstas nos planos aprovados. Sendo que, as ações em Santana e Laranjal do Jari ainda serão iniciadas, e em Macapá, as ações já vêm acontecendo desde 2010.

Contudo, alguns pontos são bastante relevantes no desenvolvimento e fortalecimento das ações da PNAISH no estado. Um deles, é que o exame de detecção de alterações da próstata, fundamental ao diagnóstico de câncer, é realizado apenas na esfera estadual, pelo Laboratório Central (LACEN). O outro, é que apenas o estado possui médicos urologistas no hospital de especialidades, assim todas as demandas do

estado se encontram nestes pontos, o que acarreta uma demanda reprimida de atendimentos masculinos.

No nível municipal, desde que foi aprovado o plano de ação e recebido o recurso em 2010, alguns entraves ocorreram em sua execução. A proposta inicial e válida, porém ainda não posta em prática, é que se adapte um serviço ambulatorial de atendimento aos homens, que servirá de referência para todo o município de Macapá. O serviço contaria com a presença de médicos especialistas em urologia, que estariam habilitados, inclusive, a fazer pequenos procedimentos cirúrgicos, dentre eles a vasectomia. O principal entrave desta ação foi a negociação da contratação do profissional urologista, que são poucos e demandam altos recursos para atuarem. Porém, há uma previsão que até agosto de 2012, este ambulatório esteja em pleno funcionamento, considerando que a estrutura está disponível e o profissional contratado, de acordo com informações repassadas pela Coordenação Municipal da PNAISH.

É da alçada municipal ainda, o desenvolvimento de ações educativas voltadas para os homens e capacitação de profissionais para melhor acolherem estes. Contudo, estas ações também foram paralisadas, por conta da própria infra-estrutura de atendimento ausente. Assim, a previsão é de que as capacitações de profissionais, campanhas educativas e inauguração do ambulatório de referência, sejam desenvolvidas paralelamente.

Assim, ao que se observa as ações de implementação da PNAISH no Amapá estão esbarrando em alguns obstáculos, que podem ser determinantes para o seu pleno funcionamento. Tais obstáculos estão destacado no quadro 2:

**Quadro 2:** Obstáculos para implementação da PNAISH no Amapá.

1) O embate político entre governo e município, que ainda não se compreenderam como parte de um sistema único de saúde, causando transtornos a população por não atenderem demandas vindas do estado para o município e vice-versa;
2) Estrutura e serviços de saúde disponíveis que são deficientes e insuficientes, a exemplo da falta de procedimentos e profissionais especialistas, o que acarreta filas, demora e insatisfação no atendimento, tanto de clientes quanto de profissionais;
3) Profissionais pouco preparados para atender o público masculino que possui necessidades e características bem distintas em termos de saúde e de comportamento, que influenciam diretamente no atendimento;
4) O desconhecimento por parte dos homens e da sociedade de uma maneira geral sobre a existência de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens.
5) A concepção e o comportamento masculino em relação a sua saúde, que por se conceberem fortes e com a saúde invulnerável julgam não precisarem de tais serviços. Além da concepção, de grande parte dos homens, de serem os provedores de suas famílias, o que os leva a se focarem no trabalho, afirmando assim, não terem tempo de procurar os serviços de saúde, indo apenas quando já perderam sua capacidade de trabalho.

Fonte: Monteiro, A. 2012.

Estes últimos itens merecem ser destacados, pois parece ser um dos principais pontos que determinaram o sucesso ou o fracasso da PNAISH. Dados de pesquisa de campo realizada por Monteiro (2012), com 203 homens, na faixa etária de 20 a 59 anos, no ano de 2011 na cidade de Macapá, revelaram que 74,6% dos entrevistados

afirmaram que o que mais dificultava o autocuidado masculino eram fatores relacionados com a imagem que eles tinham de sua saúde e de si, e apenas 25,4% referiram que os principais fatores impeditivos estavam relacionados com o funcionamento dos serviços de saúde. E 48% dos entrevistados afirmaram não conhecerem, nem ouvido falar da PNAISH, o que pode ser avaliado como ruim considerando que eles são foco das ações.

Um ponto interessante da pesquisa realizada foi a correlação feita entre a avaliação dos entrevistados sob como consideravam sua saúde e a avaliação fatores de risco para doenças cardiovasculares realizada com os mesmos. A partir dessa correlação a autora verificou se a auto-avaliação da saúde feita pelos entrevistados condizia com a presença ou ausência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Assim, foi verificado que cerca de 60% dos entrevistados consideraram a sua saúde como boa ou ótima, porém foram identificados altos índices de sobrepeso e obesidade, mais de 60%; mais de 50% de entrevistados com excesso de gordura abdominal que representa médio e alto risco para desenvolver doenças cardiovasculares, alto consumo de bebidas alcoólicas (60% dos entrevistados) e baixa prática de atividade física, apenas 33% a faziam com regularidade.

Nesse sentido, verificou-se que o grupo entrevistado, apesar de considerar sua saúde boa ou ótima, apresenta altos índices de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, como a hipertensão, a diabetes, obesidade, cardiopatias e dislipidemias. E pôde-se confirmar que nem sempre a concepção de saúde que os homens possuem sobre sua própria saúde, condiz com o real estado de saúde dos mesmos. Daí a importância do esclarecimento de toda a sociedade e que se mude a concepção tanto de homens, quanto de mulheres, sobre a saúde masculina, e assim fazer valer, de fato, as ações da PNAISH.

#### **4 Considerações finais**

É importante ressaltar, que um atendimento de qualidade deve ser oferecido a todos os membros da sociedade, independente de sua raça, sexo, idade, religião. E que se isso de fato, acontecesse não seria necessária a formulação de políticas e programas isolados e distintos, como para os homens, as mulheres, os idosos, as crianças. Contudo, observa-se que por uma ineficiência de gestão e financiamentos do sistema público de saúde as ações particularizadas ainda se fazem necessárias.

Assim a PNAISH tem como papel trazer os homens aos serviços de saúde, no intuito de cuidar melhor desta parcela tão importante da sociedade. Importante ao setor produtivo e econômico, por serem a maior parcela dos trabalhadores; importante por representarem gastos elevados ao setor de saúde, pois procuram assistência médica apenas quando a doença já está instalada e os custos são mais altos para o serviço de saúde; importante por terem altas taxas de morbimortalidade e uma expectativa de vida sete anos menor quando comparados as mulheres; importante por não se reconhecerem como indivíduos que demandam cuidados. Assim, a PNAISH não tem apenas relevância social, mas também econômica.

No Amapá, a política ainda se encontra em fase de implementação das ações. E possui alguns entraves precisam ser vencidos para sua plena execução, entre eles os

embates políticos, os financiamentos, a disponibilidade de profissionais e a adequação de infra-estrutura e serviços, não só para o atendimento de homens, mas para o atendimento do SUS, de uma maneira geral.

E finalmente, deve-se destacar a concepção e a construção sociocultural das características masculinas como fatores determinantes para o sucesso ou insucesso da implementação das ações e que se não forem consideradas podem levar a morte prematura da PNAISH.

## Referências

- BONETI, L. W. **Políticas públicas por dentro**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2006. p.96.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. [1988]. Brasília/DF: Senado, 1988.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica do SUS**. n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília/DF, 1990.
- \_\_\_\_\_. **Promoção da saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega países e Declaração do México. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Mais saúde: direito de todos 2008 – 2011**. DF: Brasília, 2007.
- \_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estatísticas do Registro Civil – 1998 a 2008**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projeca\\_da\\_populacao/2008/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projeca_da_populacao/2008/default.shtm). Acesso em: 08 dez 2010.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2009a.
- \_\_\_\_\_. **Mortalidade masculina no Amapá em 2009, na faixa etária de 20 a 59 anos**. 2009b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10ap.def>. Acesso 18 dez. 2011.
- \_\_\_\_\_. **Morbidade hospitalar masculina no Amapá em 2009, na faixa etária de 20 a 59 anos**. 2009c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niAP.def> Acesso 18 dez. 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Diagnóstico de saúde da população masculina**. Brasília/DF: 27 ago. 2009d. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=10491](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10491). Acesso em: 28 jun. 2010.
- LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde**: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.
- MONTEIRO, A. B. **Pesquisa de campo**: fatores impeditivos do cuidado masculino. In.: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: fatores impeditivos do cuidado (Dissertação de Mestrado a ser apresentada no Programa de Pós-graduação Mestrado em Desenvolvimento Regional). AP: UNIFAP. 2012.

- POLIGNANO, M. V. Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural**, UFMG/Faculdade de Medicina, 2001.
- SCHNEIDER, A. et al. **Pacto pela saúde**: possibilidade ou realidade?. 2 ed. revisada e atualizada. Passo Fundo: IFIBE/CEAP. 2009.
- SECCHI, L. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010.
- SEN, A. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Cia das Letras, 2000.
- SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface: comunicação, saúde, educação**. v. 7, n. 12, p. 101-22, fev. 2003.

*Artigo recebido em: 12 de outubro de 2012*

*Aprovado em: 01 de fevereiro de 2013*