

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

**Fortalecimento da
Política Nacional de Atenção Integral à
Saúde do Homem (PNAISH):
compromisso *versus*
ação na atenção básica**

Brasília, 2013

**Fortalecimento da
Política Nacional de Atenção Integral à
Saúde do Homem (PNAISH):
compromisso *versus* ação na atenção básica**

© 2013. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira.

Todos os direitos reservados.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1ª edição – 2013 – 100 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

Departamento de Ensino

Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo - 2º andar – sala dos professores

CEP: 22250-020–Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 2554-1795

E-mail: romeu@iff.fiocruz.br

Sítio: <http://www.iff.fiocruz.br>

Projeto de pesquisa: **Fortalecimento e Disseminação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)**

Coordenação Executiva:

Erly Catarina de Moura

Coordenação Geral de Informação e

Análises Estatísticas (CGIAE)

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)

Ministério da Saúde (MS)

Sub-Coordenação:

Lidiane Albernaz

Fundação para o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde (FIOTEC/Fiocruz)

Coordenação:

Romeu Gomes

Departamento de Ensino

Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz)

Elaboração de texto:

Alice Cristina Medeiros das Neves

Naiza Nayla Bandeira de Sá

Sara Araújo da Silva

Wallace dos Santos

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

Projeto de pesquisa Fortalecimento e Disseminação da
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

Fortalecimento da
Política Nacional de Atenção Integral à
Saúde do Homem (PNAISH):
compromisso *versus* ação na atenção básica

Coordenação Executiva:
Erly Catarina de Moura

Coordenação:
Romeu Gomes

Sub-Coordenação:
Lidianne Albernaz

Elaboração de texto:
Alice Cristina Medeiros das Neves
Naiza Nayla Bandeira de Sá
Sara Araújo da Silva
Wallace dos Santos

Diagramação:

Lidiane Albernaz

Revisão de texto:

Catálogo na fonte

**Biblioteca da Saúde da Mulher e da Criança - Instituto de Comunicação e
Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT)**

Sumário

Apresentação.....	9
Introdução.....	11
Objetivos.....	12
Método.....	13
Seleção da amostra.....	13
Seleção da unidade de estudo.....	15
Instrumentos de coleta de dados.....	19
Coleta de dados.....	20
Resultados e discussão.....	21
O olhar da equipe da ESF.....	21
Características da ESF.....	21
O olhar do usuário.....	48
Características familiares.....	48
Características dos municípios.....	57
Conclusões.....	65
Referências.....	68
Anexos – Instrumentos de coleta de dados.....	73

Apresentação

Entre a instituição de uma política de saúde e a realização dos princípios dessa política no cotidiano das ações de saúde é possível haver lacunas, distanciamentos e até mesmo contradições. Essa constatação, em geral, se apoia em observações tópicas ou pouco sistematizadas. Faltam, muitas das vezes, estudos com rigor de método científico que possam subsidiar a avaliação entre as instâncias dos preceitos políticos e da prática desses preceitos. Nesse sentido, a macrogestão das políticas pode ficar bastante comprometida.

Especificamente em relação à Política Nacional de Atenção à Saúde Integral do Homem (PNAISH) vem-se constatando que os dados secundários nem sempre conseguem servir de ancoragem para a avaliação da efetiva implantação dessa política. Seja pela ausência de informações, seja pela deficiência de registros, observa-se que – após três anos da instituição da política em questão – ainda há pouco conhecimento para que os reflexos na atenção à saúde de segmentos masculinos possam ser avaliados.

O estudo **Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica** poderá contribuir para que as diretrizes da atenção à saúde integral de homens sejam refletidas em termos de sua efetiva implantação. Nele, são apresentados os resultados de uma investigação realizada em dez municípios brasileiros, selecionados aleatoriamente a partir de critérios objetivamente estabelecidos. Trata-se de um retrato de realidades que ora se

distanciam, ora se interseccionam ao implantar as diretrizes da mencionada política.

A partir da leitura deste estudo, se esboçam pelo menos duas contribuições para as gestões das unidades federadas e dos municípios implantarem a PNAISH. A primeira delas diz respeito ao fato de os resultados apresentados e discutidos servirem de referência para que outras experiências possam – por meio de espelhamento – avaliar o quanto suas ações se aproximam ou se distanciam das realidades estudadas. A segunda contribuição é de natureza metodológica. O estudo, que se encontra desenhado sob os rigores do método científico, pode servir de base para que outros estudos sejam empreendidos.

Essas duas contribuições constituem-se em argumentos para que haja continuidade na leitura do estudo.

Boa Leitura!

Romeu Gomes
Coordenador Geral da Pesquisa

Introdução

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) – instituída pela Portaria nº 1.944/GM, do Ministério da Saúde, de 27 de agosto de 2009, tem como objetivo geral “promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde” (BRASIL, 2009a).

A etapa inicial da implantação dessa Política foi consolidada com a publicação do Plano de Ação Nacional (PAN), (BRASIL, 2009b), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) por meio da Área Técnica da Saúde do Homem (ATSH) do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) do Ministério da Saúde (MS). “O processo de construção do Plano foi realizado de forma participativa através de reuniões com representantes de sociedades médicas e da sociedade civil, gestores estaduais e municipais, profissionais de saúde, além das Secretarias do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2009b). Esse plano serviu de referência para a elaboração de Projeto-piloto de 26 Municípios selecionados pelo MS e do Distrito Federal. Assim, foram elaborados 27 planos-pilotos. Até o final de 2011, 132 municípios em todo país pactuaram com a ATSH/DAPES/SAS/MS a implantação da PNAISH.

A implantação dessa política, dentre outros aspectos, envolve a mudança de paradigmas para que se promovam, junto a

segmentos masculinos, os cuidados com a sua saúde e com a saúde de suas famílias. Isso demanda inúmeras ações que vão desde a organização dos serviços de saúde, passando pela capacitação de profissionais e chegando a ações educativas junto a segmentos masculinos. Essas ações, por sua vez, para que possam ser exitosas, necessitam de mecanismos que lhes deem sustentação.

Neste sentido, este estudo tem a finalidade de avaliar em uma amostra dos municípios pactuantes da PNAISH como estão sendo desenvolvidas as ações de fortalecimento desta política.

Objetivos

Este estudo teve por objetivo avaliar se o compromisso assumido pelos municípios se transformou em ação de fortalecimento da PNAISH por meio da identificação, junto às Equipes da Saúde da Família (ESF), da existência de:

- a) cadastro atualizado da população masculina do território;
- b) busca ativa de homens pela equipe de saúde para a realização de ao menos uma consulta/ano;
- c) oferta de atendimento em horários alternativos adequados para a população masculina;
- d) ações de orientação e sensibilização da população masculina quanto às medidas disponíveis para detecção precoce do câncer de próstata em pacientes sintomáticos e disfunção erétil, entre outros agravos do aparelho geniturinário;

- e) incorporação dos homens nas ações e atividades educativas voltadas para o planejamento familiar;
- f) ampliação da participação paterna no pré-natal, parto, puerpério e no crescimento e desenvolvimento da criança;
- g) oferta de exames previstos para homens que participam do pré-natal masculino;
- h) ações de identificação, acolhimento e encaminhamento de situações de violência envolvendo homens; e
- i) ações educativas para a prevenção de violências e acidentes, e uso de álcool e outras drogas voltadas para a população masculina.

Método

Seleção da amostra

Os critérios para inclusão na seleção da amostra foram: 1- ter recebido recursos do PNAISH em 2009 ou 2010 e 2- ter Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) homologado. Dos 79 municípios que atendiam ao primeiro critério, 14 foram excluídos por não atenderem ao segundo critério.

Os 65 municípios selecionados foram classificados segundo cobertura do Programa da Saúde da Família (PSF) em quatro categorias: baixa (<30%), regular (30 a 59%), boa (60 a 79%) ou muito boa ($\geq 80\%$) e segundo o porte da cidade em três categorias: pequeno (< 100 mil habitantes), médio (100 a 499 mil habitantes)

ou grande (≥ 500 mil habitantes). A combinação destes parâmetros resultou em nove estratos (Quadro1): 1- baixa cobertura e médio porte (quatro municípios), 2- baixa cobertura e grande porte (12 municípios), 3- cobertura regular e médio porte (sete municípios), 4- cobertura regular e grande porte (sete municípios), 5- boa cobertura e médio porte (16 municípios), 6- boa cobertura e grande porte (quatro municípios), 7- muito boa cobertura e pequeno porte (três municípios), 8- muito boa cobertura e médio porte (11 municípios) e 9- muito boa cobertura e grande porte (um município). No total, 12 municípios eram da região Norte (N), 22 da Nordeste (NE), 10 da Sul (S), 14 da Sudeste (SE) e 07 da Centro-Oeste (CO).

Para a seleção da amostra buscou-se contemplar dois municípios de cada região e todos os estratos, sendo dois municípios de cada região. Primeiramente foi selecionado o município de Aracaju (NE) – único no estrato; depois foram sorteados, iniciando-se pela região com menor número de municípios, dois municípios do CO (Anápolis e Campo Grande), dois da região Sul (Curitiba e Maringá), dois da Norte (Itacoatiara e Rio Branco) e dois da SE (São Gonçalo e Volta Redonda), visando preencher os estratos vazios, restando ao final mais um município do NE a ser selecionado para o estrato 05 (Paulista). As cidades de Boa Vista, Santarém, Imperatriz, Joinville, Cachoeiro do Itapemirim, Duque de Caxias e Rio de Janeiro foram sorteadas, mas descartadas uma vez que o respectivo estrato já se encontrava preenchido.

Deste modo, foram selecionados os municípios de Itacoatiara (estrato 1), Rio Branco (estrato 2), Anápolis (estrato 3), Maringá e Volta Redonda (estrato 4), Paulista (estrato 5), Campo Grande (estrato 6), Curitiba (estrato 7), São Gonçalo (estrato 8) e Aracaju (estrato 9).

Quadro 1 – Distribuição dos municípios incluídos na seleção da amostra conforme porte do município e cobertura do Programa da Saúde da Família (PSF), março de 2012.

Porte	Cobertura do PSF			
	BAIXA	REGULAR	BOA	MUITO BOA
PEQUENO				Alto Alegre ¹ Itacoatiara ¹ Piripiri ²
MÉDIO	Caxias do Sul ³ Passo Fundo ³ Pelotas ³ Rio Branco ¹	Anápolis ⁵ Cachoeiro de Itapemirim ⁴ Joinville ³ Petrolina ² Rondonópolis ⁵ Santarém ¹ Vitória da Conquista ²	Arapiraca ² Barbacena ⁴ Boa Vista ¹ Caucaia ² Chapecó ³ Dourados ⁵ Imperatriz ² Maringá ³ Mossoró ² Palmas ¹ Parintins ¹ Parnaíba ² Parnamirim ² Patos de Minas ⁴ Porto Velho ¹ Volta Redonda ⁴	Araguaína ¹ Campina Grande ² Florianópolis ³ Garanhuns ² Juazeiro ² Juazeiro do Norte ² Lages ³ Nossa Senhora do Socorro ² Paulista ² Sobral ² Vitória ⁴

Porte	Cobertura do PSF			
	BAIXA	REGULAR	BOA	MUITO BOA
GRANDE	Aparecida de Goiânia ⁵ Belém ¹ Campo Grande ⁵ Duque de Caxias ⁴ Guarulhos ⁴ Manaus ¹ Natal ² Porto Alegre ³ Rio de Janeiro ⁴ Salvador ² São Paulo ⁴ Sorocaba ⁴	Campinas ⁴ Cuiabá ⁵ Curitiba ³ Feira De Santana ² Goiânia ⁵ Juiz de Fora ⁴ Recife ²	Ananindeua ¹ Belo Horizonte ⁴ João Pessoa ² São Gonçalo ⁴	Aracaju ²

1 = Norte, 2 = Nordeste, 3 = Sul, 4 = Sudeste, 5 = Centro-Oeste

Seleção da unidade de estudo

Procurou-se contemplar pelo menos 10% do total de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município, não ultrapassando o máximo de cinco por cidade, de modo a totalizar 43 Equipes Saúde da Família (ESF) a serem avaliadas (uma de cada UBS). Cada UBS foi contatada por telefone e informou o número de ESF, procedendo-se ao sorteio das equipes quando havia mais de uma. O Quadro 2 ilustra o número de equipes e informa as unidades e equipes sorteadas.

Quadro 2 – Número (total e amostra) de Unidades Básicas de Saúde (UBS), UBS sorteada e número de Equipes da Saúde da Família (ESF) por UBS sorteada e equipe sorteada segundo município selecionado e Unidade da Federação (UF), março de 2012.

MUNICÍPIO	UF	UBS			ESF	
		TOTAL	AMOSTRA	SORTEADA	TOTAL	SORTEADA
Anápolis	GO	50	5	2361558	1	Jardim Suíço
				2383756	2	Munir Calixto
				2438372	2	Filostro CAIC
				3562352	1	Maracananzinho
				6066623	2	46
Aracaju	SE	133	5	2216	3	11
				2291	5	63
				2380	5	43
				2429	6	78
				2526	4	verde
Campo Grande	MS	62	5	10340	3	Walfrido
				10421	2	Azambuja
				28835	3	Marabá
				5672341	4	119
				6585612	3	Estrela Dalva Vida Nova
Curitiba	PR	172	5	16853	2	256
				17000	1	Salvador Allende
				17159	3	3

MUNICÍPIO	UF	UBS			ESF	
		TOTAL	AMOSTRA	SORTEADA	TOTAL	SORTEADA
				2639394 5196809	3 4	113 3 3
Itacoatiara	AM	20	2	2017326 5606667	3 1	22 Mamoud Amed Filho
Maringá	PR	64	5	2586177 2586207 2586274 2586401 5407680	2 2 1 4 2	58 38 64 6 66
Paulista	PE	40	4	2348942 2349051 3908232 3996867	1 1 1 1	Arthur Lungren II Baixo Maranguape II B Aurora Maranguape I B
Rio Branco	AC	23	2	2002809 3331806	1 1	Jardim Primavera João Paulo
São Gonçalo	RJ	184	5	2291584 2291630 2291762 2291835 2292017	3 1 3 3 1	86 Luiz Pasteur 59 420 55
Volta Redonda	RJ	59	5	0024554 0024716 2797089 2797178 6125107	2 3 2 3 1	53 14 36 38 Retiro Fabrício Costa Cury

Em cada ESF foram sorteadas duas famílias da respectiva área de cobertura, para identificação de homens entre 20 e 59 anos de idade, que também foram entrevistados, resultando num total de 10 homens em Anápolis, Aracaju, Campo Grande, Curitiba, Maringá, São Gonçalo e Volta Redonda; oito em Paulista e quatro em

Itacoatiara e Rio Branco, num total de 86. Caso a família sorteada não tivesse nenhum morador nesta faixa etária, buscava-se a família de ordem imediatamente superior no cadastro local.

Instrumentos de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados junto às equipes de saúde abrangeu informações gerais sobre: estrutura da unidade da ESF, responsável pela equipe, composição da equipe, área de cobertura e rotina de trabalho; e específicas sobre a saúde do homem (Anexo I). O instrumento para a coleta de dados foi construído coletivamente, a partir de um protótipo desenvolvido pela equipe de pesquisa e discutido com uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Brazlândia (DF). O instrumento foi aplicado pela equipe de pesquisa em oito ESF, também de Brazlândia (área urbana, periurbana e rural). O documento foi reformulado conforme ajustes necessários, sendo retestado com a ESF das regiões administrativas do DF, Estrutural (3 equipes), Itapõa (2) e Paranoá (2), até ser considerado adequado para o pré-teste. O pré-teste oficial do instrumento foi realizado pela equipe de pesquisa na cidade de Luziânia (GO) junto a três equipes periféricas e uma rural. Pequenos ajustes foram realizados e o instrumento foi testado novamente junto a cinco equipes de saúde de Porto Alegre (RS).

Paralelamente, foi construído instrumento para coleta de informações junto a homens cadastrados em unidades de saúde, sendo testado junto a 14 homens adstritos aos serviços acima citados (Anexo II).

Coleta de dados

A coleta de dados nos 10 municípios foi feita por quatro duplas, sob a responsabilidade da empresa Expertise Inteligência e Pesquisa de Mercado Ltda., formadas por um profissional da saúde e um entrevistador, em dezembro de 2012. As duplas foram treinadas pela equipe de pesquisa do projeto em Belo Horizonte (MG), incluindo teoria e prática de campo com ESF da cidade, num total de cinco dias úteis, contando com o acompanhamento da coordenação executiva.

Cada dupla agendou com a ESF sorteada a data das entrevistas, sendo o instrumento encaminhado previamente via internet. Durante a entrevista, as respostas foram registradas eletronicamente. Além do registro dos questionários foi realizada gravação em áudio e registro fotográfico. Nesta ocasião, o cadastro das famílias foi consultado e duas famílias foram sorteadas em cada unidade, utilizando-se tabelas de números aleatórios, para seleção e entrevista com os homens. A entrevista com os homens foi realizada em visita domiciliar (78 casos), com acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS); na ausência do homem sorteado, a entrevista foi realizada por telefone (seis casos) ou no local de trabalho (dois casos) quando indicado pela família. Uma entrevista foi intermediada pela irmã do sorteado, pois o mesmo sofria de epilepsia e esquizofrenia. Buscou-se realizar as entrevistas em até três tentativas, tendo sido necessárias oito substituições nestas condições, duas por recusa e 11 por trabalho em outro município, totalizando 24,4% das entrevistas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, em

cumprimento dos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sob o número 0081.0.008.000-11 em 16/12/2011.

Resultados e discussão

O olhar da equipe da ESF

Foram avaliadas 43 ESF: quatro da região Norte, nove da Nordeste e 10 de cada uma das demais regiões (SE, S e CO).

Características da ESF

No total, as unidades (Tabela 1) eram gerenciadas na sua maioria por mulheres graduadas em Enfermagem, sendo as maiores densidades de gestores do sexo masculino observadas nas regiões Norte (1 homem: 3 mulheres) e Sudeste (1 homem: 4 mulheres). A idade média dos gestores foi de 39 anos, não havendo diferença entre homens e mulheres. O tempo médio de formação foi de 12 anos, sendo de oito anos o tempo de trabalho na Atenção Básica (AB) e de quatro na atual gestão. Todos os gestores tinham 40 horas de contrato, dedicando em média 14 horas para as atividades administrativas. Destaca-se que quatro enfermeiros (três no SE e um no S) tinham dedicação exclusiva, um médico da região Sul dedicava para a gestão apenas uma hora por semana e seis enfermeiros dedicavam menos de cinco horas (dois no NE, um no SE e quatro no S). Na literatura, observa-se que o perfil do gestor de uma UBS ou outro serviço de saúde é definido pelo conjunto de competências – compreendidas por conhecimentos, habilidades e

atitudes - que caracterizam estes profissionais de saúde, que de fato traduz o desempenho destes na posição de gerentes na AB (ANDRÉ et al., 2007). Muito além do perfil sociodemográfico e do tempo de experiência ou dedicação na AB, é importante destacar a capacidade gerencial dos profissionais, tendo em vista a complexa tarefa de gerenciamento diante das constantes modificações das políticas de saúde vigentes, o que para André e col. (2007) poderia ser otimizado caso a seleção de gestor de uma UBS ou outro serviço de saúde ocorresse por meio de um Sistema de Avaliação de Competências e Certificação de Formação Profissional na qual os cursos específicos de Gestão em Saúde fossem pré-requisitos, visto que o despreparo do gestor influencia diretamente o modo de operacionalização das estratégias e a dinâmica das equipes envolvidas.

Tabela 1 - Características do gestor segundo região da USF, dezembro de 2012.

Características	Região					Total	
	N	NE	SE	S	CO		
Sexo	Masculino	1	1	2	1	1	6
	Feminino	3	8	8	9	9	37
Formação	Enfermagem	4	8	10	9	9	40
	Medicina	0	0	0	0	0	2
	Odontologia	0	1	0	1	1	1
Idade média (anos)		35	38	40	40	37	38
(valor mínimo - valor máximo)		28-45	25-63	26-58	25-55	28-59	25-63
Tempo médio de formação (anos)		8	14	8	15	11	12
(valor mínimo - valor máximo)		4-15	3-33	2-28	5-22	1-29	1-33
Média de trabalho na atenção básica (anos)		7	9	6	11	9	8
(valor mínimo - valor máximo)		2-15	2-26	4-13	2-20	1-26	1-26

Características	Região					Total
	N	NE	SE	S	CO	
Média de trabalho na gestão (anos)	3	5	2	4	3	4
(valor mínimo - valor máximo)	2-5	1-12	0,2-6	1-10	0,3-11	0,2-12
Média semanal de trabalho na gestão (horas)	12	7	10	10	15	14
(valor mínimo - valor máximo)	5-19	2-13	4-40	1-40	5-20	1-40

As equipes avaliadas estavam cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em média há nove anos (Tabela 2). Dezoito delas informaram que as mesmas não estavam completas, sendo que em cinco delas não havia nenhum médico. A maioria das equipes (36) contava com apenas um médico, uma com dois e outra com três. Em 10 equipes havia falta de ACS, em quatro de médicos e em duas de ACS e médico, em uma de técnico de enfermagem. Os motivos para a ausência destes profissionais foram demissão/exoneração (n=9), licença de saúde (6), transferência (4), falecimento (1) e férias (1). Chama atenção que um dos casos de licença médica se estende há mais de dois anos, não havendo previsão de substituição em casos de licença de saúde ou férias. Nos demais casos, as ESF encaminharam solicitação para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), mas houve demora devido aos trâmites burocráticos para concurso e contratação. Três unidades referiram o ano eleitoral como impeditivo para novas contratações. Em um dos locais não houve candidatos para a vaga de ACS. Uma equipe, indevidamente, citou a falta de dentista para a complementação da equipe, embora este profissional não faça parte da equipe mínima da ESF, que considera a existência de equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de

Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2011a).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) explicita a obrigatoriedade do cadastro das equipes no CNES de acordo com a conformação e modalidade de inserção do profissional médico, de modo que a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários de funcionamento das UBS garantam o acesso aos serviços de saúde na AB de maneira resolutiva, contínua e organizada. Para a adequada conformação das equipes preconiza-se que cada profissional de saúde seja cadastrado em apenas uma equipe, com exceção do profissional médico que pode atuar em até duas equipes e com carga horária de 40 horas semanais. Destaca-se que a Política prevê a existência de equipes transitórias caracterizadas pela presença de um médico em horário parcial (com jornada de 20 horas semanais), mas de forma alguma deve haver equipe sem a presença deste profissional, ou seja, é obrigatória a disponibilidade do profissional médico durante todo o tempo de funcionamento da equipe. Considerando o fato de uma equipe relatar a falta de um dos profissionais da Equipe de Saúde Bucal (ESB), infere-se que no período em que isto ocorreu pode ter havido interrupção do repasse de incentivo financeiro, caso previsto quando a equipe de saúde também é composta por profissionais de saúde bucal.

Tabela 2 – Características da equipe, dezembro de 2012.

Características	Região					Total
	N	NE	SE	S	CO	
Tempo de cadastramento da equipe (anos)	8	10	7	10	8	9
(valor mínimo - valor máximo)	6-12	6-14	2-11	5-19	2-13	2-19
Total de profissionais (n)	12	12	9	9	12	11
(valor mínimo - valor máximo)	11-14	7-18	6-13	6-15	7-15	6-18
Total de ACS (n)	7	9	6	4	7	7
(valor mínimo - valor máximo)	5-9	4-15	3-10	2-5	5-9	2-15
Equipe completa (n)	4	6	4	7	5	26
Percentual (%)	100,0	66,7	40,0	70,0	50,0	60,5
Equipe conta com médico (n)	4	9	9	8	8	38
Percentual (%)	100,0	100,0	90,0	80,0	80,0	88,4
Total de horas médico - atendimento (n)	32	24	37	31	28	30
(valor mínimo - valor máximo)	25-36	12-32	20-110	20-38	16-36	12-110
Total de horas médico - visita domiciliar (n)	9	5	8	6	7	7
(valor mínimo - valor máximo)	4-15	0-10	2-18	2-20	4-20	0-20
Total de horas médico (n)	40	40	49	40	40	42
(valor mínimo - valor máximo)	40-40	40-40	40-120	40-40	40-40	40-120

A maioria das unidades se localizava e atendia na área urbana e eram exclusivas para ESF (Tabela 3). Em média, tinham quatro consultórios, sendo a maioria exclusiva para atendimento médico. Cerca de ¼ das unidades não tinham sala para atividades coletivas e 40% não tinham apoio do NASF.

Para atender os processos de trabalho específicos de equipes de AB, dentre os quais a definição do território de atuação e da

população sob a responsabilidade das UBS e equipes; o acolhimento com escuta qualificada; a programação e implementação das atividades de atenção à saúde com ênfase em ações de atenção integral, contínua e organizada, bem como o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença; além de desenvolver e/ou apoiar estratégias para o fortalecimento da AB e gestão em saúde; recomenda-se que as UBS atendam as especificações do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2008). Neste manual é recomendada a existência de consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; sala de atividades coletivas para os profissionais da AB; área de recepção, local para arquivos e registro; sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação; entre outros.

Diante de observações como as identificadas neste estudo, o Ministério da Saúde estabeleceu desde 2011 o Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS) que tem como objetivo o repasse de incentivo financeiro para prover a melhoria da infraestrutura física e de equipamentos, por meio da construção/reforma/ ampliação de unidades de saúde e/ou aquisição de equipamentos que auxiliem o trabalho das equipes, proporcionando que a estrutura física da UBS seja facilitadora para a mudança de práticas das equipes de AB e proporcione o acolhimento da população adstrita (BRASIL, 2011a).

Em relação ao apoio do NASF, é interessante compreender que este foi criado com o objetivo de apoiar a inserção da ESF e

ampliar a abrangência e o alvo das ações da AB, sendo organizados nas modalidades NASF 1 e NASF 2 conforme definição da gestão municipal, obedecendo critérios de prioridade a partir de dados epidemiológicos, necessidades locais e das equipes a serem apoiadas. A definição da modalidade NASF e do número máximo de equipes para vinculação depende do território de abrangência e equipes de saúde e/ou polos do Programa Academia da Saúde a serem apoiados, mas não deve ultrapassar 15 equipes por NASF. Supondo que todas as equipes de saúde dispusessem de NASF, na competência de dezembro/2012 (registro de 33.859 equipes de saúde da família e de 2.046 equipes NASF), cada NASF teria aproximadamente 17 equipes de saúde da família (BRASIL, 2013a), isto é duas a mais do que o máximo recomendado. A partir das potencialidades que a equipe NASF pode proporcionar e da decisão dos gestores de saúde locais, ainda se trata de uma estratégia a ser igualmente difundida no território nacional.

Tabela 3 – Características estruturais da unidade, dezembro de 2012.

Características	Região					Total	
	N	NE	SE	S	CO		
Tipo de unidade	Exclusiva	3	6	7	4	10	30
	Mista	1	3	3	6	0	13
Consultórios (n)	3	2	4	8	4	4	
(valor mínimo - valor máximo)	2-4	2-3	2-8	4-9	2-6	2-9	
Consultório Exclusivo para Médico	4	9	4	8	10	35	
(%)	100,0	100,0	40,0	80,	100,0	81,4	
Consultório Exclusivo para Enfermagem	2	9	3	6	8	28	
(%)	50,0	100,0	30,0	60,0	80,0	65,1	
Consultório Compartilhado	3	2	9	10	7	31	
(%)	75,0	22,2	90,0	100,0	70,	72,1	

Características	Região					Total
	N	NE	SE	S	CO	
Sala Atividades Coletivas/Reuniões	2	7	6	10	8	33
(%)	50,0	77,8	60,0	100,0	80,0	76,7
Procedimentos/ Curativos/ Coleta	3	9	8	10	10	40
(%)	75,0	100,0	80,0	100,0	100,0	93,0
Atendimento Odontológico	2	7	6	10	10	35
(%)	50,0	77,8	60,0	100,0	100,0	81,4
Apoio do NASF	2	1	7	10	6	26
(%)	50,0	11,1	70,0	100,0	60,0	60,5

O número de famílias cadastradas em cada equipe variou de 462 a 5.742 (Tabela 4). Dentre as 29 equipes com cadastro familiar não atualizado, os motivos referidos para o não cadastro foram: aumento/rotatividade populacional (13), recusa da família por ter plano de saúde (7), insuficiente número de ACS (8), família disponível somente à noite (2) e digitação dos dados somente uma vez ao ano pela Secretaria de Estado da Saúde - SESAU (1).

Após o preenchimento da Ficha A (cadastro da família) pelo ACS, a maioria das informações é digitada diretamente no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica/Ministério da Saúde); grande parte é consolidada nos Relatórios A1, A2, A3 e A4 na própria ESF e parte considerável no sistema local, desenvolvido pelos próprios municípios. Apenas uma equipe referiu não processar as informações devido à desorganização da SM e falta de computador na unidade.

A alimentação irregular, por parte dos municípios, do sistema de informação vigente acarreta suspensão do repasse de recursos financeiros do bloco de financiamento da AB, e o fato de uma equipe relatar o não envio das informações no SIAB não chega a trazer grandes prejuízos no nível de gestão municipal, entretanto,

caso esta esteja vinculada ao PMAQ, terá sua avaliação de desempenho prejudicada (BRASIL, 2011b).

Das 43 ESF, 10 unidades referiram que o cadastro das famílias não estava atualizado no SIAB, por falta de ACS (1), atraso na digitação pela SMS (2), flutuação da população (2), alteração da área de cobertura (1), problemas no sistema (2), falta de ficha de inclusão e exclusão (1) e digitação anual pela SESAU (1).

Tabela 4 – Características da área de cobertura e controles, dezembro de 2012.

Características	Região					Total	
	N	NE	SE	S	CO		
Localização	Urbana	3	8	8	8	9	36
	Periurbana	1	1	2	2	1	7
Média de famílias cadastradas	(n)	889	1323	2066	1710	1103	1494
	valor mínimo	562	561	650	462	844	462
	valor máximo	1261	2248	5742	3400	1609	5742
Cadastro familiar atualizado	(n)	0	6	4	4	0	14
	(%)	0	66,7	40,0	40,0	0	32,6
Envio de informações	SIAB	3	4	1	1	8	17
	CCF	1	4	9	0	2	16
	Sistema local	0	0	0	9	0	9
	Nenhum	0	1	0	0	0	1
Cadastro atualizado no SIAB	(n)	3	5	10	9	6	33
	(%)	75,0	55,6	100,0	90,0	60,0	76,7

Considerando apenas as famílias cadastradas, a média de famílias por profissional de saúde foi de 148, por ACS foi de 264 e de médicos 1.473 (Tabela 5). Todavia, ao se considerar a quantidade de

horas de atendimento médico, a razão hora-médico/família fica em 37, sendo 59 em consultório e 362 em atendimento domiciliar.

Reconhecendo os diferentes modos de organização das UBS, recomenda-se que UBS em grandes centros urbanos sem saúde da família sejam responsáveis por até 18 mil habitantes, e na presença de equipe de saúde da família, por até 12 mil habitantes. Além disso, na ESF é necessário que cada equipe seja responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo recomendada uma média de 3.000, e dentre as atribuições comuns a todos os membros das equipes de atenção básica há a tarefa de manter atualizado o cadastro das famílias e dos indivíduos e analisar a situação de saúde segundo as características sociodemográficas, econômicas, epidemiológicas e culturais do respectivo território. Ao analisar um dos motivos para cadastro não atualizado, como o insuficiente número de ACS, destaca-se que cada equipe de saúde da família deve ser composta por até 12 ACS, sendo este responsável por, no máximo, 750 pessoas, evitando-se ultrapassar o número recomendado de pessoas a serem acompanhadas por equipe (BRASIL, 2011a). Um dos pontos fundamentais para a organização do cuidado é identificar a população da área de abrangência; neste sentido é de fundamental importância que os motivos elencados para a não atualização do cadastro pelos profissionais de saúde entrevistados sejam observados em busca de medidas que favoreçam a reorientação do processo de trabalho destas equipes.

Tabela 5 - Indicadores de estrutura, dezembro de 2012.

Indicadores	Região					Total
	N	NE	SE	S	CO	
Família/todos profissionais (n)	76	108	217	202	92	148
(valor mínimo - valor máximo)	51-115	80-150	80-522	46-517	63-121	46-522
Família/ACS (n)	126	155	345	437	161	264
(valor mínimo - valor máximo)	106-158	102-208	133-845	231-1033	121-202	102-1033
Família/médico (n)	889	1323	1885	1848	1094	1.473
(valor mínimo - valor máximo)	562-1261	561-2248	650-5742	462-3400	549-1609	462-5742
Família/hora-médico (n)	22	33	47	46	29	37
(valor mínimo - valor máximo)	14-32	14-56	16-144	12-85	21-40	12-144
Família/hora-médico consultório(n)	29	67	74	63	44	59
(valor mínimo - valor máximo)	19-38	18-141	30-287	14-129	27-62	14-287
Família/hora-médico domiciliar (n)	142	298	540	457	243	362
(valor mínimo - valor máximo)	56-252	70-522	36-2871	69-1250	48-402	36-2871

Indicadores	Região					Total
	N	NE	SE	S	CO	
Consultório/profissional	0,2	0,2	0,5	0,8	0,4	0,4
(valor mínimo - valor máximo)	0-0	0-0	0-1,0	0-1,0	0-1,0	0,1-1,3
Consultório/médico	3	2	4	7	4	4
(valor mínimo - valor máximo)	2-4	2-3	2-8	5-9	2-6	1,7-9,0
Consultório/hora-médico em consultório	0,09	0,11	0,15	0,24	0,16	0,2
(valor mínimo - valor máximo)	0,06-0,11	0,06-0,25	0,05-0,40	0,16-0,45	0,06-0,31	0,1-0,5
Família/consultório	372	601	484	253	316	405
(valor mínimo - valor máximo)	187-631	281-1124	210-774	92-486	143-805	92-1.124

Quanto aos homens de 20 a 59 anos de idade, pouco mais de 20% das unidades não tinham nenhuma forma para identificar o número de homens atendidos (Tabela 6). As demais unidades referiram como fontes de identificação dos dados: registro diário da unidade (livro de acolhimento, mapa diário, agenda profissional), prontuário de atendimento do usuário (eletrônico ou não), sistema gestor local, SIAB e agenda de marcação de consultas. Todavia, o SIAB não fornece informação sobre sexo, não possibilitando identificar a clientela especificada. Somente registros locais têm dado esta informação. A possibilidade de identificar informação sobre sexo e idade no SIAB se dá na Ficha A que trata do cadastro da família, mas que considera apenas as linhas de cuidado programadas, como exemplo: atenção a pessoa com hipertensão arterial, com diabetes, com tuberculose e/ou com hanseníase, não possibilitando a identificação de demais atendimentos em adultos.

Das 34 unidades com controle, 32 informaram terem encaminhado homens para o atendimento especializado e apenas 16 informaram avaliar numericamente o atendimento aos homens. Todavia ao se questionar a forma utilizada e os valores encontrados, somente sete equipes precisaram algum número, sendo que em seis delas observou-se aumento no atendimento mensal ou semanal e uma equipe informou flutuação no número de atendimentos num período de quatro meses. Das demais, seis informaram que aumentou, mas não souberam precisar o valor, e três não souberam informar, mesmo afirmando que utilizam relatórios gerenciais como fonte de informação. Destaca-se que em uma unidade a avaliação foi feita na faixa etária de 18 a 59 anos e em outra com dados do exame de câncer de próstata - Antígeno Prostático Específico (PSA). Uma equipe informou que premia mensalmente o/a ACS que trazer mais homens para o atendimento, mas apesar de utilizar o

consolidado mensal não soube precisar o número de atendimentos, nem sua tendência. Efetivamente, apenas três unidades forneceram dados substanciais.

Quanto às unidades que não avaliam o número de atendimentos, três referiram ausência de ficha para atendimento do homem, quatro não ser obrigatório e duas não ter informação sobre a idade, exceto nos prontuários.

As informações retratadas pelas equipes de saúde avaliadas neste estudo apontam o grau de organização da AB, além de indicar a necessidade do desenvolvimento de ações/ estratégias e ferramentas que favoreçam a melhoria da atenção à saúde. Diante disto, é interessante destacar a iniciativa do Ministério da Saúde em desenvolver a reestruturação dos sistemas de informação em saúde, com o objetivo de melhorar o processo de cuidado e de gestão da AB, com a garantia de um registro individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde e a interoperabilidade de sistemas. A nova estratégia em desenvolvimento é conhecida como e-SUS Atenção Básica, um sistema de informação pautado no registro individualizado das informações de cada cidadão e que permitirá avaliar e acompanhar o processo de trabalho, assim como fortalecer os processos de gestão do cuidado e facilitar a busca de informações epidemiológicas de forma ágil, tendo em vista a identificação de problemas e características particulares de cada população (BRASIL, 2013b).

Tabela 6 – Características administrativas do atendimento a homens, dezembro de 2012.

Características		Região					Total
		N	NE	SE	S	CO	
Registro dos atendimentos	(n)	3	2	10	10	9	34
	(%)	75,0	22,2	100,0	100,0	90,0	79,1
Forma de registro	Registro diário	3	2	4	3	4	16
	Prontuário do usuário	0	0	2	4	2	8
	Sistema gestor local	0	0	0	3	2	5
	SIAB	0	0	4	0	1	5
Encaminhamento a serviço especializado		3	2	9	9	9	32
	(%)	100,0	100,0	90,0	90,0	100,0	94,1
Avaliação do número de atendimentos		1	0	6	2	7	16
	(%)	25,0	0	60,0	20,0	70,0	37,2
Justificativa da não avaliação	Ausência de ficha apropriada	0	5	0	0	0	5
	Não é obrigatório	1	2	0	0	1	4

A Tabela 7 mostra as potenciais oportunidades para aumento do número de atendimentos a homens em UBS.

No que se refere aos dias e horários alternativos de atendimento, apenas uma equipe atende aos sábados das 8 às 13 horas, duas iniciam às 6 horas e 11 estendem o horário até às 19 horas nos dias úteis, totalizando 13 unidades com horário mais compatível com as disponibilidades de trabalhadores, o que poderia favorecer o aumento do atendimento para os homens. Duas unidades referiram já ter atendido em horário alternativo, mas não observaram redução no número de atendimentos quando passaram a atender apenas no horário comercial em dias úteis. No estudo

qualitativo realizado junto a 11 homens com idade entre 25 e 56 anos, adscritos em uma área assistida por uma equipe da ESF, na cidade de Parnamirim no estado do Rio Grande do Norte, as autoras constataram a necessidade de reestruturação das UBS, sugerindo estender o horário de atendimento para o período noturno, o que facilitaria a inserção tanto dos homens que estão no mercado formal de trabalho, quanto dos trabalhadores autônomos que muitas vezes obtém renda pela quantidade de horas trabalhadas. Os entrevistados demonstraram desconhecimento quanto às funções da ESF e predominaram as opiniões negativas sobre essa estratégia, principalmente no que se refere às dificuldades para agendamento de consultas médicas e exames (BRITO et al., 2010).

Um fator a ser considerado quanto à inserção do homem na atenção básica refere-se à precarização dos serviços públicos em relação ao atendimento. Pesquisa qualitativa realizada na cidade do Rio de Janeiro, junto a dois grupos: I- dez homens com idade entre 45 e 57 anos, com baixa ou nenhuma escolaridade e, II- oito homens com idade entre 40 e 64 anos, com ensino superior, demonstrou que o grupo I, supostamente por ter o menor poder aquisitivo quando comparados ao grupo II, tem menor preocupação com as questões relativas aos cuidados de saúde, dedicando maior atenção para o trabalho e o sustento da casa e da família. Tal comportamento reflete na busca pelos serviços de saúde, já que os homens desse grupo referiram dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, relataram que enfrentam filas para conseguir consultas e que suas demandas, possivelmente, não seriam resolvidas no mesmo dia, o que prejudicaria seu desempenho no trabalho (GOMES et al., 2007).

Do total, 21 equipes referiram realizar algum evento especial para os homens ao menos uma vez ao ano. Alguns estudos têm

relatado a invisibilidade dos homens na atenção primária à saúde (COUTO et al., 2010; GOMES et. al., 2011), uma vez que estes serviços, historicamente, têm desenvolvido mais ações destinadas à saúde de mulheres, crianças e idosos (ANDRADE et al., 2008; FIGUEIREDO, 2005). A ausência dos homens nas UBS pode ser explicada porque estas não disponibilizam atividades ou programas direcionados especificamente para este público e os homens preferem utilizar serviços que respondem mais rapidamente e objetivamente às suas demandas, como farmácia e pronto socorro (FIGUEIREDO, 2005). Durante as ações de promoção da saúde e divulgação da PNAISH desenvolvidas na primeira semana estadual de atenção à saúde do homem, realizada para funcionários e alunos da Faculdade Federal da Paraíba, no município de João Pessoa, observou-se que muitos homens demonstraram surpresa com a existência de uma política específica para a sua saúde e satisfação pela possibilidade de sua inclusão nos serviços de atenção primária à saúde. A vivência dessas ações revelou ainda que os participantes apresentaram pouco conhecimento em relação à promoção da saúde e à prevenção de agravos (FONTES et al., 2011).

A grande maioria das ESF afirmou que convidam os homens para consulta pelo menos uma vez ao ano e que na presença de sintomas de obstrução urinária ou disfunção erétil há encaminhamento para exames diagnósticos. Todavia, ao se comparar a informação prestada por algumas ESF sobre o número de atendimento a homens e extrapolando-se este valor para as demais unidades da cidade, observa-se uma cobertura anual menor do que 1% para a população de homens em 2012 (0,9% em Anápolis, 0,4% em Campo Grande e 0,3% em Volta Redonda). Para os demais municípios não há possibilidade de estimativa, pois as ESF não têm registro do número de homens atendidos. O câncer de

próstata é um dos principais problemas relacionados ao aparelho geniturinário em homens e corresponde à segunda causa mais comum de óbito por câncer no Brasil, atingindo principalmente homens com 50 ou mais anos de idade, entretanto a adoção de um programa de rastreamento torna-se inviável, pois com o aumento da idade há maior frequência de tumores latentes, além da alta morbimortalidade relacionada aos atuais procedimentos terapêuticos (BRASIL, 2010). Estudos sobre a utilização de serviços de saúde pela população contribuem para o aprimoramento da assistência, uma vez que permitem identificar níveis de cobertura e grupos populacionais excluídos, auxiliando no planejamento em saúde (DIAS-DA-COSTA et al., 2008). Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) apontaram que, em 2010, o número total de consultas médicas para homens entre 20 e 59 anos de idade apresentado ao gestor do SUS e registrado no sistema foi de 3.217.197, o que resulta numa média de 0,06 consulta/homem/ano (MOURA et al., 2012). A pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD), realizada em 2008, apontou que 20,8% dos homens e 10,1% das mulheres com idade entre 20 a 64 anos referiram não ter realizado nenhuma consulta médica nos doze meses antecedentes a pesquisa. As mulheres relataram maior número de consultas médicas nos últimos 12 meses (3,9%), quando comparadas aos homens (1,8%) (IBGE, 2010).

Quanto à participação oportuna do homem nas atividades de pré-natal, parto, puerpério e no acompanhamento da criança, a maioria das unidades afirmou que pouquíssimos pais participam e que também não há atividade especial para os homens das oito unidades cuja participação foi reconhecida como quase nenhuma e nenhuma. Nas cinco unidades que referiram ter atividade especial para os homens, a participação foi pouco mais de 50% em uma

unidade da região Norte (palestra para conscientização dos cuidados com a saúde), pouco menos de 50% em uma unidade da região Sudeste (conversando diretamente com o casal) e pouquíssimos em uma unidade do Nordeste (exames HIV e VDRL) e duas do Sul (programa pai presente: exames para HIV e sífilis). Ainda assim, oito unidades não solicitaram a participação dos pais, que foi registrada como: nenhum (uma unidade do SE), quase nenhum (duas unidades do NE e duas do CO), pouquíssimo (uma unidade no S) e pouco menos da metade (uma unidade no NE e uma no S). Estudo qualitativo, realizado junto a nove homens com idade entre 19 e 62 anos e com baixo nível de escolaridade, objetivou analisar a participação masculina no pré-natal e parto de suas parceiras, na área de abrangência da ESF do município de Catu, no estado da Bahia, demonstrou que a maioria das gestações não foi planejada e que os homens não acompanhavam as consultas do pré-natal ou parto. A maioria dos entrevistados relatou que tinha ciência que suas parceiras realizavam o pré-natal, entretanto, não soube explicar o que é esse tipo de assistência; do total de entrevistados, apenas um acompanhou a parceira na consulta, cabe ressaltar que nesse caso a companheira tinha deficiência auditiva e na fala. Dentre os principais motivos para a não participação das consultas de pré-natal, os homens destacaram a falta de tempo, em virtude do trabalho, e desinteresse em participar deste tipo de atendimento (OLIVA et al., 2010).

Tabela 7 – Oportunidades para ampliação do número de atendimentos a homens, dezembro de 2012.

Oportunidades	Região					Total	
	N	NE	SE	S	CO		
Horário alternativo	2	0	3	8	0	13	
(%)	50,0	0	30,0	80,0	0	30,2	
Evento especial	2	3	4	5	7	21	
(%)	50,0	33,3	40,0	50,0	70,0	48,8	
Convite para consulta anual	4	7	9	9	10	39	
(%)	100,0	77,8	90,0	90,0	100,0	90,7	
Exames Diagnósticos*	Sim, Sempre	4	7	10	10	10	41
	Sim, às Vezes	0	2	0	0	0	2
Participação do pai **	Sim, quase todos	0	0	1	0	0	1
	Sim, pouco mais da metade	1	0	1	1	0	3
	Sim, pouco menos da metade	1	2	3	4	0	10
	Sim, pouquíssimos	2	5	4	4	6	21
	Não, quase nenhum	0	2	0	1	4	7
	Não, nenhum	0	0	1	0	0	1
Atividade específica no pré-natal	1	1	1	2	0	5	
(%)	25,0	11,1	10,0	20,0	0	11,6	
Solicita participação do pai **	4	6	9	8	8	35	
(%)	100,0	66,7	90,0	80,0	80,0	81,4	

* na presença de sintomas de obstrução urinária ou disfunção erétil

** no pré-natal, puerpério e no acompanhamento à criança

Das 43 unidades pesquisadas, o homem foi identificado como vítima em apenas 12 delas e como agressor em 31 (Tabela 8). Na primeira situação, os casos foram identificados principalmente durante o acolhimento e na visita domiciliar e na segunda na visita domiciliar. Os encaminhamentos na situação de vítima se referem a cuidados médicos e denúncia, enquanto que na situação de

agressor são realizadas denúncia e ações de assistência social, em especial à vítima e não ao agressor. Nesta situação algumas unidades referiram não se envolver, o que realça a dificuldade do setor saúde em trabalhar esta questão. As causas externas - violências e acidentes - exercem grande impacto na qualidade de vida e nas condições de saúde da população, pois atingem um número muito maior de pessoas do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas e seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo, incidindo na cultura e no modo de viver das pessoas (WHO, 2002). No Brasil, em 2010, foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 75 óbitos por 100.000 habitantes (126,5/100 mil em homens e 25,6/100 mil em mulheres) (Brasil, 2012). A notificação de todo caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra homens e mulheres atendidos em serviços de saúde passou a ser compulsório em todo o território nacional em 2011 (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2011d).

Tabela 8 – Características do atendimento em casos de violência, dezembro de 2012.

Características	Região					Total	
	N	NE	SE	S	CO		
Vítima	1	3	2	5	1	12	
(%)	25,0	33,3	20,0	50,0	10,0	27,9	
Identificação	Visita domiciliar	1	1	1	1	1	5
	Acolhimento	0	1	1	4	0	6
	Óbito	0	1	0	0	0	1

Características	Região					Total	
	N	NE	SE	S	CO		
Encaminhamento	Atendimento ambulatorial	1	1	0	2	0	4
	Hospital	0	2	1	0	0	3
	Delegacia/ministério público	0	0	1	3	0	4
	Serviço social	0	0	0	0	1	1
	Agressor	4	5	5	9	8	31
	(%)	100,0	55,6	50,0	90,0	80,0	72,1
Identificação	Visita domiciliar	3	3	4	3	4	17
	Acolhimento	1	2	1	6	4	12
Encaminhamento	Delegacia/Ministério Público	0	1	2	3	6	12
	CRAS ou CREAS	0	1	2	5	2	10
	CAPS e NASF	1	0	0	0	1	2
	Vitima a buscar Assistência Social	2	3	0	0	3	8

Quanto ao oferecimento de atividades educativas específicas para o homem (Tabela 9), aproximadamente 15% das unidades referiram abranger os temas planejamento familiar, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e demais drogas. O tema mais comum entre as ESF foi o tabagismo (18,6%) e o menos comum foi prevenção de violências e acidentes (9,3%). Questionadas sobre a estratégia de desenvolvimento destas atividades, a maioria relatou palestras (9), seguidas por grupos educativos (7), consulta individual (3) e distribuição de folhetos (2). A Promoção da Saúde e a prevenção de agravos têm sido focalizadas como eixos fundamentais na ESF (RODRIGUES et al., 2008). Os homens estão mais vulneráveis a problemas de saúde, em virtude da baixa

acessibilidade desta população aos serviços de atenção primária (FONTES et al., 2011), desta forma, em 2008, a PNAISH orientou a formulação de estratégias e ações fundamentando-se na atenção integral, promovendo a saúde e qualidade de vida e a educação como estratégia de promoção de mudanças comportamentais (BRASIL, 2008).

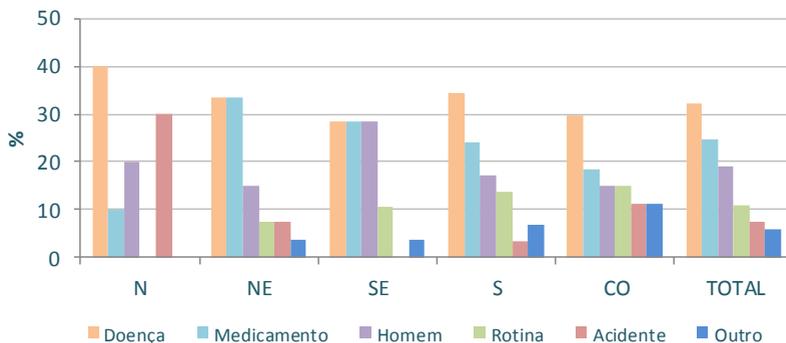
Tabela 9 – Atividades educativas específicas para o homem, dezembro de 2012.

Atividades	Região					Total
	N	NE	SE	S	CO	
Planejamento familiar	2	2	1	1	1	7
(%)	50,0	22,2	10,0	10,0	10,0	16,3
Prevenção de violências e acidentes	1	1	0	0	2	4
(%)	25,0	11,1	0	0	20,0	9,3
Prevenção/controlado do tabagismo	2	3	0	1	2	8
(%)	50,0	33,3	0	10,0	20,0	18,6
Consumo abusivo de bebidas alcoólicas	1	2	0	1	2	6
(%)	25,0	22,2	0	10,0	20,0	14,0
Prevenção para demais drogas	1	2	1	0	2	6
(%)	25,0	22,2	10,0	0	20,0	14,0

Os três principais motivos para os homens procurarem a USF, segundo os gestores, foram presença de doença (aguda ou crônica), busca de medicamentos (prescrição/dispensação) e situações específicas da saúde do homem (disfunção erétil, obstrução urinária, suspeita de câncer de próstata, vasectomia, busca de preservativo), semelhante em quase todas as regiões, exceto no Norte, onde acidente (acidente/curativo) assume o segundo lugar em citações (Figura 1). Dados da PNAD, 2008, apontaram que as

principais razões, referidas pela população total, para a busca de atendimento médico foram: doenças (50%), seguidas por puericultura, vacinação ou outros atendimentos de prevenção (22%), problemas odontológicos (14%) e acidentes e lesão (6%). Embora, em ambos os sexos, as doenças tenham sido a principal responsável pela procura por atendimento em saúde, as mulheres referiram maior busca por serviços de vacinação ou prevenção (24% e 19% entre o sexo masculino), enquanto que entre os homens, os motivos mais frequentes para a busca de atendimento em saúde foram os acidentes e as violências (8,9% entre homens e 4,1% entre as mulheres) (IBGE, 2010).

Figura 1 – Principais motivos* citados pelo gestor para os homens procurarem a unidade de saúde, dezembro de 2012.

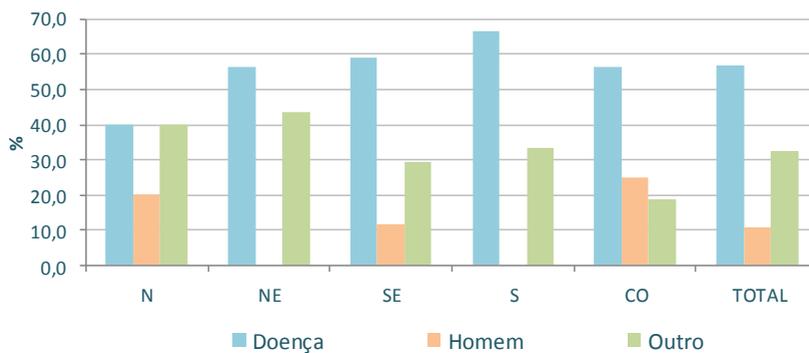


* doença = aguda ou crônica; busca de medicamentos = prescrição/dispensação; homem = situações específicas da saúde do homem, como disfunção erétil, obstrução urinária, suspeita de câncer de próstata, vasectomia, busca de preservativo; rotina = exames de rotina, check-up; acidente = acidente, curativo.

Todavia, ao se questionar sobre as três principais queixas apresentadas pelos homens ao procurarem o serviço de saúde, a presença de doença é citada como principal motivo, não aparecendo busca de medicamento, exames de rotina e acidente. Destaca-se, entre outras, o alto percentual de busca de atestados

(21,6%). Quanto à distribuição regional, a doença se mantém como principal queixa, mas na região Nordeste e na região Sul não aparece nenhuma queixa específica quanto à saúde do homem (Figura 2).

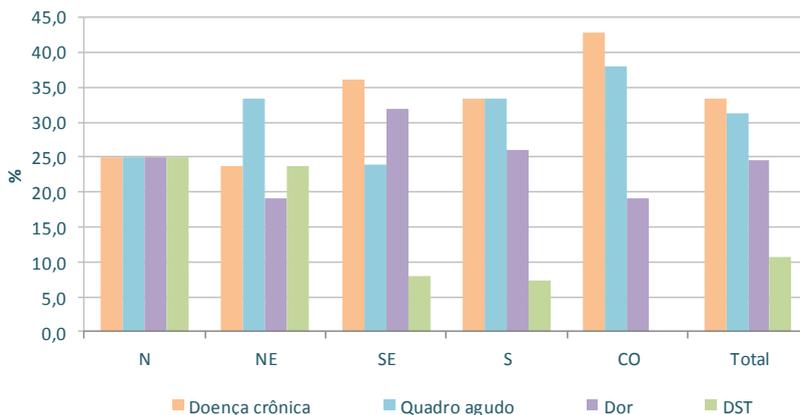
Figura 2 – Principais queixas* citados pelo gestor relatadas pelos homens ao procurarem a unidade de saúde, dezembro de 2012.



* doença = aguda ou crônica; busca de medicamentos = prescrição/dispensação; homem = situações específicas da saúde do homem, como disfunção erétil, obstrução urinária, suspeita de câncer de próstata, vasectomia, busca de preservativo.

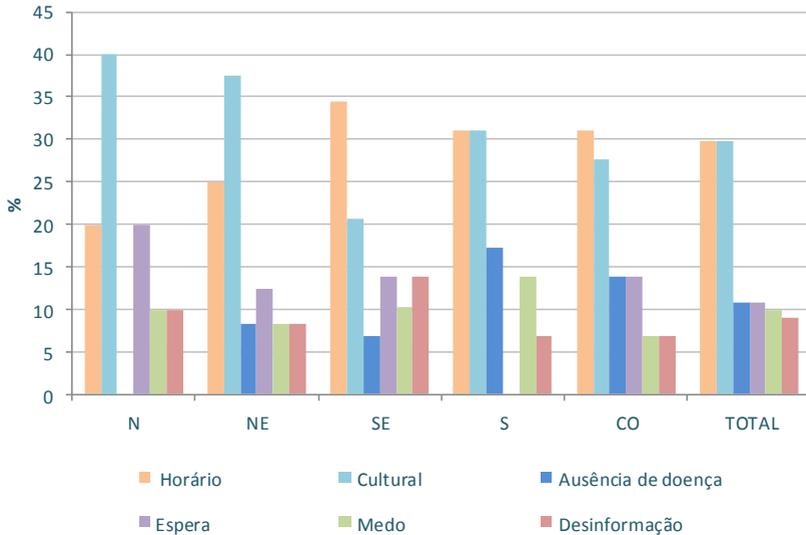
As principais queixas classificadas como doenças foram: doença crônica, quadro agudo de doença, dor e doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo exames para grupos de risco (Figura 3).

Figura 3 – Principais grupos de doenças, citados pelo gestor, referenciadas no atendimento aos homens que procuram a unidade de saúde, dezembro de 2012.



DST = doença sexualmente transmissível

Entre os três principais motivos para a não busca de serviços de saúde, os gestores citaram: incompatibilidade de horário com o trabalho, valores culturais e ausência de doença (Figura 4), porém no Norte e Nordeste destaca-se a questão cultural como principal obstáculo à busca dos serviços.

Figura 4 – Principais motivos citados pelo gestor para os homens não procurarem a unidade de saúde, dezembro de 2012.

Finalizando, sete dos 43 gestores nunca ouviram falar sobre a PNAISH e apenas quatro já participaram de alguma discussão, sendo que a maioria já ouviu falar e 10 já leram algo sobre a PNAISH (Tabela 10). Estes dados corroboram com os observados na pesquisa que avaliou as ações iniciais da implantação da PNAISH, realizada junto a gestores das 27 unidades federadas e de 26 municípios que iniciaram a implantação da política, em que há pouca ou nenhuma familiaridade dos entrevistados com o tema (GOMES et al., 2012). Leal e colaboradores (2012), em estudo que buscou compreender o ponto de vista dos profissionais do SUS acerca da PNAISH em cinco municípios do Brasil, apontaram que há uma grande diferença entre os municípios sobre os conhecimentos

das diretrizes e rotinas contidas na política, por parte dos gerentes e dos profissionais da assistência.

Tabela 10 – Nível de familiaridade com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, dezembro de 2012.

Familiaridade	Região					Total
	N	NE	SE	S	CO	
Sim, já ouviu falar (n)	2	4	7	3	6	22
(%)	50,0	44,4	70,0	30,0	60,0	51,2
Sim, já leu (n)	2	2	2	1	3	10
(%)	50,0	22,2	20,0	10,0	30,0	23,2
Sim, já discutiu (n)	0	1	1	1	1	4
(%)	0	11,1	10,0	10,0	10,0	9,3
Não, nunca (n)	0	2	0	5	0	7
(%)	0	22,2	0	50,0	0	16,3

O olhar do usuário

Foram entrevistados 86 homens: oito da região Norte, 18 da Nordeste e 20 de cada uma das demais regiões (SE, S e CO).

Características familiares

Em média, a residência dos homens entrevistados era composta de 3,9 pessoas, sendo 1,3 homens entre 20 e 59 anos de idade, representando 38,1% da família. Do total dos homens entrevistados, 81,6% já haviam sido atendidos na ESF da respectiva área de moradia. Das famílias dos homens entrevistados, a média de tempo de cadastro na ESF foi de seis anos (Tabela 11). Considerando-se que o PSF teve início no país em 1994, o tempo máximo de cadastro esperado seria de 18 anos, considerando a estabilidade móvel das famílias.

Tabela 11 – Características familiares, dezembro de 2012.

Características	Região					Total
	N	NE	SE	S	CO	
Total de moradores (n)	3,9	4,6	3,5	3,4	4,4	3,9
(valor mínimo - valor máximo)	2-5	2-9	1-6	1-5	2-9	1-9
Moradores do sexo masculino (n)	2,3	2,1	1,6	1,9	2,5	2,0
(valor mínimo - valor máximo)	1-4	1-4	1-3	1-3	1-5	1-5
Moradores homem de 20-59 anos (n)	1,0	1,4	1,2	1,3	1,5	1,3
(valor mínimo - valor máximo)	1-1	1-3	1-2	1-3	1-3	1-3
Homem usuário ESF (n)	0,8	1,1	1,0	1,1	1,0	1,0
(valor mínimo - valor máximo)	0-1	0-3	0-2	0-2	0-2	0-3
Homem na residência (%)	28,3	33,0	44,1	41,0	37,6	38,1
(valor mínimo - valor máximo)	20-50	14-67	20-100	20-100	20-75	14-100
Homem usuário (%)	75,0	80,6	80,0	88,3	80,0	81,6
(valor mínimo - valor máximo)	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100
Tempo de cadastro da família (ano)	4	8	4	7	6	6
(valor mínimo - valor máximo)	0,7-11	0,6-15	0,1-11	1-15	0,1-15	0,1-15

A idade média dos homens entrevistados foi 40,5 anos e a escolaridade 8,3 (Tabela 12), sendo que aproximadamente 45% não chegaram a concluir o ensino fundamental. Dois homens de Campo Grande não quiseram informar a escolaridade e quatro a data de nascimento.

Tabela 12 – Características dos homens, dezembro de 2012.

Características	Região					Total
	N	NE	SE	S	CO	
(anos)	39,2	39,4	44,4	40,0	38,9	40,5
(valor mínimo - valor máximo)	30-59	22-58	26-59	25-59	20-57	20-59
Idade						
20-29 (n)	0	3	2	2	3	10
30-39 (n)	5	7	3	9	7	31
40-49 (n)	2	4	8	4	5	23
50-59 (n)	1	4	5	5	3	18
Escolaridade (anos)	8,0	8,0	8,3	9,2	7,8	8,3
(valor mínimo - valor máximo)	4-11	3-11	1-17	4-17	1-15	1-17
≥ 8 anos de estudo (n)	5	10	11	10	10	46
(%)	62,5	55,6	55,0	50,0	55,6	54,8

A maioria dos entrevistados referenciou ter buscado por atendimento em saúde no último ano (Tabela 13). Destes, o principal motivo se referia a quadro agudo, seguido por exames de rotina, dor repentina e acidentes. Apenas um homem referiu buscar o serviço de saúde para exame da próstata no Sul e outro para exame de admissão ao trabalho na região Centro-Oeste. A grande maioria dos entrevistados buscou serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). O ato de procurar um serviço de saúde depende, principalmente, de fatores relacionados aos serviços disponíveis e de fatores próprios de cada indivíduo, Capilheira e col. (2006) e Fernandes e col. (2009), afirmam, ainda, que há uma maior utilização dos serviços por indivíduos que percebem sua saúde como regular ou ruim, corroborando com os achados encontrados em estudo qualitativo realizado em quatro estados brasileiros (Schraiber et al, 2010), que mostra que o uso dos serviços de saúde pelos homens difere daquele feito pelas mulheres, concentrando-se

na assistência a patologias. Knauth e col. (2012), em estudo que buscou analisar as concepções que os profissionais da saúde têm sobre os comportamentos da população masculina atendida nos serviços de saúde, mostraram que embora tenha havido um progressivo acúmulo de reflexões nos âmbitos da promoção e prevenção da saúde sob uma perspectiva de gênero, o homem só chega ao serviço com intercorrências graves ou quando se vê impossibilitado de exercer seu papel de trabalhador; segundo a visão dos profissionais, os homens não buscam os serviços para fins preventivos.

Tabela 13 – Características da procura por serviços de saúde, dezembro de 2012.

Características	Região					Total	
	N	NE	SE	S	CO		
Procurou atendimento em saúde	< 1 mês (n)	3	7	6	3	6	25
	(%)	37,5	38,9	30,0	15,0	30,0	29,1
	1 mês a < 1 ano (n)	2	5	12	13	10	42
	(%)	25,0	27,8	60,0	65,0	50,0	48,8
	>1 ano (n)	3	6	2	4	4	19
	(%)	37,5	33,3	10,0	20,0	20,0	22,1
Motivo da procura no último ano	Quadro agudo (n)	1	5	4	6	6	22
	(%)	20,0	41,7	22,2	37,5	37,5	32,8
	Exames de rotina (n)	3	2	6	5	0	16
	(%)	60,0	16,7	33,3	31,3	0	23,9
	Dor repentina e acidente (n)	1	2	3	1	6	13
	(%)	20,0	16,7	16,7	6,3	37,5	19,4
	Doença crônica (n)	0	1	4	2	1	8
	(%)	0	8,3	22,2	12,5	6,3	11,9
	Saúde mental (n)	0	1	1	1	0	3
	(%)	0	8,3	5,6	6,3	0	4,5
	Tratamento dos dentes (n)	0	1	0	0	2	3
	(%)	0	8,3	0	0	12,5	4,5
	Outro	0	0	0	1	1	2
	(%)	0	0	0	6,3	6,3	3,0

Características	Região					Total	
	N	NE	SE	S	CO		
Serviço procurado	Público – SUS (n)	3	9	9	9	11	41
	(%)	60,0	75,0	50,0	56,3	68,8	61,2
	Particular (n)	0	1	4	0	3	8
	(%)	0	8,3	22,2	0	18,8	11,9
	Conveniado (n)	1	2	2	6	1	12
	(%)	20,0	16,7	11,1	37,5	6,3	17,9
	Trabalho (n)	1	0	3	1	1	6
	(%)	20,0	0	16,7	6,3	6,3	9,0

Dos 41 homens que procuram por serviço público, a maioria procurou a ESF do seu bairro (Tabela 14), sendo que apenas um do Sudeste não foi atendido por falta de profissional no local. Ressalta-se que na região Norte não houve nenhum atendimento na ESF. O tempo de espera médio para o atendimento foi de 33 minutos, com maior tempo de espera nas regiões Sul e Centro-Oeste. Leal e colaboradores (2012) justificam que um problema reconhecido é a rede de apoio deficitária; não parece haver, em função da PNAISH, fluxos específicos para homens, o que vai de encontro às expectativas masculinas de rapidez e resolubilidade. Os profissionais de saúde acreditam que o longo tempo de espera em atendimentos também agrava o problema do absenteísmo masculino.

Dos 24 casos atendidos na ESF, a maioria recebeu prescrição para medicação, sendo que duas pessoas do Nordeste não conseguiram encontrar os medicamentos receitados. Das 16 prescrições, 10 foram dispensadas pelo serviço público sem ônus para o usuário.

Tabela 14 – Características do serviço público procurado, dezembro de 2012.

Características	Região					Total		
	N	NE	SE	S	CO			
Serviço procurado	ESF local (n)	0	7	7	7	4	25	
	(%)	0	77,8	77,8	77,8	20,0	61,0	
	UBS (n)	1	0	1	2	1	5	
	(%)	33,3	0	11,1	22,2	5,0	12,2	
	Ambulatório (n)	0	0	0	0	1	1	
	(%)	0	0	0	0	5,0	2,4	
	Pronto-socorro (n)	1	2	1	0	4	8	
	(%)	33,3	22,2	11,1	0	20,0	19,5	
	Hospital (n)	1	0	0	0	1	2	
	(%)	33,3	0	0	0	5,0	4,9	
	Tempo de espera na ESF (minutos)	média	-	30	21	40	45	33
		(valor mínimo - valor máximo)	-	8-45	8-45	8-90	23-90	9-90
		< 15 (n)	-	1	2	2	0	5
		15 a 30 (n)	-	3	3	2	2	10
30 a 60 (n)		-	3	1	1	1	6	
60 a 120 (n)		-	0	0	2	1	3	
Prescrição de medicamento	Apenas um (n)	-	3	3	3	-	9	
	Mais de um (n)	-	3	2	1	2	8	
	Nenhum	-	1	1	3	2	7	
Pagamento do medicamento	não (n)	-	5	1	3	1	10	
	(%)	-	100,0	20,0	75,0	50,0	62,5	
Avaliação do atendimento	Regular (n)	-	1	0	0	2	3	
	(%)	-	14,3	0	0	50,0	12,5	
	Bom (n)	-	4	0	2	1	7	
	(%)	-	57,1	0	28,6	25,0	29,2	
	Muito bom (n)	-	2	6	5	1	14	
	(%)	-	28,6	100,0	71,4	25,0	58,3	
Encaminhamento para outro serviço	(n)	-	2	3	1	1	7	
	(%)	-	28,6	50,0	14,3	25,0	29,2	

No que se refere aos 19 homens que não procuram por atendimento em saúde no último ano (Tabela 15), quase 60% tiveram problema de saúde, mas não procuraram por atendimento, principalmente por não acharem importante ou necessário (nove de 11 casos). Questionados sobre a forma de tratamento, quatro referiram o uso de medicamentos que tinham disponíveis em casa ou com amigos/parentes, três utilizaram medicamentos prescritos pela farmácia (um do Centro-Oeste pelo atendente e por telefone) e três utilizaram remédio caseiro. Estudos apontam que homens, diante de algum problema de saúde, procuram medidas de tratamento alternativas, desde o uso de chás até auto-medicação, buscando orientação de algum farmacêutico, quando possível (GOMES, 2007). Pinheiro e col. (2002) apontam a maior incidência masculina na procura de serviços emergenciais, tais como farmácias, o que sugere que os homens preferem respostas mais objetivas às suas demandas; considerando que nesses espaços os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade (COUTO, 2010; FIGUEIREDO, 2005). Outro fator que sugere a não procura por serviços de saúde, por parte dos homens, é que muitos locais de trabalho só abonam a falta mediante atestado médico, que não é fornecido pelos serviços de saúde no caso de marcação de consulta, participação de grupos, busca de medicamentos e outras atividades vinculadas à prevenção (KNAUTH et al., 2012).

Tabela 15 – Características da necessidade e não procura de atendimento no último ano, dezembro de 2012.

Características		Região					Total
		N	NE	SE	S	CO	
Teve problema de saúde, mas não procurou atendimento	(n)	1	3	0	4	3	11
	(%)	33,3	50,0	0	100,0	75,0	57,9
Motivo da não procura	Não achou importante (n)	1	2	-	3	3	9
	Não tinha dinheiro para consulta (n)	0	0	-	1	0	1
	Medo (n)	0	1	-	-	0	1
Tratamento	Usou medicamento que já tinha (n)	0	0	-	2	2	4
	Usou medicamento orientado pela farmácia (n)	1	1	-	0	1	3
	Usou remédio caseiro (n)	0	1	-	2	0	3
	Não fez nada (n)	0	1	-	0	0	1

Perguntados se a ESF fez algum convite no último ano para participar de alguma consulta ou outra atividade, a minoria respondeu que sim (Tabela 16). As principais atividades foram educativas e mais da metade dos convidados atenderam ao convite. Dos cinco não participantes, dois alegaram incompatibilidade de horário (NE e CO), um falta de tempo (SE), outro falta de interesse (S) e um falta de acompanhante (NE). Apenas 7% do total dos homens entrevistados informaram que a ESF tinha atividades direcionadas aos homens e, dos 80 homens que desconheciam qualquer atividade, quase 100% gostariam que houvesse.

Estudos de casos, em municípios das cinco macrorregiões do país, apontam que não há, de fato, ações continuadas voltadas à

população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, o que embasa os dados observados neste estudo, no qual a minoria dos homens respondeu ter recebido convite para consultas ou atividades de saúde. As atividades existentes e direcionadas aos homens são geralmente voltadas para ações assistenciais ou atividades pontuais, como a realização da “Semana do Homem”, distantes das diretrizes propostas na PNAISH (KNAUTH *et al.*, 2012; LEAL *et al.*, 2012).

Apesar da tímida implantação da PNAISH, o público dos serviços de saúde permanece majoritariamente feminino e infantil. Gomes e colaboradores (2007), em estudo sobre a percepção dos homens sobre os serviços de atenção primária a saúde, mostraram que os mesmos se destinam às pessoas idosas, às mulheres e às crianças, e são considerados pelos homens como um espaço “feminilizado”, o que se espera estar em modificação ao longo dos últimos anos, uma vez que o presente estudo aponta quase a totalidade dos homens com interesse em atividades da ESF.

A maioria dos homens relatou não haver limitação para falar sobre sua saúde com qualquer profissional da ESF, independente do sexo. Dos seis casos que referiram algum limite, três usuários preferiam ser atendidos por profissional do sexo masculino (1 no NE e 2 no CO), dois referiram timidez (SE e CO) e um gostaria de maior aproximação da equipe a fim oportunizar abordagem sobre problemas familiares (CO). As dificuldades dos homens têm a ver com a estrutura de identidade de gênero, cuja dificuldade de verbalização de suas necessidades de saúde no contexto da assistência se encontra enraizada à noção de invulnerabilidade (VALDÉS; OLAVARRIA, 1998; FIGUEIREDO, 2005; GOMES *et al.*, 2007).

Tabela 16 – Características das oportunidades para participação nas atividades de saúde, dezembro de 2012.

Características		Região					Total
		N	NE	SE	S	CO	
Convite para consulta no último ano	(n)	3	4	7	4	2	20
	(%)	37,5	22,2	35,0	20,0	10,0	23,3
Convite para outra atividade	(n)	1	2	3	3	2	11
	(%)	12,5	11,1	15,0	15,0	10,0	12,8
Tipo de atividade	Atividade educativa (n)	1	2	1	2	2	8
	Atividade social (n)	0	0	1	1	0	2
	Vacinação (n)	0	0	1	0	0	1
Participou da atividade	(n)	1	0	2	2	1	6
	(%)	100,0	0	66,7	66,7	50,0	54,5
Tem alguma atividade direcionada para os homens	(n)	1	1	1	3	0	6
	(%)	12,5	5,6	5,0	15,0	0	7,0
Gostaria que houvesse	(n)	7	16	19	16	20	78
	(%)	100,0	94,1	100,0	94,1	100,0	97,5
Fica à vontade com qualquer profissional	(n)	8	17	19	20	16	80
	(%)	100,0	94,4	95,0	100,0	80,0	93,0

Características dos municípios

Nos municípios avaliados a população total, em 2012, variou de 89 mil a quase 1,8 milhões de habitantes, consequência da seleção deste estudo baseada no porte populacional, envolveu quatro capitais de estado e se distribuiu igualmente nas cinco regiões geográficas (Figura 5). A população masculina, nestes municípios variou de 46,5% em Aracaju a 51,2% em Itacoatiara, sendo que a população de homens na faixa etária de 20 a 59 anos de idade representou de 46,4% (Itacoatiara) a 60,6% (Curitiba)

deste segmento (Tabela 17), o que significa um contingente de homens variando de 21 a 513 mil por cidade.

Figura 5 – Localização dos municípios avaliados. Brasil, 2012.



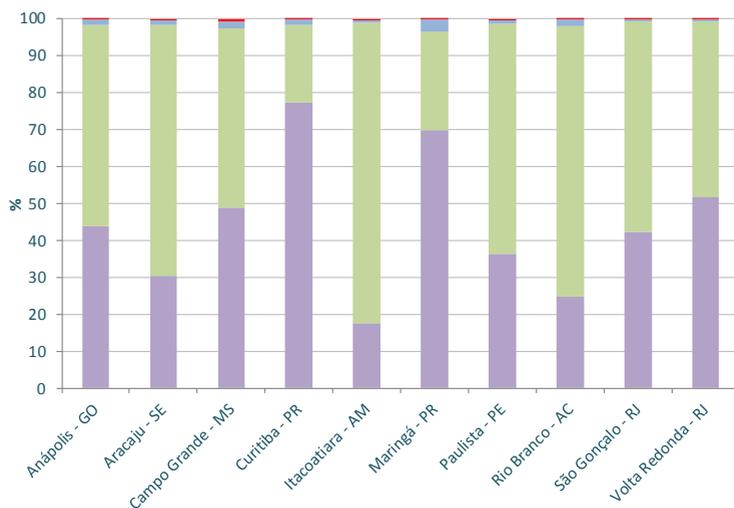
Tabela 17 – Tamanho da população por município. Brasil, 2012.

Município	População 2012				
	Total	Masculina		Homens 20-59 anos	
	n	n	%	n	%
Anápolis - GO	342.347	167.033	48,8	95.867	57,4
Aracaju - SE	587.701	273.177	46,5	160.969	58,9
Campo Grande - MS	805.397	390.348	48,5	225.997	57,9
Curitiba - PR	1.776.761	846.961	47,7	513.279	60,6
Itacoatiara - AM	89.064	45.565	51,2	21.161	46,4
Maringá - PR	367.410	176.694	48,1	106.823	60,5
Paulista - PE	306.239	144.350	47,1	84.211	58,3
Rio Branco - AC	348.354	169.590	48,7	90.691	53,5
São Gonçalo - RJ	1.016.128	483.060	47,5	286.609	59,3
Volta Redonda - RJ	260.180	124.053	47,7	73.526	59,3

Fonte: Censo demográfico - IBGE, 2010.

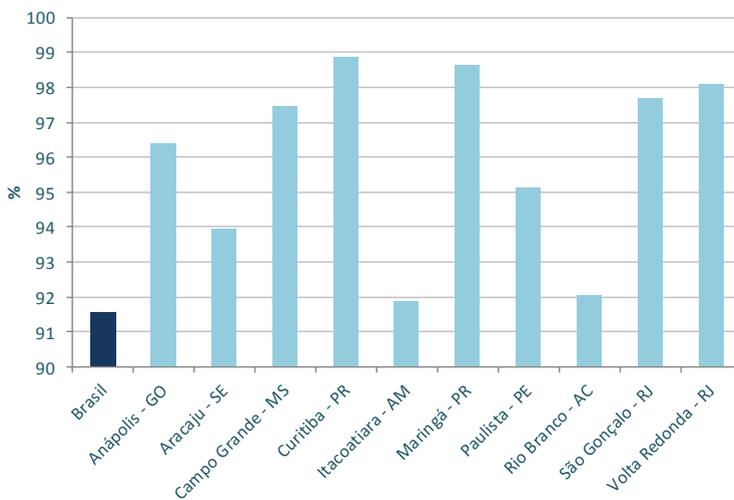
À exceção da região Sul e de Volta Redonda, a maioria da população de homens destas cidades é de raça negra (Figura 6), apresentando taxa de alfabetização maior do que a média nacional, com menores índices na região Norte (Figura 7). Estes homens pertencem a famílias cuja renda mensal per capita realça claramente a situação de maior pobreza na região Norte, com quase 60% da população recebendo menos de 0,5 salários mínimo em Itacoatiara e mais de 30% em Rio Branco, e interior do Nordeste, com quase 40% da população recebendo menos de 0,5 salários mínimo em Paulista (Figura 8).

Figura 6 – Distribuição de homens de 20 a 59 anos de idade segundo raça/cor por município. Brasil, 2010.



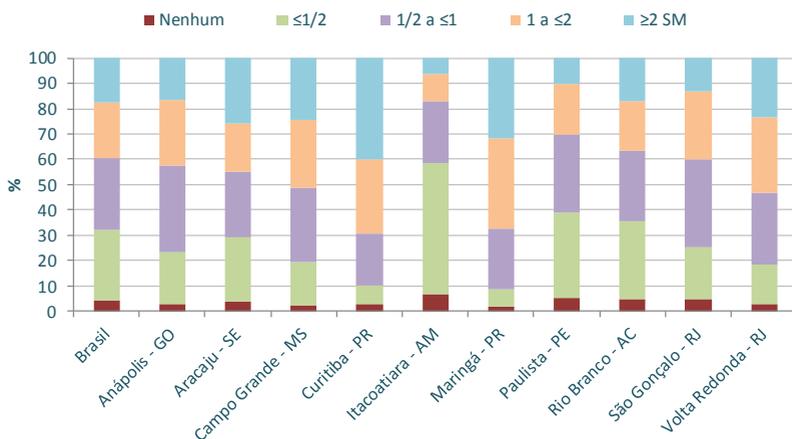
Fonte: Censo demográfico - IBGE, 2010.

Figura 7 – Taxa (%) de alfabetização em homens de 20 a 59 anos de idade segundo município. Brasil, 2010.



Fonte: Censo demográfico - IBGE, 2010.

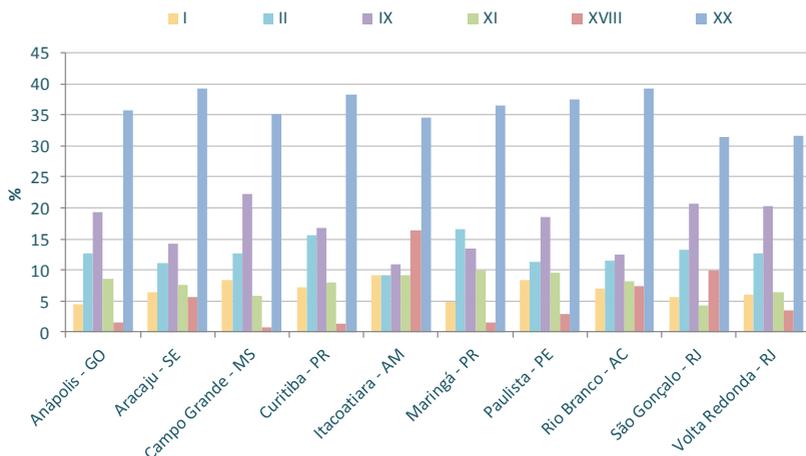
Figura 8 – Distribuição (%) das famílias segundo renda domiciliar per capita em salários mínimos (SM) segundo município. Brasil, 2010.



Fonte: Censo demográfico - IBGE, 2010.

A principal causa de óbito entre os homens destas cidades são as causas externas, seguidas por doenças do aparelho circulatório, e neoplasias, sendo que em Maringá as neoplasias apresentam maior frequência que as doenças do aparelho circulatório (Figura 9). Destacam-se os altos percentuais de mortes por causas mal definidas em Itacoatiara e São Gonçalo.

Figura 9 - Mortalidade proporcional (%) em homens de 20 a 59 anos de idade segundo principais grupos de causas. Brasil, 2010

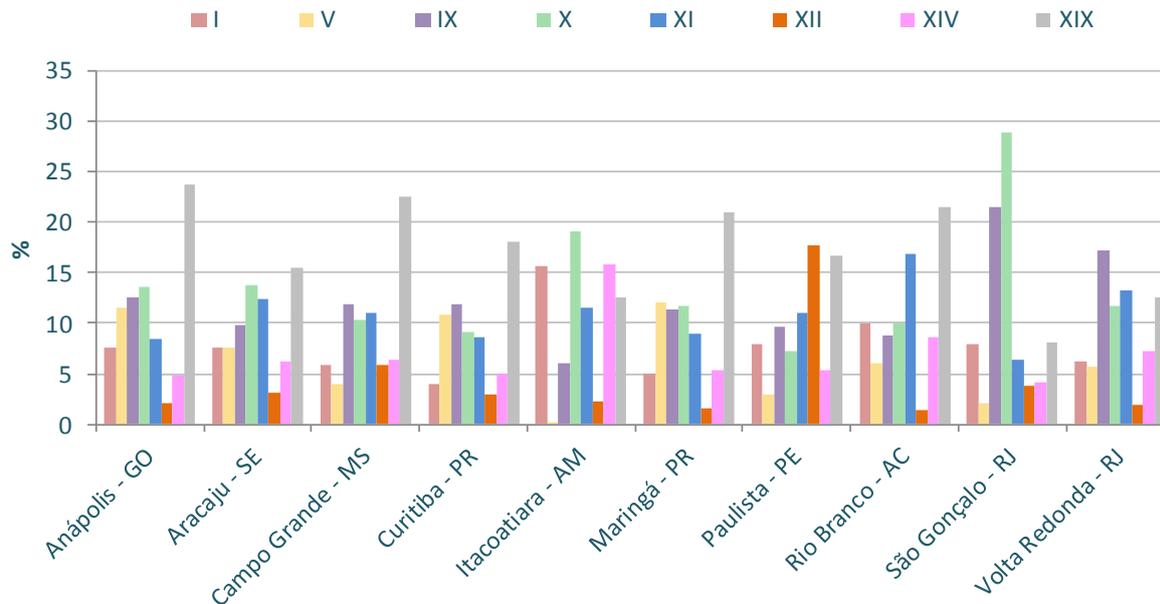


(I= doenças infecciosas e parasitárias; II=neoplasias; IX= doenças do aparelho circulatório; XI=doenças do aparelho digestivo; XVIII=causas mal definidas; XX=causas externas).

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Quanto às principais morbidades - causas de internação, observa-se o predomínio de causas externas em Anápolis, Aracaju, Campo Grande, Curitiba, Maringá e Rio Branco; doenças do aparelho respiratório em Itacoatiara e São Gonçalo; doenças da pele e do tecido subcutâneo em Paulista; e doenças do aparelho circulatório em Volta Redonda (Figura 10). De um modo geral, estes agravos representam mais de 40% das internações nestas cidades, com destaque para doenças infecciosas e parasitárias mais doenças do aparelho geniturinário em Itacoatiara; transtornos mentais e comportamentais em Anápolis, Curitiba e Maringá.

Figura 10 - Proporção (%) de internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde em homens de 20 a 59 anos de idade segundo principais grupos de causas por região. Brasil, 2012.

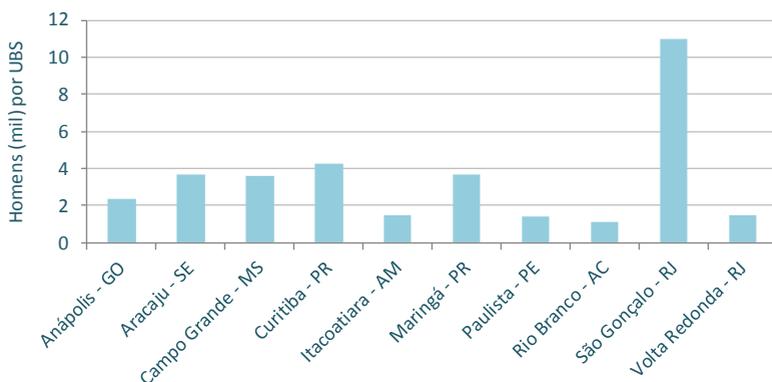


I = algumas doenças infecciosas e parasitárias; V = transtornos mentais e comportamentais; IX = doenças do aparelho circulatório; X = doenças do aparelho respiratório; XI = doenças do aparelho digestivo; XII = doenças da pele e do tecido subcutâneo; XIV = doenças do aparelho geniturinário; XIX = lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS).

No que se refere ao número de unidades básicas de saúde (Figura 11), verifica-se a disparidade entre as cidades, com São Gonçalo apresentando a maior concentração de homens por UBS, o que reflete a insuficiência de UBS nesta cidade - 39 mil habitantes por UBS, quando a recomendação é até 18 mil habitantes. Todas as outras cidades encontram-se abaixo do limite recomendado, variando de quatro mil habitantes em Rio Branco a 15 mil em Curitiba.

Figura 11 – Concentração de homens (mil) de 20 a 59 anos de idade por Unidade Básica de Saúde (UBS), segundo município. Brasil, dezembro de 2012.



Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Embora os gestores considerem acidentes como a quinta principal causa para a procura da UBS pelo homem, as causas externas (acidentes e violência) aparecem como a primeira causa de óbitos em todos os municípios e como primeira causa de internação na maioria deles.

Conclusões

Trata de amostra aleatória, mas não representativa, de modo que os resultados encontrados não podem ser inferidos para demais equipes de ESF. Todavia, os dados permitem concluir que:

- a) cerca de 1/3 das USF avaliadas não tinham o cadastro atualizado da população geral e, conseqüentemente, da masculina, o que foi reforçado na visita domiciliar para a entrevista com os homens, na medida em que houve necessidade de substituição em 8,1% dos casos pela não existência de homens na residência sorteada;
- b) destes casos (7), seis gestores informaram estar com o cadastro atualizado, o que ilustra o desconhecimento dos mesmos sobre a realidade da USF que administra;
- c) conforme informação das USF, 20,9% das ESF não tinham como identificar os homens atendidos, mas somente de 7% do total das ESF souberam precisar algum valor;
- d) a busca ativa de homens pela equipe de saúde para a realização de pelo menos uma consulta/ano foi citada por 90,7% das ESF, mas apenas 23,3% dos homens referiram ter sido convidados para consulta;
- e) a oferta de atendimento em horários alternativos adequados para a população masculina foi identificada em 30,2% das ESF, mas somente 7% dos homens relatam impedimento por conta de horário/tempo;

- f) no que se refere às ações de orientação e sensibilização da população masculina quanto às medidas disponíveis para detecção precoce do câncer de próstata em pacientes sintomáticos e disfunção erétil, entre outros agravos do aparelho geniturinário, todas as UFS referiram fazer o encaminhamento para a realização de exames diagnósticos na presença de sintomas de obstrução urinária ou disfunção erétil, mas apenas 11,6% tinham alguma atividade específica durante o pré-natal para os pais e nenhuma delas referiu abordar este tema, além da cobertura de atendimento aos homens ter sido identificada em menos de 1% nas USF com alguma informação sobre o número de atendimentos;
- g) A realização de ações e atividades educativas, específicas para os homens, voltadas para o planejamento familiar foi relatada por 16,3% das USF; para a prevenção de violências e acidentes, e uso de álcool e outras drogas voltadas para a população masculina, respectivamente por 9,3, 14,0 e 14,0% das USF, valores próximos aos 12,8% de homens que referiram terem sido convidados para outras atividades (educativa, social e/ou vacinação);
- h) Somente 9% das USF referiram que mais da metade dos pais participam do pré-natal, puerpério e no acompanhamento da criança, embora a solicitação para a participação do mesmo seja feita em 81,4% das ESF;
- i) a oferta de exames previstos para homens que participam do pré-natal masculino foi referida por apenas três das 43 ESF; e

- j) as visitas domiciliares são importante fonte de informação para a identificação de situações de violência envolvendo homens, tanto como vítima como agressor, porém o acolhimento se dá basicamente para a vítima e o encaminhamento se refere principalmente aos cuidados de saúde e denúncia para a vítima, reafirmando a complexidade deste assunto na área da saúde.

As ESF têm como estratégia abordar o processo saúde/doença no contexto familiar e ambiental, tendo como ação básica a prevenção dos agravos mais frequentes à saúde, além da promoção da saúde de modo a possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, conforme os princípios de universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2011a). No que se refere à Saúde do Homem, ainda há muito a ser feito: desde adequação da estrutura para atendimento na atenção básica (São Gonçalo, por exemplo); motivação e desenvolvimento de ações de promoção contra os agravos mais frequentes nesta população (causas externas, por exemplo) de modo a corresponsabilizar o homem pela sua própria saúde e, conseqüentemente, do meio do qual participa.

Este estudo mostra que o compromisso dos municípios com o fortalecimento da PNAISH ainda é bastante tímido, embora haja interesse dos homens em ampliar sua participação nas atividades desenvolvidas pela UBS, desde que dirigidas às suas reais necessidades.

Para o diagnóstico e monitoramento de ações de fortalecimento da PNAISH, indica-se a utilização de algumas questões a serem aplicadas numa amostra representativa, por internet ou telefone, a saber: 1) No último mês, quantos homens entre 20 e 59 anos de idade foram atendidos em consulta médica? 2) E quantos foram encaminhados para atenção especializada? 3) No último mês, houve alguma atividade específica dirigida aos homens que acompanharam a mulher no pré-natal? Se sim, qual foi esta atividade? e 4) No último mês, houve alguma atividade de prevenção de acidentes e violência específica para os homens de 20 a 59 anos de idade?

Reforça-se a importância do diagnóstico e monitoramento contínuo das ações de fortalecimento da PNAIH, com questões simples e de fácil aplicação, como proposto acima, uma vez que o questionamento, além de fornecer dados, se configura como motivação, para o próprio gestor, para a produção dos mesmos.

Referências

- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária a saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S, AKERMAN M, et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, SP: Hucitec/Fiocruz, 2008. p. 783-836.
- ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, A. M.; TRENCH, M. H. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Rev Esc Enferm**, v. 41 (Esp.), p. 835-40, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das**

unidades básicas de saúde: saúde da família. 2ª ed. Brasília, DF: MS, 2008.

_____. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES: equipes de saúde – Brasil.** Rio de Janeiro, MS, 2013a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?cnes/cnv/equipebr.def>>. Acesso em: 28 fev 2013.

_____. Departamento de Atenção Básica. **e-SUS Atenção Básica.** Brasília, MS: _____, 2013b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 02 Mar 2013.

_____. Portaria MS/GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 outubro 2011a. Seção 1, p. 48.

_____. Portaria MS/GM n. 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 julho 2011b. Seção 1, p. 79.

_____. Portaria MS/GM n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 janeiro 2011d. Seção 1, p. 37.

- _____. 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: MS, 2009a.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Plano de ação nacional**. Brasília, DF: MS, 2009b.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: rastreamento**. Brasília, DF: MS, 2010.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília, DF: MS, 2011c.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Mortalidade por acidentes e violências no Brasil: situação em 2010 e tendências de 2011 a 2010**. In: BRASIL. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília, DF: MS, 2012 p.249-78.
- BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A.; MACIEL, P. S. O. Olhar masculino acerca do atendimento na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, v. 41, n. 4, p. 135-42, 2010.
- CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 436-43, 2006.
- COUTO, M. T.; PINHEIRO, T. F.; VALENÇA, O.; et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface – Comunic, Saude, Educ**, v. 14, n. 33, p. 257-70, 2010.
- DIAS-DA-COSTA, J. S.; Presser, A. D.; Zanolla, A. F.; et al. Utilização dos serviços ambulatoriais de saúde por mulheres: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2843-51, 2008.

- FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Health service use in a population covered by the Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy). **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Cien Saude Colet**, v. 10, n. 1, p. 105-9, 2005.
- FONTES, W. D.; BARBOZA, T. M.; LEITE, M. C.; et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 3, p. 430-3, 2011.
- GOMES, R.; LEAL, A. F.; KNAUTH, D. et al. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Ciênc saúde coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2589-96, 2012.
- GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N.; NASCIMENTO, E. F.; et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Cien Saude Colet**, v. 16, p. 983-92, 2011. Supplement 1.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Porque 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**, v. 23, n. 3, p. 565-74, 2007.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil – acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2010.
- KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência saúde coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2617-26, 2012.

- LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciênc saúde coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2607-16 2012.
- MOURA, E. C.; NEVES, A. C. M.; SÁ, N. N. B.; et al. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, 2012.
- OLIVA, T. A.; NASCIMENTO, E. R.; SANTO, F. R. E. Percepções e experiências de homens relativas ao pré-natal e parto de suas parceiras. **Rev enferm.**, v. 18, n. 3, p. 435-40, 2010.
- PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.
- RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Cien Saude Colet**, v. 13, n. 1, p. 71-82, 2008.
- SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S.; GOMES, R. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 961-70, 2010.
- VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. **Masculinidades y equidad de género en América Latina**. Santiago: FLACSO, 1998.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002a. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf>. Acesso em: 28 fev 2013.

Anexos – Instrumentos de coleta de dados

Anexo I - Equipe de Saúde da Família (ESF)

1. Identificação
 - 1a. UF: ___
 - 1b. Município: _____
 - 1c. UBS (número CNES): _____
 - 1d. ESF (número): _____
 - 1e. Localização da unidade: 1. urbana ou 2. rural

2. Coordenador (a) da Equipe
 - 2a. Nome: _____
 - 2b. Sexo: 1. masculino 2. feminino
 - 2c. Qual sua idade: ___ anos completos *ou* Ano de Nascimento: 19___
 - 2d. Qual sua formação:
 1. medicina
 2. enfermagem
 3. odontologia
 4. outra, qual: _____
 - 2e. Em que ano se formou? ___ *ou*
há quantos anos está formado? ___ (em anos)
 - 2f. Há quanto tempo trabalha na Atenção Básica? ___ (em anos)
ou Desde que ano trabalha na Atenção Básica? _____
 - 2g. Há quanto tempo está nesta coordenação? ___ (em anos)
ou Desde que ano está nesta coordenação? _____
 - 2h. O seu contrato é de quantas horas semanais? ___ (em horas)
 - 2i. Destas horas, quantas horas você dedica à administração da ESF?

Composição da Equipe da Unidade de Saúde da Família

3. Há quanto tempo esta equipe está cadastrada no CNES? ___ (em anos)
ou Desde que ano esta equipe está cadastrada no CNES? _____
4. No total,
 - a) Quantos profissionais há na sua equipe? ___
 - b) E quantos são Agentes Comunitários de Saúde (ACS)? ___

5. A equipe está completa?
 1. sim
 2. não, por quê? _____
6. Atualmente tem médico na equipe?
 1. não (ir para Q7)
 2. sim.
- 6a. Se SIM, quantos médicos, incluindo o coordenador? _____

	6b.1 - O contrato é de quantas <u>horas</u> semanais?	6b.2 - Considerando a última semana típica de trabalho <u>deste</u> médico, quantas <u>horas</u> foram dedicadas ao atendimento individual em consultório?	6b.3 - E quantas <u>horas</u> foram dedicadas ao atendimento individual domiciliar?
Médico A			
Médico B			
Médico C			
Médico D			
Médico E			

Estrutura da Unidade

(considerar apenas espaços em funcionamento)

7. Esta unidade é :
 1. exclusiva (apenas equipe de ESF)
 2. mista (equipe ESF + outras especialidades)
8. Tem consultório EXCLUSIVO para médico?
 1. sim Quantos? _____
 2. não
9. Tem consultório EXCLUSIVO para enfermagem?
 1. sim Quantos? _____
 2. não

10. Tem consultório COMPARTILHADO?
 1. sim. Quantos? _____
 2. não
11. Tem sala para atividades coletivas/reuniões?
 1. sim. Quantas? _____
 2. não
12. Tem sala para procedimentos/ curativos/ coleta?
 1. sim. Quantas? _____
 2. não
13. Há atendimento odontológico para as famílias da sua área?
 1. sim
 2. não

13a. E há apoio do NASF?

 1. sim
 2. não

Área de Cobertura e Controles

14. A área de cobertura da equipe é:
 1. urbana
 2. periurbana
 3. rural
15. Atualmente, quantas famílias estão cadastradas? _____ não sabe
16. Há famílias não cadastradas?
 1. sim, por quê? _____
 2. não
 777. não sabe
17. Após o preenchimento da Ficha A (cadastro da família), pelo ACS, as informações são:
 1. digitadas diretamente no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica/Ministério da Saúde) (pular para 18)
 2. consolidadas nos **Relatórios A1, A2, A3 e A4** (Consolidados de Cadastramento Familiar) na USF (pular para 18)
 3. digitadas no sistema de gestão local (prontuário eletrônico) (pular para 18)
 4. outro. Qual? _____ (pular para 18)
 5. não são processadas

- 17a. Por que não são processadas?
1. falta de computador
 2. outro motivo, qual? _____
18. Os dados de cadastramento das famílias estão atualizados no SIAB?
1. sim **(pular para Q19)**
 2. não
- 18a. Por que os dados de cadastramento não estão atualizados ?
1. falta de computador na USF
 2. falta ACS
 3. outro, qual? _____
 777. não sabe
19. A equipe tem como identificar o número de TODOS os atendimentos de homens entre 20 e 59 anos de idade?
1. sim
 2. não **(pular para Q19d)**
- 19a. Como o número de atendimentos de homens é identificado?
1. registro no livro de acolhimento
 2. mapa diário
 3. outro, qual? _____
- 19b. Houve encaminhamento para serviços especializados nos últimos 3 meses?
1. sim
 2. não
 3. não sabe
- 19c. A equipe avalia os resultados, em números, dos atendimentos à população masculina?
1. não (pular para Q20)
 2. sim
- a) como avalia? _____
- b) e o que tem observado? _____ (pular para a Q20)
- 19d. Por que o número de atendimento de homens NÃO é identificado?
1. não há ficha para atendimento do homem
 2. não há sistema obrigatório
 3. outro, qual? _____

20. Normalmente, quais dias da semana a USF funciona?
1. segunda
 2. terça
 3. quarta
 4. quinta
 5. sexta
 6. sábado
 7. domingo
- 20a. Que horas inicia o atendimento nos dias de semana? __: __
- 20b. Que horas termina o atendimento nos dias de semana? __: __
- 20c. Fecha para almoço?
- sim. → Qual horário? __: __ até __: __
- não
- 20d. (Se sábado) Que horas inicia o atendimento no sábado? __: __
- 20e. (Se sábado) Que horas termina o atendimento no sábado? __: __
- 20f. (Se domingo) Que horas inicia o atendimento no domingo? __: __
- 20g. (Se domingo) Que horas termina o atendimento no domingo?
__: __
- (Se atender no período noturno ou final de semana)
- 20h. Desde quando faz este horário – noturno ou final de semana? __
anos ou __ meses
- 20i. Teve aumento no número de homens atendidos?
1. sim. → Passou de __ para __ homens por mês ou semana
 2. sim, mas não sabe o número/não tem registro.
 3. não
777. não sabe
- (Se NÃO atender no período noturno ou final de semana)
- 20j. Alguma vez atendeu rotineiramente no período noturno ou final de semana?
1. sim. → Quando parou? __/____ (mês/ano)
 2. não (vá para Q20L)
777. não sabe/não lembra (vá para Q20L)
- 20k. Teve redução no número de homens atendidos?
1. sim. → Passou de __ para __ homens por mês ou semana
 2. sim, mas não sabe o número/não tem registro.
 3. não
777. não sabe

20L. Costuma ter algum evento especial, pelo menos uma vez ao ano, para os homens?

- sim
- não

As próximas questões se referem apenas aos
homens de 20 a 59 anos de idade

21. Nas visitas domiciliares, os homens são convidados a realizar pelo menos uma consulta por ano?

- 1. sim
- 2. não

22. Homens com sintoma de obstrução urinária ou com disfunção erétil são encaminhados para exames diagnósticos?

- 1. sim, sempre
- 2. sim, às vezes
- 3. não

23. Durante o pré-natal, parto, puerpério e no acompanhamento da criança, o pai tem participado?

- 1. sim, quase todos os pais
- 2. sim, pouco mais da metade dos pais
- 3. sim, pouco menos da metade dos pais
- 4. sim, pouquíssimos pais
- 5. não, quase nenhum (ir para Q23b)
- 6. não, nenhum (ir para Q23b)

23a. Durante o pré-natal, a equipe realiza alguma atividade específica voltada para a saúde do homem?

- 1. sim. → Qual? _____
- 2. não

Q23b. A equipe tem solicitado a participação do pai?

- 1. sim
- 2. não

24. A equipe já identificou algum caso de violência tendo o homem como vítima?

- 1. não (pular para Q25)
- 2. sim

24a. Em que momento a equipe MAIS identifica o problema?

1. Na visita domiciliar
 2. No momento do acolhimento do paciente
 3. Na internação
 4. No óbito
 5. Outra forma, qual? _____
- 24b. Qual costuma ser o encaminhamento? (múltipla escolha)
1. Atendimento ambulatorial
 2. Hospital
 3. Centro de referência para homens vítimas de violência
 4. Delegacia/Ministério Público
 5. Conselho Tutelar
 6. Centro de Referência da Assistência Social/CRAS ou Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)
 7. exame diagnóstico para DST/AIDS
 8. Outro. Qual? _____
25. A equipe já identificou algum caso de violência tendo o homem como agressor?
1. não (pular para Q26)
 2. sim
- 25a. Em que momento a equipe MAIS identifica o problema?
1. Na visita domiciliar
 2. No momento do acolhimento da vítima
 3. Na internação da vítima
 4. No óbito da vítima
 5. Outra forma, qual? _____
- 25b. Qual costuma ser o encaminhamento quanto ao agressor? (múltipla escolha)
1. Delegacia/Ministério Público
 2. Centro de Referência da Assistência Social/CRAS ou Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)
 3. Orienta a vítima a procurar a Assistência Social da unidade
 4. Outro. Qual? _____

Ainda em relação aos homens de 20 a 59 anos de idade

26. A equipe desenvolve rotineiramente atividades educativas (específicas para o homem):
- 26a. De planejamento familiar?
1. sim

2. não

26b. E de prevenção de violências e acidentes?

1. sim

2. não

26c. E de prevenção/controle do tabagismo?

1. sim

2. não

26d. E de prevenção do consumo abusivo de bebidas alcoólicas?

1. sim

2. não

26e. E de prevenção para demais drogas?

1. sim

2. não

APENAS se a equipe desenvolve alguma
atividade educativa específica para os homens

26f. Como a atividade é desenvolvida? (múltipla escolha)

1. Grupos educativos

2. Palestras

3. Distribuição de folhetos

4. Consulta individual

5. Outra. Qual? _____

27. Na sua opinião, quais os três principais motivos para os homens procurarem a USF (para ele próprio)?

1. Doença (inclui DST, diabete, hipertensão arterial)

2. Medicamentos/prescrição/receita

3. Exames de rotina

4. Exames para grupos de risco (soropositivos, por exemplo)

5. Suspeita de câncer de próstata

6. Acidentes

7. Disfunção erétil

8. Camisinha

9. Vasectomia

10. Conversar

11. Outro motivo, qual? _____

28. Na sua opinião, quais os três principais motivos para os homens NÃO procurarem a USF para prevenção (para ele próprio)?
1. ausência de doença
 2. falta de informação
 3. medo/receio
 4. horário incompatível com o trabalho
 5. machismo
 6. tempo de espera
 7. acreditam que não precisam
 8. Outro motivo, qual? _____
29. Na sua opinião, quais são as três principais queixas apresentadas pelos homens ao procurarem o serviço de saúde (para ele próprio)?
1. Quadro agudo de doença
 2. Cansaço/indisposição/mal-estar
 3. Doença crônica (diabetes/hipertensão arterial)
 4. Dor
 5. DST (inclui exames para grupos de risco)
 6. Disfunção erétil
 7. Dificuldade de urinar
 8. Pegar atestado
 9. Outro motivo, qual? _____
30. Concluindo, você já leu, ouviu falar ou discutiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)?
1. sim, já ouviu falar
 2. sim, já leu
 3. sim, já discutiu
 4. não, nunca

Agradecemos pela sua colaboração.

Se tivermos alguma dúvida voltaremos a lhe contactar.

Observação (se necessário):

Anexo II - Identificação da Família sorteada

UF: __

Município: _____

Equipe (número): _____

Família (número): _____ (conforme sorteio prévio feito pela coordenadora da pesquisa)

SUBSTITUIÇÃO – Substituído por:

Nº Família: _____ ; Motivo: _____

Data do cadastro da família na UBS (Ficha A): __/__/____

Número de moradores na casa (Ficha A): __

Número de moradores do sexo masculino (Ficha A): __

Número de homens entre 20 e 59 anos de idade (Ficha A): __

Número de homens entre 20 e 59 anos de idade que já se consultaram na USF (Prontuário): __

Visita Domiciliar. A visita deverá ser acompanhada pelo ACS.

A1- O _____ (nome do sorteado) está?

sim (ir para A2)

não (ir para A1a)

A1a – Há outro homem entre 20 e 59 anos na residência agora?

sim (ir para A2)

não – Qual o melhor horário para falar com o sorteado? (pode ser por telefone)

A2- Pode chamá-lo?

sim (ir para entrevista)

não – Qual o melhor horário para falar com ele? (pode ser por telefone)

ENTREVISTA

Senhor _____, a pedido do Ministério da Saúde estamos avaliando a assistência à saúde do homem e precisamos que o senhor responda a algumas rápidas perguntas. Podemos começar?

Identificação

11. Qual a sua data de nascimento? __/__/____

I2. Até que série e grau o senhor completou com aprovação na escola?

1. () PRIMÁRIO (série): () 1ª () 2ª () 3ª () 4ª
2. () ENSINO FUNDAMENTAL/1ª GRAU (série): () 5ª () 6ª () 7ª () 8ª/9ª
3. () GINÁSIO (série): () 1ª () 2ª () 3ª () 4ª
4. () ENSINO MÉDIO/COLEGIAL/MÉDIO PROFISIONALIZANTE/2º GRAU (ano): () 1ª () 2ª () 3ª
5. () ENSINO SUPERIOR (ou mais): () Completo () Incompleto
6. () Pós Graduação
7. () Não estudou
777. () Não sabe informar
999. () Não quis responder

Retrato da saúde do entrevistado

Agora eu vou solicitar algumas informações sobre a sua saúde.

Q1. Quando foi a última vez que o senhor procurou atendimento de saúde em qualquer local?

1. () nos últimos 30 dias
2. () entre 1 mês e 1 ano
3. () mais de 1 ano (*pule para Q14*)
4. () nunca procurou (*pule para Q14*)
777. Não sabe (*pule para Q14*)

Q2. Por que o senhor procurou atendimento?

1. () febre, diarreia, tosse, amigdalite
2. () curativo
3. () vacinação
4. () exame da próstata
5. () realizar vasectomia
6. () doença cardíaca
7. () pressão alta, diabetes, colesterol elevado (crônicas)
8. () tratamento dos dentes
9. () dor repentina, ferimento, fratura
10. () realização de cirurgia
11. () check-up, rotina
12. () exame admissional

13. () problema respiratório
14. () depressão, nervosismo, saúde mental
15. () outro – **Qual ?** _____

Q3. O serviço que o senhor procurou era:

1. () do SUS (público)
2. () particular (*pule para Q17*)
3. () de convênio (*pule para Q17*)
4. () da empresa (*pule para Q17*)
777. não sabe (*pule para Q17*)

Q4. Este serviço era:

1. () UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA do bairro
2. () outra unidade de saúde (posto de saúde/centro de saúde) (*pule para Q17*)
3. () ambulatório de especialidades (*pule para Q17*)
4. () pronto socorro (*para casos de atendimento de emergência*) (*pule para Q17*)
5. () hospital (*para casos de internação*) (*pule para Q17*)
6. não sabe (*pule para Q17*)

Q5. O senhor foi atendido?

1. sim (*pular para Q7*)
2. não

Q6. Qual destes motivos explica melhor porque o senhor não foi atendido?

1. () o serviço estava fechado (*pule para Q17*)
2. () não tinha vaga (*pule para Q17*)
3. () não tinha profissional para atender (*pule para Q17*)
4. () não tinha equipamento (*pule para Q17*)
5. () outro – **Qual ?** _____ (*pule para Q17*)

Q7. Quanto tempo o senhor esperou para ser atendido:

1. () até 15 minutos
2. () de 15 até 30 minutos
3. () de 30 até 60 minutos
4. () de 1 até 2 horas
5. () mais de 2 horas

Q8. O profissional de saúde receitou um ou mais medicamentos?

1. sim, um
2. sim, mais de um
3. não (*pule para Q12*)

Q9. O senhor conseguiu o(s) medicamento(s) receitado(s)?

1. sim, todos
2. sim, em parte
3. não (ir para Q11)

Q10. O senhor teve de pagar pelo(s) medicamento(s) adquirido(s)?

1. sim, todos
2. sim, em parte
3. não

Q11. Qual dos motivos explica melhor porque o senhor NÃO conseguiu todos os medicamentos?

1. () não pôde pagar pelos medicamentos
2. () não encontrou os medicamentos
3. () ainda não deu tempo de conseguir
4. () não achou necessário
5. () já tinha em casa

Q12. Como o senhor avalia o atendimento desta consulta?

1. () muito ruim
2. () ruim
3. () regular
4. () bom
5. () muito bom

Q13. O senhor foi encaminhado para atendimento em outro serviço de saúde?

1. sim (***pule para Q17***)
2. não (***pule para Q17***)

Q14. No último ano, o senhor teve algum problema de saúde, como gripe, febre, dor, ferimento, mas não procurou atendimento?

1. Teve algum problema de saúde, mas não procurou atendimento
2. Não teve algum problema de saúde (***pule para Q17***)

Q15. Qual destes motivos explica melhor porque o senhor não procurou por atendimento?

1. () não sabia onde ir
2. () não tinha dinheiro para o transporte
3. () não tinha dinheiro para a consulta
4. () não podia se ausentar do trabalho ou tinha outro compromisso
5. () não foi atendido da vez anterior
6. () foi mal atendido outra(s) vez(es)

7. () não achou importante/não precisava
8. () outro – **Qual ?** _____

Q16. Como o senhor resolveu/tratou este problema?

1. não fez nada
2. falou com o farmacêutico, que passou remédio
3. tomou remédio caseiro
4. tomou remédio que já tinha em casa ou pegou com um amigo/parente
5. outro – **Qual ?** _____

Questões relacionadas com o dia a dia

Agora, falando do seu dia a dia:

Q17. No último ano, o senhor foi convidado para alguma consulta na ESF?

1. sim
2. não

Q18. E para outra atividade na ESF, sem ser a consulta?

1. sim
2. não (pular para Q19)

Q18a. Se SIM, para qual outra atividade na ESF o senhor foi convidado sem ser a consulta? (RESPOSTA MÚLTIPLA)

1. grupo educativo
2. palestra
3. reunião do conselho de saúde
4. outra? Qual _____

Q18b. E o senhor participou de tal/alguma atividade?

1. sim (pular para Q19)
2. não

Q18c. Por que o senhor NÃO participou? (apenas se Q18b=2)

1. não teve interesse
2. não teve tempo
3. incompatibilidade de horário (ex.: trabalho/escola)
4. outro motivo, qual? _____

Q19. O senhor sabe se existe alguma atividade direcionada aos homens na ESF?

1. Sim
2. Não (ir para Q19b)

Q19a. E o senhor participaria de alguma atividade direcionada aos homens na ESF?

1. Sim
2. Não, por quê? _____ (*vá para Q20*)

Q19b. O senhor gostaria que existisse alguma atividade direcionada aos homens na ESF?

1. Sim
2. Não

Q20. O senhor se sente a vontade para falar sobre sua saúde com qualquer profissional da unidade, seja ele homem ou mulher?

1. Sim (agradeça e encerre)
2. Não.

Q20a. Por que o senhor não se sente a vontade para falar sobre sua saúde com qualquer profissional da unidade?

1. Prefiro homem
2. Prefiro mulher
3. Timidez
4. Medo
5. Pouco tempo de consulta
6. Outro, qual? _____

Obrigado pela sua participação!

Observação:



IFF

INSTITUTO NACIONAL | **FERNANDES FIGUEIRA**
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

G O V E R N O F E D E R A L



PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA