



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

FABRÍCIO DA SILVA CAMPANUCCI

**O LUGAR OCULTO DOS HOMENS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE AS PRINCIPAIS BARREIRAS DE
ACESSO AOS SERVIÇOS OFERTADOS PELAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE EM LONDRINA**

FABRÍCIO DA SILVA CAMPANUCCI

**O LUGAR OCULTO DOS HOMENS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE AS PRINCIPAIS BARREIRAS DE
ACESSO AOS SERVIÇOS OFERTADOS PELAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE EM LONDRINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, da Universidade Estadual de Londrina – como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Política Social.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Pastor

Londrina
2013

Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

C186L Campanucci, Fabrício da Silva.

O lugar oculto dos homens na atenção primária à saúde : \b um estudo sobre as principais barreiras de acesso aos serviços ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde em Londrina / Fabrício da Silva Campanucci. – Londrina, 2013.
162 f.: il

Orientador: Márcia Pastor.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2013.

Inclui bibliografia.

1. Serviços de saúde \z Londrina (PR) – Teses. 2. Saúde pública \z Londrina (PR) – Teses. 3. Política de saúde \z Brasil – Teses. 4. Serviço social Teses. I. Pastor, Márcia. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

CDU 36:614.2

FABRÍCIO DA SILVA CAMPANUCCI

**O LUGAR OCULTO DOS HOMENS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE:**

UM ESTUDO SOBRE AS PRINCIPAIS BARREIRAS DE ACESSO AOS
SERVIÇOS OFERTADOS PELAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM
LONDRINA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, da Universidade Estadual de Londrina – como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Política Social.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Márcia Pastor
UEL – Londrina - PR

Profa. Dra. Líria Maria Bettiol Lanza
UEL – Londrina - PR

Prof. Dr. Ademir Alves da Silva
PUC – São Paulo - SP

Londrina, 25 de junho de 2013.

Ao meu companheiro Luciano Augusto Gomes.

AGRADECIMENTOS

Inúmeras pessoas contribuíram direta e indiretamente com a realização desta pesquisa: minha família, minhas amigas e meus amigos, meu companheiro, os professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina e minha orientadora Profa. Dra. Márcia Pastor.

Agradeço pela confiança e estímulos a mim destinados nestes mais de dois anos, pois sem eles dificilmente este processo teria se completado.

Agradeço especialmente a equipe do CRAS Norte B, que acompanhou minhas angústias, compartilhou do meu entusiasmo e suportou meu mau humor, mas mesmo assim continuou acreditando e incentivando a conclusão desta dissertação de mestrado.

Também agradeço profundamente a Profa. Dra. Líria Maria Bettioli Lanza, que, desde 2010, mostrou-se uma indispensável companheira, apostou na relevância deste estudo e jamais desconfiou que ele fosse concluído. Obrigado Líria e Fábio pelo carinho, atenção e amizade.

CAMPANUCCI, Fabrício da Silva. **O lugar oculto dos homens na atenção primária à saúde**: um estudo sobre as principais barreiras de acesso aos serviços ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde em Londrina. 2013. 162 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2013.

RESUMO

A presente dissertação de Mestrado objetiva analisar o acesso dos homens aos serviços básicos disponibilizados por Unidades Básicas de Saúde (UBS) 16 e 24 horas em Londrina. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que parte da compreensão de acesso como uma categoria multidimensional concebida como um conjunto de fatores que permitem ou não que um indivíduo utilize os serviços de saúde e considera as proposições inscritas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), aprovada em 2009. A fim de alcançar o objetivo proposto, busca-se conhecer a estrutura e a dinâmica de atendimento das respectivas UBS; identificar quais serviços são priorizados e/ou utilizados pelos homens; apurar como eles avaliam tais serviços; e constatar como os usuários entendem o acesso aos serviços primários. Para tanto, os procedimentos metodológicos adotados englobam pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Os dados coletados na pesquisa de campo foram obtidos através de observação sistemática em três UBS e de entrevistas semiestruturadas com quinze usuários do sexo masculino atendidos por estas UBS, além das respectivas coordenadoras. Considerando que a referida PNAISH reflete problemas intrínsecos ao Sistema Único de Saúde, privilegia-se como eixos analíticos as barreiras institucionais e socioculturais de acesso aos serviços de saúde. Os resultados foram organizados com o intuito de explicitar como as referidas barreiras de acesso foram construídas. Destaca que o desenvolvimento da política de saúde no Brasil enfatizou o atendimento curativo, individual, medicamentoso e hospitalocêntrico em detrimento de ações de caráter coletivo, focadas na promoção da saúde e prevenção de doenças e que a Atenção Básica ainda encontra dificuldades de inverter a lógica de prestar serviços no âmbito do SUS. Revela ainda que as barreiras institucionais, explicitadas pela precarização da ambiência das UBS, pelo número insuficiente de profissionais, pela forma como os serviços primários estão organizados e pela morosidade do atendimento, dificultam o acesso não só dos homens, mas da população como um todo aos serviços primários. Ademais, demonstra que ao priorizar o atendimento de idosos, mulheres e crianças, o sistema de saúde acaba encobrindo o lugar dos homens no nível primário de atenção à saúde. Somam-se a isso barreiras socioculturais que estão presentes tanto entre os usuários quanto entre os trabalhadores. Tais concepções, influenciadas por estereótipos de gênero, ao mesmo tempo em que supervalorizam os homens, os transformam em vítimas do papel socialmente construído e a eles atribuído, levando a população masculina a se considerar invulnerável quanto aos agravos da saúde. Assim, homens e mulheres, profissionais de saúde e usuários, permanecem vendados pelas barreiras de acesso e não conseguem compreender que a Atenção Básica também é um espaço masculino.

Palavras-chave: Acesso. Atenção primária. Saúde dos homens. Barreiras institucionais. Barreiras socioculturais.

CAMPANUCCI, Fabrício da Silva. **The hidden men place in the:** a research about the main access barriers to the services offered for the Health Basic Units in Londrina. 2013. 162 p. Dissertation (Master's degree in Social Service and Social Policy) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

ABSTRACT

This master dissertation aims to analyse the men access to the basic services provide by the Health Basic Units (UBS, in portuguese) 16 and 24 hours in Londrina. It is a qualitative research from the understanding of the access as a multidimensional category conceived as a joint of factors that allow or not that the individual uses the health services and considers the propositionals signed at the Man Health Integral Attention National Policy (PNAISH, in portuguese), approved in 2009. For this purpose, the research looks for to know the service structure and dynamic of the respective health basic units (UBS); identify the services that are priority and/or used by the men; refine as they value those services; and notice how the users understand the access to the primary services. For that, the methodology procedures adopted comprehend bibliography, documentary and field research. The data collected in the field research were obtained by systematic observation in three health basic units (UBS) and by semi-structured interviews with 15 male users of these UBS and the respective coordinators. Considering that the mentioned PNAISH reflects the intrinsic problems of the Health Unique System (SUS, in portuguese), encouraged as analytic axis the institutional and sociocultural barriers access to the health services. The results were organized with the intention to set up how the mentioned access barriers were built. This research stands out that the health policy development in Brazil emphasized the healing service, individual, medication and hospital centric in damage of collective actions, focused in health promotion and diseases prevention and that the Basic Attention still finds difficulties of invert the logic of offering service at the SUS range. This research still demonstrates that institutional barriers, shown by the precarious UBS ambiance, the insufficient number of professionals, the way the basic services are organized and the slowness service, difficult not only the access of men, but of the population in general, to the primary services. Although that, demonstrates that as value the elderly, women and children, the health system hides the men's place in the health basic attention level. Add to this, sociocultural barriers that are present between users and workers. Those conceptions, influenced by gender stereotypes, at the same time that overvalue the men, transform them in victims of a role socially built and to them attributed, turning the male population to consider itself invulnerable as for the health grievances. By this way, men and women, health professionals and users, continue blindfold by the access barriers and can not understand that the Basic Attention is also a male space.

Key-words: Access. Primary attention. Men health. Institutional barriers. Sociocultural barriers.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil dos usuários da Unidade Básicas de Saúde do União da Vitória.....	29
Quadro 2 – Perfil dos usuários da Unidade Básica de Saúde do Leonor	29
Quadro 3 – Perfil dos usuários da Unidade Básica de Saúde do Maria Cecília	90
Quadro 4 – Procedimentos de esterilização cirúrgica definitiva – Londrina, 2011	94

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Total de óbitos por acidentes de transporte e homicídios, ocorridos em Londrina entre 1994 e 2011	95
Gráfico 2 – Internações por causas selecionadas e sexo de indivíduos residentes em Londrina (2011).....	96

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEBRID	Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CF	Constituição Federal
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração Previdenciária
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras
DE	Disfunção Erétil
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GED	Grupo Especial de Descentralização
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
IDB	Indicadores de dados básicos de saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MPS	Ministério da Previdência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional De Assistência À Saúde

PAI	Pronto Atendimento Infantil
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PLUS	Plano de Localização de Unidade de Serviço
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PrevSaúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
PSA	Dosagem do Antígeno Prostático Específico
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
T.C.A.	Transporte Clínico Agendado
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 A SAÚDE DOS HOMENS EM FOCO	16
1.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
1.2 ACESSO: UMA CATEGORIA MULTIDIMENSIONAL	33
2 BARREIRAS INSTITUCIONAIS DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	42
2.1 DO ACESSO RESTRITO AO ACESSO UNIVERSAL: A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	42
2.2 O SUS QUE TEMOS: A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA NO SÉCULO XXI	55
2.3 AS ORIGENS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	63
2.3.1 A Atenção Básica como Reorientadora da Política de Saúde no Brasil	68
2.3.2 Uma Nova Política Nacional de Atenção Básica: PNAB/2011	77
3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM LONDRINA: O RETROCESSO DE UM MUNICÍPIO PIONEIRO	83
3.1 BARREIRAS INSTITUCIONAIS LOCAIS: UM OLHAR SOBRE O ACESSO DOS HOMENS AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE EM LONDRINA	96
3.1.1 Estrutura física versus demanda	97
3.1.2 Organização da oferta de serviços nas UBS do União da Vitória, Maria Cecília e Leonor	102
3.1.3 A Questão dos Recursos Humanos	103
3.1.4 Fluxo do Serviço e Principais Problemas do Acesso a Atenção Básica, Segundo os Usuários e Coordenadoras de UBS	112
4 BARREIRAS SOCIOCULTURAIS DE ACESSO AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE	124
4.1 AS IMPLICAÇÕES DAS CONCEPÇÕES DE MASCULINIDADES NA SAÚDE DOS HOMENS	124
4.2 A MATERIALIZAÇÃO DAS BARREIRAS SOCIOCULTURAIS DE ACESSO DOS HOMENS AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE	133

4.2.1 A Visão de Trabalhadores e Usuários Sobre a Relação Homens/Saúde	133
4.2.2 A Falta de Informação Sobre Serviços Primários e os Sentidos Atribuídos por Profissionais de Saúde e Usuários às Demandas da População Masculina.....	136
CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
REFERÊNCIAS.....	147
APÊNDICES	158

INTRODUÇÃO

Quisera o pesquisador que esta dissertação de mestrado acrescentasse um fio extra de esperança ao tecido da discussão sobre o acesso dos homens aos serviços de saúde no país. Tal expectativa reside no fato de que é só através da pesquisa que realinhamos nossas rotas e avançamos no sentido de costurar ações que contribuam para transformar a realidade social.

No que diz respeito a este trabalho, o interesse é analisar diferentes dimensões de como a população masculina acessa e utiliza os serviços primários de saúde. Sabemos, por exemplo, que o Sistema Único de Saúde representa um marco decisivo na política de saúde brasileira, ao instituir a universalidade de acesso aos serviços de saúde no país. Contudo, este princípio fundamental continua em pauta por conta dos incontáveis nós existentes para sua efetivação.

O próprio Ministério da Saúde reconhece em documentos oficiais que este gargalo precisa ser superado.

Vejamos o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), que ainda não está sendo implementada no município de Londrina, mas deverá alcançar capilaridade em todos os municípios brasileiros. Instituída no âmbito do SUS em 2009, ela levanta um alerta sobre a situação de saúde dos homens brasileiros, que é reconhecida pelo Ministério da Saúde como um problema de saúde pública.

O mote da PNAISH é facilitar o acesso da população masculina aos serviços básicos de saúde, com a crença de que assim tornar-se-á possível melhorar a qualidade de vida deste segmento populacional, aumentar a expectativa de vida dos homens, além de reduzir os custos do Estado com tratamentos de enfermidades preveníveis e evitáveis, muitas vezes agravadas por conta da detecção tardia dos agravos.

Mas se por um lado a referida política avança no sentido de garantir a equidade de gênero ao se atentar às especificidades da população masculina, por outro admite que entraves institucionais e socioculturais constituem verdadeiras barreiras no caminho dos homens aos serviços primários de saúde.

É pertinente destacar que a categoria acesso é uma forma de analisar como o direito à saúde se efetiva na prática (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Trata-se de uma categoria multidimensional também concebida como “o fator

que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço. Refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização [...]” (TRAVASSOS; CASTRO, 2008, p. 218).

Partindo deste entendimento, este estudo qualitativo analisa o acesso dos homens aos serviços básicos disponibilizados por Unidades Básicas de Saúde (UBS) 16 e 24 horas em Londrina. A seleção destas UBS se deve ao fato de a PNAISH – pano de fundo desta pesquisa – ressaltar que um dos motivos da baixa procura dos homens por serviços primários é o horário de funcionamento dos serviços que, comumente, coincidem como o horário de trabalho de grande parte da população.

Para tanto, entre março de 2011 e maio de 2013 buscou-se conhecer a estrutura e a dinâmica de atendimento das respectivas UBS; identificar quais serviços são destinados à população masculina; apurar quais serviços de saúde são utilizados pelos homens e como eles avaliam tais serviços; e constatar como os usuários compreendem o acesso aos serviços primários.

A análise aqui proposta se apresenta como um desafio por reunir em seu objeto de estudo três grandes temas: Acesso aos serviços de saúde; Atenção Básica; e Gênero. Por isso, optou-se por organizar este relatório final de uma forma que fosse capaz de explicitar como as Barreiras Institucionais e Socioculturais de acesso aos serviços básicos de saúde foram construídas e revelar que elas ocultam o lugar dos homens na Atenção Primária.

Deste modo, o primeiro capítulo apresenta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), indica os procedimentos metodológicos adotados e defende a multidimensionalidade da categoria acesso.

O segundo capítulo contextualiza a política de saúde e demonstra que seu processo de desenvolvimento priorizou o atendimento curativo, hospitalocêntrico, em detrimento de ações de caráter coletivo, de prevenção de doenças e promoção da saúde, cristalizando barreiras institucionais de acesso aos serviços de saúde. Destaca-se ainda neste capítulo que a Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica busca reorientar a lógica da política de saúde no Brasil a partir da década de 1990 e tem sido indicada pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde como a porta de entrada prioritária do SUS.

No terceiro capítulo a discussão foca as barreiras institucionais locais e descreve as principais características do SUS em âmbito municipal. O

debate engloba o acesso dos homens aos serviços básicos de saúde e aponta características da estrutura física, da organização dos serviços, do fluxo e dos principais problemas de acesso à Atenção Básica, segundo homens usuários e coordenadoras de UBS.

No quarto e último capítulo são apresentadas as barreiras socioculturais, analisadas a partir de um referencial de gênero. O objetivo aqui é discutir como valores e papéis socialmente atribuídos aos homens interferem no acesso *deles* aos serviços básicos de saúde. Demonstra ainda que a falta de informação em relação aos serviços primários e o entendimento sobre as demandas específicas da população masculina ocultam o lugar dela no nível primário de atenção à saúde.

1 A SAÚDE DOS HOMENS EM FOCO

O interesse em desvelar os desdobramentos da relação homens/saúde advém de indagações formuladas pelo autor no contexto do estágio curricular realizado no Hospital Universitário de Londrina entre março de 2009 e novembro de 2010, cujo lócus específico foi uma unidade de internação masculina com capacidade para atender até 78 pacientes.

Chamava atenção o número crescente de homens jovens hospitalizados em decorrência de acidentes de trânsito e ferimento por arma de fogo, a dificuldade que eles tinham de lidar com a enfermidade, seguir as orientações médicas e dar continuidade ao tratamento. É inegável que as mulheres também sofrem quando vivenciam uma situação semelhante, mas como o contato com os homens era maior do que com as mulheres, a situação deles se destacava no cotidiano do estágio.

Neste contexto, foi surgindo quase que naturalmente o desejo de aprofundar os conhecimentos sobre a produção científica afeta às especificidades da Saúde dos Homens. No mesmo período, coincidentemente, este pesquisador observou que havia uma movimentação institucional para articular uma política de saúde específica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para absorver a demanda relacionada às particularidades da população masculina.

Sob a premissa de que “a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros” e reconhecendo a situação de saúde da população masculina no Brasil como um problema de saúde pública, o Ministério da Saúde assumiu a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) como um compromisso de governo em 2008. A partir de então, foi empreendida uma série de debates entre gestores do SUS, pesquisadores, sociedades científicas, sociedade civil organizada e agências internacionais para delinear estratégias condizentes com as necessidades de saúde dos homens brasileiros.

Carrara, Russo e Faro (2009, p. 661) destacam que “uma configuração complexa de processos econômicos, políticos, culturais e tecnológicos” também contribuiu para a assunção dos homens como público-alvo de políticas de saúde.

Para os antropólogos

De um lado, o aprofundamento da crítica dos movimentos feminista e LGBT ao machismo tem feito com que os homens percam progressivamente a posição de representantes universais da espécie humana e a relativa invisibilidade epistemológica que tal posição lhes proporcionava. De outro, a transformação das estruturas familiares e de padrões de masculinidade tem permitido aos homens emergirem como consumidores de bens e serviços - entre eles os serviços de saúde - antes voltados às mulheres ou vistos como intrinsecamente femininos (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p. 661).

Soma-se a esses fatores a efetiva participação da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) em todo o processo de construção da política. De acordo com Carrara, Russo e Faro (2009, p. 663), se a SBU vem se dedicando à causa da saúde do homem desde 2004, a partir de 2008 passou a “exercer forte pressão a diferentes setores do governo, a parlamentares, aos conselhos de saúde (CONASS; CONASEMS) e a outras sociedades médicas, para o lançamento de uma política específica voltada à saúde do homem”.

Contudo, para além da definição das diretrizes para tal política, “estavam em jogo questões corporativas, como o valor dos honorários pagos ao urologista pelo SUS ou a obrigatoriedade de os urologistas vinculados ao SUS serem credenciados pela sociedade” (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p. 663).

Os autores ressaltam que o Ministério da Saúde firmou em julho de 2008 um acordo de cooperação técnica com a SBU a fim de

promover a assistência ao homem no sistema público de saúde e reduzir as taxas de mortalidade masculina. A ideia era não apenas treinar os médicos do sistema público de saúde a diagnosticar doenças urológicas, mas também auxiliar na promoção de campanhas dirigidas ao público leigo visando à prevenção dessas doenças através do incentivo (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p. 663).

Após firmarem o acordo, a SBU e o MS realizaram a primeira “Campanha Nacional de Esclarecimentos da Saúde do Homem”. Esta ação teve como tema central a disfunção erétil (DE). A escolha decorreu da constatação de que aproximadamente metade dos homens com mais de 40 anos de idade sofrem de algum grau de DE. Outros fatores que justificaram o tema abordado referem-se à baixa procura dos homens por serviços de saúde, muitas vezes por “vergonha ou medo”, e a possibilidade da disfunção erétil estar relacionada a outras doenças, como a diabetes e problemas cardiovasculares por exemplo (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Corroborando com os autores, é pertinente destacar que é no mínimo curiosa a abordagem da disfunção erétil dentre os mais variados “perigos letais” que rondam a população masculina em uma campanha que pretende amplificar os esclarecimentos sobre a saúde dos homens. Fica perceptível que, embora houvesse um interesse em avançar para um novo modelo de promoção à saúde dos homens, os primeiros movimentos desta empreitada ainda estavam centralizados na ideia da invulnerabilidade masculina, o que reforçava os valores históricos que se pretendia combater.

[...] ao centrar a felicidade dos homens na potência sexual, vista como capacidade de obter uma ereção, a campanha acaba reforçando a centralidade dos valores que supostamente pretende combater. Paradoxalmente, ao prometer devolver-lhes a potência perdida, os urologistas não deixam de procurar atrair os homens aos cuidados de saúde justamente a partir da configuração de valores que os afastaria de tais cuidados e que, como é o caso da virilidade, compõem os fundamentos mesmos da masculinidade hegemônica (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p. 665-666).

Os autores esclarecem que a luta da SBU pela implantação de uma política para os homens teve, ainda em 2008, outro momento importante: uma audiência pública convocada pela Câmara dos Deputados, no âmbito do IV Fórum Políticas Públicas de Saúde do Homem, realizado em agosto daquele ano. Na ocasião, o Ministério da Saúde detalhou seu projeto para a área e, quase que simultaneamente, tornou público o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)” (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p. 666).

É importante assinalar que as associações médicas relacionadas aos problemas de saúde comumente caracterizados como masculinos – cardiologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia – também participaram da formulação da nova política.

Serviram ainda para embasar a formulação da PNAISH um detalhado diagnóstico¹ e pesquisas² relacionadas à sociologia da sexualidade,

¹ Este diagnóstico consta no documento “POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS HOMENS (Princípios e Diretrizes)”, publicado pelo Ministério da Saúde em novembro de 2008.

² Nardía et al, 2007; Courtenay, 2007; IDB, 2006; Laurenti et al, 2005; Luck et al, 2000; Figueiredo, 2005; Pinheiro et al, 2002; Gomes, 2003; Keijzer, 2003; Schraiber et al, 2000; Keijzer, 2003; Schraiber et al, 2000; Sabo, 2002; Bozon, 2004; Gomes et al, 2007; Kalckmann et al, 2005; Schraiber, 2005; Welzer-Lang, 2001; Welzer-Lang, 2004; Lyra da Fonseca et al, 2003; Tellería, 2003; Hardy e Jimenez, 2000; Medrado et al, 2005.

feminismo, construção das masculinidades, bem como sobre a relação dos homens com a saúde, sobre a morbimortalidade da população masculina, sobre a equidade de gênero, sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 2008).

Os estudos explorados neste processo de elaboração da nova política indicavam que o modelo de masculinidade tradicional resulta em agravos à saúde dos homens. Por isso, o documento publicado no final de 2008 ressaltava que as relações de gênero também são determinantes do processo saúde/doença. Neste mesmo documento, o MS ainda reconheceu o privilégio histórico dado às ações de saúde focadas na infância, na saúde das mulheres e dos idosos.

Nesta perspectiva, o diagnóstico sobre a saúde da população masculina no Brasil considerou os determinantes socioculturais, comportamentais e biológicos com a finalidade de sustentar a prospecção de ações de promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde dos homens.

Ao elucidar as principais causas de morbimortalidade, o Ministério da Saúde advertiu que a violência é mais comum entre eles do que entre elas. Este “fenômeno difuso, complexo, multicausal, com raízes em fatores sociais, culturais, políticos, econômicos e psicobiológicos” foi compreendido pelos formuladores da PNAISH “como determinante dos indicadores de morbimortalidade por causas externas em todas as suas dimensões, a saber: acidentes por transporte, agressões e lesões autoprovocadas voluntariamente e/ou suicídios” (BRASIL, 2008, p. 12).

Determinados processos de socialização têm o potencial de envolver os homens em episódios de violência. A agressividade está biologicamente associada ao sexo masculino e, em grande parte, vinculada ao uso abusivo de álcool, de drogas ilícitas e ao acesso as armas de fogo. Sob o ponto de vista sociocultural, a violência é uma forma social de poder que fragiliza a própria pessoa que a pratica (BRASIL, 2008, p. 11).

Como consequência do envolvimento da população masculina com a violência, o diagnóstico lembrou que “grande parte da população carcerária é formada por homens”. Ademais, destacou que os homens começam a consumir álcool precocemente, “tendem a beber mais e a ter mais prejuízos em relação à saúde do que as mulheres”. Dados divulgados em 2005 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) apontavam que para cada seis homens que consumiam bebida alcoólica, um tornava-se dependente (BRASIL, 2008, p. 13).

Mesmo diante de tantas adversidades, os dados compilados no diagnóstico demonstravam que a expectativa de vida da população masculina havia aumentado de 63,20 para 68,92 anos de 1991 para 2007. Porém, ela ainda se mantinha 7,6 anos abaixo da média das mulheres. Além disso, reforçava que os homens são mais vulneráveis a doenças cardíacas, câncer, diabetes, colesterol e hipertensão arterial (BRASIL, 2008).

As pesquisas contribuíram para elucidar, sobretudo, que as principais causas da baixa adesão dos homens a serviços primários e a tratamento de longa duração, por exigir uma mudança de comportamento, estão diretamente ligadas a aspectos socioculturais e institucionais. Isso porque, além da dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde ser notória em todo Brasil, os homens - quando influenciados por estereótipos de gênero - tendem a considerar a doença como um sinal de fragilidade não identificada por eles como inerente à sua própria condição biológica.

Neste sentido, os estudos demonstraram que “os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer”. Também revelaram que “o indivíduo tem medo que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença na invulnerabilidade” (BRASIL, 2008, p. 6).

Outro ponto que, segundo o Ministério da Saúde, não poderia ser desconsiderado e que servia de justificativa para a baixa procura dos homens por serviços de saúde estaria vinculado ao fato de que os horários em que eles poderiam ser acessados coincidiam com os de trabalho. É fato que as mulheres têm ganhado cada vez mais espaço no mercado de trabalho, exigência do próprio modo de produção capitalista, mas a posição de provedor delegada socialmente aos homens não pode ser ignorada.

Somam-se a isso, outras dificuldades crônicas de acessar tais serviços. Embora o SUS disponibilize uma rede de serviços gratuitos, utilizá-los está cada vez mais difícil. Como veremos, faltam médicos, falta capacitação dos trabalhadores, a estrutura física dos serviços é precária e as filas são longas. Neste contexto, atrair uma população que não aprendeu a cuidar da própria saúde é, sem dúvida, um grande desafio.

Diagnosticados estes tantos problemas, o Ministério da Saúde prescreveu que a PNAISH deveria ser implementada de forma integrada a outras

políticas, priorizando a Atenção Primária como porta de entrada “de um sistema de saúde universal, integral e equânime” (BRASIL, 2008, p. 28). Nesta perspectiva, o objetivo seria

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina no Brasil, contribuindo de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2008, p. 31)

A prioridade à Atenção Básica serviria para romper com a situação atual de que boa parte dos homens adentra ao sistema de saúde pela média e alta complexidade e com sua morbidade agravada pelo retardamento em procurar auxílio. Este comportamento, além de aumentar o sofrimento desses pacientes e de suas famílias, exige que o Estado consuma mais recursos no tratamento. Com o fortalecimento e qualificação da Atenção Básica, poderia haver maiores garantias de facilitar o acesso da população masculina a ações preventivas e de promoção da saúde. E, portanto, abrir-se-ia uma oportunidade para qualificar a saúde dos homens na perspectiva de “linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção” (BRASIL, 2008, p. 5).

No item “Metodologia de Construção da Política”, o MS reitera a necessidade de construir “caminhos que incentivem os homens a procurarem os serviços primários antes que os agravos requeiram atenção especializada” (BRASIL, 2008, p. 8).

Para isso, a PNAISH estabeleceu estrategicamente um recorte³ da população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, considerando que esse grupo corresponde a 41,3% dos homens brasileiros, representa boa parte da força produtiva, exerce um importante papel sociocultural e político e pelo fato deste segmento populacional ter ficado fora das ações e serviços de saúde no Brasil.

Como “eixos metodológicos conceituais e práticos”, o documento apontou para a mudança do foco programático, abandonando o restrito campo da adesão a programas assistenciais e assumindo uma perspectiva mais ampla que privilegia um novo paradigma baseado na atenção integral. Esse eixo enfatiza “a

³ Mas isto não significa que a nova política ignora as outras faixas etárias como foco de intervenções.

educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas” (BRASIL, 2008, p. 9).

Um segundo eixo chama a sociedade para desenvolver ações articuladas com o MS em locais “coletivos de sociabilidade ocupados por homens, tais como: empresas, sindicatos, campos de futebol, estações rodoviárias, metrô, quartéis, escolas, etc” (BRASIL, 2008, p. 9).

Por fim, o Ministério confirma a necessidade de alinhamento entre ações da PNAISH e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), bem como o fortalecimento das estratégias de humanização em saúde a fim de fortalecer as ações e serviços em redes de cuidado e privilegiar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para evitar a “setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas” (BRASIL, 2008, p. 9).

Vale destacar que o Conselho Nacional de Saúde aprovou a PNAISH e a instituiu no âmbito do SUS pela Portaria Nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Esta Portaria reitera as orientações do documento publicado em 2008, além de representar uma conquista para o Sistema Único de Saúde e, principalmente, para os homens brasileiros. No entanto, carrega a responsabilidade de romper progressivamente com os modelos de masculino e feminino, construídos social, cultural e historicamente e cristalizados no imaginário dos brasileiros (CAMPANUCCI, 2010).

Como princípios fundamentais, a referida Portaria apresenta a universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde focados nas especificidades dos homens; a humanização e a qualificação da atenção à saúde do homem; a articulação com as diversas áreas do governo na perspectiva de corresponsabilização pela saúde e qualidade de vida da população masculina; e a ampliação do acesso a informação através da orientação dos homens, de seus familiares e da comunidade sobre promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e enfermidades dos homens (BRASIL, 2009, p. 01).

A humanização da atenção pressupõe o reconhecimento das especificidades da população masculina, sejam elas biológicas ou socioculturais, e a quebra de paradigmas vinculados ao machismo. Isto significa que não basta atrair a população masculina para serviços que não os veem como público-alvo ou que não acolhem o indivíduo quando não há uma queixa ou patologia aparente.

De acordo com Gomes et al (2012, p. 2592),

A integralidade [...] pode ser concebida a partir de quatro eixos: *eixo das necessidades* (relacionado à atenção ampliada às demandas de atenção à saúde, sem se restringir à doença e sem dela se descuidar); *eixo das finalidades* (referente à integração entre promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e recuperação de saúde/reinserção social); *eixo das articulações* (relacionado à adoção da interdisciplinaridade, da multiprofissionalidade e da intersetorialidade na atenção à saúde); e *eixos das interações* (referente às intersubjetividades entre os partícipes da atenção à saúde).

O Ministério da Saúde determina como diretrizes a serem observadas na formulação dos planos, programas, projetos e ações focados na população masculina a Integralidade; a organização dos serviços voltada ao acolhimento qualificado dos homens a fim de fazer com eles sintam-se integrados; a hierarquização da implementação da PNAISH; a priorização da Atenção Básica com ênfase na Estratégia de Saúde da Família; a reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, que os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; e a integração da PNAISH às demais políticas (BRASIL, 2009, p. 02).

Para tanto, lista uma série de objetivos específicos que abarcam a mudança de paradigmas em relação à percepção dos homens sobre o cuidado com sua saúde e a saúde de sua família; enfatizam a necessidade de priorizar, fortalecer e facilitar o acesso dos homens a Atenção Primária; e destacam a necessidade de informar a população sobre medidas preventivas contra agravos e enfermidades que afetam os homens (BRASIL, 2009, p. 02).

Mas de que forma seria possível fomentar em nível local a discussão sobre acesso dos homens aos serviços de saúde, sabendo que neste primeiro momento a implantação da PNAISH não alcançaria a totalidade dos municípios brasileiros e que Londrina não integrava a lista das localidades que começariam a desenvolver projetos-piloto focados na saúde dos homens? Ainda em 2010, durante a realização do Trabalho de Conclusão de Curso, a estratégia traçada foi definir como nosso objeto de estudo “o acesso dos homens aos serviços básicos de saúde em Londrina”. Deste modo, poderíamos aproveitar o mote central da PNAISH, que é facilitar e garantir o acesso dos homens aos serviços de saúde, priorizando a Atenção Básica a fim de prevenir doenças e evitar maiores agravos à população masculina.

Cabe aqui observar que a não implantação da PNAISH em Londrina em 2010 excluiu a possibilidade de analisar este processo em nível local. Contudo, como um dos princípios do sistema de saúde brasileiro é a universalidade do acesso a saúde, a investigação buscou esclarecer como os homens acessam os serviços básicos de saúde em Londrina.

Os resultados da pesquisa intitulada “A Atenção Primária e a Saúde do Homem: uma análise do acesso aos serviços de saúde⁴”, revelaram a urgência de se repensar os serviços primários a partir de uma concepção de gênero. Restou constatada a ausência de ações e serviços especificamente destinados à população masculina - principalmente a economicamente ativa. Além disso, foram explicitadas algumas dificuldades que os homens enfrentavam para acessarem os serviços básicos de saúde como, por exemplo, a morosidade do atendimento e o horário de funcionamento das UBS, que coincidiam com o horário de trabalho da maioria da população (CAMPANUCCI, 2010).

Ressaltamos que o universo de estudo abarcou 05 (cinco) Unidades Básicas de Saúde da Região Leste de Londrina. Os sujeitos da pesquisa foram as respectivas gerentes das unidades e 01 (hum) usuário de cada UBS, perfazendo um total de 10 (dez) entrevistados.

Os desdobramentos positivos alcançados com o Trabalho de Conclusão de Curso renovaram o interesse deste pesquisador em dar continuidade às investigações sobre o tema na dissertação do mestrado. Até porque, passados quatro anos desde a promulgação da PNAISH, poucas mudanças podem ser notadas em relação à atenção à saúde da população masculina. Reportagem publicada em julho de 2012 pelo jornal Gazeta do Povo revelava que no Paraná a PNAISH só estaria sendo implementada em Curitiba, Maringá, Arapongas e Apucarana (ANTONELLI, 2012). Londrina parece ainda não ter percebido a urgência em acolher as demandas da população masculina no nível básico de atenção a saúde.

Feitas estas considerações, serão detalhados a seguir os procedimentos metodológicos adotados para dar continuidade a investigação iniciada em 2010.

⁴ Orientado pela Professora Doutora Líria Maria Bettioli Lanza, da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

1.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Partindo da concepção de Minayo (2004, p. 22), que apresenta a metodologia como “o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade”, este trabalho trata de um universo específico através de um estudo de caráter qualitativo, composto inicialmente de pesquisa bibliográfica e documental, seguida de uma pesquisa de campo.

A relevância da análise proposta evidencia-se ao considerarmos que o debate sobre a relação homens/saúde em uma perspectiva de gênero é recente tanto no Brasil quanto no plano internacional. De acordo com Schraiber, Gomes e Couto (2005), Gomes e Nascimento (2006), Pinheiro e Couto (2008), Medrado et al (2009), os estudiosos começaram a “generificar” o homem e a estudá-lo levando em conta suas singularidades físicas, sociais, culturais e comportamentais a partir da década de 1970. Tais pesquisas foram influenciadas pela teoria e política feministas e já apontavam que o modelo tradicional de masculinidade produz deficit à saúde dos homens.

No que se refere à formulação de políticas de saúde que contemplem as especificidades dos gêneros, pode-se afirmar que os homens esperaram longos anos padecendo de problemas preveníveis até que a situação de saúde dos brasileiros fosse reconhecida pelo Estado como um problema de saúde pública. Como dito anteriormente, foi só em 2008 que o Ministério da Saúde se comprometeu em implementar uma política de atenção integral à saúde dos homens.

Com a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)”, o MS agrupou as causas da baixa adesão da população masculina às ações e serviços de saúde em dois grupos de determinantes que se estruturam como barreiras entre os homens e os serviços de saúde: as barreiras socioculturais e as barreiras institucionais (BRASIL, 2008, p. 05).

As barreiras socioculturais refletem os valores, as crenças, os hábitos e as concepções do que é ser masculino e feminino, do que é saúde e doença, do que é saudável e prejudicial à saúde, do que “é de homem” ou “é de mulher”, interferindo diretamente na procura de serviços de saúde. Nesse sentido, ao passo em que “os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal”, esculpem o ser masculino como viril, invulnerável e forte,

consequentemente, a população masculina é induzida a considerar a doença como um sinal de fragilidade, contribuindo para que os homens cuidem menos da própria saúde e se exponham mais às situações de risco.

Já as barreiras institucionais são constituídas pelo próprio sistema de saúde, mas também sofrem influência dos aspectos socioculturais, obviamente, porque os trabalhadores da saúde são seres humanos, logo, tão influenciáveis pelos estereótipos de gênero quanto os usuários dos seus serviços. De um modo geral, as barreiras institucionais ou organizacionais relacionam-se com a organização dos serviços, com a resolutividade dos mesmos, com a tecnologia disponível, com a agilidade do fluxo, com a infraestrutura, com a qualidade do atendimento, com os recursos materiais e humanos, entre outros aspectos vinculados ao funcionamento do sistema de saúde.

Observa-se que essas barreiras se inter-relacionam historicamente através do desenvolvimento da política de saúde no Brasil que sempre privilegiou uma prática hospitalocêntrica, medicamentosa, curativa e individual. “Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso” (BRASIL, 2008, p. 6).

O próprio Ministério da Saúde destaca que a Atenção Primária precisa ser fortalecida e priorizada como a porta de entrada do SUS e, com a PNAISH, assume o compromisso de facilitar o acesso dos homens aos serviços básicos de saúde como uma alternativa para promover a saúde deste segmento populacional e prevenir agravos evitáveis.

Para analisar como as citadas barreiras se impõem diante da população masculina, abordar-se-á neste trabalho a realidade de Londrina, que ainda não implantou a PNAISH, mas é pioneira na descentralização de serviços de saúde e, consequentemente, na implementação de ações primárias em saúde.

Através da revisão bibliográfica - aqui entendida como a construção de uma base teórica fundamental ao desenvolvimento deste estudo - e da pesquisa documental, busca-se compreender a situação da Atenção Básica ou Primária à Saúde em Londrina, bem como a relação homens/saúde.

Neste sentido, a pesquisa bibliográfica abarca produções teóricas referentes à política social, política de saúde, gênero, masculinidades, saúde do homem, serviços de saúde e Atenção Primária à Saúde.

Já a análise documental - que segundo Marsiglia (2009, p. 392), “é dirigida a textos escritos que podem servir como fonte de informação para a pesquisa: planos, programas, leis, decretos, artigos, atas, relatórios, ofícios, documentos, panfletos” - terá como foco as informações referentes à saúde pública, sobretudo aquelas relativas ao nível primário de atenção a saúde.

Os documentos selecionados para essa pesquisa são: o Jornal de Londrina (especificamente as publicações veiculadas em 2011 e no primeiro semestre de 2012); o Perfil do Município de Londrina 2012 (Ano-base 2011) o Relatório Anual de Gestão da Saúde de Londrina (2011); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH); a legislação referente à saúde, dentre outros documentos cuja necessidade de consulta poderá surgir no decorrer da execução deste estudo qualitativo.

Frente a tais problemáticas e cientes de que o horário de funcionamento das UBS analisadas no estudo anterior – das 07:00 às 19:00 de segunda a sexta-feira – podem inviabilizar a entrada dos homens nos serviços básicos de saúde, o universo deste estudo foi constituído por UBS de Londrina que funcionam em horários diferenciados.

É preciso deixar claro que o município conta com 52 Unidades Básicas de Saúde, sendo 39 UBS na zona urbana e 13 na zona rural. Das 39 UBS distribuídas na zona urbana, apenas três atendem em horários diferenciados, isto é, ultrapassam as 12 horas de atendimento por dia - das 07:00 às 19:00 horas - de segunda a sexta-feira. Nessas UBS, os serviços oferecidos extrapolam o âmbito da Atenção Básica e absorvem também as demandas de urgência e emergência (LONDRINA, 2010).

Em suma, as UBS de Londrina que compõem o universo desta pesquisa são: a “Unidade Básica de Saúde UNIÃO DA VITÓRIA”, na Zona Sul; a “Unidade Básica de Saúde MARIA CECÍLIA”, na Zona Norte; e a “Unidade Básica de Saúde LEONOR”, na Zona Oeste. As duas primeiras oferecem atendimento durante 16 horas por dia (das 07:00 às 23:00 horas), todos os dias, e a UBS do Leonor atende 24 horas, ininterruptamente.

Assim como no trabalho anterior, este estudo privilegia dois grupos de sujeitos: gerentes de UBS e usuários dos serviços, totalizando 18 participantes.

O primeiro grupo é composto por gerentes das respectivas Unidades Básicas de Saúde, isto é, os(as) três gestores(as) da atenção básica das Unidades

Básicas de Saúde 16 e 24 horas do município de Londrina. São profissionais que conhecem as informações sobre os serviços oferecidos e a dinâmica de atendimento, tanto do ponto de vista local como da estrutura dos serviços municipais.

O segundo grupo de sujeitos é constituído por cinco usuários de cada UBS, do sexo masculino, com idade entre 18 e 59 anos, totalizando 15 homens. A delimitação de cinco usuários por UBS justifica-se pela necessidade de levantar os dados pertinentes a realização deste estudo junto a homens com idades diferentes, e conseqüentemente, com necessidades de saúde diversificadas.

Para chegar até esses usuários foram solicitados em cada uma das três UBS que compõem o universo desta pesquisa, 25 endereços de homens residentes em microáreas diferentes, dentro da área de abrangência de cada UBS, respeitando a seguinte delimitação:

- Cinco endereços de homens com idade entre 18 e 20 anos;
- Cinco endereços de homens com idade entre 21 e 30 anos;
- Cinco endereços de homens com idade entre 31 e 40 anos;
- Cinco endereços de homens com idade entre 41 e 50 anos; e,
- Cinco endereços de homens com idade entre 51 e 59 anos de idade.

Destes, cinco usuários de cada UBS - 01 (hum) de cada faixa etária acima descrita - foram selecionados através de sorteio realizado na Universidade Estadual de Londrina com a presença da Professora Doutora Márcia Pastor, responsável pela orientação dessa pesquisa.

A partir desta seleção, o pesquisador entrou em contato com os sujeitos pessoalmente. Os gestores foram abordados nas próprias UBS, e os usuários, em suas residências. Os sujeitos receberam informações sobre a proposta de pesquisa e seu objetivo, que é analisar o acesso da população masculina aos serviços básicos de saúde. Ainda foi esclarecido que a realização desse estudo é condição para a obtenção do Título de Mestre em Serviço Social e Política Social, além de poder subsidiar futuras discussões e ações sobre o tema.

A caracterização dos serviços das Unidades Básicas de Saúde, bem como da dinâmica de atendimento das mesmas, será detalhada paralelamente no capítulo 3, a fim de explicitar as características e especificidades existentes entre as unidades de saúde analisadas.

Em relação ao perfil dos usuários, agrupamos as principais características nos quadros a seguir.

Quadro 1 - Perfil dos usuários da Unidade Básicas de Saúde do União da Vitória

Identificação do Usuário (I.U.)	U1	U2	U3	U4	U5
Idade	18 anos	23 anos	32 anos	49 anos	57 anos
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto	Nunca estudou
Estado Civil	Solteiro	União Estável	Casado	União Estável I	Casado
Profissão	Pedreiro	Servente de Pedreiro	Pintor	Comerciante	Servente de Pedreiro
Renda	R\$1.000,00	R\$700,00	R\$2.900,00	R\$500,00	R\$800,00
Nº de filhos	0	1	1	1	4
Reside no bairro há:	12 anos	20 anos	23 anos	20 anos	22 anos
Distância entre a residência do Usuário e a UBS de referência	1 Km	1,2 Km	1,2 Km	1,3 Km	1 Km
Tempo estimado para sair da residência e chegar a UBS a pé⁵	13 minutos	14 minutos	14 minutos	15 minutos	13 minutos

Campanucci (2012)

Quadro 2 - Perfil dos usuários da Unidade Básica de Saúde do Leonor

Identificação do Usuário (I.U.)	U6	U7	U8	U9	U10
Idade	19 anos	29 anos	37 anos	43 anos	57 anos
Escolaridade	Ensino Médio	Ensino Médio Incompleto	Ensino Médio	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil	União Estável	União Estável	Casado	União Estável	Casado
Profissão	Segurança	Líder de Estoque	Torneiro Mecânico	Vigia	Motorista de caminhão
Renda	R\$950,00	R\$1.500,00	R\$2.000,00	1.000,00	Não Informou
Nº de filhos	1	3	1	2	3
Reside no bairro há:	3 anos	29 anos	4 anos	38 anos	32 anos
Distância entre a residência do Usuário e a UBS de referência	750 metros	550 metros	450 metros	700 metros	1 Km

⁵ Esses dados foram obtidos através do aplicativo eletrônico *Google Maps*.

Tempo estimado para sair da residência e chegar a UBS a pé	10 minutos	7 minutos	6 minutos	10 minutos	12 minutos
---	------------	-----------	-----------	------------	------------

Campanucci (2012)

Quadro 3 - Perfil dos usuários da Unidade Básica de Saúde do Maria Cecília

Identificação do Usuário (I.U.)	U11	U12	U13	U14	U15
Idade	20	22	40	50	59
Escolaridade	Ensino Médio	Ensino Médio	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil	Solteiro	Solteiro	Divorciado	Casado	Casado
Profissão	Cabeleireiro desempregado	Operador de Empilhadeira	Entregador/ Motorista	Desenhista	Vigilante Desempregado
Renda	R\$1.700,00	R\$2.000,00	Não Informou	R\$3.300,00	R622,00
Nº de filhos	0	0	1	2	5
Reside no bairro há:	1 ano	22 anos	32 anos	28 anos	28 anos
Distância entre a residência do Usuário e a UBS de referência	1,7 Km	450 metros	1,9 Km	1,6 Km	1,2 Km
Tempo estimado para sair da residência e chegar a UBS a pé	20 minutos	6 minutos	23 minutos	18 minutos	15 minutos

Campanucci (2012)

Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL (CEP-UEL) como preconiza a resolução 196/96. Cada participante da pesquisa foi informado sobre os objetivos desta pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias ficando uma em seu poder e outra em poder do pesquisador.

O pesquisador também assinou um termo de compromisso sigilo e confiabilidade, cujo conteúdo reafirma seus compromissos éticos com os materiais utilizados na pesquisa.

A pesquisa de campo foi executada através de duas técnicas de coleta de dados: observação sistemática e entrevistas.

Foram realizadas 18 entrevistas semiestruturadas com os respectivos sujeitos. Além disso, o diretor de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina e a assessora da Diretoria de Pronto-Atendimento também foram entrevistados para complementar as informações coletadas junto às coordenadoras de UBS e usuários. As entrevistas, segundo Marsiglia (2006, p. 392), permitem “captar melhor o que os pesquisados sabem e pensam”, além de possibilitar ao pesquisador observar as expressões corporais, a tonalidade da voz, os momentos de silêncio, entre outros fatores.

Para conduzir as entrevistas foram utilizados 02 (dois) roteiros norteadores de questões (Apêndices B e C), que contemplam as temáticas sobre o perfil dos sujeitos, a caracterização das Unidades Básicas de Saúde e dos serviços oferecidos à população masculina e o acesso dos homens aos respectivos serviços de saúde.

De acordo com Minayo (2004, p. 99), o roteiro visa “apreender o ponto de vista dos atores sociais previsto nos objetivos da pesquisa”. Para a autora, o roteiro é um “instrumento para orientar uma conversa com finalidade que é a entrevista, ele deve ser um facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”. No entanto, adverte: “roteiro é sempre um guia, nunca um obstáculo, portanto não pode prever todas as situações e condições de trabalho de campo”.

As entrevistas foram gravadas a fim de possibilitar o registro fidedigno das falas dos sujeitos. A transcrição dos registros em áudio foi editada conforme a norma culta da língua portuguesa, mas, preservando as informações, os sentidos e as expressões essenciais das falas. As fitas foram incineradas após a realização da análise das entrevistas e elaboração do relatório final da pesquisa.

A segunda técnica de coleta de dados empregada, a observação sistemática, foi adotada com o intuito de complementar os dados coletados através das entrevistas e de levantar outros detalhes sobre o acesso dos homens aos serviços de saúde a partir da observação do fluxo de atendimento, da presença da população masculina, da relação espontânea entre a população e profissionais de saúde, da estrutura física das UBS, dentre outros aspectos.

Marsiglia (2009, p. 385) afirma ser necessário transformar as observações assistemáticas em observações sistemáticas por serem estas últimas

uma “exigência para que o trabalho profissional se torne um saber profissional”. A autora também nos mostra que

Outra decorrência importante da observação e do registro sistemático da prática cotidiana, é que eles nos permitem elaborar um diagnóstico mais preciso sobre a realidade e sobre os problemas e os grupos populacionais com os quais estamos lidando (MARSIGLIA, 2009, p. 386).

Para tanto, esta técnica pressupõe o planejamento do que será observado, “em que condições e como serão feitos os registros” (MARSIGLIA, 2009, p. 391). Nesse sentido, as observações sistemáticas da dinâmica de atendimento da Atenção Primária à Saúde de Londrina tiveram como lócus as salas de esperas das UBS - universo deste estudo - e foram realizadas em dias e horários alternados, após a realização das entrevistas. O pesquisador permaneceu 04 (quatro) horas na sala de espera de cada UBS que integra esta pesquisa, durante 03 (três) dias. Deste modo, a técnica de observação sistemática foi aplicada durante 04 (quatro) horas do período matutino, 04 (quatro) do período vespertino e mais 04 (quatro) do período noturno em cada UBS, totalizando 12 (doze) horas de observação sistemática em cada UBS.

É de suma importância também esclarecer que a análise dos dados teve como base a técnica de análise de conteúdo.

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso, a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2004, p. 203).

Neste mesmo sentido, Setúbal (1999, p. 60) esclarece que a análise de conteúdo corresponde a

[...] uma outra forma de olhar para as comunicações que, dependendo da postura teórica, política e cultural do pesquisador, poderá conduzir à produção de um novo conhecimento, onde a história e a cultura se fazem presentes. [...] A partir desse entendimento é que vemos a necessidade da adoção de procedimentos, alguns de natureza simples, outros complexos, que exigem conhecimentos, habilidades, postura crítica investigativa dialogal do pesquisador com o emissor, o receptor e até com o narrador, quando for o caso, por meio do objeto de análise.

Cabe destacar que a relevância desta pesquisa se insere no fato de que o tema abordado ainda é pouco pesquisado na academia e que, portanto, há muitas outras frentes para serem exploradas. O interesse aqui é apresentar reflexões que, de alguma maneira, se somem às já existentes, contribuindo para o aprofundamento da discussão e para a facilitação do acesso dos homens aos serviços básicos de saúde. Não há, de nossa parte, a pretensão de esgotar o assunto. Isto, no entanto, não nos impede de desejar que o resultado dessa pesquisa seja de fundamental valia para os profissionais de saúde e para outros profissionais que também tenham interesse no tema abordado.

Neste ponto, não há como continuar avançando na discussão sem antes problematizar uma reflexão sobre acesso. É o que faremos no próximo item.

1.2 ACESSO: UMA CATEGORIA MULTIDIMENSIONAL

A palavra *Acesso* acompanhada do termo *Universal* aparece reiteradas vezes nos documentos oficiais brasileiros e em textos científicos a partir da década de 1990. Isso porque a Lei Orgânica da Saúde (LOS)⁶ contemplou boa parte das reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência tornou-se um princípio do SUS, transformando a oferta pública de serviços de saúde.

De acordo com Abreu de Jesus e Assis (2010, p. 162), “o acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania”.

Entretanto, com os desdobramentos conjunturais da implementação do SUS, a palavra *Acesso* passou a aparecer nas novas políticas e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde antecedida por outra: “facilitação do”. Esse é o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

Considerando a utilização e a representação desta palavra no âmbito da saúde e os objetivos aqui propostos é pertinente refletir sobre as seguintes indagações: O que se entende por acesso? Como os homens acessam os

⁶ Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

serviços básicos de saúde? Como avaliam esse acesso? E como as UBS estão organizadas para receber as demandas da população masculina?

Para Giovanella e Fleury (1996, p. 189), o acesso relaciona-se “à capacidade de um grupo para buscar e obter atenção” e constitui uma categoria central para analisar “como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas”.

Segundo as autoras, o conceito de acessibilidade mais utilizado nos estudos sobre o acesso aos serviços de saúde foi formulado pelo mexicano Julio Frenk (1985) “a partir de Donabedian” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 189). Para Frenk,

Acessibilidade, além da disponibilidade de recursos de atenção à saúde em determinado local e tempo, compreende as características do recurso que facilitam ou dificultam o seu uso por parte dos clientes potenciais; o que significa considerar acessibilidade como o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as da população no processo de busca e obtenção da atenção (FRENK 1985 apud GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 189).

Pautadas em Penchanski e Thomas (1987), as autoras esclarecem que acesso pode ser concebido como “um conceito geral que sumariza um conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os clientes e o sistema de cuidados de saúde, tais como disponibilidade, acessibilidade, acomodação, capacidade financeira e aceitabilidade” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 189).

A *disponibilidade* enquanto uma das dimensões do acesso expressa a relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o número de clientes e os tipos de necessidades da população usuária. A *acessibilidade* corresponde à relação entre a localização do serviço e localização dos potenciais usuários. Portanto, sob esse enfoque deve-se considerar a distância a ser percorrida para um indivíduo utilizar o serviço, bem como a necessidade de utilizar algum meio de transporte, o tempo de viagem e os custos que podem ser gerados pela locomoção do usuário. A *acomodação ou adequação funcional* é a dimensão do acesso que abarca a relação entre o modo como a oferta está organizada para atender a população, isto é, horário de funcionamento, sistema de agendamento, serviços de telefone, e a capacidade e/ou habilidade dos usuários “acomodarem-se a estes fatores e perceberem a conveniência dos mesmos”. A *capacidade financeira* é outra dimensão descrita por Penchanski e Thomas (1987) e refere-se “a relação entre os preços dos

serviços segundo o mantenedor, o depósito requerido para a entrada de clientes e a capacidade de pagar, ou a existência de seguro-saúde por parte” do usuário. Por fim, a *aceitabilidade* revela que o acesso pode ser efetivo ou não dependendo da relação entre as atitudes da população usuária sobre os profissionais e as “características das práticas dos provedores de serviços”, bem como “a aceitação pelos provedores de prestar serviços àqueles clientes (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 190).

Ao avançar na análise, as autoras destacam que os modelos teóricos que orientam a seleção de variáveis e buscam caracterizar a categoria acesso são os modelos: economicista, sanitarista planejador ou tecnicista, sanitarista politicista e o modelo das representações sociais.

O primeiro modelo que emana destas conceituações é o modelo economicista.

Trata-se de um modelo de estudo da relação entre oferta e demanda, medidas pela decisão dos consumidores em relação a fatores como seu conhecimento da oferta, sua percepção sobre a demanda e um conjunto de valores e práticas oriundos do universo familiar. A análise da oferta leva em conta a intervenção estatal como capaz de moldar a forma de organização da produção de assistência médica, bem como conformar a demanda através da diferenciação dos distintos grupos populacionais no acesso aos bens e serviços de saúde (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 191).

O modelo sanitarista-planejador caracteriza a tradução do conceito de acesso pela possibilidade do consumo ser garantida através do planejamento da distribuição dos recursos da rede de serviços. Contempla os princípios e diretrizes da LOS (1990) que prescrevem o modo como a rede de serviços deve ser organizada: regionalizada, hierarquizada, com acesso universal, etc. “Neste modelo tecnicista, o acesso está dado pela ação planejadora do Estado, a partir da garantia da localização adequada, da disponibilidade e da articulação funcional dos serviços em uma rede organizada de acordo com a demanda” (GIOVANELLA e FLEURY, 1996, p. 193).

Contudo, considerando a “incapacidade crônica das políticas de saúde de integrar os serviços públicos em uma rede hierarquizada, substituindo a desarticulação existente pela alocação planejada dos recursos”, as autoras salientam que esta concepção de acesso corresponde “mais a uma imagem-objeto do que uma realidade a ser analisada” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 193).

O terceiro enfoque teórico relativo à questão do acesso é denominado modelo sanitaria-politicista. Este modelo tem a noção de consciência sanitária como mote e a concebe como

a tomada de consciência de que a saúde, como afirma o artigo da Constituição, é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas como esse direito é sufocado e este interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo (BERLINGUER, 1978 apud GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 193).

É este conceito que, no nosso entendimento, deveria nortear as ações de saúde para os homens. Ele pressupõe um processo de desalienação, já que “a consciência sanitária implicaria um componente cognitivo através do qual a população compreende a determinação social do processo saúde/enfermidade e, da mesma forma, os fatores que determinam a organização social da prática médica” (GIOVANELLA e FLEURY, 1996, p. 193).

Nessa perspectiva, as autoras concluem que

O acesso, neste caso, é visto não como uma entrada do usuário em um sistema preexistente, ao qual dá entrada em momentos especiais de sua história de vida, mas sim como a construção, pela sua participação cidadã, deste sistema e a conformação de suas práticas, além de requerer a sua participação também na gestão e no controle social (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 194).

Por fim, o modelo das representações sociais corresponde à dimensão simbólica do acesso. Segundo Giovanella e Fleury (1996, p. 194), sob este enfoque a análise das representações no campo da saúde e doença deve “necessariamente englobar as representações acerca da atenção médica e do sistema de saúde como um todo, a ser apreendido a partir da interação imediata do usuário com os serviços de saúde”.

Ao tecer suas conclusões, as autoras apresentam algumas considerações sobre a dinâmica da área da saúde no Brasil e das modalidades de articulação dos interesses públicos e privados que surgiram a partir da década de 1990.

Assim, enfatizam que o direito universal à saúde prescrito pelo ideário da Reforma Sanitária Brasileira foi perversamente traduzido em “acesso universal a assistência médica pública e uma reestruturação administrativa do

aparelho público prestador de serviços, no processo de implementação dos avanços constitucionais” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 196).

Além disso, afirmam que

As questões relativas à determinação social do processo saúde/enfermidade não foram encaminhadas. A garantia do direito à saúde através de políticas econômicas e sociais que diminuam os riscos aos agravos, afirmada na Constituição, não foi implementada. Nem a atenção integral foi alcançada. As medidas de promoção e proteção foram descoradas (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 196).

Embora as considerações das autoras tenham sido formuladas há quase duas décadas, é fácil aplicá-las ao SUS que temos, principalmente no que se refere às ações de promoção e proteção a saúde e a perspectiva de integralidade da atenção, como enfatizaremos no próximo capítulo.

Em uma leitura mais recente sobre acesso, Travassos; Castro (2008, p. 218) o definem como “o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço. Refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização”. Isto é, o acesso pode ser entendido como um conjunto de fatores que permitem ou não que um indivíduo utilize os serviços de saúde.

Com base em Thiede; McIntyre (2008), Travassos; Castro (2008, p. 219) também apresentam como dimensões do acesso a “disponibilidade, a capacidade de pagar e aceitabilidade”, sendo que a informação é apontada como “um elemento essencial que atravessa as três dimensões e que possibilita que as pessoas façam suas escolhas”.

No entanto, as autoras abordam essas dimensões e suas inter-relações como *barreiras de acesso* e as separam metodologicamente conjugando também a perspectiva de Penchanski e Thomas. Ou seja, também entendem acesso como um conceito multidimensional e o analisam a partir das barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e informacionais (TRAVASSOS; CASTRO, 2008, p. 218).

Para elas, as barreiras geográficas “refletem a resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários dos serviços de saúde” (TRAVASSOS; CASTRO, 2008, p. 219). Sob este enfoque, a análise pressupõe a

facilidade e/ou dificuldade de um cidadão sair de sua casa e chegar até o local onde o serviço é disponibilizado (UBS, Prontos-Socorros, Hospitais, etc.).

Se observados alguns (possíveis) limites físicos entre aqueles que pretendem utilizar os serviços de saúde, como dificuldade de locomoção (no caso de uma pessoa com deficiência), ou uma pessoa com o carrinho de bebê, um idoso, por exemplo, torna-se fundamental considerar alguns aspectos arquitetônicos que podem dificultar o acesso destes cidadãos aos serviços de saúde, como ruas com acentuado aclave/declive, ausência de asfalto, condição e existência ou não de rampas de acesso às calçadas, facilidade ou não de uso do transporte coletivo, entre outros. E tratando-se de homens em idade produtiva, ou seja, de trabalhadores, é preciso observar ainda o tempo que este percurso comprometerá do seu dia trabalho (CAMPANUCCI, 2010).

Travassos; Castro (2008, p. 220) explicam que sob a “ótica do espaço físico, em geral, quanto maior a distância, menor a utilização dos serviços de saúde”. Além disso, como o *deslocamento* de um cidadão que busca um serviço de saúde pode *gerar custos* para ele, a distância torna-se uma barreira ainda maior para os mais pobres.

Deve-se considerar, portanto, que as barreiras financeiras também “representam importantes obstáculos à utilização de serviços de saúde” (TRAVASSOS; CASTRO, 2008, p. 220). Para as autoras, “as pessoas mais pobres são mais sensíveis: utilizam menos os serviços em resposta a barreiras financeiras do que as pessoas mais ricas, em particular, no caso das consultas ambulatoriais”.

As barreiras organizacionais “expressam as características da organização dos serviços e do tipo de qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis que facilitam ou limitam a sua utilização” (TRAVASSOS; CASTRO, 2008, p. 221). Em outras palavras, a dimensão organizacional do acesso corresponde ao horário de funcionamento do serviço, ao número e capacitação dos trabalhadores, à infraestrutura das unidades de saúde, à coerência entre o conjunto de ações e serviços oferecidos e às necessidades de saúde da população usuária, bem como a qualidade e fluxo do atendimento, à resolubilidade das ações e serviços, agilidade dos agendamentos e encaminhamentos para a rede.

Contudo, para que um cidadão tenha acesso aos serviços de saúde é preciso mais do que uma localização adequada e uma boa organização das unidades de saúde. Para que o acesso se efetive é necessário que o potencial

usuário entenda que ele é o público-alvo destes serviços, saiba que estão disponíveis em um determinado local, que o atendimento é realizado em um período definido e compreenda em que situações poderá/deverá utilizá-los. Isso significa que a informação pode facilitar o acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde e por isso deve ser considerada decisiva no que se refere à utilização dos mesmos.

Para as autoras,

Informação em saúde impacta tanto na percepção de saúde das pessoas como em seu acesso aos serviços de saúde. No entanto, cabe ressaltar que o nível de informação das pessoas não resulta apenas das ações desenvolvidas pelo setor saúde, mas também do capital cultural das famílias, do grau de escolaridade e do acesso aos vários meios de informação atualmente disponíveis, como a Internet. Informação em saúde deve ser adequada à cultura e ao nível educacional de cada grupo populacional (TRAVASSOS; CASTRO, 2008, p. 221).

Partindo das informações supracitadas e considerando que a análise do acesso proposta neste estudo tem um recorte de gênero e privilegia a Atenção Primária como o conjunto de serviços a ser acessado, outra barreira precisa ser destacada: a sociocultural – também assinalada pela PNAISH. Trata-se de uma dimensão do acesso que permeia as barreiras institucionais, demonstra a transversalidade da informação e pode ser ilustrada com as palavras de Gomes, Nascimento; Araújo (2007, p. 571):

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

Travassos; Castro (2008, p. 222) ressaltam ainda que, para alguns autores como Donabedian (1973) e Andersen (1995), o conceito de acesso não deve se restringir “às etapas de procura e entrada no serviço de saúde (domínio restrito), mas abranger também a qualidade do cuidado, isto é, o processo de cuidado (diagnóstico e tratamento) e o seu resultado”. Nessa perspectiva, observa-se que o “acesso inclui utilização de serviços adequados à necessidade da pessoa, em tempo e local apropriados”.

Donabedian (1973) já havia formulado que acesso indica o grau de ajuste entre o problema de saúde da pessoa e os recursos humanos e tecnológicos empregados. Andersen (1995), em revisão do Modelo Comportamental da Utilização de Serviços de Saúde, desdobra o conceito de acesso em: 1) acesso potencial (acesso restrito); 2) acesso realizado, que incorpora a etapa da utilização de serviços de saúde; 3) acesso efetivo; 4) acesso eficiente (TRAVASSOS e CASTRO, 2008, p. 222).

Ao abordarem questões sobre a relação entre a oferta e a utilização de serviços de saúde, as autoras destacam que a *necessidade* pode ser considerada um fator central. Ademais, tal utilização “apresenta padrões universais que refletem características biológicas, comportamentais e de percepção de doença entre grupos etários e gêneros” (TRAVASSOS; CASTRO, 2008, p. 226).

Revelam ainda que na infância e na velhice, como são os períodos extremos do ciclo de vida, as pessoas apresentam maior vulnerabilidade biológica e, conseqüentemente, a utilização dos serviços é mais frequente. De um modo geral, segundo Travassos; Castro (2008), as mulheres utilizam mais os serviços de saúde que os homens e também referem mais problemas de saúde do que eles, o que pode indicar discrepâncias na concepção de saúde, na percepção da doença e na procura por cuidado.

No que se refere às desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde no Brasil, nota-se que, embora o país tenha um grande sistema de saúde público e gratuito, os brasileiros mais pobres buscam os serviços preferencialmente por motivo de doenças enquanto os mais ricos, para exames de rotina e prevenção.

Travassos; Castro (2008, p. 239), em suas conclusões sobre os determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, deixam um importante alerta:

A equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde depende fundamentalmente de sistemas de saúde organizados de modo a reduzir barreiras de acesso à população como um todo. O princípio da universalidade do acesso está presente nos países com os sistemas de saúde mais igualitários. No Brasil, as desigualdades sociais existentes no acesso e na utilização de serviços ainda são alarmantes e exigem respostas do Estado, do SUS e da sociedade, de modo a garantir o princípio constitucional de universalidade.

Até aqui buscamos delinear uma base teórica sobre acesso que será utilizada para analisar os dados coletados junto às gestoras das Unidades Básicas

de Saúde e aos homens usuários dos respectivos serviços. Corroboramos com os autores citados sobre a multidimensionalidade da categoria acesso e priorizaremos como eixos analíticos nos capítulos a seguir as duas barreiras destacadas pelo Ministério da Saúde como as mais graves no caminho dos homens brasileiros, sabendo que, de um modo geral, elas também afetam toda a população: barreiras institucionais e barreiras socioculturais.

Vale ressaltar que estas barreiras expressam as dimensões de acesso destacadas por Giovanella; Fleury (1996) na medida em que se constituem a partir da disponibilidade e da acessibilidade aos serviços de saúde; da organização do sistema de saúde; da visão que a população tem sobre o processo saúde/doença e sobre a hierarquização dos serviços no SUS; bem como da relação dos potenciais usuários com os profissionais de saúde.

Na perspectiva de elucidar que tais barreiras construíram-se ao longo do tempo e precisam ser derrubadas, apresentaremos a seguir que os antecedentes do SUS influenciaram na cristalização de uma concepção curativa do processo saúde/doença e que mesmo mudando esta concepção através da legislação, o Estado não conseguiu demonstrar viabilidade na implementação das garantias legislativas, caindo no descrédito no imaginário dos brasileiros. Tal incapacidade é fomentada ideológica e politicamente pela frente neoliberal e continua comprometendo significativamente o acesso aos serviços primários.

2 BARREIRAS INSTITUCIONAIS DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A universalização do acesso aos serviços de saúde a partir da Constituição Federal de 1988 e da promulgação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, oportunizou que muitos brasileiros excluídos dos serviços de saúde por falta de vínculo previdenciário passassem a utilizá-los. Contudo, é inegável que o SUS que temos é bem diferente daquele idealizado pelo Movimento Sanitário e previsto na vasta legislação da saúde – universal, integral, equânime e gratuito.

Cabe aqui pontuar que nossa intenção não é descrever a história da política de saúde no Brasil, mas esclarecer que a produção de serviços de saúde nesse país sempre privilegiou a prática médica curativa e individual em detrimento de ações preventivas e de interesse coletivo. Prática que perpetua as barreiras de acesso aos serviços primários de saúde.

É pertinente, no entanto, recuperar brevemente alguns marcos do desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil, bem como da cristalização da concepção de saúde (curativa) presente no imaginário dos brasileiros.

2.1 DO ACESSO RESTRITO AO ACESSO UNIVERSAL: A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Segundo Lima, Fonseca; Hochamnn (2005, p. 37), o movimento sanitarista brasileiro no período da Primeira República (1889 – 1930) transformou a saúde em questão social e política e a colocou em cena como “o grande obstáculo à civilização”. Neste ínterim, estabeleceram-se “as bases para a criação de um sistema nacional de saúde, caracterizado pela concentração e verticalização das ações do governo central”.

De acordo com os autores,

As políticas de saúde – cujo início efetivo pode ser apontado em fins da década de 1910 – encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência geradas pelas doenças transmissíveis. Foram o resultado do encontro de um movimento sanitarista, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, viáveis apenas com o fortalecimento da autoridade do Estado e do papel do governo federal, com a crescente consciência por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente no país (LIMA, FONSECA; HOCHMANN, 2005, p. 32-33).

Já Behring; Boschetti (2010, p. 106) defendem que as intervenções mais significativas do Estado nas manifestações da questão social são percebidas a partir da década de 1930, quando as relações de trabalho foram regulamentadas “buscando transformar a luta de classes em colaboração de classes”; e a construção do Estado Nacional foi impulsionada. É por isso que os anos 1930 a 1943 (Era Vargas) podem ser caracterizados como os anos de introdução da política social no país.

As autoras evidenciam que o desenvolvimento do Estado brasileiro obedeceu a uma lógica *corporativa e fragmentada*, mantendo boa parte da população desassistida de serviços sociais - como a saúde - até o final da década de 1980.

Deste modo, a intervenção estatal⁷ na área da saúde seguiu a trilha da assistência médica previdenciária, restringindo o acesso apenas aos contribuintes e imprimindo, nos poucos serviços que oferecia o caráter campanhista da época.

De acordo com Lima, Fonseca e Hochman (2005, p. 43), a definição da política de saúde na década de 1930 considerou critérios que “privilegiavam uma centralização normativa acompanhada por descentralização executiva, criando mecanismos que fortalecessem a presença federal nos estados como contraponto aos interesses privados regionais”. Conseqüentemente, seu desenho institucional refletia “o projeto político ideológico do governo de constituição do Estado Nacional brasileiro, estabelecendo mecanismos burocráticos que viabilizassem a integração das três esferas administrativa – federal, estadual e municipal”.

Outra marca do governo Vargas foi a separação entre a saúde pública e a assistência médica previdenciária, fato que “determinou a ampliação desmesurada da assistência médica de cunho individual frente às atividades de saúde pública”. Assim, enquanto o Estado se preocupava em promover campanhas para “erradicar doenças infectocontagiosas, endemias ou epidemias”, a assistência médica previdenciária, vinculada ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio cristalizava a prática médica individual e incrustava no imaginário dos brasileiros

⁷ Para aprofundar a análise sobre a história das políticas de saúde no Brasil consultar “O Trabalho da Política: saúde e segurança dos trabalhadores”, de Vicente de Paula Faleiros, 1992; e, “Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil” organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura V. C. Lobato, José Carvalho de Noronha e Antonio Ivo de Carvalho, 2008.

uma visão curativa do processo saúde/doença (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 358).

Com o fim da Era Vargas, em 1945 abriu-se um novo período no país, de intensas turbulências econômicas, políticas e sociais, decorrentes da urbanização, da base industrial que na época já era significativa, e de um movimento operário e popular mais maduro e concentrado, com uma extensa agenda de reivindicações. No ano seguinte, em 1946, o Brasil promulgou uma nova Constituição e o país experimentou quase duas décadas de democracia. Entre os anos de 1946-1964, a história brasileira foi marcada por uma forte disputa de projetos e pela intensificação das lutas de classes.

A partir de 1964, o dilema presente na situação de crise de hegemonia entre o projeto nacional-desenvolvimentista que incorporava o “incremento das políticas sociais” e o projeto de desenvolvimento associado ao capital estrangeiro, em especial o capital norte-americano, foi resolvido pelo golpe militar (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 111). Essa manobra política submeteu as tensões sociais a um controle repressivo, autoritário e centralizador.

Segundo Teixeira; Mendonça (2011, p. 201-202)

As ditaduras militares que substituíram os governos populistas geraram um novo formato político – os regimes autoritário-burocráticos – caracterizados pela exclusão política e econômica dos setores desprotegidos da sociedade, desmobilização e despolitização da sociedade como um todo, a transnacionalização da estrutura produtiva do país e a instituição de uma tecnocracia civil e militar desfrutando uma enorme liberdade em sua capacidade de decisão. (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2011, p. 201-202)

Obedecendo a lógica capitalista e aproveitando-se da despolitização e desmobilização da sociedade, a partir da década de 1970 a organização do sistema de saúde brasileiro acentuou as seguintes tendências: “a extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a qualidade total da população urbana e ainda parte da população rural”, mas mantendo a restrição do acesso aos contribuintes; “a reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativo-individual [...] em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e interesse coletivo”; o foco no lucro, “propiciando a mercantilização da medicina através da alocação preferencial dos recursos previdenciários para compra de serviços aos prestadores privados”; “a viabilização de um complexo médico-

industrial com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos” (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2011, p. 203).

Escorel, Nascimento; Elder (2005, p. 60-61) acrescentam que

O Sistema de Saúde implantado no Brasil no período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. [...] A saúde pública, relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia [...]

Em 1974, o país ingressou “num processo de transição para a democracia” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 138), retomando a luta pela ampliação dos direitos e iniciando o processo de construção da atual Carta Magna - a Constituição Federal de 1988.

É pertinente ressaltar que na década em que o Regime Militar começou a perder força – 1970 -, o Movimento Sanitário⁸, principal ator na condução das medidas reformadoras na área da saúde, se solidificou. Esse Movimento é traduzido por Paim (2008, p. 95), como uma mobilização social e política que articulou diferentes atores na luta pela superação de um sistema de saúde “insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente, ineficaz, autoritário, centralizado, corrupto e injusto”.

Conforme descrevem Teixeira; Mendonça (2011, p. 205), as origens deste Movimento Sanitário remontam aos primeiros anos do regime militar, “quando, com o fechamento de quase todos os canais de expressão política, a Universidade passou a ser o principal reduto de contestação do governo autoritário”.

A incorporação da medicina preventivista nas faculdades e a obrigatoriedade do funcionamento dos Departamentos de Medicina Preventiva viabilizou a constituição do “locus a partir do qual começou a se organizar o movimento sanitário”. Os atores (médicos, estudantes de medicina, entre outros) desse processo propugnavam, dentre outras reivindicações, “conciliar a produção do

⁸ Lima, Fonseca e Hochman (2005, p. 28) destacam que “a eclosão de vigoroso movimento sanitário na segunda metade da década de 1970, em pleno contexto autoritário, e a posterior institucionalização de muitas de suas teses na Constituição de 1988, tendem a ofuscar movimentos ocorridos em períodos anteriores”. No entanto, a articulação de movimentos sanitários no contexto da Primeira República não pode ser esquecida já que alçou a saúde, pela via política, a uma posição de grande problema e, ao mesmo tempo, de solução nacional atrelada ao desenvolvimento econômico, social e humano.

conhecimento e a prática política” e, ao mesmo tempo, ampliar seu campo de ação, “envolvendo-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do país” (SCOREL; NASCIMENTO; ELDER, 2005, p. 63).

A medicina preventivista, importada dos Estados Unidos até a década de 1960, normatizava a conduta do médico, redefinindo suas funções a partir de um conceito ecológico de saúde e doença. Isto é, “para o discurso preventivista, a doença seria o resultado de um desequilíbrio na interação entre o hóspede [homem] e o seu ambiente” (SCOREL; NASCIMENTO; ELDER, 2005, p. 63).

Observa-se que o pensamento crítico da saúde se aglutinou e se difundiu a partir da criação dos referidos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) e que os médicos foram os primeiros a desafiar o governo militar convocando uma greve geral por melhores condições salariais, “por um sistema de saúde mais democrático, [...] com melhores condições de atendimento da população” (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2011, p. 205).

Os DMP também alocaram programas de medicina comunitária, teoria que propunha “a desmedicalização da sociedade, com atenção primária realizada por pessoal não-profissional e a valorização da medicina tradicional” (SCOREL; NASCIMENTO; ELDER, 2005, p. 63).

Nota-se que,

Apesar de sua origem acadêmica, o Movimento Sanitário não se limitou à vertente de produção de um novo saber; ao contrário, em todos os momentos caracterizou-se por aliar a produção científica à busca de novas práticas políticas e à difusão ideológica de uma nova consciência sanitária (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2011, p. 205).

Com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, a propagação desses ideais ganhou um novo ritmo. Através de “suas publicações, promoções de eventos, conferências, etc.” o CEBES passou a disseminar “uma nova proposta para a organização do sistema de saúde, inserida na luta mais geral pela democratização do país” (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2011, p. 206).

Segundo Scorel; Nascimento; Elder (2005, p. 68), ainda na década de 1970, “outra organização que teve papel protagonista na luta do movimento sanitário foi a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

(ABRASCO)". Com o propósito de implementar programas de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública, a ABRASCO enfatizou a "residência em medicina preventiva e social" e, aliada ao CEBES, veio a público indicar propostas políticas para a saúde.

Os autores explicam que nos primeiros anos do movimento sanitário

A ocupação dos espaços institucionais caracterizou-se pela busca do exercício e da operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde. Dessa forma, profissionais que pensavam criticamente o sistema tratavam estes espaços como uma arena onde era possível travar uma luta surda, mas acirrada, para pôr em prática projetos que, de resto, iam completamente na contra-mão dos interesses do regime autoritário (SCOREL; NASCIMENTO; ELDER, 2005, p. 68).

Destaca-se entre os projetos propostos na década de 1970, o Plano de Localização de Unidade de Serviços (PLUS), "a primeira experiência coletiva em termos de saúde pública, na Previdência Social". Embora essa proposta tenha sido dissolvida rapidamente, o PLUS colocou em prática uma metodologia de programação de serviços que buscava "aplicar o princípio da universalização de acesso aos serviços, levando em conta a relação entre a população total e o total dos serviços anteriormente disponíveis somente à clientela previdenciária de uma mesma região" (SCOREL; NASCIMENTO; ELDER, 2005, p. 69).

Obviamente, com a dissolução dessa proposta, o acesso aos serviços de saúde continuou restrito aos trabalhadores com vínculo previdenciário.

No início dos anos 1980 a Previdência Social estava imersa em uma crise financeira, em parte derivada do próprio modelo de prestação de serviços. Nesse cenário, a fim de conter os gastos, foi lançado um pacote de medidas que previa aumentar o valor das contribuições previdenciárias, diminuir os benefícios dos aposentados e intervir na "área da assistência médica da Previdência Social, considerada gastadora e parcialmente responsável pelo déficit" (SCOREL; NASCIMENTO; ELDER, 2005, p. 73).

Na busca de uma solução para a crise, a Presidência da República criou o Conselho Nacional de Administração Previdenciária (CONASP) consubstanciando, em 1982, um Plano de Reorientação da Assistência Médica previdenciária que propôs "oficialmente modificações no modelo privatizante, tais como a descentralização e utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais" (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2011, p. 216).

Com o fim da ditadura, algumas lideranças do movimento sanitário conseguiram ocupar “postos-chave nas instituições responsáveis pela política de saúde no país” e essa “nova realidade” consolidou-se com a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde (ESCOREL; NASCIMENTO; ELDER, 2005, p. 78).

Nessa conferência, que contou com a presença de mais de quatro mil pessoas, evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional (ESCOREL; NASCIMENTO; ELDER, 2005, p. 78).

Neste sentido, a 8ª Conferência Nacional⁹ de Saúde “foi o desfecho de um trabalho de organização, em todas as unidades federadas, dos interesses em torno da questão saúde por parte dos profissionais de saúde, intelectuais, sindicatos e centrais de trabalhadores, movimentos populares e partidos políticos” (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2011, p. 217).

Em seu relatório final, consagrou-se o direito a saúde como dever do Estado evidenciando a “demanda da sociedade pela universalização da atenção à saúde e pela constituição de uma base estatal para o sistema de saúde” (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2011, p. 218).

Noronha; Lima; Machado (2008, p. 437) explicam que desde a queda do Regime Militar o Brasil vem implementando reformas e redefinindo seu sistema de Saúde - sendo que o marco fundamental desse “novo tempo” foi a 8ª Conferência realizada em 1986. Reiteram que a intensa pressão da sociedade civil e dos movimentos democráticos de esquerda durante o processo de elaboração da Constituição Federal de 1988, “logrou uma coalizão parlamentar suficientemente forte para introduzir no ‘Título VIII – Da Ordem Social’ um capítulo (II) específico sobre a seguridade social”.

Em seu Artigo 194, define que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade,

⁹ As conferências de saúde foram instituídas no Brasil em 1937 com o objetivo de “propiciar a articulação do governo federal com os governos estaduais, dotando-o de informações para formulação de políticas, para a concessão de auxílios e subvenções financeiras. Desde que foram instituídas, as conferências sofreram profundas mudanças, mas todas, com maior ou menor intensidade, interferiram nas políticas de saúde. Assim, a 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada um marco de transformação desses fóruns, sendo fundamental para o processo da reforma do sistema de saúde brasileiro desembocado na Constituição de 1988” (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008, p. 436).

destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p. 125).

Como consequência das reivindicações e para dar materialidade à política de saúde, a Constituição de 1988 determina em seu Artigo 198 que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 1988, p. 127). Prescreve que este sistema considere como diretrizes organizativas a descentralização; a integralidade da atenção à saúde; a universalidade do acesso; a participação da comunidade; e ainda sugere as formas de financiamento, indica as competências e as atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS).

Faz-se necessário ressaltar que um sistema de saúde corresponde a um

conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 107).

Lobato e Giovanella (2008, p. 107) esclarecem que os sistemas de saúde se desenvolveram em decorrência da crescente “participação dos Estados no controle dos diversos mecanismos que afetam a saúde e o bem-estar das populações e comprometem o desenvolvimento das nações”. Nessa perspectiva, alguns Estados consolidaram estruturas capazes de “garantir a prevenção de doenças, a oferta direta de serviço de cura e reabilitação, incluindo o controle e a definição de regras para a produção de alimentos, medicamentos, equipamentos, proteção do meio ambiente, etc.”

No caso brasileiro, a fim de responder aos anseios da sociedade, às necessidades geradas pelo modo de produção capitalista e às conseqüentes expressões da questão social - como o empobrecimento da classe trabalhadora e a escassez de serviços públicos de qualidade -, o Estado, através da Constituição Federal de 1988, incorporou

[...] o conceito mais abrangente de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio sócio-econômico e cultural (ocupação, renda, educação, etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.); e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990, p. 08).

Esse conceito está inscrito na Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei nº 8.080 -, promulgada em setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; determina os objetivos, atribuições, princípios e diretrizes para o Sistema Único de Saúde. A LOS também estipula atribuições e competências dos entes políticos – União, estados e municípios – e estabelece prioridades e focos de ação vislumbrando resultados a curto, médio e longo prazo.

Em seu Artigo 7, enumera 13 princípios que deverão ser seguidos pelos serviços públicos de saúde e também pelos serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS. Dentre eles destacam-se a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência – que promove a articulação das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos; a ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e a participação da comunidade na gestão do SUS.

Para garantir a participação da comunidade na gestão do SUS, ainda em 1990, entrou em vigor a Lei nº 8.142. A referida lei estabelece as Conferências e Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas legitimando-as como espaços abertos a participação da sociedade para avaliação, controle e proposição de diretrizes e estratégias para a política de saúde.

Embora o SUS seja reconhecido como uma conquista do povo brasileiro por ter sido formulado no âmbito dos movimentos sociais e acatado pelo Estado, o processo de implementação das determinações constitucionais e das leis complementares foi tensionado pela disputa de dois projetos societários: o projeto *Democracia de Massas* - que propugnava “a ampla participação social conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organizações de base: sindicatos, comissões de empresas, organizações de profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos e rurais” -, versus o projeto *Democracia Restrita* - cujo mote era a restrição dos “direitos sociais e políticos com a

concepção de Estado mínimo, ou seja, máximo para o capital e mínimo para o trabalho. O enxugamento do Estado é a grande meta como também a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas” (CFESS, 2010, p. 11).

Na década de 1990, com as derrotas sofridas pelo projeto Democracia de Massas, consolida-se uma direção política das classes dominantes no processo de enfrentamento da crise brasileira, cujas principais estratégias do grande capital passam a ser: acirrada crítica às conquistas sociais da Constituição Federal de 1988 - com destaque para a concepção de Seguridade Social - e a construção de uma cultura persuasiva para difundir e tornar seu projeto consensual e compartilhado (MOTA, 1995 apud CFESS, 2010, 11).

Ademais, de acordo com Campos (1992), é preciso considerar que a defesa do direito universal à saúde possui um “caráter anticapitalista”, já que “sua abrangência é definida pelos interesses da maioria e não pela dinâmica da acumulação de capital”. Portanto, pode-se prever que o desmonte do SUS pensado no contexto da 8ª Conferência Nacional de Saúde é um processo que não será abandonado pela frente neoliberal. E deste modo, a universalidade do acesso assim como outros princípios normativos do SUS, fatalmente, continuarão sendo comprometidos.

Para o autor, a luta política e ideológica dos defensores do Projeto Neoliberal para a saúde no Brasil “tem o firme propósito de assegurar a sua hegemonia” através do desenvolvimento de uma estratégia com dois movimentos concomitantes (CAMPOS, 1992, p. 68). Desse modo, visa “estender aos seus limites máximos a medicina de mercado”, e, ao mesmo tempo, busca

Ampliar a atenção individual curativa para além da fatia populacional economicamente apta a se inserir em uma das modalidades privadas de assistência, disputando, com esse fim, o recurso público agora sob o controle do SUS. Para atingir tal objetivo, o bloco político neoliberal vem desenvolvendo ações de luta ideológica e cultural, visando formar opinião pública favorável e ocupando parcelas do poder governamental, sempre com o intuito de moderar o projeto original do SUS, anulando seus aspectos mais socializantes (CAMPOS, 1992, p. 69).

De acordo com Nogueira (1998, p. 124), a polêmica equação “mais Estado ou menos Estado” ganhou força durante a “campanha presidencial de 1989, quando o neoliberalismo veio a público proclamar que o Estado simbolizava o atraso indesejável e que a construção da modernidade por todos dependia da negação do Estado”.

Segundo o autor, com o

[...] fracasso dos sucessivos planos de estabilização e o aprofundamento da crise, a situação de ingovernabilidade tenderia a atingir um ponto crítico: iriam se enfraquecer as condições de legitimidade, autoridade e eficácia do governo e difundir-se uma descrença generalizada nas instituições e nas elites políticas. (NOGUEIRA, 1998, p. 124)

A vitória de Collor, em 1989, inaugurou um período de retóricas ambíguas que misturavam proposições socialdemocratas e neoliberais, conservadoras e populistas. Esta confusão de discursos veio acompanhada pelo enxugamento da máquina administrativa e pela redefinição do papel do Estado na vida nacional (NOGUEIRA, 1998, p. 125).

Para Nogueira (1998, p. 152), o grande aval do neoliberalismo na década de 1990 foi “sua habilidade em isolar o tema do Estado, diagnosticar o esgotamento de um padrão de desenvolvimento nele sustentado e denunciar as distorções de certas práticas e estruturas estatais”, fomentando a desconfiança da sociedade em relação a tudo que era do Estado.

A perda da confiança nas instituições – especialmente as pertencentes à esfera governamental e ao sistema de representação – parecia ser a consequência natural de um cruzamento de crises que se completavam: crise econômico-social, crise de legitimação, crise de governabilidade. No imaginário social, a política estava posta em xeque, reduzida a corrupção, a espaço de interesses privados, malandros e espertos (NOGUEIRA, 1998, p. 152).

A partir desse diagnóstico forjado pelos neoliberais advém a necessidade de reformar o Estado, a política e a relação do Estado com a sociedade. Tal urgência foi impulsionada por uma grande conclamação midiática, intelectual e política por reformas que, na verdade, deveriam ser denominadas “contra-reformas” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010). Já não se tratava das reformas consideradas pelas autoras como “patrimônio da esquerda”, aquelas que em alguns países resultaram na implantação dos *Welfare States*, e sim de reformas voltadas para o mercado como um caminho de adaptação do Estado brasileiro à lógica do capital.

Houve uma forte tendência de desresponsabilização pela política social – em nome da qual se faria a “reforma” –, acompanhada ao desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social. Isso ocorreu *vis-à-vis* um crescimento da demanda social, associado ao aumento do desemprego e da pobreza, aprofundados pela macroeconomia do Plano Real (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 155).

Sob as rédeas do neoliberalismo, cujo trinômio é *privatização, focalização e descentralização* (BEHRING; BOSCHETTI, 2010), o Estado passa a reduzir os direitos sociais e trabalhistas, o desemprego estrutural cresce, as relações e condições de trabalho tornam-se cada vez mais precárias. Com isso, a previdência social deixa de arrecadar e começa a ser desmontada. As áreas da saúde e educação, além de outras políticas setoriais igualmente sucateadas pelo descaso do poder público, tornam-se sinônimos de serviços de má qualidade, ou então, de serviços para os pobres.

Tratando-se especificamente da área da saúde, Campos (1992, p. 41) observa que o ideário neoliberal está impregnado no modo brasileiro de produzir atenção médica e defende que há aqui,

uma clara hegemonia do que poderíamos denominar de forma de produção neoliberal, compondo uma estrutura de serviços que utiliza várias modalidades assistenciais: a do trabalho assalariado, de pequenos produtores autônomos independentes ou em associação com outras instituições, empresas e ação estatal. Seu funcionamento tem conseguido assegurar a reprodução de uma forma mercantilista da prática, a qual sobrevive articulando interesses empresariais com os de ampla parcela de profissionais de saúde – particularmente a dos médicos e dentistas. É evidente que essa articulação, para alcançar viabilidade política e econômica, tem de levar em conta as diretrizes das políticas de Estado e as pressões significativas de segmentos da sociedade civil.

Para o autor, a forma neoliberal de produção de serviços de saúde no Brasil manteve o “predomínio do hospital sobre as demais alternativas de assistência” na atenção individual e curativa (CAMPOS, 1992, p. 46). Dado que evidencia a histórica centralidade do hospital no sistema de saúde brasileiro e reforça a concepção minimalista de que saúde é ausência de doenças.

E se os médicos foram os primeiros a enfrentar o regime ditatorial e a propor um sistema de saúde mais democrático, a fim de oferecer melhores condições de atendimento à população, eles também tiveram - e ainda têm - um papel fundamental na cristalização do modelo neoliberal de produzir serviços de saúde.

De acordo com Campos (1992, p. 70), “os médicos são, entre todos os segmentos do bloco neoliberal, os mais ativos do ponto de vista da elaboração cultural e ideológica, funcionando como um intelectual coletivo, que municia os demais interessados com argumentos e propostas legitimadoras do modelo”.

Arretche (2005) reitera que a proposta de gradual estatização da provisão de serviços de saúde foi derrotada pelo setor privado. Afirma que mesmo após a conformação do sistema público de saúde com a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas de Saúde (8.080 e 8.142/90)

Os provedores lucrativos conservaram seu papel na provisão de serviços especializados, bem como mantiveram sua autonomia para o exercício liberal da medicina. Portanto, ganharam todos: o setor privado lucrativo conservou seu papel na provisão de serviços, sem garantir exclusividade ao SUS; os médicos mantiveram a possibilidade de prestar simultaneamente serviços ao SUS e ao exercício liberal da medicina; e prefeitos e governadores poderiam agradar seu eleitorado com o aumento da provisão de serviços gratuitos e ganharam, finalmente, os cidadãos, pela promessa de que receberiam a integralidade dos serviços de saúde de modo universal e gratuito (ARRETCHÉ, 2005, p. 294).

Soares (2010, p. 39), ao analisar os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina, assinala que uma das propostas que integram o projeto neoliberal é a “retirada do Estado ou a sua renúncia como agente produtivo e empresarial” (SOARES, 2010, p. 39). E que, dessa estratégia, derivam as propostas de privatização das empresas estatais.

De acordo com a autora,

Um dos componentes ideológicos por trás desse tipo de proposta é a idéia de que o setor público caracteriza-se, por princípio, em qualquer circunstância, como ineficiente e ineficaz, ao contrário do setor privado, o único a possuir uma “racionalidade” e uma “vocação” capazes de levar ao crescimento econômico (SOARES, 2010, p. 40).

O fato é que as propostas advindas do ideário neoliberal vêm se reestruturando assim como os defensores do SUS continuam lutando pela qualidade e gratuidade dos serviços – como tem feito a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde¹⁰.

¹⁰ A Frente Nacional Contra Privatização da Saúde é composta por diversos Fóruns estaduais e, desde 2010, luta por um SUS 100% público, estatal e de qualidade. Para acessar os detalhes desta luta em defesa do SUS acesse: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/>>.

Nesse sentido, as trágicas investidas neoliberais na área da saúde pública resultam em uma série de propostas privatizantes travestidas de “publicização” dos serviços e desburocratização do gasto público.

Longe de ser a solução para os problemas da Saúde Pública, tais medidas não promovem a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, mas visam entregar a gestão dos serviços públicos ao setor privado, eximindo-o dos processos licitatórios e, principalmente, desviando-o do controle social.

A criação de Organizações Sociais (OS) e Fundações Estatais de Direito Privado e o afrouxamento dos critérios para a utilização dos recursos públicos também não garantem a universalidade, a integralidade e a qualidade dos serviços. Ao contrário, além de facilitarem a corrupção e o mau uso do dinheiro público, tais iniciativas acentuam a precarização dos serviços oferecidos pelo Estado, sobretudo no que se refere às condições de trabalho dos profissionais de saúde.

A partir dessa contextualização, verifica-se que, mesmo com o advento do SUS, o ideário neoliberal e a mercantilização da medicina inibiram a propagação do conceito ampliado de saúde, defendido pelo Movimento Sanitário e inscrito na legislação da área. Deste modo, a desconstrução das conquistas constitucionais manteve vivo no pensamento dos brasileiros o descrédito com os serviços públicos.

2.2 O SUS QUE TEMOS: A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA NO SÉCULO XXI

No início do século XXI, com a chegada ao poder de um líder do movimento operário, a expectativa era alcançar tudo que havia sido ofuscado pelo neoliberalismo na década anterior. Entretanto, o governo de Luís Inácio Lula da Silva, representante do Partido dos Trabalhadores (PT), não respondeu a todos os anseios dos defensores do SUS e a atual gestão nacional também se mantém nos moldes dos governos anteriores.

De acordo com Bravo (2009, p. 107)

A expectativa que se colocava para o governo Lula era a de fortalecer o SUS constitucional. Entretanto, no debate interno que ocorre no governo entre os universalistas e os focalistas, esses últimos estão sendo cada vez mais fortalecidos. A defesa do papel do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população tem sido fortalecida, pois com a pressão do desfinanciamento, a perspectiva universalista está cada dia mais longe de ser atingida (BRAVO, 2009, p. 107).

Mendonça et al (2005), destacam que, embora pela primeira vez os candidatos a Presidência da República tenham apresentado propostas voltadas ao fortalecimento do SUS, as restrições impostas pela política econômica já sinalizava o tamanho do desafio que o futuro presidente teria que enfrentar a partir de 2003.

Neste sentido, os autores constataam que as políticas de saúde nos primeiros 18 meses do Governo Lula, vencedor das eleições presidenciais de 2002, foram implementadas no bojo dessa contradição:

enquanto o Ministério da Saúde buscava concretizar o programa setorial do governo, este impunha restrições financeiras, a exemplo do maior contingenciamento em termos absolutos entre os ministérios (1,6 bilhões de reais) e cortes no orçamento atingindo a área social, como Saúde, Educação, Trabalho e Assistência Social (MENDONÇA et al, 2005, p. 122).

Concordando com os autores, observa-se que o problema do financiamento do SUS continuou dificultando sua implementação conforme prescrevem seus princípios legislativos. Nas palavras de Mendonça et al (2005, p. 122), “o financiamento continua sendo um entrave para a melhoria da saúde, comprometendo a premissa básica do SUS: a universalização”.

Para Bravo (2009, p. 105), a questão do desfinanciamento pode ser considerada a mais séria por estar “diretamente articulada ao gasto social do governo” e por ser “determinante para a manutenção da política focal, de precarização e terceirização dos recursos humanos”.

No âmbito da Atenção Básica, Mendonça et al (2005, p. 122) assinalam que o governo petista manteve o Programa Saúde da Família como prioridade. Através da implantação do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (Proesf¹¹) e do aumento das equipes de saúde bucal (ESB), o governo visava ampliar a assistência e estimular a mudança das práticas de saúde.

Ademais,

¹¹ “Este projeto tem como objetivo contribuir para a implantação e consolidação do referido programa em municípios de grande porte, nos quais a maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde, particularmente os de média e alta complexidades, não se reflete na qualidade e na capacidade de respostas dos serviços. Reconhece a necessidade de criação de equipes de retaguarda para atuarem como colaboradores dos médicos generalistas; implantação de equipes de saúde bucal em cada unidade do PSF; investimento em capacitação de recursos humanos e pesquisas para solução de problemas; cada município; aumento do orçamento para reformar, ampliar e equipar as unidades básicas de saúde nos 231 municípios com mais de 100mil habitantes” (MENDONÇA et al 2005, p. 111).

o governo elevou o Piso de Atenção Básica Ampliada (PABA) repassado aos municípios, utilizando como parâmetro projeções anuais do IBGE. Com relação aos recursos humanos, destacam-se a criação de pólos de capacitação e educação permanente para profissionais de saúde e a realização do processo seletivo do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) (MENDONÇA et al, 2005, p. 112).

Menicucci (2011) analisou a Política de Saúde implementada de 2003 a 2011 a fim de desvelar os compromissos explícitos nos programas de governo em relação à saúde e o grau de cumprimento dos respectivos compromissos; o contexto de atuação do governo; e se houve inovações, continuidades ou retrocessos.

Para a autora, “é possível fazer uma apreciação positiva” da condução da política de saúde entre 2003 e 2007, “mesmo faltando recursos e ousadia para intervenções mais amplas”. Observa que no primeiro semestre do governo petista, buscou-se “superar as fragmentações das ações e implantar uma nova organização do Ministério da Saúde”. Tal reforma enfatizou a integração da Atenção Básica com a assistência especializada e hospitalar, destacou a questão dos recursos humanos, destinou mais atenção aos “insumos estratégicos e desenvolvimento científico e tecnológico”, além de priorizar a gestão democrática (MENICUCCI, 2011, p. 524).

Verifica-se na análise da autora que, ainda nesse período, foram implantadas algumas propostas inovadoras, porém, “incrementais” na área da saúde, como por exemplo: a Política de Saúde Bucal através do Programa Brasil Sorridente; a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para o atendimento pré-hospitalar móvel; o Programa Farmácia Popular; a ampliação da Atenção Básica por meio do PSF com aumento de 57% das equipes de saúde; aumento dos recursos do Piso de Atenção Básica, passando de R\$10,00 para R\$15,00; expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); ênfase em ações voltadas para grupos específicos como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2002-2007); a articulação entre os Programas “Saúde e Prevenção nas Escolas” e “Programa Nacional de DST/AIDS”; “ações relativas à saúde da população negra, dos quilombolas, dos indígenas e dos assentados” (MENICUCCI, 2011, p. 525).

Para além dessas ações incrementais, inclusive com ampliação quantitativa de recursos e cobertura da expansão de ações voltadas para grupos específicos e de alguns programas inovadores, uma ação relevante no primeiro mandato do Presidente Lula deu-se no âmbito da gestão com a aprovação do *Pacto pela Saúde*. Do ponto de vista da gestão do SUS, o *Pacto pela saúde*, apesar de também incremental, traz mudanças qualitativas importantes. O Pacto é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de governo, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e tem três componentes: o Pacto pela Vida [...] o Pacto em Defesa do SUS [...] e o Pacto de Gestão (MENICUCCI, 2011, p. 525-526).

Já nos anos mais recentes (2007 – 2011), a autora observa uma continuidade dos programas implementados desde o primeiro governo Lula e poucas inovações. Contudo, destaca que os compromissos assumidos pelo Ministro da Saúde em 2007 “enfaticavam a necessidade de articular a compreensão dos determinantes sociais da saúde com o conjunto de providências e ações possíveis dentro da política setorial, destacando os limites dessa política para melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida” da população brasileira (MENICUCCI, 2011, p. 526).

As propostas do Ministério da Saúde vincularam-se às “articulações entre os determinantes sociais da saúde e a política de saúde” e consideraram que “a perspectiva de melhoria das condições e qualidade de vida não se limita à construção do SUS, mas ao aumento da capacidade para interferir na determinação social da doença” (MENICUCCI, 2011, p. 526).

A análise de Menicucci (2011) revela que ao entendermos que o direito a saúde deve ser garantido pelo Estado através da adoção de políticas públicas capazes de evitar o risco de agravo à saúde e considerar todos os condicionantes da saúde como trabalho, renda, meio ambiente, saneamento, alimentação educação, além de disponibilizar ações e serviços de saúde preventivos, de promoção e recuperação da saúde individual e coletiva, uma série de ações podem ser destacadas como importantes estratégias para elevar a qualidade de vida dos brasileiros.

A autora ressalta que, cientes dos inúmeros problemas sociais deste país, o Estado tem se armado de uma “série de políticas vinculadas a novas estruturas administrativas”, tais como: Segurança alimentar e nutricional; Promoção da igualdade racial; Promoção da Igualdade de Gênero; Desenvolvimento Urbano; e a Racionalização de recursos públicos (MENICUCCI, 2011, p. 528).

Nota-se que o foco se volta às “políticas de inclusão social, nas suas diversas dimensões”, sugerindo “uma busca da garantia do direito à saúde pela via de outras políticas públicas, que não apenas a garantia do acesso a ações e serviços de saúde, tal como preconizado na Constituição de 1988” (MENICUCCI, 2011, p. 527).

A autora conclui que

De modo geral, o Presidente cumpriu suas promessas de campanha, sendo malsucedido no Pacto em defesa do SUS. Mas problemas antigos permanecem, como as desigualdades nas condições de saúde e **no acesso à atenção à saúde**, decorrente da variação na oferta de serviços no território nacional associada à disponibilidade de recursos, e tendo como ponto de partida a desigualdade em relação ao tipo de cobertura (pública ou privada). Estrangulamentos impedem que a universalidade e equidade não sejam ainda realidade no SUS. Mas sem a repolitização da saúde e sem a construção de uma agenda radicalmente inovadora, pouco se avançará. Algo que transcende o governo e é uma tarefa política de toda a sociedade. (grifo nosso).

Bravo e Menezes (2011), refletindo sobre a política de Saúde nos oito anos de governo Lula (2003 a 2010) e nos seis primeiros meses do governo Dilma (2011), também apontam aspectos de inovação e de continuidade da política de saúde desde os anos 1990.

Como aspectos inovadores destacam o retorno da concepção de Reforma Sanitária, deixada de lado nos anos 1990; a indicação de profissionais comprometidos com os ideais do Movimento pela reforma Sanitária Brasileira para ocupar o segundo escalão do ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde com a criação das Secretarias de Gestão do Trabalho, de Atenção à Saúde e de Gestão Participativa; a convocação extraordinária e a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 2003; “e a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 18).

Já em relação aos aspectos de continuidade da política de saúde daquele período, reiteram o que Bravo apontou em 2009 e ressaltam a “ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 18).

Diante da necessidade de reorganizar o SUS e de garantir a melhoria no acesso às ações e serviços de saúde em todo território nacional, o

Decreto nº 7.508 entrou em vigor, no dia 28 de junho de 2011. Este documento regulamenta a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90 – e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outras providências.

De acordo com Milton Junior, da Agência Saúde

O decreto define e consolida o modelo de atenção regional, em que municípios vizinhos deverão se organizar para ofertar atendimento de saúde às suas populações. Cada uma das 419 regiões identificadas deverá ter condições para realizar desde consultas de rotina até tratamentos complexos. Caso não haja capacidade física instalada naquela região para a execução de determinado procedimento, os gestores daquela rede têm de fechar parceria com outras regiões, que atenderão sua demanda (JUNIOR, 2011).

Para a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, “a nova lógica será implantada por meio de um retrato geográfico da distribuição dos serviços de saúde, que será usado para apoiar o planejamento da saúde e a configuração dos contratos de ação pública” (JÚNIOR, 2011). Um modelo de gestão baseado no seguinte esquema: premiar quem cumpre as metas estabelecidas e penalizar aquele que não atinge os compromissos assumidos. Modelo temerário, se pensarmos que a penalização pode onerar ainda mais os serviços que não conseguirem cumprir as metas.

O decreto está dividido em seis capítulos e 45 artigos que: 1) conceituam Região de Saúde¹², Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, Portas de Entrada, Comissões Intergestores, Mapa da Saúde¹³, Rede de Atenção à Saúde, Serviços Especiais de Acesso Aberto, Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica; 2) definem como o Sistema Único de Saúde deverá ser organizado; 3) determinam que o planejamento da saúde deverá ser “ascendente e integrado, do nível local até o federal”; 4) reforçam que a integralidade da assistência à saúde “se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde”, ou seja, deve ser concretizada através dos três níveis de atenção à saúde – Atenção Primária, Média Complexidade

¹² “Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011).

¹³ “Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema” (BRASIL, 2011).

e Alta Complexidade; 5) estabelecem procedimentos para articulação interfederativa; e, 6) dispõem sobre as atribuições e competências do Ministério da Saúde em relação ao descumprimento injustificado das responsabilidades estabelecidas neste decreto.

De acordo com o Diretor de Atenção Primária à Saúde de Londrina, em âmbito local, na prática, nada mudou. Mas já é possível perceber que novas orientações estão surgindo.

Embora existam tentativas de avanço no Decreto 7.508/2011, a aprovação da Lei complementar nº 141, em 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal e, por consequência, a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, gerou grandes frustrações por não ter estabelecido percentuais mínimos de investimento Federal em ações e serviços de saúde.

Essa Lei redefine que os Estados e Distrito Federal devem investir anualmente, no mínimo, 12% da arrecadação de impostos estaduais, e os Municípios precisam aplicar o mínimo de 15% do montante arrecadado com impostos municipais em ações e serviços públicos de saúde. Em relação à União, a Lei estabelece que a aplicação anual de recursos federais considere

[...] o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (BRASIL, 2012).

A Lei Complementar também define os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas do SUS, mas não atende às reivindicações dos defensores do sistema de saúde brasileiro. Um dos pontos de crítica é que ela não fixa um percentual mínimo de investimento por parte do Governo Federal. Além disso, ao vincular os repasses à variação do PIB, ela prejudica o planejamento de ações futuras, já que não há precisão dos valores que serão dispensados ao SUS no ano seguinte. Afora isso, no caso de variação negativa do crescimento da economia, o Governo fica desobrigado de aumentar seus investimentos em saúde.

É inegável que as alterações e emendas legislativas são necessárias, mas a morosidade com que determinações legais são colocadas em

prática perpetua as deficiências da política de Saúde e mantém a insatisfação dos brasileiros em relação ao SUS.

Uma pesquisa divulgada em setembro de 2012 pela Confederação Nacional da Indústria (CNI) em parceria com o Ibope, mostrou que enquanto 62% dos entrevistados consideravam o governo Dilma “ótimo” ou “bom”, 65% desaprovavam as políticas de saúde adotadas pelo atual governo. A pesquisa revelou ainda que “o índice de rejeição chegava a 71%” entre os moradores dos municípios com mais de 100 mil habitantes (DECAT, 2012 – Folha de São Paulo).

Por outro lado, o maior índice de aprovação da atuação do governo Dilma correspondeu às ações destinadas ao combate à fome e à pobreza – 60% dos entrevistados aprovaram esse quesito.

Nota-se, portanto, que hoje o Brasil conta com um Sistema de Saúde público que deveria funcionar sob as premissas da integralidade da atenção à saúde e da universalidade de acesso, priorizando a Atenção Básica como porta de entrada. Contudo, o acesso aos serviços públicos de saúde, sejam eles de nível primário, de média ou alta complexidade, está cada vez mais restrito e o descrédito do SUS continua em alta.

Como se observa, a construção do Sistema Único de Saúde sempre esteve tensionada pelos interesses capitalistas e pelas reivindicações de intelectuais, profissionais de saúde e organizações da sociedade civil. Do lado capitalista, o mote é a desconstrução do SUS. Já entre os defensores, a ideia está alicerçada na consolidação de um sistema de saúde público de qualidade, garantido pelo Estado a toda população brasileira.

No meio deste embate, os usuários do SUS continuam enfrentando diversas dificuldades para acessar a rede de serviços. Ademais, no que se refere a população masculina, observa-se que a cristalização da visão curativa do processo saúde/doença somada ao privilégio histórico dado ao atendimento do idoso, de crianças e mulheres - sobretudo gestantes e puérperas - ampliam as dificuldades de reverter a situação de saúde dos homens, captá-los precocemente na Atenção Primária e atendê-los na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

Para avançarmos na análise da construção de barreiras de acesso aos serviços primários é necessário esclarecer por que este nível de atenção deve ser priorizado e como ele poderia transformar o quadro de saúde dos homens.

2.3 AS ORIGENS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Relatório Dawson, divulgado no Reino Unido em 1920, pode ser considerado um dos primeiros documentos oficiais a descrever um conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) (STARFIELD, 2002).

O texto oficial - “Lord Dawson of Penn, 1920” - tratava da organização do sistema de saúde e “distinguiu três níveis principais de serviços: [...] centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola”. Esta formulação constitui a “base para o conceito de regionalização: um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população” (STARFIELD, 2002, p. 30).

Lavras (2011, p. 868) acrescenta que o referido documento foi um dos primeiros a “utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida”.

Tais concepções inspiraram, no início do século XX, a criação do sistema nacional de saúde britânico e também influenciaram a reorganização de serviços de saúde em diversos países.

Como já assinalado anteriormente, ao final da década de 1960, os efeitos negativos da medicalização passaram a ser fortemente criticados na América Latina. Nessa conjuntura, os programas de medicina comunitária focaram suas ações na “desmedicalização da sociedade, com programas alternativos de autocuidado da saúde, com atenção primária realizada por pessoal não-profissional e a valorização da medicina tradicional” (ESCOREL; NASCIMENTO; ELDER, 2005, p. 64).

O debate contra a histórica restrição do acesso aos serviços de saúde, e, de um modo geral, “contra a elitização da prática médica”, ganhou forças na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (Cazaquistão), em 1978, “quando se reafirmou ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem, sob responsabilidade política dos governos”, além de reconhecer a sua determinação intersetorial (ESCOREL; NASCIMENTO; ELDER, 2005, p. 64).

As discussões promovidas nesta Conferência – marco fundamental para a definição do conceito de Atenção Primária à Saúde - resultaram em um

documento intitulado Declaração de Alma-Ata. O documento afirma que a APS era a chave para alcançar em todo mundo, em um futuro previsível, um nível aceitável de saúde que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça. Essa meta, na ocasião, foi proposta para o ano 2000. A APS seria igualmente válida para todos os países, desde os mais desenvolvidos até os de menor desenvolvimento, embora pudesse adotar diversos formatos segundo as diferenças políticas, econômicas, sociais e culturais (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p. 784).

Na tentativa de nortear e impulsionar as práticas de saúde a enfocarem a saúde e não somente a doença, a oferecerem atenção continuada superando o modelo convencional que restringia o atendimento a cura de problemas específicos, a terem como objetos de ação a promoção da saúde e prevenção de doenças, envolvendo outros profissionais além do médico e contando com a participação da comunidade (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p. 787), a Declaração de Alma-Ata definiu os cuidados primários de saúde como

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação (OMS, 1978).

Esta definição incita a regionalização dos serviços de saúde e aposta na capilaridade das ações e serviços de saúde para ampliar o acesso aos mesmos. O documento também sugere que a Atenção Primária à Saúde seja priorizada pelo sistema de saúde do país e represente o “primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham” (OMS, 1978).

Nas palavras de Starfield (2002, p. 31),

A conferência de Alma-Ata especificou ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de água e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional.

Por esses motivos, esta Conferência, embora tenha sido realizada em um contexto de crise monetária internacional, tornou-se um marco de influência nos “debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo” (GIL, 2006, 1172).

Na leitura de Franco e Merhy (2003, p. 77), os governos vivenciaram na década de 1970, como consequência da crise estrutural do capitalismo – responsável pela queda, em média, de 10 a 15% da produção industrial nos países desenvolvidos –, um “crescente déficit público” que reduziu a capacidade de financiamento e manutenção das políticas sociais. Consequentemente, foram afetados por um aumento dos custos dos serviços de saúde, “que se utilizavam principalmente da nova base tecnológica inscrita na maquinaria, instrumentos, medicamentos e conhecimento especializado, para operar a assistência”.

Frente à crise, o Estado precisava responder aos agravos da questão social, expressa principalmente pelo aumento da pobreza e de seus desdobramentos. Neste contexto, o desafio que se colocava aos governos, era o de “atuar entre a vontade racionalizadora economicista dos governos e a pressão ‘dos de baixo’ pela manutenção dos programas sociais” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 78).

Por isso, para os autores, ficou claro na proposta contida na Declaração de Alma Ata,

A inscrição do ideário preventivista como uma forma de assistir a população com procedimentos coletivos, de baixo custo. Como os movimentos de reforma sanitária da época se utilizavam principalmente da razão instrumental inscrita na epidemiologia/vigilância à saúde para arquitetar suas propostas reformadoras, a resolução saída da Conferência de Alma Ata penetra dessa forma no imaginário coletivo dos diversos segmentos reformistas e ganha adesão de setores de serviços e formuladores de políticas de saúde em muitos lugares do planeta (FRANCO; MERHY, 2003, p. 82).

O fato é que na interpretação dos autores, a proposta construída na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde apresenta fragilidades e mostra-se insuficiente frente à complexidade dos problemas de saúde. Como saída, apontam a necessidade de se “*constituir uma nova ética*” entre os trabalhadores da saúde, “baseada no reconhecimento de que os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público, e que o trabalho neste lugar deve ser presidido por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 83).

Para que este novo modelo de assistência à saúde seja constituído, Franco; Merhy (2003, p. 84) estabelecem as seguintes diretrizes: o *Acolhimento*, entendido como a universalização do acesso e a escuta qualificada do usuário; o *Vínculo/Responsabilização*, para possibilitar aos usuários uma equipe de trabalhadores como referência no que se refere aos cuidados de saúde; e, a *Autonomização*, que “significa ter como resultado esperado da produção do cuidado, ganhos de autonomia do usuário para viver a vida”, o que pressupõe uma “reorganização dos processos de trabalho”.

No início do século XXI, Starfield (2002, p. 34) realizou uma comparação entre 12 países ocidentais industrializados e constatou que aqueles países “com uma orientação mais forte para atenção primária” realmente possuíam maior probabilidade de obter melhores níveis de saúde e custos mais baixos na manutenção dos serviços. O que, conforme nosso entendimento, não significa oferecer serviços baratos para os pobres, mas, sim, serviços de saúde de qualidade para todos, já que o baixo custo possibilita a ampliação da oferta.

Acompanhando a autora, defendemos que

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária [...] A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar (STARFIELD, 2002, p. 28).

De acordo com Giovanella; Mendonça (2008, p. 576), em que pese “os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população” sejam denominados *Atenção Primária à Saúde*, não há uniformidade no emprego desta expressão.

As autoras identificam três linhas de interpretação:

1. Programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços;
2. Um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não-especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população;
3. De forma abrangente, uma concepção de modo assistencial e de organização do sistema de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 576).

Nota-se que a Atenção Primária seletiva foi privilegiada por agências internacionais, como o Banco Mundial e a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Um ano após Alma Ata, esta nova perspectiva sustentou-se como uma estratégia para controlar doenças específicas em países pobres. Dentre os principais focos deste pacote restrito de ações e serviços de saúde estavam a reidratação oral, o incentivo ao aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a imunização (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Embora os organismos internacionais ainda sustentem este pacote básico de serviços de saúde, há um movimento de renovação da atenção primária, alavancado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que pressupõe uma atualização da concepção abrangente de APS.

No documento “Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas” (OPAS/OMS, 2005), essas agências internacionais de saúde defendem a urgência de se alcançar a universalidade do acesso às ações e serviços de saúde “por meio de uma abordagem integrada e horizontal para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com cuidados orientados à qualidade, ênfase na promoção e prevenção, intersectorialidade, participação social e responsabilização dos governos” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 582).

Neste mesmo documento consta a reavaliação dos valores e princípios que inspiraram a Declaração de Alma Ata na década de 1970. Ele revê o “legado deixado nas Américas, articula componentes de uma nova estratégia para a renovação da APS e delinea os passos que devem ser tomados para alcançar essa visão ambiciosa” (OPAS/OMS, 2005).

Starfield (2002, p. 43) distingue a Atenção Primária de outros tipos de atenção “pelas características clínicas dos pacientes e seus problemas”, incluindo a variedade dos problemas observados ou diagnósticos, além de “um componente

identificável dedicado à prevenção das doenças e uma alta proporção de pacientes que já sejam conhecidos na unidade de saúde”.

A autora atribui à Atenção Primária, e conseqüentemente, aos profissionais que a constituem e a fazem acontecer, o privilégio de conhecer os pacientes com o qual trabalham. Tal proximidade viabiliza o planejamento das ações de acordo com as particularidades da população adscrita e o direcionamento dos serviços. Esta intimidade com o público-alvo, a nosso ver, tende a facilitar a identificação de demandas e o acompanhamento sistemático de pacientes que necessitam de assistência contínua. Além disso, oportuniza o acolhimento e a educação em saúde através de orientações que podem ser feitas tanto na Unidade Básica de Saúde, no momento da procura espontânea dos cidadãos aos serviços, quanto em seu domicílio, por meio de visitas da equipe do Programa de Saúde da Família (CAMPANUCCI, 2010). Mas, para isso, profissionais e usuários precisam assimilar a importância em se privilegiar a Atenção Primária à Saúde. Reflexão que tem se mostrado frágil, ou desacreditada, devido aos inúmeros problemas do SUS.

Diante da complexa necessidade de reformar a concepção de saúde da população, a discussão sobre a Atenção Primária no Brasil também tem ganhado terreno. Com o advento do SUS, tornou-se a porta de entrada prioritária e vem sendo enfatizada na agenda estratégica do Ministério da Saúde. É o que será abordado no próximo item.

2.3.1 A Atenção Básica como Reorientadora da Política de Saúde no Brasil

Ainda que embrionárias, práticas que hoje poderíamos relacionar com a Atenção Primária à Saúde já eram executadas no Brasil desde a década de 1920 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008); (LAVRAS, 2011). Mas foi a partir da década de 1970 que as experiências neste sentido aproximaram-se cada vez mais do conceito abrangente de APS.

A contribuição da universidade foi fundamental nesse processo e viabilizou, através dos cursos de medicina, a extensão da oferta de serviços de saúde a “grupos populacionais sem acesso ao consumo direto ou indireto (via seguro social) de cuidados médicos ou de outros serviços sociais” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 596).

Somam-se a essas experiências, ainda na década de 1970, as proposições emanadas da Declaração de Alma Ata sobre APS e a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que destinava recursos para a construção de unidades básicas de saúde e visava implantar serviços “de primeiro nível em cidades de pequeno porte” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 597).

Giovanella; Mendonça (2008, p. 598) explicam que antes da implantação do SUS, outras duas iniciativas fomentaram a consolidação da APS no Brasil: o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE/1980), que aprofundou o debate político “em favor da universalização da assistência médica”; e o Plano Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP/1982), que buscava romper com a tendência “centralizadora na formulação de políticas”, abrindo espaço para experiências localizadas, “em especial o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS).

Em 1985, as AIS tornaram-se uma estratégia do primeiro governo da Nova República. O objetivo era integrar as diversas instituições de atenção à saúde (MS, INAMPS, secretarias estaduais e municipais de Saúde) para unificar e fortalecer as ações em nível local. Tal medida estimulou a criação de novas unidades de saúde nos municípios e, com isso, ampliou significativamente a cobertura de serviços básicos de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Gil (2006, p. 1172) argumenta que o “referencial proposto em Alma Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980, e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos”. Ou seja, a discussão que já havia sido deflagrada em nível mundial chegara ao Brasil.

No entanto, a autora defende que este referencial foi perdendo paulatinamente

sua potência sendo, cada vez mais, substituído pela concepção da Atenção Básica à Saúde e, em meados da década de 1990, com a implantação do PSF e dos incentivos financeiros específicos dirigidos aos municípios, em especial o Piso da Atenção Básica em 1998 que resultou no fortalecimento da Atenção Básica e do PSF no âmbito municipal, percebe-se uma intensificação deste movimento (GIL, 2006, p. 1172).

Analisando os conceitos de Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica e Saúde da Família, a autora explorou os documentos oficiais do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2005 a fim de desvelar como esse órgão vem apresentando “tais concepções e se as mesmas têm sido orientadoras das propostas de desenvolvimento das ações básicas de saúde no âmbito do SUS, entendendo desenvolvimento como formulação e implementação das políticas de saúde” (GIL, 2006, p. 1173).

A pesquisadora concluiu que o conceito de Atenção Básica emergiu duas décadas depois da Conferência de Alma Ata e também foi influenciado pelo Banco Mundial.

Surge igualmente num contexto de importantes ajustes econômicos, inclusive permeados por políticas de redução do papel do Estado (Estado Mínimo) que caracterizaram a década de 1990 e, apesar disso, parece ter sido mais facilmente incorporado ao cotidiano do setor saúde. Inferimos que a explicação disso reside na própria trajetória de construção do SUS, que, ao longo de sua história veio formulando instrumentos e normas para orientar a descentralização e organização do sistema, como as NOB, o PAB, as formas de habilitação do sistema etc. (GIL, 2006, p. 1179).

Cabe aqui destacar que, ainda nos anos iniciais de implantação do SUS, as determinações constitucionais e a LOS foram insuficientes para “orientar o processo de descentralização. Assim, Normas Operacionais Básicas (NOBs) emitidas pelo Ministério da Saúde tornaram-se o principal instrumento da reforma a partir do início da década de 1990” (ARRETCHE, 2005, p. 295).

Entretanto, nos primeiros anos da década de 1990 a diretriz constitucional da descentralização foi boicotada e a estratégia adotada nesse período visava reduzir ainda mais a “autonomia dos municípios, criando incentivos para forçá-los a aceitar as propostas do governo federal” (ARRETCHE, 2005, p. 295).

O fim do governo Collor, mesmo sendo abreviado por um processo de Impeachment, deixou como herança uma grave crise econômica, política e social.

No governo Itamar Franco (1992 – 1994), a nomeação de Jamil Haddad para chefiar o Ministério da Saúde abriu espaço para que “os reformadores progressistas” ocupassem posições-chave na pasta, o que viabilizou uma maior participação do movimento sanitário nas formulações e reformulações das políticas de saúde. A fim de elaborar uma NOB capaz de fazer valer as diretrizes

constitucionais, criou-se uma comissão especial denominada Grupo Especial de Descentralização (GED) (ARRETCHE, 2005).

Composto por representantes do Ministério da Saúde e autoridades de saúde dos estados e municípios, o GED formulou um documento cujo mote era a descentralização da saúde. Após ser discutido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), tornou-se a Norma Operacional Básica 93.

A NOB 93 permitia que estados e municípios escolhessem as atividades de saúde que viriam a assumir, qualificando-se em uma entre três opções de habilitação ao SUS oferecidas pelo Ministério da Saúde: condição semiplena, condição parcial ou condição incipiente. Estas três opções correspondiam a uma escala de atividades e funções em grau crescente de complexidade, da provisão de serviços de atenção básica à contratação e pagamento da rede hospitalar (ARRETCHE, 2005, p. 297).

A autora acrescenta que esse documento institucionalizou a participação dos governos locais na formulação das regras da descentralização, mas reconhece que a implementação da NOB 93 revelou-se “muito difícil” porque, ao contrário do que todos esperavam – a redução do gasto federal – as regras de descentralização aumentariam os gastos e exigiriam mais agilidade no fluxo de transferências intergovernamentais.

Sendo, assim, embora as regras da descentralização fossem atraentes para os governos locais, a incerteza em relação à capacidade do ministério para realizar as transferências federais tornava a opção pela descentralização uma decisão arriscada, porque resultaria em gastos adicionais com instalações de saúde e contratação de pessoal. Os governos locais corriam o risco de tornar-se publicamente responsáveis pela prestação de serviços de saúde, sem receber as transferências federais necessárias para realizá-las. Por consequência, até 1997, 3.127 municípios entre 4973 – 63% do total – aderiram ao programa federal de descentralização (ARRETCHE, 2005, p. 299).

Esse período de incertezas em relação a real capacidade do Ministério da Saúde arcar financeiramente com seus compromissos se arrastou até 1996, quando foi aprovada “uma nova fonte de receita para a política de saúde” (ARRETCHE, 2005, p. 299): a Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras (CPMF), extinta no início de 2007.

Após um intenso período de debates que reuniu diversas autoridades locais, outra NOB foi emitida ainda em 1996. A Norma Operacional

Básica do Sistema Único de Saúde (NOB 96) foi promulgada com a finalidade de promover e consolidar o pleno exercício do poder público municipal na gestão da assistência à saúde. Isto significa que os municípios deveriam assumir a responsabilidade, ainda que não isoladamente, de gerir um sistema que atendesse, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais (BRASIL, 1996, p. 06).

Isso também implicaria o aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do SUS, visto que, de acordo com o novo documento, o município passaria “a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território” (BRASIL, 1996, p. 07).

A NOB 96 estabeleceu as responsabilidades do gestor municipal e os requisitos relativos às diferentes modalidades de gestão. A partir dela, os municípios puderam habilitar-se em duas condições: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Aquele que não se habilitasse em uma das duas condições, permaneceria na condição de prestadores de serviços, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele município (BRASIL, 1996, p. 25).

Vale ressaltar que ambas as situações atribuíram ao gestor municipal uma série de responsabilidades, requisitos e prerrogativas que deveriam ser, obrigatoriamente, seguidas e comprovadas para a habilitação do município.

Giovanella; Mendonça (2008, p. 602) ressaltam que

Tal ato normativo disciplinou o processo de organização dos serviços segundo campos de atenção assistenciais, de intervenções ambientais e de políticas extra-setoriais, em uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações.

Ademais, foi a partir da NOB 96 que o termo Atenção Primária à Saúde foi gradativamente substituído por Atenção Básica em Saúde nos documentos oficiais do Ministério da Saúde.

Após a promulgação desta Norma, outros cinco documentos oficiais também fizeram referência a Atenção Básica na perspectiva da organização dos serviços de saúde em âmbito municipal. São eles: “Saúde da Família no Brasil: Linhas Estratégicas para o Quadriênio 1999/2002”; “Manual da Atenção Básica” (1999); “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (2000); “Guia Prático de

Implantação do Programa Saúde da Família (PSF)” (2001); e, “Regionalização da Assistência à Saúde: NOAS/SUS (2002)”; (GIL, 2006, p. 1174).

O incremento do Sistema Único de Saúde tornou mais complexa sua gestão e acarretou novos desafios para os gestores. Era necessário, por exemplo, atacar a fragmentação das políticas e dos programas de saúde que se multiplicavam, mas permaneciam desconectados. Para tanto, havia necessidade de organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e ainda qualificar a gestão. Frente à essas demandas, “o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde” (BRASILb, 2006, p. 05).

Como já assinalado anteriormente, o Pacto pela Saúde (2006) desdobra-se em três campos estratégicos: Pacto Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Dentre outros objetivos, a pactuação visa promover inovações nos processos e instrumentos de gestão para alcançar “maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas” (BRASILb, 2006, p. 06).

Dentre as diretrizes estabelecidas pelo Pacto em Defesa do SUS, destacam-se os “compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação do processo de Reforma Sanitária”, a qualificação do SUS como política pública e a repolitização da saúde (BRASILb, 2006, p. 12).

O Pacto de Gestão,

Define as responsabilidades sanitárias do gestor municipal, do gestor estadual e do gestor federal do SUS e estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASILb, 2006, p. 13).

O Pacto pela Vida corresponde ao compromisso dos gestores do SUS de se atentarem às prioridades que apresentam impactos sobre a saúde dos brasileiros. Neste sentido, contempla a saúde do idoso - cujas diretrizes operacionais estão descritas neste documento -, o controle do câncer de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças, a promoção da saúde com ênfase em atividade física

regular e o fortalecimento da Atenção Básica (BRASILb, 2006). A Saúde do Homem só foi incorporada ao Pacto na sua reformulação, em 2008.

O documento defende que fortalecer a Atenção Básica significa assumir a Estratégia de Saúde da Família como prioritária, desenvolver ações de educação permanente dos profissionais da Atenção Básica, consolidar a qualificação da Estratégia de Saúde da Família nos pequenos e médios municípios e ampliá-la nos grandes centros urbanos (BRASILb, 2006, p. 11).

Cabe ressaltar que o Programa Saúde da Família (PSF) foi instituído em 1994 como uma “estratégia do Ministério da Saúde (MS) para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde” (BESEN et al, 2007, p. 58).

Contudo, como o termo Programa remete a um processo com início, desenvolvimento e conclusão, “a partir de 1996, o Ministério da Saúde começou a romper com o conceito de programa reforçando a idéia de estratégia de saúde da família por reconhecê-la na reorientação da APS no Brasil” (BESEN et al, 2007, p. 58).

Conforme aponta Feuerwerker (2007, p. 99), as equipes de Saúde da Família trabalham focadas em um dado território, ultrapassando a compreensão geográfica e “incluindo toda a complexidade das relações sociais e econômicas estabelecidas em seu interior”.

Franco; Merhy (2003, p. 57) esclarecem que a equipe multiprofissional de Saúde da Família “é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS)”, número que varia conforme o tamanho da população a ser atendida pela equipe de Saúde da Família.

As funções da Equipe de Saúde da Família são divididas em “visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório pelo médico e enfermeira” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 58). Através da intervenção no ambiente familiar busca viabilizar uma alteração positiva do “perfil higiênico” da população, e prevenir os agravos à saúde.

Em 2005 já existiam 24.000 Equipes de Saúde da Família sendo que a metade delas contava com equipe de Saúde Bucal. Com presença em 90% dos municípios brasileiros, em 2005, a Estratégia Saúde da Família (ESF) já conseguia

atender 44% da população, o que significou uma cobertura de 78 milhões de brasileiros (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p. 802).

A decisão governamental de se implementar a Estratégia Saúde da Família transcendeu as limitações temporais e a amplitude limitada inerentes à definição de um programa setorial de saúde. Na verdade, a ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p. 803).

Considerada pelos referidos autores como “um modelo coletivo de atenção primária”, a ESF foi construída e é desenvolvida no Brasil dentro de um sistema de saúde público e universal, mas seu impacto na saúde dos usuários do SUS depende “da sua capacidade de integração com as redes de atenção à saúde”, como hospitais, ambulatorios, serviços de atenção à saúde mental, prontos-socorros, entre outros (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p. 803).

De acordo com Giovanella; Mendonça (2008, p. 606), considerando os resultados positivos da atuação do PSF em municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes, em 2006, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da portaria ministerial nº 648/2006, “mediante a qual ampliou o escopo e a concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde”.

A PNAB (2006) sugere a expansão do atendimento, dos serviços e das ações em saúde para toda a população, considerando as diferentes fases da vida, as peculiaridades territoriais, culturais e pessoais. E determina que a Atenção Básica ofereça um conjunto de serviços que envolvam aspectos educativos e preventivos, mas que também sejam capazes de responder às demandas de forma concreta e rápida (CAMPANUCCI, 2010).

Vale destacar que esta política

considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006, p. 10).

Contemplando as prescrições do Pacto pela Saúde, a PNAB prescreve que a Atenção Primária tenha o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia prioritária para sua organização e define como áreas estratégicas de atuação a eliminação da hanseníase e da desnutrição infantil, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, “a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde” (BRASILa, 2006, p.11).

A PNAB (2006) estabelece uma série de itens necessários para a viabilização das ações e serviços primários e revela que embora a denominação deste nível de atenção remeta a algo simples, básico, a Atenção Primária envolve uma grande complexidade assistencial.

De acordo com Giovanella; Mendonça (2008), as UBS não foram definidas tradicionalmente como a porta de entrada obrigatória do sistema de saúde do país. Talvez por isso muitos brasileiros ainda priorizem prontos-socorros e hospitais como primeiro contato com os serviços de saúde. Prática que impacta na adesão à Atenção Primária a Saúde. Além disso, no momento em que ele entra no serviço pelos níveis de média e alta complexidade, não se pode garantir o cumprimento das orientações do Ministério da Saúde, como a integralidade da atenção, o foco em ações preventivas e hierarquização do sistema.

Mesmo com a PNAB (2006) indicando a Atenção Básica como porta de entrada do SUS, problemas institucionais dificultam a reorientação da política de saúde no Brasil nesta perspectiva hierarquizada. Destacam-se o número insuficiente de unidades e de profissionais de saúde por serem os responsáveis diretos pela superlotação das UBS e pela dificuldade de acesso aos serviços primários.

Soma-se a isso a carência de profissionalizar os ACS; de implementar efetivamente uma política de qualificação profissional em consonância com suas atribuições na Atenção Básica; ampliar o número de médico generalistas especializados em saúde da família (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Como estes problemas precisam ser enfrentados, o Ministério da Saúde reviu suas orientações norteadoras para a PNAB. Este assunto será tratado a seguir.

2.3.2 Uma Nova Política Nacional de Atenção Básica: PNAB/2011

Dada a complexidade de implementação do SUS, em outubro de 2011, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº 2.488, responsável pela revisão das 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).

Esta nova Política Nacional de Atenção Básica (2011) já contempla as regulamentações prescritas no decreto nº 7.508/2011 e aponta a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil, reiterando a Estratégia Saúde da Família como prioritária para a reorganização dos serviços básicos no país.

Em seu Anexo I, dispõe sobre os princípios e diretrizes gerais da Atenção Básica; sobre as funções da Rede de Atenção à Saúde (RAS); e sobre as responsabilidades das três esferas de governo. Trata da infraestrutura necessária e do funcionamento da Atenção Básica; da Educação Permanente das equipes de Atenção Básica; do processo de trabalho e das atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica; das especificidades da equipe de Saúde da Família; dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); além de dispor sobre o Programa Saúde na Escola e determinar as bases de financiamento da Atenção Básica.

Nota-se que as proposições da nova PNAB foram influenciadas pela literatura produzida sobre esse nível de atenção à saúde, contemplando, por exemplo, várias indicações da Declaração de Alma Ata (1978) e de Bárbara Starfield (2002).

Como fundamentos e diretrizes apresenta a territorialização, a universalidade de acesso, a adscrição dos usuários e o estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e a comunidade, a coordenação da integralidade do cuidado e a participação social. Contudo, a Portaria nº 2.488/2011 também evidencia que o Brasil implementa serviços que remetem a uma concepção abrangente de APS, mas sem abandonar programas de Atenção Primária Seletiva (um pacote de intervenções de baixo custo, tais como reidratação oral, aleitamento materno e imunização).

A territorialização aparece na Portaria nº 2.488/2011 como uma estratégia para ampliar o impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde da população adscrita em uma determinada unidade básica de saúde, a

partir do planejamento, programação descentralizada e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais. Essa diretriz determina que cada unidade de saúde tenha uma área de abrangência, uma população-alvo delimitada e cadastrada, mas também pressupõe que os potenciais usuários saibam qual é sua unidade de saúde de referência.

Outra diretriz elencada pela nova PNAB determina que a Atenção Básica deva possibilitar o acesso universal a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, capazes de oferecer a continuidade do cuidado, de acordo com as necessidades dos usuários. Deve ainda, caracterizar-se como a porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde,

acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes (BRASIL, 2011, p. 03).

A terceira diretriz da PNAB (2011) trata da adscrição dos usuários e do estabelecimento de vínculos entre as equipes de Atenção Básica e a população adscrita. Desse modo, espera-se viabilizar a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Para Starfield (2002, p. 62),

A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população que deveriam receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

Dentre as diretrizes da nova PNAB (2011) também figura a coordenação da integralidade em seus vários aspectos. Tal preocupação centra o processo de trabalho no usuário em substituição ao processo centrado em procedimentos e profissionais. Assim, o cuidado do usuário passa a ser o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

De acordo com Starfield (2002, p. 62), a integralidade só se efetiva se as unidades básicas de saúde fizerem “arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas”. Obviamente, esse processo inclui encaminhamentos para serviços de média e alta complexidade, tais como internação domiciliar, exames diagnósticos específicos, entre outros.

Nessa mesma perspectiva, o Anexo I da Portaria 2.488/2011, orienta que a coordenação da integralidade implica em integrar as ações programáticas e a demanda espontânea; promover articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. Pressupõe ainda a ampliação da autonomia dos usuários e coletividades, o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

A nova PNAB (2011, p. 04) reitera a relevância da participação dos usuários na construção do cuidado à saúde das pessoas e coletividades do território, e enfatiza que o estímulo a participação social é o caminho para ampliar a autonomia e capacidade dos usuários do SUS “no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social”.

Esta portaria, considerando as legislações vigentes na área da saúde, também define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS¹⁴) como estratégia necessária para oferecer um cuidado integral e focado nas necessidades de saúde da população.

De acordo com o documento, para a Atenção Básica contribuir com o funcionamento das RAS, deverá cumprir com os compromissos de ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais alto grau de descentralização e capilaridade; ser resolutiva; coordenar o cuidado; e, ordenar as redes.

¹⁴ As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011, p. 04 – PNAB).

Para tanto, será necessário que no âmbito da Atenção Primária seja possível:

identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; [...] elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS [...] reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2011, p. 05).

Diante de tantas demandas, uma questão fundamental para a concretização de uma política como esta é o seu financiamento. A portaria 2.488/2011 define que os recursos sejam provenientes de três fontes: do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Ou seja, o financiamento continua sendo tripartite. Mesmo assim, são as Secretarias Municipais de Saúde que devem “garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas” (BRASIL, 2011, p. 08).

No que se refere à infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica, destaca-se entre as determinações da nova PNAB, a facilitação do acesso, do vínculo e da continuidade do cuidado garantida através do reconhecimento de diversas realidades socioepidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e distintas maneiras de organização das UBS. Ressalta-se ainda, os parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde, a saber:

- I - para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para no máximo 18 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica; e
- II - para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para no máximo 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica (BRASIL, 2011, p. 10).

Fazendo uma conta simples e aplicando estes parâmetros ao Município de Londrina, pelo menos em tese, poderíamos dizer que os serviços primários deveriam ser capazes de cobrir a população em sua totalidade e com

folga. Tomando por base a população (cerca de 507 mil habitantes) e o número de UBS (52), cada unidade de saúde ficaria responsável por 9.750 pessoas. Mas como veremos adiante, não é esta a realidade vivenciada pelos londrinenses.

Importante destacar, e o próprio Ministério da Saúde ressalta no texto da nova PNAB, que a Atenção Básica deve ser reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil. O mesmo órgão sugere que para a consolidação e aprimoramento dessa Política “um saber e um fazer em educação permanente [...] sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde”. Nesse sentido, entende que a educação permanente deve ser “constitutiva da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular” (BRASIL, 2011, p. 10).

As proposições contidas na nova PNAB (2011) enfatizam que a educação permanente tenha como premissa o “planejamento/programação educativa ascendente”. Isso significa que o conteúdo a ser abordado precisa emanar de uma análise coletiva dos processos de trabalho, ou seja, dos principais problemas e dificuldades que permeiam a prática cotidiana nos serviços primários de saúde.

Assim,

identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011, p. .

O documento que apresenta a nova PNAB (2011) também define o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família; elenca algumas especificidades do cotidiano laboral desse modelo de atenção à saúde, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e descreve o Programa Saúde na Escola.

Por hora, corroborando com Lavras (2011), é pertinente ressaltar que ainda que tenham ocorrido avanços na organização da APS no país há entraves que precisam ser dirimidos. Só assim tornar-se-á possível garantir a concretização de todos os propósitos da política nacional, de forma que ela seja capaz de organizar o sistema e coordenar o cuidado em saúde, superando as barreiras institucionais de acesso dos homens aos serviços primários.

Parte desses entraves pode ser atribuída a questões próprias da realidade de cada município ou de cada equipe, o que não necessariamente implica em medidas locais para sua superação. Ainda, no que se refere especificamente à APS, há que se superar um padrão cultural vigente tanto na sociedade como no aparelho formador, na perspectiva de valorizar e legitimar as práticas que aí se desenvolvem (LAVRAS, 2011, p. 871).

Superar a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde também é um objetivo perseguido por gestores e profissionais de saúde do município de Londrina. No entanto, por conta de deficits de diversas ordens, os londrinenses encontram-se submetidos a um fluxo moroso e a serviços pouco resolutivos, como será destacado no próximo passo desta pesquisa.

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM LONDRINA: O RETROCESSO DE UM MUNICÍPIO PIONEIRO

O município de Londrina foi um dos pioneiros na descentralização dos serviços de saúde, palco de experiências “orientadas pelo processo de reforma sanitária brasileira” e pelas “diretrizes do Modelo de Atenção Primária à Saúde, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS)” (GIL, MARTIN e GUTIERREZ, 2001, p. 62).

Ainda na década de 1970, a Universidade Estadual de Londrina (UEL) acompanhou o que acontecia em outras importantes universidades brasileiras - no que se refere à ampliação do conceito de saúde e, conseqüentemente, das práticas de saúde no país - e foi decisiva para que a Atenção Primária à Saúde fosse implantada em Londrina.

Segundo Gil; Martin; Gutierrez (2001, p. 63), no início da década de 1970, devido à criação do curso de Medicina, a UEL

propôs implantar, junto com a Prefeitura do Município, dois Postos de Saúde localizados em bairros urbano-periféricos da cidade, com a finalidade de servir de campo de estágio a alunos do Curso de Medicina para que os mesmos pudessem prestar cuidados médicos à população, numa abordagem de assistência integrada ao indivíduo.

Os objetivos do Departamento de Medicina Geral e Saúde Comunitária do Centro de Ciências da Saúde da UEL na época eram acrescentar à ação curativa, práticas de prevenção e promoção da saúde da comunidade, e oferecer uma assistência integral à saúde, considerando o paciente em sua totalidade, “com suas implicações de ordem sócio-econômica, cultural e familiar”. Para tanto, contestava-se a noção dicotômica de que a medicina se dividia em “medicina preventiva *versus* medicina curativa”, incitando os estudantes a acrescentarem em suas práticas “orientações de autocuidado, pré-natal, vacinação, prevenção de doenças, entre outras” (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001, p. 64).

Nos anos seguintes, constatou-se que os “casos simples de saúde, como pré-natal, puericultura, verminose, gripe, escabiose, diarréia e outros (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001, p. 64), ocupavam a maior parte do tempo dos médicos, comprometendo o atendimento dos pacientes acometidos por patologias

mais complexas. Frente a isso, os profissionais de enfermagem foram capacitados e passaram a absorver essa demanda.

Concomitante a esse processo, a experiência prática e o estudo de modelos de atenção à saúde prestados em outros países foram deixando clara a função destes Postos de Saúde dentro de um sistema hierarquizado de prestação de serviços, chamando a atenção para o papel fundamental dos órgãos de referência, da atuação da enfermagem, dos auxiliares de saúde e principalmente do papel fundamental do médico geral (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001, p. 65).

Em 1977, a Secretaria de Saúde do Município inaugurou um novo modelo de saúde municipal incluindo esta nova concepção no bojo de suas ações. “Este período ficou marcado pela ênfase dada à ampliação dos serviços de atenção primária à saúde, administrados diretamente pela prefeitura” (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001, p. 66).

Com base em Braga (1981); Novaes (1990), os autores ressaltam que o modelo vigente neste município

era coerente com a política nacional de saúde ditada pela Previdência Social. Um modelo médico-assistencial privatista, com privilegiamento das práticas médicas curativas especializadas, de caráter individual, hospitalocêntrica, assistencialista e medicamentosa, desenvolvida na concepção da medicina flexneriana em detrimento da saúde pública (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001, p. 67).

Mesmo com todos os obstáculos colocados pela centralização e autoritarismo do Regime Militar que dominava o País, o município de Londrina fechou a década de 1970 com um total de 15 (quinze) Postos de Saúde distribuídos nas áreas urbana e rural. A partir de então, o modelo adotado atingiu uma fase de consolidação.

Com o enfraquecimento da Ditadura Militar e a abertura democrática, no início da década de 1980, ocorreram mudanças significativas no cenário político paranaense que tiveram forte impacto na organização dos serviços de saúde nos municípios. Neste ínterim, o “então incipiente Movimento Sanitário Paranaense” conseguiu desenvolver uma ampla articulação política que deu origem a um Plano de Saúde, posteriormente denominado “Uma Proposta Democrática e Popular para a Saúde do Paraná”, e que tinha como fim último melhorar a saúde da população paranaense (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001, p. 72).

Este Plano, segundo os autores, assumia como diretrizes a “participação comunitária, principalmente nos níveis de decisão e controle, o acesso aos serviços de saúde e a elevação da qualidade dos serviços de saúde” (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001, p. 72).

A fim de efetivar as respectivas diretrizes, cinco estratégias foram estabelecidas: 1) a regionalização e hierarquização dos serviços; 2) a integração dos serviços e a coordenação do sistema; 3) a utilização e desenvolvimento de tecnologia apropriada em saúde; 4) a democratização administrativa; 5) e, a participação popular (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001, p. 72). Isto é, desde o início da década de 1980, almejava-se promover a descentralização dos serviços estabelecendo um fluxo de referência e contrarreferência, aplicando equitativamente a tecnologia necessária e horizontalizando a gestão do sistema de saúde.

Neste cenário, a municipalização dos serviços de saúde foi o instrumento privilegiado para a consecução das referidas estratégias.

De acordo com Gil; Martin; Gutierrez (2001), a municipalização foi responsável por um crescimento expressivo de serviços de saúde, deixando o estado do Paraná a frente de outras unidades federadas antes mesmo deste instrumento se tornar uma determinação da política nacional de saúde, com a Constituição de 1988 e a LOS, em 1990.

Silva (1996, p. 10) esclarece que em Londrina o principal objetivo da municipalização da saúde era “a construção de um modelo de atenção centrado no coletivo”. Na gestão municipal de 1993 a 1996 foram desenvolvidas ações estratégicas no sentido de assumir o controle de todos os serviços e ações de saúde do SUS. Neste contexto, a municipalização foi retomada e rapidamente implantada. Assim, Londrina tornou-se a primeira cidade paranaense a se habilitar à gestão semiplena.

Em dezembro de 1996, ao assumir esta forma de gestão, foram estabelecidos três objetivos imediatos. O primeiro era aperfeiçoar os mecanismos de regulação e controle dos prestadores do SUS, o segundo era constituir um Fundo de Reserva financeira dentro do Fundo Municipal de Saúde e o terceiro era intervir no modelo de prestação dos serviços a fim de colocar em prática o Plano Municipal de Saúde (SILVA; SUGMYAMA, 1996, p. 76).

Esperava-se que os mecanismos adotados permitiriam reduzir os gastos e possibilitariam a rápida constituição de “um fundo de reserva equivalente a 30% do valor de uma fatura mensal” (SILVA; SUGMYAMA, 1996, p. 77).

Dentre as ações priorizadas pelo Plano Municipal de Saúde, elaborado com a participação do Conselho Municipal de Saúde no terceiro mês após a habilitação do município à gestão semi-plena, Silva; Sugmyama, (1996, p. 78-82) destacam a implantação do serviço de internação domiciliar com objetivo de humanizar o atendimento aos pacientes com doenças crônicas; a criação do CONVIVER – Núcleo de Atenção Psicossocial 24 horas para Adultos para reduzir as internações, a fim de renovar o modelo assistencial em saúde mental e, conseqüentemente, economizar recursos para direcioná-los a outras áreas prioritárias; o atendimento à demanda reprimida em cirurgias eletivas, “um dos pontos de estrangulamento do SUS”; a melhoria no agendamento de consultas especializadas; a criação de um sistema de informações sobre morbimortalidade por acidentes e violência; a instituição de programas de detecção precoce de câncer de pulmão e de próstata; o auxílio aos Hospitais Filantrópicos; a melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, que neste período já somavam 52; e aquisição de medicamentos para tratamento de pacientes com Aids, dentre outros investimentos.

Gil; Martin; Gutierrez (2001, p. 86) destacam que “a expansão quantitativa de Unidades de Saúde municipais veio acompanhada de uma grande ampliação de recursos humanos”. No entanto, a discussão sobre o papel destas UBS e em “torno da readequação da oferta”, além de ampliar as ações “médico-curativas” “acabou por secundarizar novamente as ações de promoção da saúde e prevenção da doença”.

Deste modo, segundo os autores, “orientações simples deixaram de ser dadas à população, a enfermagem se retirou consubstancialmente da prestação direta de cuidados de saúde e os serviços” continuaram centrados nas consultas médicas (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001, p. 86). Tais apontamentos revelam que a gestão semi-plena, por um lado representou avanços, mas por outro trouxe demandas que o município não conseguiu absorver, inviabilizando a necessária transformação cultural sobre o processo saúde/doença.

Em 2001, o município adotou a modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Isto significa que, a partir deste ano, a Prefeitura de

Londrina assumiu o “comando de todos os serviços que compõem o SUS: serviços próprios, filantrópicos e privados”. Porém, mesmo gozando desta autonomia, o desafio de “reverter o modelo de atenção à saúde” - que se matinha pautado no modelo médico-curativo – e ampliar a resolubilidade do sistema de saúde continuava em tela (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001, p. 88).

A fim de melhorar a qualidade do atendimento e reorganizar a oferta de serviços primários, ainda em 2001, a Secretaria Municipal de Saúde de Londrina aderiu ao Programa Saúde da Família (PSF). Desde então, passou a investir em ações preventivas e a incorporar práticas sanitárias que possibilitassem ultrapassar a concepção restrita/curativa de saúde e intervir nos determinantes do processo saúde/doença, almejando evitar o risco de adoecer (MOTTER, 2007).

Segundo Motter (2007, p. 70)

Entendia-se que a Estratégia Saúde da Família era a mais adequada para o aperfeiçoamento e reestruturação do modelo assistencial vigente, possibilitando maior racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial e resultados favoráveis dos indicadores de saúde.

Para tanto, foi necessário ampliar quantitativamente as Equipes de Saúde da Família e, no final de 2001, o número de Equipes atuando na área urbana passou de quatro para 93 (MOTTER, 2007).

Isto representaria um avanço incontestável do SUS em âmbito municipal, não fosse o modo como as Equipes de Saúde da Família foram compostas. O primeiro passo dado pela Secretaria Municipal de Saúde foi convidar profissionais de saúde que já tinham sido contratados a estenderem suas jornadas de trabalho e a participarem de “forma vinculada às Unidades de Saúde”. Tal decisão foi respaldada em uma lei municipal que autorizou a ampliação da carga horária destes profissionais (MOTTER, 2007, p. 70).

Motter (2007) aponta que outra estratégia na época foi criar “incentivos funcionais” para os trabalhadores da saúde que se dispusessem a atuar em uma das Equipes de Saúde da Família e/ou em alguma Unidade de Saúde da Família. No entanto, tais iniciativas não alcançaram totalmente seus objetivos, já que foram insuficientes para formar equipes completas - com pelo menos um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a cinco agentes comunitários de saúde.

Além disso, a necessidade de reorganizar a lógica da prestação de serviços primários no município desconsiderou as condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Diante da necessidade de ampliar o quadro de recursos humanos, optou-se por firmar parcerias com entidades não governamentais. Assim, em “julho de 2001, foi firmado convênio com a Santa Casa de Londrina” e esta se tornou responsável pela contratação de “médicos, enfermeiros e ACS pelo regime de Consolidação das Leis do Trabalho” (MOTTER, 2007, 70), acentuando o processo de privatização do SUS em âmbito municipal.

Motter (2007, p. 72) sinaliza que, “em 2006, havia 101 equipes” distribuídas nas 52 Unidades Básicas de Saúde, “o que correspondia a uma cobertura de “75% da população urbana e 100% da população rural”.

No mesmo ano, uma greve dos servidores municipais, cuja principal reivindicação era reposição salarial, durou “106 dias (de agosto a novembro/2006)”. A paralisação provocou o fechamento de algumas UBS por falta de pessoal para atender a população (MOTTER, 2007, p. 78), fato que acabou por revelar que a terceirização não havia contornado o problema do deficit de recursos humanos para a Saúde.

Somou-se negativamente às más condições de trabalho, os muitos pedidos de demissão de alguns profissionais e, conseqüentemente, a redução do quadro de funcionários da Atenção Básica. De um total de 748 profissionais divididos em 101 Equipes de Saúde da Família, restaram 705 trabalhadores e 96 Equipes incompletas (MOTTER, 2007).

A análise empreendida por Motter¹⁵ revela que as Equipes ficaram “desfalcadas principalmente de médicos e enfermeiros”. Ademais, a autora identificou que, em 2006, nem todos os membros das Equipes haviam participado do “treinamento introdutório para atuação na Estratégia Saúde da Família, realizado pela SMS no segundo semestre de 2001” (MOTTER, 2007, p. 82).

O mais preocupante é que, segundo a autora, isso acontece principalmente com os ACS, por conta da rotatividade nesta categoria (MOTTER, 2007, p. 82). A terceirização dos recursos humanos na Saúde não estimula os

¹⁵ Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina, em 2007, com o título “Estratégia Saúde da Família: integralidade na atenção às demandas sociais no município de Londrina – PR.

profissionais a permanecerem desempenhando suas funções por não estar acompanhada de estabilidade empregatícia, não ser garantia de melhores condições de trabalho, oferecer baixos salários e por dificultar a criação de vínculos, o que compromete a qualidade dos serviços primários.

Observa-se que a saída de um profissional de saúde que, ao ser contratado, passou por capacitações, criou vínculo com a equipe e com a comunidade e que fazia parte de um plano de trabalho local, gera um grande ônus para o sistema de saúde. Além de o Estado perder o investimento destinado ao trabalhador desde a sua admissão, quebra-se um ciclo necessário à implementação da atenção Primária à Saúde em que as ações coletivas são enfatizadas e planejadas para atingir objetivos a curto, médio e longo prazo, na perspectiva da longitudinalidade do cuidado. Com serviços primários ineficientes, a população que já é habituada a priorizar os serviços curativos afasta-se dos serviços preventivos por não vislumbrarem resultados positivos.

E considerando que os agentes comunitários de saúde não têm formação específica, sendo exigido dos candidatos ao cargo apenas a conclusão do Ensino Médio, a capacitação introdutória é fundamental para a inserção dessas pessoas nas Equipes de Saúde da Família. Sem qualificação, perde-se um tempo indispensável às Equipes até que o ACS assimile suas atribuições e onera-se o processo de trabalho, o que acaba afetando significativamente os resultados das ações.

Motter (2007, p. 138) também aponta que a “lógica da Estratégia Saúde da Família não teve a adesão de todos os profissionais das UBS”. Além dessa dificuldade para efetivar as propostas da ESF, os profissionais entrevistados por ela acrescentaram a “necessidade de trabalhar com o indivíduo na sua integralidade, nas diversas fases do ciclo de vida, o que demanda conhecimentos diferenciados”; “a interação com outros profissionais”; a “intersectorialidade”; e a complexidade de “realizar a prevenção nas áreas de vulnerabilidade social, porque a população está mais exposta ao risco de adoecer e a intervenção precisa extrapolar o campo biológico”. Isto é, faz-se necessário atingir outros fatores determinantes do processo saúde/doença como a miséria, o analfabetismo, o desemprego, o uso abusivo de álcool e outras drogas, a prostituição, a gravidez na adolescência, a desnutrição infantil, entre outras.

Todas estas dificuldades repercutiram de forma negativa na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora tenha havido ampliação de ações e serviços, o que se observa no município de Londrina é que o SUS tem se tornado cada vez mais deficitário nos últimos anos.

Faltam, por exemplo, profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos prontos-socorros e nos centros de especialidades ambulatoriais. Em decorrência desta carência, os trabalhadores da área que resistem aos baixos salários encontram-se extremamente sobrecarregados. A população usuária, sem outra opção, permanece desassistida, aguardando atendimento nas intermináveis filas do sistema público de saúde (CAMPANUCCI, 2010).

Este cenário de grave crise é confirmado por uma pesquisa documental¹⁶ realizada por este autor durante todo o ano de 2011, cujas fontes foram as edições diárias do Jornal de Londrina (JL)¹⁷, o Relatório Final da Comissão Especial de Inquérito (CEI Saúde) – aberta para apurar supostas ilegalidades e irregularidades nos termos de parcerias firmados entre a Prefeitura de Londrina e as OSCIPs Instituto Gálatas e Instituto Atlântico para a prestação de serviços de saúde -, o Perfil do Município de Londrina 2012 (Ano Base 2011) e o Relatório Anual de Gestão da Saúde (2011).

As reportagens revelam que a mídia contribui com a solidificação do descrédito do SUS cumprindo seu papel de disseminar informações e formar opinião. Nesta perspectiva, as 241 notícias veiculadas entre o primeiro e o último dia de 2011 questionaram a falta de planejamento dos gestores locais – Prefeito e Secretários -, os reflexos da má gestão na prestação dos serviços, o mau uso do dinheiro público, a corrupção política, entre outros temas. O jornal também explicita que a superlotação das Unidades Básicas de Saúde e dos Prontos-Socorros deriva da falta de estrutura, do deficit de profissionais no âmbito da saúde pública municipal e da suposta ineficiência dos serviços públicos.

São situações que se arrastam, de maneira mais incisiva, desde 2007, quando o Centro Integrado de Apoio Profissional (CIAP), uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) substituiu a Santa Casa e assumiu a

¹⁶ O Relatório Final da CEI Saúde, utilizado especialmente para confrontar as publicações do JL, confirma a repercussão midiática sobre a participação do Executivo e do Legislativo no desvio de verbas públicas que deveriam custear os serviços de saúde, bem como a ênfase na terceirização como a única saída para a crise, um equívoco que custa caro a toda população.

¹⁷ Periódico local de circulação diária.

responsabilidade de contratar os trabalhadores de saúde. Assim, a partir de novembro de 2007, os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), do Sistema de Internação Domiciliar (SID) e do Sistema de Atendimento as Especialidades Médicas, passaram a ser contratados pelo CIAP. De novembro de 2007 até novembro de 2010, a referida OSCIP foi responsável pela prestação de serviços de saúde de nível básico, de média e alta complexidades nesta cidade (LONDRINA, 2011).

Neste turbilhão de problemas, vieram à tona suspeitas de corrupção envolvendo a privatização dos serviços. De acordo com o Relatório Final da Comissão Especial de Inquérito (CEI Saúde),

Em maio de 2010, em operação conjunta da Polícia Federal, da Controladoria Geral da União, do Ministério Público Federal e da Receita Federal, foi descoberto um esquema de desvio de mais de R\$ 300 milhões de verbas do governo federal repassadas para o **Centro Integrado de Apoio Profissional (Ciap)** (LONDRINA, 2011, p. 6).

Para enfrentar a crise gerada pelo rompimento do contrato com esta OSCIP, novamente uma manobra política repassou à iniciativa privada – Institutos Gálatas e Atlântico - os serviços que estavam sendo prestados pelo CIAP: ESF; SAMU; SID e Sistema de Atendimento as Especialidades Médicas. Com o argumento de minimizar os impactos desta precarização e da crise na vida política do município, a Prefeitura lançou um pacote de medidas emergenciais – contando principalmente com a participação do setor privado – que se mostrou totalmente ineficaz.

No entanto, nem a prova legítima representada pelo relatório final da Comissão Especial de Inquérito (CEI Saúde), o qual apontou o pleno conhecimento do chefe do Executivo sobre o esquema de pagamento de propina e enriquecimento ilícito envolvendo os diretores dos institutos (Gálatas e Atlântico), membros da administração pública e do Conselho Municipal de Saúde, foi suficiente para extirpar a corrupção. O prefeito só foi cassado meses depois, por conta de irregularidades em outra área da administração pública – Homero Barbosa Neto (PDT) teria utilizado profissionais de uma empresa de vigilância que prestava serviços ao Município para fins particulares.

Nota-se que esta gestão municipal (2009-2011) expressou uma fragilidade técnica e política extremamente nociva aos serviços de saúde e ao direito

que todos têm de acessar o SUS nos seus três níveis de complexidade. Demonstrou em suas ações e decisões que o comando estatal em Londrina foi negligente, despreparado e corrupto, perpetuando assim o descrédito dos serviços e dos servidores públicos.

As consequências desta crise prejudicaram significativamente a implementação da proposta da Estratégia Saúde da Família ao reduzir sua cobertura para apenas 47,66% da população londrinense. Segundo dados do Relatório Anual de Gestão da Saúde, no início de 2011 o município contava com 78 Equipes de Saúde da Família. Até o final deste mesmo ano, as equipes já tinham sido reduzidas para 69. O documento também aponta que a queda do número de profissionais da Saúde foi decorrente da “alta rotatividade de profissionais médicos e redução do número ideal de ACS por equipe” (LONDRINA, 2011. p. 19).

Atualmente, com 78 anos e com uma população de 506.701 habitantes (LONDRINA, 2012, p. 61), o município de Londrina continua com apenas 69 Equipes de Saúde da Família e 16 equipes de PACS (programa de agentes comunitários de saúde), mesclando a proposta de ação básica seletiva (PACS) com outra mais abrangente (ESF). Estas equipes estão distribuídas da seguinte forma:

20 equipes na região norte (destas 14 ESF e 6 PACS) ; 13 ESF na região leste (10 ESF e 3 PACS), 19 na região sul (16 ESF e 3 PACS), 13 na região oeste (9 ESF e 4 PACS), 10 na região central e 10 na zona rural. Foram mantidas em 2011 as 10 Equipes NASFs (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) implantadas em 2008, constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, educador físico, psicólogos) que atuam em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF

Mesmo neste tenso contexto político e estrutural, no Relatório Anual de Gestão da Saúde (2011, p. 06) a Prefeitura assegura que a Política de Saúde Municipal buscou ampliar a oferta de serviços primários a partir da Estratégia Saúde da Família. No entanto, segundo informações concedidas pelo Diretor de Atenção Primária à Saúde em fevereiro de 2013, a população londrinense só será coberta em sua totalidade com 107 Equipes Saúde da Família completas. Isto significa que desde 2011 há um deficit de 38 Equipes e a cobertura da ESF se mantém abaixo de 50%.

O número de Unidades Básicas de Saúde também não aumentou nos últimos anos, permanecendo 39 UBS na Zona urbana (sendo que três atendem

em horário ampliado e constituem o lócus desta pesquisa) e 13 na Zona rural. Nessas UBS são implementados programas específicos para “grupos de população considerados de maior risco e interesse epidemiológico” como o

Controle de Hipertensão e Diabetes, Saúde da Mulher (pré-natal, detecção precoce de câncer ginecológico e mama, planejamento familiar), Saúde da Criança (puericultura, imunizações e vigilância ao recém-nascido de risco), Controle da Tuberculose e Hanseníase, Saúde Mental, ações de controle de dengue, Controle das DSTs /HIV e AIDS (orientação, coleta de exame e apoio sorológico), manejo do tabagismo, assistência ao portador de asma, assistência farmacêutica, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia comunitária, fitoterapia, saúde indígena, saúde do idoso e apoio social (LONDRINA, 2011, p. 06).

No que se refere ao objeto desta pesquisa – o acesso dos homens aos serviços básicos de saúde –, observa-se que o grupo populacional masculino ainda não se tornou prioridade neste município. Contudo, não se pode afirmar que inexistem serviços primários para os homens já que boa parte dos programas supracitados atende tanto a população masculina quanto a feminina de diversas faixas etárias. Além disso, mesmo não sendo citado no documento, o exame de PSA (uma proteína chamada Antígeno Prostático Específico) é solicitado a todos os homens com idade igual ou superior a 40 anos com a finalidade de detectar o câncer de próstata e prevenir maiores agravos. Neste sentido, é possível perceber que o lugar dos homens na Atenção Básica permanece velado pelas prioridades do sistema.

Merece destaque o Programa de Planejamento Familiar que, vinculado à assistência integral à saúde pauta-se “no princípio da paternidade responsável e visa oferecer à comunidade atendida, o acesso a orientações e meios para bem planejar a família, proporcionando a atenção necessária perante a opção pela gestação como pelo seu espaçamento” (LONDRINA, 2011, p. 24).

Desde 2008, os métodos definitivos de esterilização “são ofertados no Cismepar¹⁸ e na Maternidade Municipal como referência para os usuários das unidades básicas de saúde”. Consta no Relatório Anual de Gestão da Saúde (2011) que esta especialidade foi regulada para possibilitar o acesso qualificado ao serviço e os números inscritos neste documento demonstram que os procedimentos de

¹⁸ Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema.

esterilização cirúrgica definitiva foram aplicados majoritariamente em homens – 56,38% do total (LONDRINA, 2011, p. 24).

Quadro 4 – Procedimentos de esterilização cirúrgica definitiva – Londrina, 2011

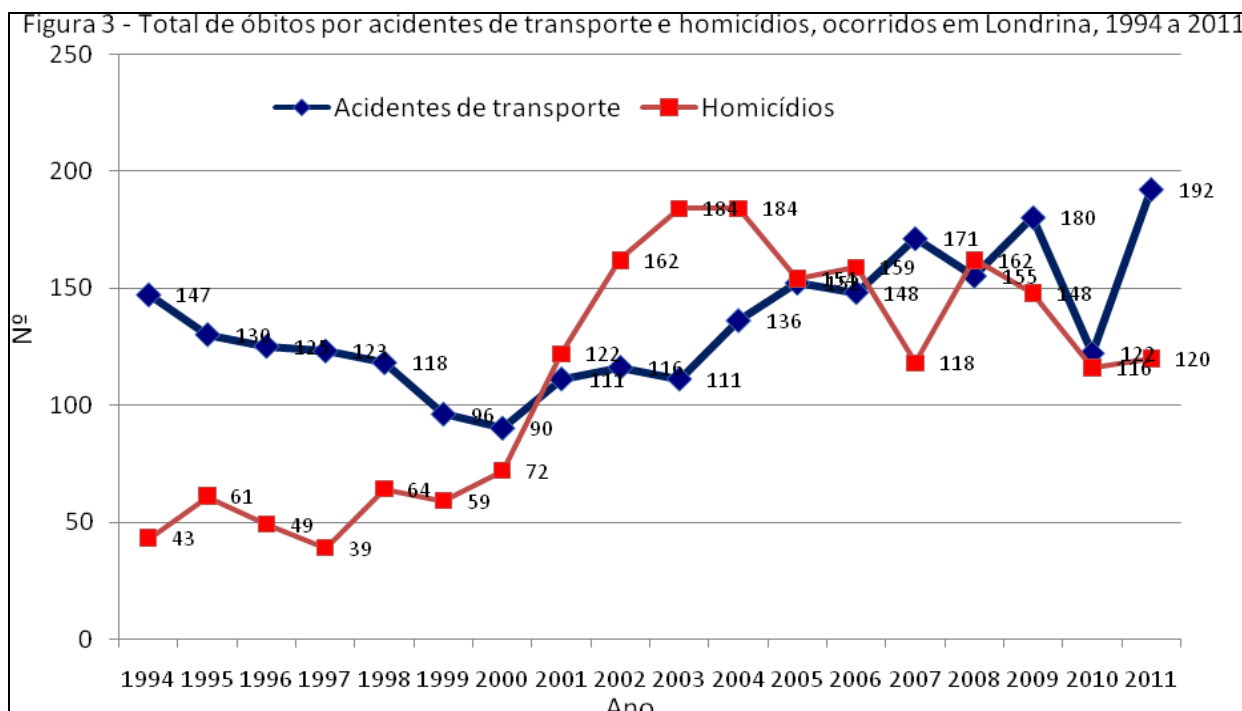
Vasectomia (ambulatorial)	484
Vasectomia hospitalar	02
Total de homens atendidos	486
Laqueadura tubária	148
Laqueadura (parto cesárea)	228
Total de mulheres atendidas	376
<i>Total de procedimentos realizados</i>	<i>862</i>

Fonte: Relatório Anual de Gestão da Saúde (LONDRINA, 2011, p. 25)

O Perfil de Morbimortalidade de Londrina (LONDRINA, 2011, p. 41) revela que a maior parte dos óbitos no ano de 2011 foi decorrente de doenças do aparelho circulatório, responsável por 30,2% das mortes. As neoplasias foram a segunda causa, com 21%, e as causas externas – Acidentes de Transporte, Lesões Auto Provocadas Voluntariamente e Agressões (PNAISH, 2008, p. 11) – representaram 11,9% das 3.055 mortes registradas no município ao longo daquele ano.

Tratando-se das Causas Externas, vale destacar que os “acidentes de transporte mantiveram-se com valores elevados até 2009, em 2010 houve queda e, em 2011 observou-se o maior valor no período analisado”. Já os homicídios vêm crescendo desde 2001, “atingindo maiores valores em 2003 e 2004. De 2008 a 2010 houve redução, com ligeiro aumento em 2011” (LONDRINA, 2011, p. 41).

Gráfico 1 – Total de óbitos por acidentes de transporte e homicídios, ocorridos em Londrina entre 1994 e 2011



Fonte: Relatório Anual de Gestão da Saúde (LONDRINA, 2011, p. 41).

A PNAISH (2008, p. 23) ressalta que “além do sofrimento físico, psíquico e social determinado pelos acidentes e as violências, há de se considerar o enorme impacto econômico mensurado pelos seus gastos hospitalares, inclusive de dias de permanência em unidades de terapia intensiva”.

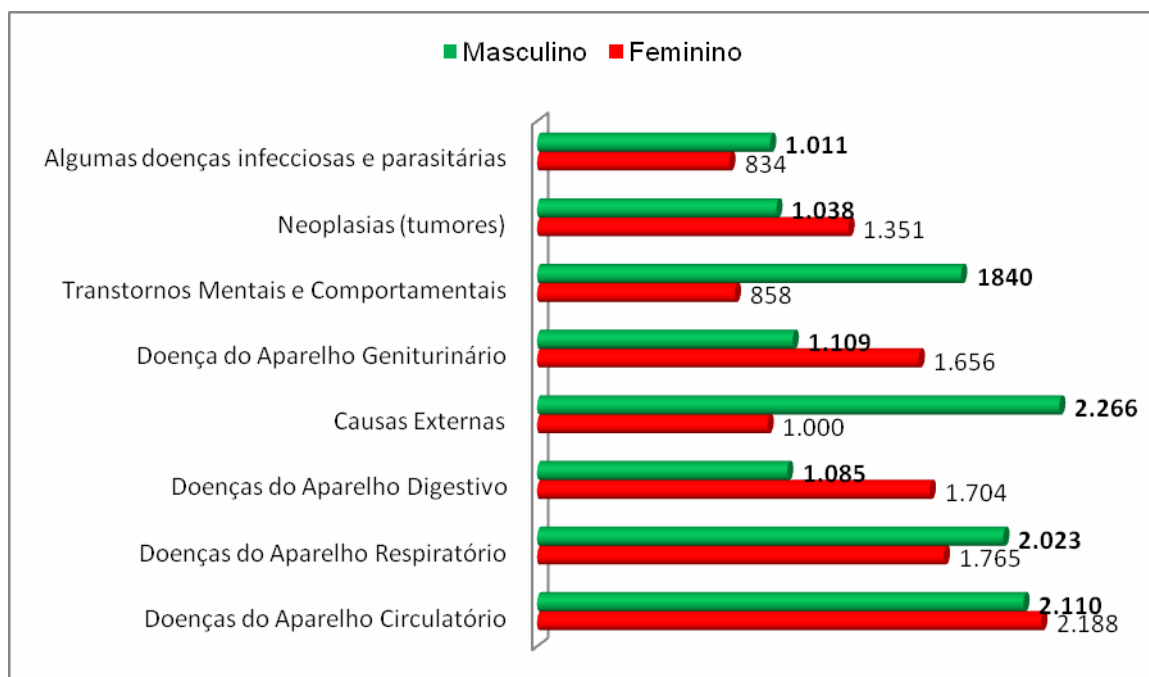
Em Londrina, de um total de 35.417 internações hospitalares realizadas pelo SUS no ano de 2011, 13.202 foram internações masculinas e 11.356 foram internações femininas ou 53,75% e 46,25%, respectivamente.

Considerando as oito principais causas de internação registradas nesta cidade (Gráfico 2) observa-se que a maior parte das internações masculinas foram motivadas por Causas Externas, correspondendo a 18% (2.266) do total. Além disso, as complicações do quadro de saúde das pessoas hospitalizadas por este motivo foram mais recorrentes “em indivíduos de 20 a 29 anos” (LONDRINA, 2011, p. 45).

Também merece destaque o alto índice de internação hospitalar de pessoas com idade entre 15 e 54 anos de idade em decorrência de Transtornos Mentais e Comportamentais. Foram 2.324 internações, ou 86,13% do total de internações por esta causa (LONDRINA, 2011, p. 44). Esta também é a quarta

causa de internações de homens neste município, responsável por 13,93% das internações masculinas.

Gráfico 2 – Internações por causas selecionadas e sexo de indivíduos residentes em Londrina (2011)



Fonte: Relatório Anual de Gestão da Saúde (LONDRINA, 2011, p. 46).

Como vimos, mesmo tomando conhecimento sobre os dados epidemiológicos que reiteram a urgência em se atentar às particularidades e necessidades de saúde dos homens, o Município mantém o lugar *deles* camuflado no contexto da Atenção Básica. Supomos que a demanda superior à capacidade dos serviços e a baixa cobertura da ESF impedem que iniciativas a favor da atenção integral à saúde do público masculino sejam apresentadas e colocadas em prática nas UBS de Londrina.

3.1 BARREIRAS INSTITUCIONAIS LOCAIS: UM OLHAR SOBRE O ACESSO DOS HOMENS AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE EM LONDRINA

As barreiras institucionais – aqui equiparadas às barreiras organizacionais indicadas por Travassos; Castro (2008) - são constituídas pelo próprio sistema de saúde, mas também sofrem influência dos aspectos socioculturais, obviamente, porque os trabalhadores da saúde são tão influenciáveis

pelos estereótipos de gênero¹⁹ quanto os usuários dos serviços. De um modo geral, as barreiras institucionais ou organizacionais relacionam-se com a organização e resolutividade dos serviços, com a tecnologia disponível, com a agilidade do fluxo, com a infraestrutura, com a qualidade do atendimento, com os recursos materiais e humanos, entre outros aspectos vinculados ao funcionamento do sistema de saúde.

Observa-se que as barreiras institucionais e socioculturais de acesso aos serviços primários se inter-relacionam historicamente com o desenvolvimento da política de saúde no Brasil, que sempre privilegiou uma prática hospitalocêntrica, medicamentosa, curativa e individual. “Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso” (BRASIL, 2008, p. 6).

Almejando explicitar os componentes das barreiras institucionais identificadas nas unidades de saúde investigadas, essa análise inicia-se com a caracterização das UBS apontando dados sobre a estrutura física e demanda; destaca o deficit de recursos humanos como um importante agravante das barreiras de acesso aos serviços primários; descreve o fluxo as formas de acesso aos serviços básicos de saúde sob o olhar das coordenadoras das UBS; e, por fim, registra as principais dificuldades que homens enfrentam para terem acesso aos serviços primários.

Cabe aqui destacar que as três UBS analisadas nesse estudo, por oferecerem atendimento de urgência e emergência, recebem encaminhamentos das outras UBS do município e absorvem, no pronto-atendimento, a demanda de pessoas de todas as regiões de Londrina.

3.1.1 Estrutura Física Versus Demanda

A PNAB (2011) determina que as UBS sejam construídas e/ou ampliadas seguindo as orientações do Manual de Infraestrutura do Departamento de Atenção Básica, publicado em 2006 pela Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde. Este manual, por sua vez, indica que a estrutura das UBS deve respeitar normas relativas à facilidade de limpeza e desinfecção, ventilação, luminosidade, fluxo de usuários e até mesmo às instalações elétricas e hidráulicas.

¹⁹ Assunto trabalhado no capítulo 4.

Não obstante, há que se destacar que as 52 UBS de Londrina já tinham sido construídas, pelo menos, dez anos antes da publicação do Manual. Dentre as unidades selecionadas pela pesquisa, apenas a Unidade Básica de Saúde Maria Cecília foi reformada já com base na nova normatização. Mas isso não significa, no entanto, que ela tenha sido totalmente adequada às características prescritas pelo Ministério da Saúde.

O Centro de Saúde Orlando Cestari, ou Unidade Básica de Saúde União da Vitória, na Zona Sul, foi implantado em 1995 e possui 542,87m² de área construída. Para o usuário adentrar à unidade de saúde ele deverá subir 15 degraus ou percorrer três rampas. Segundo dados do Perfil do Município de Londrina 2012 (Ano Base 2011), sua população de abrangência é de 10.514 pessoas e a soma dos atendimentos médicos (30.772) com os de enfermagem (13.110) e atendimentos dos ACS (29.446) realizados ao longo de 2011, resultam em 73.328, uma média de 200 atendimentos por dia (LONDRINA, 2012, p. 86).

No entanto, o depoimento da coordenadora desta UBS revela que a prestação de serviços é bem maior do que a documentada no Perfil de Londrina.

Dependendo do dia passam 450 pacientes porque são 16 horas. Já teve dia de ser 500. A média de consulta por dia com clínico geral são 24 consultas porque a gente está com 1 clínico geral agora de manhã que atende 24 pacientes. O dia que ela atende de manhã e a tarde ela atende 24 de manhã e 12 à tarde. No plantão varia. Mas a média é de 80, 82, 70, 100, 110, dependendo do dia. A pediatria e G.O. também. As clínicas básicas são mais ou menos a mesma média. Varia entre 20 a 24 consultas por dia (Coordenadora da UBS União da Vitória).

Em 1979, na Zona Oeste de Londrina, foi instalado o Centro de Saúde Municipal Herbert de Souza “Betinho”, também chamado de Unidade Básica de Saúde Leonor. Esse prédio foi reformado e ampliado em 2003 e hoje tem 1.089,77 m² de área construída.

Diferente da UBS União da Vitória, a UBS Leonor tem duas recepções, uma que dá acesso à UBS e outra ao pronto-atendimento (plantão 24 horas). Para o usuário adentrar à UBS ele tem duas opções. Uma pela escada e outra pela rampa, que é bem menos íngreme que a existente na unidade do Jardim União da Vitória.

Segundo o Perfil de Londrina 2012, a população de abrangência da UBS Leonor é de 15.677 cidadãos, ou seja, 3.277 a mais do que o recomendado

pelo Ministério da Saúde. No ano de 2011 foram realizados nesta UBS 12.985 atendimentos médicos, 4.074 atendimentos de enfermagem e outros 24.982 atendimentos domiciliares prestados por agentes comunitários de saúde, totalizando 42.041 atendimentos. Esse dado revela uma média de 115,18 atendimentos diários (LONDRINA, 2012, p. 87). Contudo, assim como a coordenadora da UBS União da Vitória, a gestora do Leonor também enfatiza que a demanda é muito maior do que o documento oficial indica.

Pra você ter noção, só ontem de manhã até o meio-dia, foram 191 atendimentos de enfermagem. Fora administrativo. Então hoje, por exemplo, do administrativo tinham 52 pacientes para fazer exames. Então esses 52 foram marcados e foram acolhidos. Então só aí, fora os outros atendimentos. Fora a tarde. Uma média, no mínimo, de atendimento, fazendo a somatória, dá uns 320 na UBS. Isso é só uma estimativa, porque ontem passaram mais de 500 pessoas. Então se você fizer um comparativo mensal, a média é de 320. É uma demanda muito grande (Coordenadora da UBS Leonor).

O depoimento desta coordenadora sugere que o Perfil de Londrina não descreve a totalidade dos atendimentos e/ou procedimentos realizados nas UBS, por isso, há tanta diferença entre os dados oficiais e as falas das gestoras locais.

Na Zona Norte, a população conta com o Centro de Saúde Orlando Vicentini, ou Unidade de Saúde Maria Cecília, desde 1985. Essa unidade foi reformada e ampliada em 2008 e possui 432,74 m² de área construída, mas já não é suficiente para atender a demanda.

Para a assessora da Diretoria de Pronto-Atendimento do Município de Londrina, das três unidades de saúde aqui analisadas, a UBS Maria Cecília é a mais deficitária em termos de estrutura física, principalmente por estar instalada na região mais populosa da cidade.

A coordenadora desta UBS confirma a posição da assessora:

Estrutura física é complicada. Por exemplo, não tem uma recepção adequada, o fluxo de pacientes também é difícil. Faltam algumas salas para consultas médicas e atendimentos de enfermagem. A gente precisa ficar se dividindo... dividir as salas com os médicos (Coordenadora da UBS Maria Cecília).

Tal afirmação reflete as orientações do Ministério da Saúde no que tange as características estruturais que devem orientar a reforma e a ampliação de

unidades básicas de saúde. Ela enfatiza a necessidade das UBS oferecerem ambiência²⁰ qualificada, serem bem sinalizadas e ventiladas, planejadas de acordo com o fluxo previsto para possibilitar maior agilidade aos serviços ofertados.

A população de abrangência da UBS Maria Cecília é de 19.149 moradores da região, 7.149 pessoas acima do teto determinado pelo MS para UBS com Saúde da Família. O Perfil de Londrina (2012) aponta que em 2011 foram realizados 11.233 atendimentos médicos, 9.832 atendimentos de enfermagem e 10.621 atendimentos realizados por ACS. A soma desses atendimentos resulta em 31.686, ou seja, uma média de 86,81 atendimentos por dia (LONDRINA, 2012, p. 85).

Essa UBS só tem uma recepção e encontra-se em bom estado de conservação. Não há rampas nem escadas na entrada da unidade de saúde. Porém, as coordenadoras argumentam que o fato de a unidade de saúde oferecer Atenção Básica e Pronto-Atendimento na região mais populosa da cidade faz com que a procura por atendimento seja bastante grande. Ambas revelam que o total de atendimentos é superior aos números supracitados com base no Perfil de Londrina (2012).

Só especificamente de consultas do plantão são umas três, quatro mil por mês. Deve girar em torno de umas 500 da UBS, mais os cinco clínicos e GO. Deve girar em torno de mil consultas por mês dos outros médicos. O número de pessoas que passam pela recepção – avaliação - por mês é de aproximadamente 5 mil. De manhã, a tarde e a noite. Fora as consultas agendadas e a dispensação de medicamentos (Coordenadora da UBS Maria Cecília).

essa é uma unidade mista. É uma unidade que tem Pronto-Atendimento e também tem Atenção Básica, a UBS. Então acaba dificultando um pouco por conta disso também. O fluxo é grande (Coordenadora do Pronto-Atendimento Maria Cecília).

De fato, foi possível observar vários problemas nas estruturas físicas destas três UBS que certamente afetam, direta ou indiretamente, as condições de trabalho dos profissionais de saúde e, principalmente, a qualidade dos serviços prestados. Afinal, quando não há instalações adequadas para a prestação dos

²⁰ De acordo com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (2006) “Ambiência de uma Unidade Básica de Saúde significa o espaço físico (arquitetônico), que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada pelas tecnologias ali presentes e por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição. A luminosidade, a temperatura e os ruídos do ambiente são exemplos disso” (BRASILc, 2006, p. 27).

serviços, fatalmente o fluxo e a qualidade do atendimento serão comprometidos e apresentar-se-ão como problemas para trabalhadores e usuários.

No caso dos trabalhadores, o ônus se explicita na necessidade de lidar com a pressão dos usuários e constantes reclamações; adaptar os procedimentos às instalações disponíveis – às vezes até interrompendo-os por não existir condições para sua execução -; e ainda se pautar nas orientações técnicas e legislativas para a implementação da Atenção Básica.

Já para os usuários, os transtornos começam na sala de espera, onde muitas vezes são submetidos a aguardar por horas sem saber de fato o que estão esperando (fluxo). Os problemas intensificam-se na medida em que o déficit da infraestrutura das unidades de saúde inviabiliza o atendimento humanizado; prejudica a resolutividade do atendimento e inibe a procura por serviços primários daqueles usuários cansados de enfrentar UBS lotadas.

A falta de salas de atendimento, a má conservação dos prédios, defeitos nas descargas dos banheiros da sala de espera, número de cadeiras insuficientes para acomodação dos usuários, bebedouros quebrados, inexistência de espaço para atividades coletivas, a falta de medicamentos de uso contínuo, dentre outros destacados pelas gestoras locais, são claros exemplos de entraves organizacionais.

Tais constatações evidenciam a fragilidade da Atenção Básica em Londrina e podem ser consideradas como mais uma das possíveis causas da baixa procura dos homens por serviços primários. De acordo com Gomes et al (2011, p. 985) problemas no acesso de determinados segmentos populacionais e limites dos serviços em responder às demandas podem prorrogar a invisibilidade masculina no nível primário de atenção à saúde. Destacam que as dificuldades com o funcionamento da rede de serviços, a baixa resolutividade e as consequentes filas de espera “contribuem para a evasão dos usuários do sistema” (GOMES et al, 2011, p. 985).

Ademais, não bastasse as estruturas físicas das UBS serem incompatíveis com a demanda por serviços de saúde, a carência de computadores em boas condições de uso e problemas no sistema de informação corroboram com a morosidade do atendimento, congestionando o fluxo de encaminhamentos e agendamentos de consultas médicas, exames, cirurgias e outros procedimentos.

O que mais falta pra nós hoje é a parte de informática. O suporte de informática. [...] Eu tenho uma área de 16 mil habitantes e estou com 2 computadores na frente (recepção da UBS) e 1 na minha sala. A gente não tem um computador para o NASF. [...] Precisamos de pelo menos mais 2 computadores bons, que realmente funcionem. No mínimo (Coordenadora da UBS Leonor).

quando começamos a unidade, a estrutura ainda comportava. Mas hoje a estrutura é pequena para o tamanho da oferta (Coordenadora da UBS União da Vitória).

Em uma das salas de espera observadas pelo pesquisador²¹, constatou-se que os profissionais não conseguiam acessar a internet. Conseqüentemente, deixaram de realizar diversos agendamentos, atrasaram os registros obrigatórios sobre o trabalho executado e deixaram de entregar resultados de exames. Uma das atendentes justificou a uma usuária que precisava agendar uma consulta com médico especialista que esse seria um problema frequente. Sendo assim, a profissional de saúde orientou a usuária a retornar no dia seguinte para checar se o acesso estaria regularizado. Caso o sistema ainda estivesse inacessível, a usuária deveria retornar diariamente até conseguir o agendamento.

Estes deficits estruturais das unidades de saúde intensificam as dificuldades de acesso aos serviços básicos na medida em que as UBS não conseguem absorver qualitativamente a demanda. Deste modo, submetem os trabalhadores a más condições de trabalho e comprometem decisivamente a qualidade dos serviços prestados.

3.1.2 Organização da Oferta de Serviços nas UBS do União da Vitória, Maria Cecília e Leonor

No caso dos homens, como enfatizaremos no item 3.1.2, a precarização da infraestrutura, somada à grande demanda gerada pela ampliação da oferta de serviços na Atenção Básica, transforma as UBS em sinônimo de filas e reclamações. Ademais, ao ofertar diferentes modalidades de atenção a saúde no mesmo espaço físico, dificulta a superação da visão curativa do processo saúde/doença e da crença na prática médica individual.

²¹ Conforme indicado no Item 1.1, o pesquisador passou 12 horas na sala de espera de cada uma das três UBS analisadas a fim de complementar os dados coletados através das entrevistas com coordenadoras de UBS, gestores da Atenção Primária de do Pronto-Atendimento e usuários dos serviços.

3.1.3 A questão dos Recursos Humanos

As três UBS analisadas nesse estudo, embora tenham em comum um horário ampliado de funcionamento, além de não oferecerem os serviços primários durante todo o período em que permanecem abertas, apresentam outras discrepâncias na prestação de serviços que precisam ser destacadas.

As UBS instaladas no União da Vitória e no Maria Cecília, por exemplo, oferecem serviços primários e Pronto-Atendimento no mesmo espaço físico e funcionam todos os dias das 7h00m às 23h00m. No entanto, nos finais de semana (sábado e domingo) e a partir das 19h00m de segunda a sexta-feira, são disponibilizados, prioritariamente, os atendimentos de urgência e emergência.

A assessora da Diretoria de Pronto-Atendimento de Londrina explica que embora haja uma orientação para que os serviços primários sejam oferecidos 12 horas por dia, atividades como puericultura, vacinas e dispensação de medicamentos são estendidas porque “não há como negar atendimento a quem procura”. A Enfermeira reconhece a importância desses serviços serem ofertados em horários estendidos, mas faz uma ressalva: “isso não poderia ocorrer porque populações específicas, de determinadas regiões, acabam sendo privilegiadas”. Então, para a assessora, o problema não é ofertar serviços primários por 16 horas, mas é não oferecê-los igualmente em todas as regiões do município.

Já no Jardim Leonor, o Pronto-Atendimento e a UBS foram separados em duas unidades de saúde, sendo que a UBS funciona de segunda a sexta-feira das 7h00m às 19h00m e o Pronto-Atendimento trabalha 24 horas e recebe encaminhamentos de todas as regiões da cidade.

A assessora da Diretoria de Pronto-Atendimento também esclarece que os trabalhadores alocados nas unidades de saúde do Maria Cecília e União da Vitória, principalmente a equipe de enfermagem, atendem a população sem fragmentá-la em “pacientes de urgência” e “pacientes de Atenção Básica”. Ressalta que os encaminhamentos das UBS para o Pronto-Atendimento do Leonor são frequentes e assegura que os pacientes encaminhados pela UBS Leonor não são privilegiados. Portanto, são atendidos de acordo com a classificação de risco e a ordem de chegada.

Como no Maria Cecília e no União da Vitória não há divisão de espaço físico, os profissionais trabalham normalmente. Então assim, o técnico de enfermagem contratado para o Pronto-Atendimento também faz puericultura. Eles são funcionários da unidade. Entendeu? Parece que outras UPAS serão construídas. Se isso ocorrer, provavelmente a gente consiga separar esses serviços. (Assessora da Diretoria de Pronto-Atendimento de Londrina).

O Diretor de Atenção Primária à Saúde, que é Enfermeiro e ocupa este cargo desde novembro de 2011, argumenta que essas unidades passaram a oferecer serviços de urgência e emergência por decisão de governos anteriores que desconsideraram uma série de fatores que deveriam ser respeitados para uma prestação de serviços de qualidade.

Olha, a decisão de colocar os dois serviços na mesma unidade foi de outros gestores, de governos anteriores. Nós não concordamos com esse formato porque a Atenção Primária não é só clínico geral, pediatria e ginecologia, não é só consulta médica. Nós precisamos tratar, mas nós temos que evitar outros agravos. Esse deve ser o foco. Evitar outros agravos através de serviços preventivos, de orientação. Hoje, a Atenção Primária atende diversas demandas específicas como a hanseníase, o planejamento familiar, a tuberculose, a asma, o tabagismo, a hipertensão, o diabetes, enfim... Não dá pra realizar um atendimento humanizado e com qualidade se não há espaço físico adequado, se não há instalações adequadas e profissionais suficientes. Não dá pra aplicar o protocolo de atendimento a crianças na mesma sala que você atende uma vítima de ferimento por arma de fogo. Então, essa situação também precisa ser revista (Diretor de Atenção Primária à Saúde de Londrina).

A partir dessas informações constata-se outra barreira institucional de acesso aos serviços primários disponibilizados pelas UBS 16 e 24 horas em Londrina: a Atenção Primária à Saúde é ofertada somente 12 horas por dia, de segunda a sexta-feira. Ou seja, não há horário ampliado na prestação de serviços básicos nesse município se considerarmos que atender esporadicamente demandas por vacina, puericultura e dispensação de medicamentos não atinge os objetivos da Política de Atenção básica brasileira, nem cumpre os protocolos clínicos de saúde do município de Londrina.

Refletindo sobre a suposta ausência dos homens nos serviços primários de saúde, Gomes et al (2011, p. 986) destacam

o fato de que as unidades básicas de atenção primária foram organizadas para o funcionamento em horários quase sempre incompatíveis com o “homem trabalhador”, **acoplado ao reconhecimento no mundo do trabalho de que apenas a mulher teria necessidades de uso regular dos serviços.** (grifo nosso)

Deste modo, mesmo oferecendo serviços condizentes com as necessidades de saúde de homens e mulheres, os aspectos organizacionais como horários de funcionamento e público-alvo prioritário mais os fatores culturais e informacionais impedem que os homens enxerguem seu lugar nas ações e serviços primários. E novamente reforça a visão curativa em detrimento de uma visão mais abrangente de saúde.

A partir dos depoimentos dos profissionais entrevistados (coordenadoras de UBS e diretores da APS e Pronto-Atendimento) e das informações disponíveis no Perfil do Município de Londrina (2012) e no Relatório Anual de Gestão da Saúde (2011), observa-se que as ações e serviços implementados nessas unidades de saúde são orientados por Protocolos Clínicos de Saúde, criados com a finalidade de normatizar o padrão de atendimento.

Na rede municipal de saúde de Londrina, sentiu-se a necessidade de um instrumento que orientasse a atuação, estabelecendo fluxos integrados na rede de assistência e medidas de suporte, definindo competência e responsabilidade dos serviços, das equipes e dos diversos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família. Para a elaboração desses protocolos, foram identificadas as principais demandas para atenção primária à saúde e instituídos grupos-tarefa para a elaboração dos mesmos (LONDRINA, 2006, p. 07).

Desta forma, diante das demandas identificadas como prioritárias, os Protocolos Clínicos de Saúde implantados abrangem a Saúde da Criança, a Saúde da Mulher e a Saúde do Adulto, normatizam a Avaliação e Assistência de Enfermagem, o Atendimento ao Usuário com Necessidade de Cateterismo Vesical Intermitente, a Fitoterapia, o Tratamento de Asma, a Imunização, e ainda apontam as orientações necessárias para o diagnóstico e o Manejo Clínico de crianças e adultos com suspeita de Dengue (LONDRINA, 2010).

Contudo, das três unidades de saúde em questão, apenas na UBS União da Vitória todos os protocolos são cumpridos. No Leonor, o Protocolo de Fitoterapia não é implementado. E na UBS Maria Cecília, além de não executarem o de Fitoterapia, também não cumprem o Protocolo de Adulto.

A gente tem os programas de hipertensão, diabetes. O atendimento geral da população: consultas médicas de pediatria, clínica médica e ginecologia. A gente tem o programa de asma do município, a gente tem o de fitoterapia, tem a oferta do teste rápido para HIV – e é uma referência aqui para a região Sul. Essa unidade faz de toda a região. Todos os protocolos clínicos de saúde de Londrina são cumpridos. E a gente também oferece aqui dentro desta unidade, por ser uma UBS 16 horas, o atendimento de urgência e emergência, que funciona com plantão. Tem uma escala médica, tem uma equipe para o pronto-atendimento (Coordenadora da UBS União da Vitória).

O que é hoje a prioridade: nós trabalhamos com grupo de asma, nós temos grupo de hipertensos, grupo de diabéticos. Nós temos o grupo de alongamento, das caminhadas que a gente faz junto com o pessoal do NASF. [...] A gente trabalha mais com consultas eletivas. Existem as urgências da semana e as emergências. O que é urgência e emergência a gente encaminha para o plantão quando a gente não consegue absorver. Porque o nosso médico é mais aquele médico para a prevenção. Independente da idade a gente vai trabalhar com a prevenção (Coordenadora da UBS Leonor).

Nós só não cumprimos os protocolos de adulto e de fitoterapia (Coordenadora da UBS Maria Cecília).

Essas unidades de saúde também disponibilizam o Teste Rápido como Diagnóstico da Infecção pelo HIV; a Instrução para Atendimento ao Usuário com Necessidade de Cateterismo Vesical Intermitente; e contam com equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), responsáveis pelo desenvolvimento de ações coletivas focadas na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

As coordenadoras de UBS entrevistadas apontam o exame de PSA, solicitado aos homens com idade igual ou superior a 40 anos, como o serviço especificamente destinado a eles. Este substrato da população masculina também tem direito de solicitar um check-up durante o acolhimento, mas poucos usuários sabem disso. Em relação às outras faixas etárias, alegam que os homens são atendidos através de programas de hipertensão, tabagismo, tuberculose, hanseníase, entre outros.

O Diretor de APS justifica a inexistência de ações específicas para os homens reiterando que estes são atendidos dentro dos outros protocolos e que o Município acompanha as orientações técnicas do Ministério da Saúde.

Nós buscamos não fragmentar o que será para o homem, para o negro, para a criança. Nós buscamos oferecer um atendimento humanizado, com um olhar diferenciado, mas sem fragmentar a pessoa humana [...] A gente tem uma fragmentação de protocolos das principais doenças. Isso vindo do próprio Ministério, da Epidemiologia. Claro que nós temos que ter esse olhar diferenciado para determinados segmentos. A população negra por exemplo. Dos casos de anemia falciforme, a grande maioria é de negros.

Então nós temos que nos atentar a determinadas demandas. Mas não podemos fragmentar no sentido de criar algo só pra atender os homens, os negros, os idosos. Precisamos melhorar a qualidade da atenção primária como um todo, sem perder esse olhar humanizado, sem deixar de promover o acolhimento, a busca ativa. O homem de 40 anos ou mais pode solicitar um checke na UBS ainda durante o acolhimento. Para esses homens já é solicitado PSA e dada uma atenção diferenciada. Nós estamos debatendo a algum tempo que precisamos melhorar o acesso dos trabalhadores. Pensando na saúde dos trabalhadores de um modo geral. Isso é uma preocupação muito grande. Porque a população de 20 a 50 anos está em idade produtiva e não vai a UBS. Geralmente só vai quando já está doente (Diretor da Atenção Primária à Saúde).

De fato, essa preocupação com o acesso dos trabalhadores aos serviços primários é extremamente condizente com a realidade observada em Londrina. Dados do Perfil do Município de Londrina (2012) demonstram que, em 2010, segundo IBGE, a População Economicamente Ativa²² (PEA) de Londrina era de 275.978 pessoas, ou 54,46% da população total.

Se considerarmos os números descritos pelo referido documento e os relacionarmos com a expectativa do Diretor de APS, é possível fazer uma leitura otimista em relação à facilitação do acesso dos homens ao nível básico de atenção à saúde. Mas a preocupação destacada pelo gestor não esclarece como a facilitação do acesso dos trabalhadores aos serviços primários seria efetivada num contexto de escassez de recursos humanos e unidades de saúde lotadas.

Em 2011, de acordo com a Programação Anual de Saúde (2011; 2012-2013), o Município pretendia “acompanhar e regular encaminhamento de pacientes para cirurgia de patologias e cânceres do trato genital masculino; e, elaborar ou disponibilizar cartilha sobre câncer de mama em homem”.

Entretanto, de acordo com informações repassadas pelo Diretor de APS, os encaminhamentos são “procedimentos de praxe” no SUS, ou seja, já fazem parte da dinâmica de atendimento. Quanto ao material informativo, reclamou que não puderam imprimir porque ainda não houve processo licitatório.

²² “População Economicamente Ativa: pessoas com 10 anos ou mais de idade, ocupadas e desocupadas na semana de referência, ou seja, pessoas com 10 anos ou mais de idade que tinham trabalho durante toda ou uma parte da semana de referência, ainda que afastadas por motivo de férias, licença, falta, greve, etc., e as pessoas com 10 anos ou mais de idade sem trabalho na semana de referência, mas que haviam tomado alguma providência efetiva para conseguir trabalho no período de referência de 30 dias” (IBGE – Censo Demográfico 2000).

Bom, os impressos ainda aguardam o processo licitatório. Mas até março [de 2013] nós já teremos isso definido. Não adianta a gente confeccionar o material, fazer a arte e tudo se não tiver como imprimir ou xerocar. E não é só do homem. É para a saúde da criança, da mulher, de doenças específicas... Outra coisa para a qual não podemos fechar os olhos é que não basta imprimir um monte de panfletos se não fizermos um corpo a corpo para orientar de fato essa população. Porque senão vai virar rascunho e não é esse nosso objetivo (Diretor da Atenção Primária à Saúde de Londrina).

No Relatório Anual de Gestão da Saúde (2011), que avalia a Programação Anual de Saúde, consta que os objetivos mencionados não foram cumpridos.

O Diretor de APS também admite que temáticas relacionadas à Saúde dos Homens não foram trabalhadas nas capacitações permanentes coordenadas pela Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS) e que o Município não recebe recurso específico para colocar em prática ações voltadas a população masculina.

A Saúde dos Homens foi tema de uma campanha empreendida pela UBS Leonor (Novembro Azul). Porém, a iniciativa dos profissionais da UBS Leonor não foi suficiente para atrair a população masculina, como demonstra o depoimento abaixo:

A gente trabalhou com o outubro rosa e depois com o novembro azul [...]. Mas se você pegar a proporção de mulheres e homens, nem se compara. Toda equipe estava engajada, fazendo cartazes, divulgando. Mas não deu. É como a campanha de hepatite que a gente faz. Eles também não vêm. *Agora vai entrar o nosso programa de tabagismo. Nós estamos em fase de implantação. Nesse programa eles são o foco* (Coordenadora da UBS Leonor).

Gomes et al (2011, p. 984) problematiza a “ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária” questionando “se a “não presença” dos homens nos serviços de saúde está associada a uma suposta ausência ou a um não reconhecimento” da singularidade da população masculina. Esse não reconhecimento das especificidades dos homens, segundo os autores, “pode ser interpretado como uma invisibilidade não do sujeito/usuário e sim das políticas de saúde em reconhecê-lo e, portanto, incorporá-lo também como um protagonista de suas ações”.

Além disso, deve-se considerar que a Atenção Primária à Saúde é vista no Brasil “como a assistência provida pela rede horizontalizada de serviços de

saúde pública”, sendo executada em centros de saúde ou unidades básicas “voltados historicamente para os cuidados maternos e infantis” (GOMES et al, 2011, p. 984). Isso porque tais unidades de saúde foram criadas

no modelo da educação sanitária que sucede o campanhismo na saúde e se relacionam às próprias origens de uma medicina preventiva no interior da assistência à saúde, com as ações de higiene da mãe no pré-natal e da criança na puericultura. Com isso, embora em tese destinada a toda a população, a atenção primária se identificou num momento e num espaço assistenciais feminilizados, com o predomínio de uma cultura profissional também ligada a esses segmentos populacionais (GOMES et al, 2011, p. 985).

Os autores destacam que o argumento da inexistência de serviços especificamente destinados a eles está sempre acompanhado da ideia reducionista de que “a atenção primária não oferece profissionais que componham a assistência à saúde do homem, principalmente urologistas” (GOMES, et al, 2011, 986). A crítica dos autores, obviamente, se deve ao fato deste posicionamento reduzir a saúde dos homens a problemas de próstata, disfunção erétil, entre outros também vinculados ao aparelho reprodutor masculino.

É por posições como esta que, no nosso entendimento, emerge o termo “lugar oculto”. Os homens não se reconhecem como público-alvo dos serviços primários/preventivos. Os profissionais, por sua vez, desconsideram que eles precisam conhecer os serviços disponíveis e serem estimulados a utilizá-los.

Assim, orientações importantes podem deixar de serem dadas; exames preventivos não são realizados e a visão curativa continua se sobressaindo em relação a uma visão ampliada do processo saúde/doença. Os usuários ignoram a concepção fundamental da Atenção Primária, que preconiza a atenção a pessoa e não a enfermidade e que visa os problemas mais comuns da comunidade e intervém por meio de ações voltadas a prevenção e tratamento de doenças e promoção da saúde.

Os depoimentos seguintes refletem a preocupação dos autores:

Programas voltados pra eles a gente não tem. De programa, de atuação. Para as mulheres a gente tem a mamografia e o preventivo. A gente oferece não é? Agora tem o PSA pra quem tem 40 anos ou mais. Inclusive tem essa diferenciação no pedido de exame. Então se for homem com mais de 40 anos nós pedimos o PSA. Se não for ele só faz os de rotina (solicitados pelo médico). É mais o acompanhamento de hipertenso, diabético. Mas daí já fica específico porque eles já são de uma idade mais avançada não é?

Geralmente as pessoas de idade, os homens que vem no posto já têm um diagnóstico de hipertensão e diabetes e fazem acompanhamento. Agora os mais novos têm uma visão curativa. Eles só vêm realmente quando tem alguma queixa, algum sintoma (Coordenadora da UBS Maria Cecília)

Assim como destacam Gomes et al (2011, p. 986), é preciso compreender que embora o médico generalista não dê conta de atender as especificidades dos homens, deve-se “evitar uma visão reducionista ou fragmentalizadora da atenção primária, em que circunscreve a especificidade do usuário homem apenas na urologia”. Mesmo porque, o perfil de Morbimortalidade dos homens brasileiros apresentados pela PNAISH (2008, p. 08) revela que aproximadamente 75% das enfermidades e agravos da população masculina está concentrada em cinco grandes áreas especializadas: “cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia”.

Ao avaliarem a relação da população masculina com os serviços de saúde, as coordenadoras reconhecem que a baixa procura dos homens pelos serviços básicos se deve a múltiplos fatores ligados a cultura e a organização dos serviços.

O depoimento a seguir revela que, sob o olhar da coordenadora, grande parte dos homens que frequentam a UBS é de idosos²³ que recebem acompanhamento sistemático devido a uma ou mais patologias específicas. Reforça que os homens que procuram os serviços primários são movidos por uma queixa/doença, como no caso das pessoas com Asma, e levanta uma questão também observada por Gomes et al (2011): a segurança dos profissionais de saúde.

Os homens que me procuram são aqueles que fazem acompanhamentos dos grupos. Pacientes que já têm uma certa idade. Aqueles que fazem acompanhamento do diabetes, da pressão alta. Tem alguns pacientes asmáticos que nos procuram, mesmo porque eles precisam. Eles têm os dias de treinamento, tem o acompanhamento, os dias de dispensa dos medicamentos, a gente faz as palestras com eles. Então a cada 15 dias os de asma vêm. Mas os demais não procuram. É uma coisa muito difícil porque estamos numa área muito vulnerável. Há muita droga, muita prostituição, muito tudo. E você sabe que não adianta a gente querer esconder, eles ficam mais suscetíveis a quaisquer outras complicações, às doenças sexualmente transmissíveis. Mas não vêm. Então aqui é uma área muito complicada. E aqui a gente também não pode bater muito de frente. Então a gente tenta fazer o que é possível. A gente chama, divulga, fala (Coordenadora da UBS Leonor).

²³ Esse dado também foi observado pelo autor em cinco UBS da Região Leste do Município de Londrina (CAMPANUCCI, 2010).

Na leitura de outra coordenadora, o serviço precisa se preparar mais para receber as demandas dos homens. Ela avalia que eles desconhecem os serviços oferecidos e, por isso, não os utilizam. E também reconhece que os profissionais preocupam-se mais com a saúde das mulheres e das crianças, bem como que os serviços são majoritariamente voltados a elas.

Eu penso assim: se a gente não oferecer, não falar o que o serviço tem, não vai ter procura. Então, eu acho que a gente tem que melhorar a apresentação do serviço para a população. Porque, geralmente, a gente se preocupa muito com a mulher e com a criança e às vezes vem um homem aí e acaba assim, você trata aquele problema dele. Então eu acho que a gente tem que melhorar, aprender mais ainda sobre como abordar, como oferecer. Deveríamos trabalhar melhor essa equipe para abordar, para acolher melhor (Coordenadora do União da Vitória).

Vale ressaltar que a transversalidade da barreira informacional de acesso dos homens aos serviços básicos de saúde está implícita na relação entre os profissionais de saúde e usuários; na forma como os homens se comportam e cuidam da própria saúde; na priorização do atendimento médico em caráter emergencial; na resistência deles em admitir suas fragilidades e preocupações.

Gomes et al (2011, p. 986) também assinalam que a pouca procura dos homens por serviços primários associa-se a um acolhimento pouco atrativo ou a ausência de acolhimento na unidade de saúde. Considerando que tal problema organizacional pode estar relacionado “à frágil qualificação profissional para lidar com o segmento masculino”, reclamam a necessidade de o Estado adotar estratégias pautadas tanto na ampliação da oferta de ações como na sensibilização dos homens para cuidarem da própria saúde. “Assim, uma estratégia possível de ser adotada seria a qualificação da porta da entrada, voltada para o acolhimento e a resolutividade, desdobrando-se na construção de uma rede de atenção à saúde eficaz”.

Além disso, conforme esclarecem os autores, “a maneira como os profissionais recorrem à cultura, às diferenças de gênero e à geração denota um viés determinista, em que de alguma forma o lugar do agente promotor de mudança fica submetido a um papel secundário frente ao cenário social” (GOMES et al, 2011, p. 987).

3.1.4 A Questão dos Recursos Humanos

As atividades descritas acima, disponibilizadas pelas unidades de saúde do União da Vitória, Maria Cecília e Leonor, são executadas por equipes multiprofissionais fixas e de apoio. As equipes fixas²⁴ são compostas por médicos generalistas, pediatras, ginecologistas, odontólogos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário, agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares administrativos, zeladores e vigilantes. E as equipes de apoio – NASF²⁵ - dispõem de fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, educador físico, farmacêutico, profissionais de enfermagem de nível técnico e superior.

Ao avaliar a disponibilidade de recursos humanos nas UBS em questão, outra barreira institucional se sobressai: o número de profissionais é insuficiente para atender a população usuária.

De acordo com o Diretor de Atenção Primária à Saúde, o Município deveria dispor de 107 Equipes de Saúde da Família, mas só trabalha com 69 atualmente. Isso representa apenas 64% do número de equipes necessárias para cobrir a população londrinense.

Nós deveríamos ter 107 equipes de saúde da família e só temos 69. Então, nós temos esse deficit de recursos humanos. Além disso, pelo menos 30% das UBS apresentam problemas nas instalações físicas. Esse também é um problema que deve ser enfrentado. Nossa meta é chegar a 107 equipes de saúde da família. Para isso, faremos um concurso público em abril para contratar esses profissionais que estão faltando.

A falta de médicos é um problema que a população reclama muito. E realmente nós precisamos de mais profissionais.

Desde 2010 Londrina enfrenta uma grande crise na saúde. Foram desviados mais de R\$ 300 milhões em recursos do SUS e todas as equipes de Saúde da Família eram terceirizadas. Então do dia para a noite ficamos sem nenhum funcionário. Este fato não podemos desconsiderar.

Esta crise citada pelo gestor, de fato, contribuiu para a queda da qualidade dos serviços públicos de saúde em Londrina nos últimos anos. Ela se arrastou em meio a sucessivas trocas de secretários municipais de Saúde e muitas

²⁴ Chamamos de equipes fixas um conjunto mínimo de profissionais de diferentes especialidades responsável pela oferta de serviços em determinada unidade de saúde. Contudo, essa expressão não pode ser confundida com profissionais fixos, já que nem todos são funcionários públicos, portanto, podem ser substituídos por outros profissionais da mesma formação/especialização.

²⁵ Embora os Assistentes Sociais também sejam indicados pelo Ministério da Saúde para a composição das equipes do NASF, em Londrina esta categoria profissional permanece excluída.

suspeitas de corrupção, corporativismo e contratos fraudulentos. Ilegalidades que foram alvo de investigações em 2010.

Como citado anteriormente, a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), o Sistema de Internação Domiciliar (SID) e o Sistema de Atendimento as Especialidades Médicas, eram serviços prestados pelo Ciap no município de Londrina. Isto significa que de novembro de 2007 até novembro de 2010 a referida OSCIP foi responsável pela prestação de serviços de saúde de nível básico, de média e alta complexidades (LONDRINA, 2011).

Após o rompimento com o Ciap, aumentaram as reclamações dos usuários submetidos a esperar atendimento por horas nas UBS e nos Pronto-Atendimentos. De acordo com reportagem de Pelegrino (27/01/2011), Ana Olympia Dornellas, que assumiu a Secretaria Municipal de Saúde após a segunda saída de Agajan Der Bedrossian - só no governo de Homero Barbosa Neto (PDT) -, admitiu um “deficit de 1.500 servidores, entre médicos, enfermeiros, auxiliares e outros”.

A repórter assinala que o prefeito da época não especificou como, mas garantiu que “a crise na saúde de Londrina, especialmente em relação à falta de médicos na rede municipal”, teria prazo pra terminar. Buscando manter a coerência ao menos no discurso, a solução para o caos da saúde pública veio em forma de promessa com data marcada: “um pacote de ações e estratégias para enfrentar a crise a partir de 1º de fevereiro” (PELEGRINO, 27/01/2011).

O fato é que as promessas não resolveram o problema da falta de profissionais de saúde na rede pública. Tampouco melhoraram a qualidade dos serviços.

Um dia após a data definida pelo chefe do Executivo para iniciar o enfrentamento dos problemas, moradores do Jardim Leonor, na Zona oeste, se revoltaram com a transferência de dois pediatras da UBS do bairro e exigiram que a Secretaria Municipal de Saúde resolvesse os problemas em dez dias. Caso as reivindicações não fossem atendidas, eles prometiam invadir o prédio da Prefeitura e paralisar as atividades.

O motivo da manifestação deixa clara a gravidade do problema da saúde pública em Londrina e destaca a insatisfação da população em relação ao SUS real. Evidencia que falta muito mais que servidores. Falta planejamento, transparência, comunicação entre os serviços setoriais, melhoria da remuneração e

das condições de trabalho dos servidores, qualificação permanente dos profissionais de saúde e adequação do número de profissionais à demanda existente.

Os depoimentos e as reportagens demonstram que o deficit de recursos humanos na área da saúde é um problema reconhecido pelas coordenadoras e usuários e compromete significativamente o acesso a Atenção Básica bem como aos outros níveis de complexidade do SUS. O serviço de Pronto-Atendimento ofertado nessas três unidades de saúde, por exemplo, é alvo de muitas reclamações da população usuária por conta das frequentes faltas dos médicos, furos nos plantões e atendimentos relâmpagos.

Nós tentamos manter sempre 2 plantonistas durante o horário de funcionamento da unidade de 16 horas e 4 no Pronto-Atendimento do Leonor. Claro que temos vários problemas com atestados e outros imprevistos... É que eles são plantonistas e às vezes eu recebo a informação de que o médico não atenderá porque está em cirurgia as 7 da manhã. Então, isso é difícil porque em algumas situações os profissionais não são substituídos, prejudicando a prestação de serviços (Assessora da Diretoria de Pronto-Atendimento de Londrina).

Uma coisa que uma vez eu fiquei curioso e até perguntei para o médico: como é que a gente fica 2, 3 horas ali esperando atendimento sendo que chega aqui dentro vocês não demoram nem 2 minutos pra responder algumas perguntas e já mandar a gente embora? Então quer dizer, se demoram, vamos dizer 5 minutos no máximo para atender cada paciente, em 1 hora ele atende vários pacientes. Não tem necessidade de ficarmos esperando. Por exemplo, chega lá e tem 20 pessoas na sua frente e você demora 2 horas. Se tem 5 pacientes você demora 2 horas do mesmo jeito. Então eu acho que falta agilidade na hora do atendimento (U7 – 29 anos).

Outra situação que provoca grande descontentamento na população, e que foi observada nas salas de espera das UBS em questão, é a interrupção do atendimento médico durante a troca de plantão. Indignadas com a demora, as pessoas que aguardavam consulta médica diziam: “eu tenho cinco minutos pra trocar de turno onde trabalho. Por que médico tem que demorar uma hora?”; “toda vez é assim: chega essa hora (19h00m) eles param de chamar”; “não aguento mais esperar”.

Em uma das UBS, uma técnica de enfermagem orientou alguns usuários a irem a suas casas almoçar porque o médico só chegaria a partir das 14h00m. Essa orientação foi passada um pouco antes das 13h00m para pessoas que procuraram o plantão. Isso significa que mesmo oferecendo Pronto-Atendimento, não havia médicos em tempo integral nessas unidades de saúde.

Porém, é pertinente reconhecer que a conduta profissional da técnica de enfermagem foi satisfatória para os usuários que seguiram sua orientação, pois foram chamados rapidamente quando retornaram a unidade de saúde.

Esta conduta expressa a importância do vínculo entre profissionais e usuários, na medida em que demonstra que uma simples orientação pode minimizar a insatisfação dos usuários frente as barreiras institucionais do SUS.

3.1.2 Fluxo do Serviço e Principais Problemas do Acesso a Atenção Básica, Segundo os Usuários e Coordenadoras de UBS

Recorrendo novamente à PNAB (2011), reforçamos que uma das diretrizes fundamentais para sua execução é “possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivo”. Deve-se, portanto, partir do pressuposto de que o serviço de saúde se organiza para efetivar sua função central “que é acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta”. Isto significa que também cabe à Atenção Básica coordenar a integralidade em seus vários aspectos.

No que diz respeito aos homens entrevistados para esta pesquisa, o grande problema das UBS de Londrina é a morosidade do atendimento. Estimulados a avaliar os serviços ofertados, expressaram-se da seguinte forma:

“Bom não é! É muito demorado. Porque quando você procura o posto é muito demorado, demora umas 2 3 horas, depende do assunto” (U2 – 23 anos).

“Ah, é regular. Não vou dizer que é ruim, mas também não é tão bom. Mas não é tão ruim. Ah, você veja bem. Às vezes assim, não só eu, quando a pessoa precisa assim, de um clínico geral aí, demora meses pra conseguir uma consulta. É isso aí que eu falo. O atendimento é meio regular sabe?” (U9 – 43 anos).

Observa-se que o U9 se refere a consultas de caráter eletivo e revela sua insatisfação em relação ao fluxo. Já o depoimento abaixo sugere que o descrédito do SUS está presente no imaginário dos brasileiros.

Ah, o posto de saúde **a gente sabe que é demorado não é?** Em vista dos outros postos de saúde esse aqui não é um dos piores entendeu? Têm piores que esse aqui. **Mas só aqui também está longe de ser bom. Tem que melhorar muito pra ser bom.** O atendimento deveria ser mais rápido não é? (U8 – 37 anos).

Ao avaliar os serviços ofertados na UBS, um outro usuário (de 50 anos) verbaliza que não tem o hábito de utilizar os serviços primários, mas critica a qualidade do atendimento por conta das reclamações feitas pela esposa.

Olha, por mim não, porque nunca vou ali, mas minha mulher que precisa sempre reclama muito. Tem vez que ela fica quase o dia inteiro lá esperando uma consulta. Então, por isso, eu acho péssimo U14 – 50 anos).

A partir dos registros viabilizados pela Observação Sistemática identifica-se que *e/les* se incomodam mais do que *e/las* com a morosidade do atendimento. Talvez por não terem familiaridade com a dinâmica dos serviços de saúde como as mulheres, todos os usuários que foram até a recepção questionar o motivo da demora ou checar se ainda demoraria para ser atendido eram do sexo masculino. Mas isso não significa que elas sejam complacentes com a demora.

Gomes et al (2011, p. 989) explicam que

O fato de o homem ser identificado como alguém mais prático e objetivo tanto significa uma dificuldade, quanto uma facilidade. Na realidade, a objetividade e praticidade masculinas interferem na adesão e na construção de vínculo com o serviço de saúde, na busca de serviços mais rápidos, resolutivos e que demandem menos de suas disponibilidades de horário. Isso pode significar a ligação entre resolver o problema e nunca mais retornar ao serviço. No caso de tratamentos que exigem acompanhamento contínuo, isso é um fator importante que interfere na evasão.

Na realidade específica das unidades de saúde de Londrina, nota-se que a grande insatisfação dos usuários se deve a morosidade do **atendimento médico**.

Aqueles que buscam os serviços para acessar outros tipos de procedimentos - como vacina, curativos, aferição de pressão arterial, coleta de sangue para exames - já não precisam esperar tanto tempo. O trabalho dos recepcionistas e dos profissionais envolvidos com a ainda presente triagem é ágil, o que não significa eficiente - se considerarmos que esse podia ser um momento de acolhimento e não somente de aferição da pressão arterial e temperatura.

Nos dias em que a rotina das UBS foi observada constatou-se que todas as pessoas que chegaram à unidade de saúde se direcionavam a recepção para relatar brevemente sua demanda. Nesse momento, o usuário apresentava seu documento de identificação e o atendente solicitava que permanesse aguardando. Cerca de 5 a 15 minutos depois, esse mesmo usuário era chamado por um técnico de enfermagem, que verificava sua temperatura, pressão arterial e ouvia sua queixa. Esse procedimento foi realizado tanto com as pessoas que já tinham atendimento médico agendado quanto com aqueles que procuraram o plantão.

Após ser atendido por algum profissional da enfermagem, caso a demanda requeresse atendimento médico, o paciente retornava a sala de espera e aguardava a sua vez. A ordem de chamada das consultas eletivas – agendadas – seguia o horário acordado com o paciente no momento do agendamento. Já no caso do atendimento de urgência e emergência, os pacientes eram chamados de acordo com a classificação de risco e/ou com a ordem de chegada do paciente na unidade de saúde.

É este tempo de espera que incomoda muitos usuários do SUS, como evidenciam os depoimentos dos homens entrevistados. Comprovamos que a demora não se deve ao tempo que o médico leva para atender o paciente, mas sim para que este paciente seja chamado pelo médico. Na UBS União da Vitória, por exemplo, dois rapazes que chegaram à UBS às 7h00m horas, passaram pelo atendimento da enfermagem às 7h35m, mas só foram chamados novamente às 9h20m. O primeiro deixou a UBS às 9h28m e o outro às 9h41m. Eles aguardaram pelo menos duas horas para serem atendidos em aproximadamente 10 minutos.

Soma-se a isso o fato de que alguns profissionais têm uma relação conflituosa com os usuários, negando a estes o direito de receber informações claras sobre seu estado de saúde, bem como sobre as ações e serviços de saúde a que têm direito de acessar.

Um exemplo desta relação foi observado na sala de espera de uma das UBS analisadas. Neste espaço encontravam-se 17 pessoas e ninguém tinha sido chamado nos últimos 45 minutos. Uma das usuárias foi ao balcão questionar o motivo da demora para ser atendida pelo médico plantonista. A atendente explicou que o Pronto-Atendimento funciona obedecendo a Classificação de Risco e, por isso, tinham sido priorizados os atendimentos a três pessoas com febre alta e suspeita de dengue. Esta usuária compreendeu e continuou aguardando.

Minutos depois, outra usuária foi à recepção fazer o mesmo tipo de questionamento. De forma ríspida, outra atendente disse que ela deveria aguardar, mas não respondeu a pergunta da usuária. Nesse instante, uma pizza foi entregue na recepção da UBS e imediatamente gerou grande insatisfação entre os que aguardavam atendimento.

Outra situação observada no período noturno e que gerou atrito entre trabalhadores e usuários, também resultou numa longa e desnecessária espera por atendimento médico. Após aguardar por mais de cinco horas, uma mulher jovem que acompanhava sua mãe (idosa) a uma consulta médica se dirigiu a recepção para reclamar e descobriu que sua mãe não tinha sido chamada porque um funcionário deixou o prontuário da paciente no lugar errado, tirando-a da fila. Após a exaltada reclamação, rapidamente a idosa foi atendida, mas a situação mexeu com os ânimos dos que continuavam aguardando.

Várias pessoas (homens e mulheres) que questionaram a presença do pesquisador nas UBS expressaram seu descontentamento em relação aos serviços prestados ao serem informadas sobre o motivo da observação sistemática. Reclamaram da forma como alguns atendentes os tratavam e enfatizaram que a morosidade do atendimento é um problema recorrente.

Também foi possível perceber a insatisfação dos usuários que buscavam atendimento de urgência para os filhos, menores de 12 anos de idade, no período noturno. O plantão não atende crianças e os pediatras só trabalham durante o dia nas UBS.

O fato das pessoas procurarem a unidade de saúde para esse fim também indica o desconhecimento da população em relação aos serviços oferecidos.

Uma das coordenadoras explica que

criança é uma especialidade. Você tem que ter um pediatra, que é uma especialidade. Se chegar uma criança aqui com convulsão ela vai ser atendida. Se procurar a unidade ela será atendida na urgência. A gente não dispensa não. Mas se vier aquelas outras questões mais tranquilas, daí ela terá que ser atendida no Hospital Zona Norte ou no PAI (Coordenadora da UBS Maria Cecília).

A assessora da Diretoria de Pronto-Atendimento confirma a fala da coordenadora, mas justifica que Londrina conta com um Pronto-Atendimento Infantil

no centro da cidade e com outros pediatras de plantão nos pronto-socorros dos Hospitais Zona Norte, Zona Sul e Hospital Universitário. Para ela, esta demanda só terá maior resolutividade se nas Unidades de Pronto-Atendimento que deverão ser construídas em Londrina os gestores optarem por plantonistas desta especialidade. Na Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) da Zona Oeste - que ainda permanece fechada desde que o prédio foi inaugurado, em julho de 2012 -, por exemplo, a especialidade requisitada foi ortopedia.

Tratando especificamente sobre as formas de acesso aos serviços primários, as coordenadoras evidenciam que a grande maioria acessa o serviço por procura espontânea. Outra parcela é atendida após serem encaminhadas pelas UBS de referência e também são feitas buscas ativas em casos específicos.

Por procura espontânea e como é uma unidade de referência para a Região Sul a gente recebe muitos encaminhamentos de outros postos. Quando o paciente não é referenciado aqui, ele tem acesso através do encaminhamento das outras unidades da Região Sul. A gente faz busca ativa se tiver alguma patologia. A gente faz busca ativa para hipertensos, diabéticos, hanseníase, TB. Para aquelas patologias que a gente faz o acompanhamento. Caso contrário, é procura espontânea (Coordenadora da UBS União da Vitória).

Existem situações que eu vou atrás. Um exemplo: se você vem aqui e passa por um clínico, ele pediu uma série de exames e foi detectado algum problema, como uma hepatite, uma suspeita de dengue, uma TB, daí eu tenho que fazer uma busca. Aí eu tenho que ir até a sua casa, levantar todos os seus comunicantes, etc. Caso contrário, é por procura espontânea (Coordenadora da UBS Leonor).

Além da procura espontânea tem busca ativa de tudo. O agendamento de consultas eletivas também obedece a classificação de risco. Se o paciente é classificado como eletiva, mesmo quando não tem nada alterado, ele vai para o dia que tiver vaga na agenda. Depende do médico tem vaga para o mês que vem como para outro tem vaga só para março de 2013. Mas se ele tem alguma alteração em resultado de exame tem vaga pra semana. Se for um paciente psiquiátrico que precisa renovar a receita, também tem vaga pra semana. Tem vagas específicas para isso (demandas mais complexas). Todos os pacientes que chegam à unidade são avaliados, triados. Eles são agendados de acordo com a situação. Por exemplo, se a classificação de risco dele for branca, ele nem passa pelo médico. É atendido pela enfermeira. Então é de acordo com essa classificação que o paciente acessa o serviço (Coordenadora da UBS Maria Cecília).

Este último depoimento confirma o que foi observado nas salas de espera das UBS, principalmente no que se refere à utilização do Protocolo de Classificação de Risco e ao longo período que alguns usuários aguardam para receberem atendimento médico em caráter preventivo, ou quando não há um problema de saúde aparente. No caso desta UBS, uma consulta com clínico geral

pode demorar mais de quatro meses. A fala do U15, de 59 anos, ilustra tal afirmação: “Este mês é o meu retorno, mas não achei a carteirinha. É que é muito tempo, uns três meses... daí a gente até se perde”.

Nota-se ainda que a classificação de risco organiza a ordem dos atendimentos, mas isso não fica claro para os usuários. Assim, mesmo quando podem esperar, ficam insatisfeitos ou até se esquecem do agendamento.

Por isso, pode-se afirmar que, para os usuários, os principais problemas em relação ao acesso aos serviços disponibilizados pelas UBS são a lentidão e a baixa resolutividade. Estimulados a avaliarem o acesso a tais serviços, considerando os aspectos geográficos, organizacionais, informacionais e socioculturais, verbalizam suas insatisfações:

A qualidade é mais ou menos, **por causa da demora**. Mas ao mesmo tempo é bom porque eles não desrespeitam ninguém, conversam certinho e tal. É pertinho daqui. Então pra mim está tudo normal (U1 – 18 anos).

Para ir sozinho eu vou, mas para voltar e subir esse morro é muito difícil. Com um pouco de esforço eu até consigo, mas sempre levo uma pessoa junto comigo [...] Não é muito complicado porque ainda me movimento um pouco. Mas se fosse uma pessoa que não movimenta nada seria mais difícil (U3 – 32 anos).

Pertinente observar que estes dois usuários referem-se à mesma UBS. Enquanto o U1 reclama da qualidade do atendimento e da demora do fluxo, mas valoriza a boa relação entre profissionais e usuários, o U3, que ficou paraplégico após ser vítima de ferimento por arma de fogo, preocupa-se com os aspectos geográficos e arquitetônicos que podem dificultar seu acesso à respectiva unidade de saúde.

Tais avaliações demonstram que cada pessoa interpreta o acesso de acordo com suas necessidades. No caso do U3, que deve ter prioridade no atendimento em qualquer estabelecimento público ou privado, sem dúvida as barreiras geográficas são mais graves. E ao considerarmos as características topográficas do bairro onde mora, confirmamos que o trajeto que ele precisa percorrer de sua casa até a UBS é repleto de aclives/declives acentuados, ruas esburacadas e sem rampas de acesso suficientes nas calçadas.

Nos depoimentos a seguir fica patente que a visão curativa do processo saúde/doença sustenta o hábito de só procurar os serviços de saúde quando há uma queixa. Este entendimento junto com os problemas organizacionais

do SUS acentuam as barreiras institucionais de acesso dos homens aos serviços primários. Ninguém que concebe a saúde como ausência de doença, inclusive o usuário masculino, quer se submeter a esperar horas por atendimento sem estar doente.

Tem que esperar muito não é? (U8 – 37 anos).

Para sair do local onde a gente está até o posto não é tão difícil, porque tem vários postos, em vários bairros não é? Agora, a qualidade é regular. **A qualidade do serviço não é tão boa assim, não é? O atendimento em si até que não é tão ruim, mas a demora é.** Tem dia que a pessoa chega a ficar 2, 3 horas esperando. Tem lugar por aí que demora até 7, 8 horas. Igual lá no PAM [Pronto-Atendimento Municipal], que demora até 7, 8 horas. **O problema está mais na demora e, às vezes, tem dia que não tem médico, não é?** (U9 – 43 anos).

Considerando isso que você falou, eu acho que não é muito bom, porque no hospital, que é o que eu uso, **demora muito** e muita gente reclama (U11 – 20 anos).

A distância é pertinho. **O problema é a demora.** Você tem que esperar muito pra ser atendido. Quando você consegue, o atendimento é bom. Mas demora muito. **Demora umas 5 horas pra você ser chamado pelo médico. Esse que é o problema dali.** Eu só procuro o plantão e fico lá até ser atendido (U12 – 22 anos).

Entretanto, em algumas situações em que os entrevistados já passaram por um atendimento resolutivo, a avaliação do acesso aos serviços foi positiva. Verifica-se que o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários é enfatizado nos depoimentos e a agilidade dos serviços é muito valorizada.

Pelo menos eu, quando vou ali, já está marcado, então não demora tanto. Os profissionais são bons também. Já fiz muitos exames que eles pediram (U15 – 59 anos).

É como eu falei: eles sempre me atendem bem. **E já me conhecem não é?** (U5 – 57 anos).

Em relação à distância é perto [...] Eles deixam tudo bem claro. Essa dor no peito que eu estava sentindo... ele falou assim... porque eu fumo! Então deve ser o cigarro. Pegou e já marcou um exame. Tanto é que foi resolvido. Era mesmo o cigarro. Dei uma reduzida. Eu considero que é bom (U6 – 19 anos).

É perto, mas como ela é idosa, a levo de carro. Sabe, não dá pra eu falar mal deles porque tudo que ela precisa eles fazem. Se não der pra resolver ali eles marcam em outro lugar e assim ela vai recebendo o tratamento. Olha, sabe porque eu não posso reclamar? A semana passada mesmo... eu tive que levar minha mãe pra fazer um exame lá no centro e voltar pra trabalhar. Saí de casa às 7, ela fez os exames e antes das 8h30m eu já estava de volta. Consegui trabalhar sem me atrasar (U13 – 40 anos)

Estes depoimentos, embora façam uma avaliação positiva do acesso aos serviços disponibilizados nas UBS de referência, compactuam com a ideia de que a agilidade do atendimento e do fluxo da rede de serviços influencia significativamente a procura e a utilização dos serviços primários de saúde pelos homens, bem como a satisfação dos usuários.

A concepção que a população tem sobre os serviços ofertados nas UBS, ou melhor, a falta de informação sobre o que de fato é oferecido, também constitui uma barreira organizacional de acesso aos serviços primários. Ainda que tenham sido implementadas ações coletivas com caráter preventivo, capazes de informar a população sobre diversos assuntos, como por exemplo, sobre o uso de preservativos e contraceptivos e sobre a importância de uma alimentação equilibrada aliada a prática de atividades físicas, os homens – assim como algumas mulheres – parecem não entender que os serviços oferecidos nas UBS não se limitam a consultas médicas e dispensação de medicamentos. Por isso, quando falam sobre serviços de saúde, referem-se especificamente aos atendimentos médicos. Nos depoimentos abaixo, é possível identificar que, quando questionados sobre quais serviços de saúde costumam procurar, mesmo preferindo recorrer às UBS, as respostas expressam que os usuários tratam serviços de saúde e atendimento médico como sinônimo.

Tal concepção sobre APS é extremamente nociva aos usuários porque muitos deles podem desconsiderar a importância das ações preventivas executadas no âmbito das UBS, bem como ignorar importantes orientações feitas por outros profissionais além do médico.

Ou é posto de saúde ou vou para o Hospital Zona Sul. Se estiver muito grave a gente já vai direto não é? Porque aqui o plantão, talvez nem encaminhe. Conforme o que a gente tem, se tiver uma dor de garganta, uma dor, ele aplica uma injeção e a gente fica aqui mesmo. Se for grave e for fora de hora, a gente já vai direto para o Zona Sul (U5 – 57 anos).

Passo pelo **plantonista** do Leonor (U6 – 19 anos).

Clínico geral que fala, não é? Aqui no Leonor. Mas já faz tempo que eu não venho aqui também (U8 – 37 anos)

O posto de saúde mesmo. O plantão de lá (U9 – 43 anos).

Eu procuro mais, na verdade, o hospital: o HU ou o Zona Norte. Posto só eu se tiver, tipo assim, com uma dor não tão grave assim, mas é muito difícil mesmo eu ir ao posto. A não ser que for para marcar uma consulta com especialista, alguma coisa assim. Senão não (U8 – 37 anos).

O postinho mesmo. Se for muita emergência, a gente prefere o hospital. No hospital, **o atendimento médico** é muito melhor (U15, 59 anos).

Cabe mencionar que o material explorado foi organizado na tentativa de explicitar as barreiras institucionais de acesso aos serviços disponibilizados pelas UBS 16 e 24 horas em Londrina e fornecer subsídios para que elas sejam derrubadas. Por isso, faz-se necessário pontuar que dificilmente o acesso dos homens será facilitado sem o aumento e qualificação dos profissionais de saúde. Além disso, eles certamente vão continuar ausentes da Atenção Básica se não forem estimulados a utilizá-la. Para tanto, este nível de complexidade do SUS precisa funcionar de fato como a porta de entrada prioritária e os profissionais têm que reconhecer a população masculina como público-alvo. Como destacaremos no próximo capítulo, as barreiras socioculturais afetam tanto usuários quanto os trabalhadores da saúde.

Várias ações, programas e serviços implementados pelas UBS poderiam – e deveriam – ser utilizados não só por mulheres, crianças e homens idosos, mas também pelos homens em idade produtiva. Da forma como o sistema de saúde se organiza é como se o lugar dos homens na atenção primária permanecesse oculto, escondido pelas prioridades e ignorado por usuários e profissionais de saúde.

Neste contexto, a ausência do hábito do autocuidado entre os homens, cristalizada no imaginário de usuários e de muitos trabalhadores da saúde como algo “típico deles”; contribui para mantê-los fora das UBS.

4 BARREIRAS SOCIOCULTURAIS DE ACESSO AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

A Atenção Primária em Londrina tem uma vasta lista de programas e serviços, construída de acordo com as necessidades de saúde da população e com a Política Nacional de Atenção Básica. Por um lado, oferece programas que abarcam a prevenção e o tratamento de várias doenças, absorvendo demandas antes tratadas em outros níveis de complexidade do sistema de saúde como, por exemplo, o tratamento da hanseníase e da tuberculose. Por outro, o aumento da oferta de serviços sem a necessária ampliação/adequação do espaço físico das unidades de saúde e sem aumentar o número de profissionais provocou o estrangulamento da rede de serviços, sejam eles básicos, de média ou alta complexidade, acentuando o descrédito no SUS.

Antes de avançar na análise do material coletado junto aos usuários e coordenadoras das UBS União da Vitória, Leonor e Maria Cecília, é necessário esclarecer como as barreiras socioculturais de acesso aos serviços de saúde se construíram e se mantêm sólidas no imaginário de homens e mulheres.

Vale lembrar que essas barreiras se expressam nos valores, nas crenças, nos hábitos e nas concepções do que é ser masculino e feminino, do que é saúde e doença, do que é saudável e prejudicial à saúde, do que “é de homem” ou “é de mulher”. E elas interferem diretamente na procura por serviços de saúde. Nesse sentido, na medida em que os estereótipos de gênero conferem ao homem um ar de virilidade e força, forjando a invulnerabilidade masculina, muitos deles acabam considerando a doença como um sinal de fragilidade. Por conseguinte, se expõem mais às situações de risco e não desenvolvem o hábito de cuidar da própria saúde.

4.1 AS IMPLICAÇÕES DAS CONCEPÇÕES DE MASCULINIDADES NA SAÚDE DOS HOMENS

Ao pesquisar sobre a saúde dos homens, identifica-se que a concepção sobre *masculino* prevalecente no ideário social esculpe o homem como um ser humano invulnerável, forte, viril, poderoso, provedor, superior ao ser humano do sexo feminino, etc.. Esta compreensão tem raízes históricas e tem sido repassada de geração em geração através de valores, comportamentos e

convicções nocivas tanto para a saúde *deles* quanto para a saúde *delas*. Tal concepção impede, por exemplo, que os homens admitam alguma fragilidade física, demonstrem delicadeza ou busquem um serviço de saúde sem estar doente (comportamentos socialmente determinados para as mulheres). Caso contrário, sua masculinidade será colocada em xeque.

Pinheiro; Couto (2008, p. 54) ressaltam que “as concepções ocidentais sobre o sexo das pessoas remontam a cultura grega e são retratadas em construções filosóficas da Antiguidade”. Sob essa ótica, “o corpo masculino representava perfeitamente a humanidade”. Isto porque, para os gregos, existia apenas um sexo biológico, mas que poderia se expressar de dois modos nas pessoas.

Nesta perspectiva, a diferença entre homens e mulheres

consistia no fato de que os homens, por terem recebido mais calor no período de gestação, tiveram o pênis e os testículos exteriorizados na formação de seu corpo; já as mulheres não haviam desenvolvido tais órgãos da mesma maneira e os carregavam apenas de forma invertida e internamente. A fronteira entre o masculino e feminino era dada, então, não por uma questão de diferenciação de espécie, mas de grau de perfeição, sendo o homem um ser mais perfeito que a mulher (PINHEIRO; COUTO, 2008, p. 55).

Tal compreensão de sexo só começou a ser superada no século XVIII, quando o movimento de descobertas do Renascimento fundamentou “a existência de diferenças essenciais entre homens e mulheres, fornecendo a base para uma perspectiva que prioriza a natureza e reafirma a condição biológica do ser humano e dos papéis sexuais” (PINHEIRO; COUTO, 2008, p. 55).

Gomes (2008, p. 61) explica que a partir desta época surgiu a necessidade de definir o verdadeiro sexo das pessoas. Até o século seguinte, as distinções entre os sexos ganharam foco nas produções científicas e “passaram a ser buscadas não só na estrutura física, mas também na química do corpo”.

Entretanto, as investigações sobre as diferenças entre homens e mulheres mantiveram a subalternidade feminina. “O corpo feminino passou a ser visto como materialização do conceito de feminilidade, atravessada pelo significado de fragilidade física, beleza e delicadeza nos esqueletos com crânios pequenos, ossos mais finos e pélvis bem largas, associadas à maternidade” (GOMES, 2008, p. 61).

Segundo Pinheiro; Couto (2008, p. 56), as diferenças biológicas diagnosticadas pelos cientistas sustentavam-se em um

referencial reducionista – definido como modelo biomédico – que é construído a partir das seguintes premissas básicas: a separação cartesiana entre corpo e alma, a metáfora do 'corpo máquina' e o conhecimento anatomofisiológico. Esse modelo, que ganha forma a partir do final do século XVIII, se apóia na produção, em especial, das ciências biológicas e justifica a prática médica como tecnologia hegemônica capaz e responsável tanto pela definição do que é saúde como pela prevenção, diagnóstico, tratamento e cura das doenças.

Tratando da construção social dos sexos, Bourdieu (2002, p. 23) destaca que “os anatomistas de princípios do século XIX [...] tentam encontrar no corpo da mulher a justificativa do estatuto social que lhes é imposto, apelando para oposições tradicionais entre o interior e o exterior, a sensibilidade e a razão, a passividade e a atividade”.

Neste sentido, mesmo prevalecendo a ideia de que o corpo masculino era o “padrão”, os estudos científicos centraram esforços na tentativa de identificar “características anatomofisiológicas que definiriam o corpo e, em especial, a sexualidade da mulher”. Deste modo, as mulheres tornaram-se o foco central do processo de medicalização (PINHEIRO; COUTO, 2008, p. 56).

Ainda no século XIX, as ciências médicas passaram por um intenso processo de desenvolvimento. Avançaram tecnicamente e ampliaram suas áreas de investigação e intervenção, “entre elas a ginecologia”, acentuando a medicalização do corpo feminino (PINHEIRO; COUTO, 2008, p. 56).

Para os autores, este processo tem duas faces. Se por um lado é consequência da “produção da nova tecnologia médica”, que inclusive teve impactos extremamente significativos na melhoria das condições de saúde e sobrevivência da população em geral e, principalmente, da população feminina e infantil, por outro “garante a manutenção do controle sobre as mulheres” (PINHEIRO; COUTO, 2008, p. 57).

E essa dominação sobre a população feminina, que assegura a histórica “superioridade” dos homens, de acordo com Bourdieu (2002), corresponde a uma construção social naturalizada pela sociedade e transmitida acriticamente ao longo do tempo.

O autor explica que

Longe de as necessidades de reprodução biológica determinarem a organização simbólica da divisão social do trabalho e progressivamente, de toda ordem natural e social, é uma construção arbitrária do biológico, e particularmente do corpo, masculino e feminino, de seus usos e de suas funções, sobretudo na reprodução biológica, que dá um fundamento aparentemente natural à visão androcêntrica da divisão de trabalho sexual e da divisão sexual do trabalho e, a partir daí, de todos os cosmos. A força particular da sociodicéia masculina lhe vem do fato de ela acumular e condensar duas operações: *ela legitima uma relação de dominação inscrevendo-a em uma natureza biológica que é, por sua vez, ela própria uma construção social naturalizada* (BOURDIEU, 2002, p. 33).

Embora as reações das mulheres ao domínio social a que eram submetidas já existissem e tenham se intensificado após a Segunda Guerra Mundial, observa-se que somente nos anos 1980 - com a expressiva entrada de feministas no “espaço acadêmico europeu e, especialmente, norte-americano” – é que uma crítica consistente sobre as “assimetrias e desigualdades entre os sexos” ganhou espaço. “Assim, a história da origem da perspectiva de gênero está ligada aos posicionamentos críticos da explicação do lugar da mulher na sociedade” (PINHEIRO e COUTO, 2008, p. 58).

Gomes (2008, p. 64) esclarece que a expressão *gênero* pode ser entendida como “uma construção cultural sobre a organização social da relação entre os sexos, traduzida por dispositivos e ações materiais e simbólicos, físicos e mentais”.

De acordo com o mesmo autor,

Gênero refere-se a atributos culturais associados a cada um dos sexos, contrastando-se com a dimensão anatomofisiológica dos seres humanos. Feminino e masculino assumiriam feições de acordo com as múltiplas culturas, sendo entendidos como construções culturais e não com base em alusões a um ativismo biológico. Assim, a qualidade de ser homem e ser mulher só ocorre nos termos da cultura produzida/reproduzida/modelada em dada sociedade (GOMES, 2008, p. 65).

Saffioti (2004, p. 109) considera “sexo e gênero uma unidade, uma vez que não existe uma sexualidade biológica independente do contexto social em que é exercida”.

A autora destaca que, no Brasil, o conceito de gênero foi disseminado rapidamente na década de 1990, através do artigo de Joan Scott (1983 – 1988) “*Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*”. Como o próprio título já diz, o texto aborda “o gênero como categoria analítica” (SAFFIOTI, 2004, p. 110).

Tratando das origens do conceito de gênero, a autora acrescenta:

[...] pode-se adotar a expressão *categorias de sexo* para se fazerem referências a homens e a mulheres como grupos diferenciados, embora a gramática os distinga pelos gêneros masculino e feminino e apesar de o gênero dizer respeito às imagens que a sociedade constrói destes mesmos masculino e feminino. Neste sentido, o conceito de gênero pode representar *uma categoria social, histórica*, se tomado em sua dimensão meramente descritiva, ainda que seja preferível voltar à velha expressão *categoria de sexo*. Uma das razões, porém, do recurso ao termo gênero foi, sem dúvida, a recusa do *essencialismo biológico*, a repulsa pela imutabilidade implícita em “*a anatomia é o destino*”, assunto candente naquele momento histórico (SAFFIOTI, 2004, p. 110).

A partir da constatação da diversidade das construções sociais a respeito de ser homem e de ser mulher, evidenciada pela perspectiva de gênero, “um rico campo de estudos passa a se constituir acerca da pluralidade dos modelos de masculinidade e de feminilidade” (PINHEIRO; COUTO, 2008, p. 59).

Connel (1995, p. 190), ao discorrer sobre “Políticas da Masculinidade”, registra que embora exista uma narrativa convencional sobre a construção das masculinidades defendendo que “toda cultura tem uma definição da conduta e dos sentimentos apropriados para os homens” e que tal concepção pressiona a população masculina a se distanciar do comportamento das mulheres, podendo custar a eles a “repressão de seus sentimentos”, também é preciso considerar que diferentes masculinidades são produzidas concomitantemente; que a construção da masculinidade deve ser concebida “como um projeto perseguido ao longo de um período de muitos anos”; e que a construção das masculinidades também deve ser encarada “tanto como um projeto coletivo quanto como um projeto individual”.

Uma das críticas do autor sobre a incompletude da narrativa convencional refere-se à generalização equivocada dessa forma de explicar a construção das masculinidades. Ele ressalta que

A narrativa convencional adota uma das formas de masculinidade para definir a masculinidade em geral. Isso confunde hegemonia de gênero com totalitarismo de gênero. Os dados existentes são claros em mostrar que as masculinidades hegemônicas são produzidas juntamente – e em relação – com outras masculinidades (CONNEL, 1995, p. 190)

O exemplo citado pelo autor demonstra que em uma escola observada por ele a masculinidade hegemônica era representada por um grupo formado por garotos “que se beneficiavam do culto do futebol existente na escola e buscavam um estilo agressivo, fisicamente dominante de conduta”. Contudo, na

mesma escola também havia uma “masculinidade intelectual”, “constituída por garotos que não eram fisicamente agressivos, mas eram academicamente competitivos” (CONNEL, 1995, p. 190).

Outra preocupação em relação à narrativa convencional é que essa concepção

vê o gênero como um molde social cuja marca é estampada na criança, como se as personalidades masculinas saíssem, como numa fábrica de chocolate, da ponta de uma esteira. Isso subestima de forma lamentável a energia, a atividade e a dimensão ativa de uma pessoa em crescimento (CONNEL, 1995, p. 190)

Connel (1995, p. 191) também sinaliza que “as condições sob as quais a hegemonia pode ser sustentada estão em constante transformação. Como consequência, um dado padrão de masculinidade hegemônica está sujeito ou a ser contestado ou a ser transformado ao longo do tempo”.

O autor disserta que a globalização tem provocado a criação de novas formas de masculinidade hegemônica. Neste sentido, “a re-construção coletiva das masculinidades, tal como a construção da masculinidade no nível pessoal”, devem ser concebidas como “um processo dialético” e não como um “processo mecânico. Nesta perspectiva, o homem de negócio japonês não é exatamente a mesma coisa que o executivo empresarial da América capitalista” (CONNEL, 1995, p. 194).

Cabe aqui registrar que, de acordo com Connel (1995), mesmo com espaço para possíveis mudanças na construção das masculinidades, equipararem-se as mulheres continua sendo algo temerário e mal visto aos olhos da sociedade como um todo. É como se eles tivessem o dever de cumprir papéis socialmente determinados, o que significa agir de forma agressiva e auto-suficiente, e de se afastar de qualquer comportamento que os tornem semelhantes às mulheres.

Os homens que tentam desenvolver uma política em apoio ao feminismo, sejam eles gays ou heterossexuais, não têm uma tarefa fácil. É provável que sejam ridicularizados por muitos outros homens e por algumas mulheres – é quase um chavão jornalístico que as mulheres desprezam Homens Sensíveis da Nova Era. Eles não terão, necessariamente, o apoio caloroso das mulheres feministas, algumas das quais são profundamente desconfiadas dos homens, a maioria das quais são cautelosas em relação ao poder dos homens e todas as quais tem um compromisso político de solidariedade com as mulheres. Uma vez que a mudança de gênero exige a reconstrução tanto das relações pessoais quanto da vida pública, existem muitas oportunidades para a ofensa pessoal, para julgamentos equivocados e para a raiva (CONNEL, 1995, p. 198)

Na compreensão de Arilha; Medrado; Unbehaun (2001, p. 17) o interesse pela masculinidade como objeto de estudo foi consequência da instituição do movimento feminista, na década de 1960, “que promoveu um exame crítico e tomada de posição diante das dissimetrias sociais baseadas na diferenciação sexual”. Soma-se a isso, a luta dos movimentos gay e lésbico, que exigiram novas reflexões sobre as identidades sexuais e propuseram outras mentalidades, outras perspectivas, outros comportamentos “para as relações entre os sexos, questionando sobretudo a masculinidade hegemônica: branca, heterossexual e dominante”.

Segundo os autores, os estudos sobre masculinidades foram ofuscados pela ênfase dada as pesquisas sobre mulher e feminilidade na década de 1970. Contudo, na década seguinte, especialmente nos países anglo-saxões, emerge um conjunto de estudos sobre a construção social da masculinidade claramente “vinculado com as conquistas do movimento feminista e com o desenvolvimento das reflexões em torno do conceito de gênero” (ARILHA; MEDRADO; UNBEHAUN, 2001, p. 18).

A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, pode ser considerada um marco positivo no que se refere a equidade de gênero. De acordo com Arilha; Medrado; Unbehaun (2001, p. 16)

Embora não tenha sido a primeira vez em que os homens são citados em textos de Conferências de População, a de 94, em especial, enfatizou a necessidade de maior participação dos homens na vida familiar, com o propósito de reequilibrar as relações de poder para atingir maior igualdade de gênero, bem como a participação masculina no campo da vida sexual e reprodutiva, em programas de educação sexual para crianças e adolescentes e de prevenção da Aids.

Vale lembrar que, no Brasil, a produção teórica e política sobre gênero teve início mais tardiamente do que na Europa e Estados Unidos e também foi consonante com as bandeiras do movimento feminista, cujo “ponto de partida” neste país situa-se em meados da década de 1970, “particularmente com a declaração do Ano Internacional da Mulher pela ONU, em 1975” (ARILHA; MEDRADO; UNBEHAUN, 2001, p. 20).

De acordo com Schraiber; Figueiredo (2011, p. 30), o debate em torno das questões de gênero intensificou-se nos anos 1980 com a proposição do

Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no bojo do movimento pela Reforma Sanitária e fortemente influenciado pelo movimento feminista. Até então não havia questão feminina para saúde sem crianças e, assim, aplicava-se “uma estratégia biopolítica de atuação e controle das populações, inserindo a mulher como responsável por essa atribuição, a princípio de ter filhos e depois de planejar quando e quantos tê-los, na disciplina da contracepção”.

Na tentativa de mudar esta prática com o lema “Nosso Corpo nos Pertence” surge uma nova proposta de abordagem da saúde das mulheres compilada no documento PAISM (1984).

Entretanto, conforme destaca Oliveira (2005), a fragmentação, a fragilidade e a baixa qualidade das poucas ações implementadas ao longo dos anos diluíram a materialidade do programa. O que se vê é que a prática continua focada na atenção a saúde materno-infantil.

Na trilha dos estudos sobre gênero, as análises críticas sobre a relação homens-saúde, circunscritas pela teoria e política feminista, despontam na década de 1970 nos Estados Unidos e diagnosticam que o modelo tradicional ou hegemônico de masculinidades é nocivo à saúde da população masculina (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005), (GOMES; NASCIMENTO, 2006), (GOMES; 2008), (PINHEIRO; COUTO, 2008).

Nos anos 80, tal perspectiva avança de forma mais consistente, observando-se, inclusive, uma mudança de terminologia: de estudos dos homens para estudos de masculinidades (Couternay, 2000). Em período mais recente, transita-se das teorias de papéis-sexuais para o enfoque de gênero, quando se assiste à expansão da perspectiva de gênero em domínios como a epidemiologia e a sociologia médica nos EUA (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005, p. 9).

No artigo “Homens e Saúde na pauta da Saúde Coletiva”, de Schraiber; Gomes; Couto (2005), é possível perceber que os pesquisadores da área privilegiam as seguintes temáticas: a saúde reprodutiva e sexual; a violência de gênero; e a morbimortalidade da população masculina.

Em uma revisão bibliográfica focada na produção do conhecimento da saúde pública sobre a saúde dos homens, Gomes; Nascimento (2006, p. 902) identificaram que entre os estudos internacionais destacam-se as seguintes considerações: os homens sofrem mais de condições graves e crônicas de saúde do que as mulheres, em consequência disso, vivem menos do que elas; “há uma

relação entre a construção da masculinidade e o comprometimento da saúde dos homens”; tal construção e suas implicações na saúde devem ser interpretadas a partir da ótica relacional de gênero; a agressividade resultante da construção da masculinidade, erroneamente concebida como natural pela sociedade, pode fazer dos homens “um fator de risco”; e, “devido à centralidade que o trabalho ocupa na identidade do homem como ser provedor, problemas relacionados ao desemprego podem também comprometer o bem-estar masculino e contribuir para o aumento de suicídios de jovens”.

A partir deste estudo, os autores concluem que

(a) modelos hegemônicos de masculinidade podem dificultar a adoção de hábitos e convicções mais saudáveis e (b) o homem, quando influenciado por ideologias hegemônicas de gênero, pode colocar em risco tanto a saúde da mulher quanto a sua própria (GOMES; NASCIMENTO, 2006, p. 908).

Esse risco iminente ao qual os homens estão expostos por se considerarem fortes e invulneráveis é identificado nos depoimentos dos usuários entrevistados. Ao avaliarem sua situação de saúde, eles externalizam suas concepções sobre o processo saúde/doença e ratificam a ausência do hábito de cuidar da própria saúde e/ou de buscar serviços preventivos. Dito claramente, eles reduzem a saúde à ausência de dores ou a qualquer tipo de sintoma patológico e ignoram seu lugar na Atenção Primária à Saúde. Dos 15 entrevistados, 12 avaliam seu quadro de saúde como Bom. Essas avaliações positivas do próprio quadro de saúde estão acompanhadas de argumentos estereotipados. Até mesmo o U2, que se encontrava ostomizado em decorrência de ferimentos por arma de fogo, apresenta dificuldade de assimilar sua condição de saúde e de vulnerabilidade em relação à violência.

Estou bem [...] nunca deu problema em mim. **De doença não** (U2 – 23 anos).

Olha, eu não faço exame não. **Eu não sinto nada. Não sinto dor, não sinto nada. Não faço exame nem de sangue nem de nada.** Não tenho problema de pressão nem de nada (U4 - 49 anos).

É bem raro eu ficar doente (U6 – 19 anos).

Estou tranquilo [...] não sinto dor nem nada (U8 – 37 anos).

Eu não frequento hospital, **é difícil pegar um resfriado ou algum vírus qualquer** (U11 - 20 anos).

Bom. Porque eu estou bem. Não sinto dor, nada (U12 - 22 anos).

Eu estou normal. Eu nunca fui ao médico. Não tenho nem ficha ali. Estou lá toda semana porque levo minha mãe (U13 - 40 anos).

Eu não tenho nada não, pelo menos eu acho que não, não é? Eu não sinto nada não é? (U15 - 59 anos).

Já faz tempo que não faço exames. Não sei dizer. Aparentemente estou bem entendeu? Aparentemente! Aí hoje mesmo eu estava vendo. Eu emagreci alguns quilos aí falei: ué, o que será que está acontecendo? Hoje mesmo eu estava pensando nisso aí (U9 – 43 anos).

Esta visão sobre a suposta ausência dos homens na Atenção Básica e/ou da inexistência da prática do autocuidado entre e/les não está presente apenas entre os usuários. No cotidiano laboral das UBS, a concepção hegemônica de masculinidade ganha escopo e se materializa como grandes barreiras de acesso dos homens aos serviços primários.

4.2 A MATERIALIZAÇÃO DAS BARREIRAS SOCIOCULTURAIS DE ACESSO DOS HOMENS AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

A presente pesquisa revela que as barreiras socioculturais ganham materialidade no âmbito das unidades básicas de saúde em decorrência da concepção que trabalhadores e usuários detêm sobre a relação homens/saúde; da falta de informação da população sobre as ações e serviços primários disponíveis nas respectivas UBS; e, dos sentidos atribuídos por profissionais e usuários às demandas da população masculina, que aparecem nos depoimentos como algo episódico, vago ou imutável.

4.2.1 A Visão de Trabalhadores e Usuários sobre a Relação Homens/Saúde

De acordo com Pinheiro; Couto (2008), a naturalização da dominação masculina constitui um paradoxo se considerarmos que ao mesmo tempo em que eleva os homens a uma posição de destaque na estrutura social os transforma em “prisioneiros e vítimas da representação dominante” (PINHEIRO; COUTO, 2008, p. 61).

Aplicando o argumento à análise da relação homens-saúde observam que

os homens usam práticas e comportamentos em saúde para demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade que os estabelecem como homens. Assim, por exemplo, os homens, para a aquisição de poder, reprimem suas necessidades de saúde e recusam admitir dor ou sofrimento, negam fraquezas ou vulnerabilidades, sustentam o controle físico e emocional, além de manifestarem uma desqualificação de situações de risco, quer ligadas ao sexo inseguro, quer a um comportamento rotineiramente agressivo (PINHEIRO; COUTO, 2008, p. 62).

Neste mesmo sentido, as coordenadoras e os usuários entrevistados reiteram a naturalização da dominação masculina ao admitirem que os homens não se cuidam, que são relaxados ou negligentes com o próprio corpo. Enquanto as coordenadoras argumentam que os homens não procuram os serviços, que têm uma visão curativa do processo saúde/doença e que acreditam na invulnerabilidade masculina, para os usuários parece claro que as mulheres se cuidam mais porque são mais frágeis.

Por tais motivos, Schraiber; Figueiredo (2011, p. 33) ressaltam que os homens também “são alvo de naturalização no plano do conhecimento assim como as mulheres”. E estas atribuições apresentam-se mais como “essências naturais dos indivíduos deste ou daquele sexo” do que como “construções socioculturais”.

Eles nunca acreditam que vai acontecer com eles. Não se preocupam. Infelizmente. Eles pensam: ‘Eu não tenho tempo pra perder com isso, não vou ficar perdendo tempo com isso’. Dessa forma, quando ele procura vai descobrir que é diabético, que é hipertenso. Então, **infelizmente, eles nos procuram muito tarde**. Eles não são de fazer exames (Coordenadora da UBS Leonor).

Homem não liga muito pra essas coisas não. Eu acho que os homens não vão ao médico, primeiro porque homem não gosta muito que encostem nele. Começa por aí. E acho que as mulheres ficam menos constrangidas que os homens. Sei lá, **elas se cuidam mais** (U14, 50 anos).

A relação [dos homens] com os serviços de saúde pública mesmo é terrível. Eu, **graças a Deus não preciso**. Mas quem precisa mesmo... a demora, o descaso, muitas vezes não tem... principalmente se precisar de um especialista não é? Aí não... Nossa, demora pra caramba. Eu quando precisei de um especialista mesmo, vixe Maria, foi dose. [...] Por isso, minha mulher e meu filho têm plano de saúde (U8, 37 anos).

Os homens são mais difíceis de ir ao médico não é? Enquanto as mulheres vão 10 vezes o homem vai uma. **Ah, a gente fica lá esperando, eles chamam, chamam e nunca é a nossa vez.** Então eu não gosto de ir não (U15, 59 anos).

Constata-se que as ações desenvolvidas carregam as representações, concepções e crenças que os trabalhadores e os usuários detêm em relação às questões relativas a saúde e as relações de gênero. Deste modo, de acordo com Schraiber; Figueiredo (2011, p. 32), a subjetividade dos atores envolvidos com o trabalho em saúde também molda suas práticas, “reorientando elementos do saber ou mesmo da organização objetiva da prestação de serviços e desenvolvimento dos trabalhos na unidade de saúde”.

É de extrema importância pontuar, ainda com base em Schraiber; Figueiredo (2011, p. 32), que

É também por essas especificidades do agir profissional que, mesmo sem conceberem, esses agentes reproduzem as representações de gênero tradicionais da sociedade, reproduzindo suas desigualdades de poder e valor, e reiterando na saúde as repartições de atribuições e expectativas para as identidades masculinas e femininas. Por isso veremos que, se homens e mulheres são também, perante a saúde, sujeitos desiguais, desde o valor do adoecer às atribuições de cuidado de si e de outros, o atendimento a mulheres e homens na atenção primária reitera as desigualdades.

Assim, as barreiras socioculturais se enrijecem na medida em que o modelo hegemônico de masculinidade e a naturalização do comportamento masculino interferem na prática cotidiana dos profissionais de saúde alocados em UBS, obscurecendo demandas ou necessidades de saúde específicas dos homens, além de, em alguns casos, contribuírem para afastá-los ainda mais do nível básico do SUS.

Esta postura profissional pode ser influenciada ou reforçada pelo modo como estão organizados os serviços primários, de urgência e emergência nas unidades de saúde analisadas. Isto porque, como apresentado no capítulo anterior, os serviços primários só estão disponíveis de segunda a sexta-feira, das 7h00m às 19h00m, em todas as UBS de Londrina e, em duas das três UBS aqui analisadas, serviços primários e Pronto-Atendimento são ofertados no mesmo espaço físico.

Além disso, alguns profissionais não reconhecem as UBS como um espaço prioritário de ações e serviços preventivos e acabam relacionando a procura a uma queixa evidente. Esperam que todos que procuram a unidade de saúde estejam, de fato, doentes.

Por isso, é preciso considerar ainda que se culturalmente os homens relacionam o cuidado e, conseqüentemente o cuidar de si, a uma característica do

comportamento feminino, pode-se dizer que se um profissional de saúde questionar sua demanda ao invés de acolhê-la, este usuário poderá interpretar essa abordagem como uma afronta a sua masculinidade. E de acordo com Bourdieu (2002, p. 32), sob o ponto de vista que liga a sexualidade ao poder, “a pior humilhação, para um homem, consiste em ser transformado em mulher”.

4.2.2 A Falta de Informação sobre Serviços Primários e os Sentidos Atribuídos por Profissionais de Saúde e Usuários às Demandas da População Masculina

Observa-se nos depoimentos dos homens abordados que eles realmente não conhecem o que as UBS oferecem (atendimentos coletivos, orientações específicas sobre, por exemplo, planejamento familiar, programas antitabagismo, de atividades físicas, etc). Deste modo, buscam prioritariamente atendimento médico de urgência. Nesta perspectiva, a principal dificuldade de acesso é a falta de informação, tanto sobre a oferta dos serviços quanto sobre o fluxo de atendimento.

Ao serem questionados sobre a existência e utilização de serviços de saúde para os homens nas UBS de referência, todos os entrevistados demonstraram que não conhecem os serviços disponíveis e/ou alegaram que eles não existem, o que legitima nossa ideia de que o lugar deles permanece oculto na Atenção Primária.

Não. Nunca ouvi falar. Acho que não tem não. Mesmo trabalhando lá eu nunca ouvi ninguém comentar. Acho que não existe isso aí. Acho que em Londrina inteira não existe. Nunca ouvi falar. [...] Pelo que eu trabalho lá e vejo a maioria, é mais mulher que procura o posto de saúde (U9 – 43 anos).

Então não tem essa procura! [por serviços preventivos] Mesmo porque o plantão pensa que isso não é para ser resolvido no plantão. Talvez seja por isso que não vêm... Porque se você chega e fala que veio para fazer um check-up no plantão ele não vai te atender porque a demanda é grande e eles vão atender a urgência. A característica do plantão é atender as urgências e emergências. Então não tem. Não pense você que eles [os homens] têm essa cultura de procurar pra isso não. O plantão nada mais é do que resolver a demanda imediata. Um exemplo, porque isso acontece muito: chega aí algum *drogadito* ou algum menino que alguém esfagueou, ou a polícia bateu e você está vendo que ele está com sarna, que ele está com um problema sério de pele, que ele está desnutrido. Mas o médico vai fazer aquilo que tem de imediato. Então assim, é de uma sutura que ele precisa? Então vamos fazer a sutura, vamos fazer uma radiografia e encaminhar para um hospital se for preciso. E se não for preciso ele dispensa, pronto e acabou. A gente orienta. Orientado eles são, mas eles não procuram o posto. Se você chega à noite e diz: olha doutor, eu não

tenho condições de vir durante o dia, não consigo marcar e eu quero fazer um checkape. Ele vai fazer uma cartinha para UBS pedindo para agendar uma consulta com o clínico e tal. Mas é assim que funciona.

Este dado relaciona-se a barreira institucional de acesso aos serviços de saúde se considerarmos que os profissionais de saúde deveriam informar os usuários sobre serviços preventivos e/ou voltados a promoção da saúde, mesmo quando o indivíduo busca o pronto-atendimento. Afinal, parte-se do pressuposto de que os profissionais de saúde sejam capacitados para enxergar o indivíduo em sua totalidade, para além da queixa aparente.

Contudo, observa-se que os serviços existem, mas a população masculina não os conhece e não é estimulada a conhecê-los. Não sabe que poderá ter acesso a orientações nutricionais, participar de terapia comunitária, receber orientações sobre ergonomia e segurança no trabalho, sexualidade e reprodução, planejamento familiar, realizar exames laboratoriais, entre outros. Acredita que nas UBS, lugar que privilegia o atendimento de mulheres, crianças e idosos, enfrentará salas de espera lotadas e filas para receber atendimento de baixa qualidade.

É pertinente destacar que embora a disponibilização de informações sobre as ações e serviços ofertados na unidade de saúde em forma de cartazes afixados em murais e nas paredes da sala de espera configure uma tentativa de otimizar o atendimento e convidar a população usuária a utilizá-los, durante as 36 horas de permanência nas salas de espera das unidades de saúde, nenhum usuário foi visto lendo algum dos cartazes.

A nosso ver, se os trabalhadores não internalizarem a necessidade de falar sobre os serviços disponíveis para os homens, fazendo-os se sentirem parte do sistema de saúde, dificilmente esta situação será alterada.

Buscando desvelar os hábitos masculinos em relação à utilização de serviços de saúde, os sujeitos foram questionados sobre quantas vezes procuraram algum serviço de saúde nos últimos 12 meses e quais foram os motivos da procura por atendimento. Um terço (5) dos entrevistados respondeu não ter procurado nenhuma vez. Um deles, o U3, justificou que como é acompanhado pelo Sistema de Internação Domiciliar (SID) não precisou sair de casa para receber atendimento dos serviços de saúde. Já o U4 afirmou que nunca procura e demonstrou bastante insatisfação em relação aos serviços públicos de saúde. A saber:

Nunca procuro. Nem pra gripe eu não vou. Só procuro remédio no mato. Me curo com remédio do mato. Eu não tenho paciência de ir atrás de posto de saúde. Ah eu não vou atrás disso não. Procuro remédio no mato aqui. Nós moramos num lugar aqui que olha...é precário! A rua... Não tem rua, não tem nada. Nós estamos jogados na sarjeta aqui rapaz! Sem benefícios! Precisamos principalmente da rede de esgoto aqui meu! Água tratada tem. Mas o que nós usamos é tudo gato. Energia, é tudo gato” (U4 – 49 anos).

Esta insatisfação aponta que a visão negativa que a população tem sobre o SUS além de manter o lugar dos homens velado na Atenção Primária também demonstra a nociva relação entre as barreiras institucionais e socioculturais de acesso aos serviços básicos de saúde.

O histórico deficit de recursos humanos, a baixa qualidade do atendimento e longas filas de espera por consultas médicas transformaram-se num consenso pejorativo em relação aos serviços públicos, acentuando a resistência da população em relação aos serviços de caráter preventivo, já que muitos evitam procurar a UBS por conhecer seus problemas institucionais.

O U7, que alegou não ter procurado serviços de saúde nos últimos 12 meses foi submetido a uma vasectomia, 13 meses antes da entrevista. E mesmo com horário agendado para retornar a UBS avaliar o resultado do procedimento cirúrgico, ele não compareceu ao atendimento. Está evidente em seu depoimento a crença na invulnerabilidade masculina e na suposta necessidade de se priorizar ações para as mulheres. Ele não enxerga seu lugar no âmbito da Atenção Básica e ainda reduz a saúde da mulher a problemas ginecológicos.

Ah, o homem é mais relaxado do que a mulher não é? A mulher se preocupa mais. A mulher tem o negócio de ginecologista. Vai lá ver como é que está. O homem não tem esse negócio não é? **Eu nem sei qual é o médico que cuida da saúde dos homens.** Risos. Tipo, mulher é de 3 em 3 meses que vai no ginecologista não é? **O homem não tem essa preocupação não é?** Eu, pra falar a verdade pra você, eu fiz essa cirurgia de vasectomia e tinha que ir lá fazer o espermograma e até agora eu não fui. Não foi por falta de interesse. Tipo assim, eu vou deixar pra amanhã. Daí amanhã você também fala: deixa pra amanhã. Aí eu fui deixando pra amanhã..... risos. ... e esse amanhã não chegou ainda bicho! Só que eu tenho vontade de ir lá. E não é por falta de colaboração da empresa. Porque a empresa já falou que qualquer hora que eu falar que vou eu posso ir. Só que é esquecimento não é?” (U7 – 29 anos).

Ao revelarem em que situações costumam procurar serviços de saúde, os homens entrevistados ratificam a visão curativa do processo saúde/doença expressando-se da seguinte forma: “É mais quando estou doente mesmo. E é muito raro eu querer ir” (U1 – 18 anos); “Procuro mais quando tenho

algum problema. Uma dor de barriga, um negócio assim (U2 – 23 anos); “Ah só em situações extremas mesmo” (U6 – 19 anos); “Quando estou doente não é?” (U7 – 29 anos); “Principalmente quando eu não consigo trabalhar. Daí eu procuro” (U8 – 37 anos); “Só em caso de emergência. Só quando estou com alguma dor, alguma coisa assim. Fora isso, é difícil eu procurar” (U9 – 43 anos); “Só eu for por uma dor de cabeça, uma cólica de rim. Daí eu vou lá” (U10 – 57 anos); “Quando eu não estou bem. Com dor de cabeça, algo assim” (U11 – 20 anos); “Só quando não tem outro jeito. Só quando estou doente mesmo. Daí eu procuro” (U12 – 22 anos); “Ah, só quando precisa mesmo” (U15 – 59 anos).

Outro detalhe elencado por Pinheiro; Couto (2008) relaciona-se diretamente com o objeto deste estudo. Trata-se de um paradoxo instalado no âmbito dos serviços públicos de assistência a saúde. Considerando que as mulheres procuram mais os serviços de saúde para a realização de exames de rotina e prevenção e que os homens procuram atendimento na área, principalmente por motivo de doença

o terceiro paradoxo impõe o desafio do cuidado à problemática da inclusão dos homens no campo da assistência à saúde, especialmente na atenção primária. Essa inclusão exigirá a articulação com o que tem sido produzido historicamente no tocante à atenção à saúde da mulher (dado a necessidade de uma perspectiva relacional) sem, claro, descuidar da particularidade e das especificidades no tocante às necessidades de saúde e cuidado dos segmentos de homens (PINHEIRO; COUTO, 2008, p. 65).

Entre as coordenadoras entrevistadas, observa-se claramente que elas reconhecem a baixa adesão da população masculina e relacionam esse comportamento com aspectos culturais e informacionais da sociedade. Entretanto, apresentam-se pessimistas no que se refere à possibilidade de alterar a situação dos homens brasileiros e parecem acreditar em uma suposta imutabilidade do comportamento socialmente construído para os homens.

Eu faço plantão a noite, não todos os dias, mas principalmente nos finais de semana. **O que eles procuram é quando eles realmente não estão bem.** Quando estão com uma gripe muito forte ou aquela coisa, infelizmente, aqui, os mocinhos que vêm, os adolescentes ou a idade jovem que estão vindo, eles procuram mais por conta daquele momento, porque tem alguma coisa. **Agora, na prevenção não!** É porque está com muita dor de cabeça, com uma tosse muito forte, com uma febre muito alta, ou é porque você levou três facadas, foi baleado, entendeu? Então, esses são os motivos da procura. **Agora os senhores de idade, aqueles pacientes crônicos, procuram independente do horário.** Mas são pacientes que tiveram AVC,

aqueles pacientes que têm DPOC, aqueles pacientes asmáticos, esses procuram (Coordenadora do Leonor).

Os homens, em sua maioria, não vêm para fazer uma dosagem de colesterol, essas coisas. **Eles vêm, principalmente, por causa de Lombalgia e quando ele tem alguma coisa, uma dor, daí ele vem. Raramente ele vem para fazer um checkape.** Sempre tem alguma coisa. **Ou então tem alguns que a mulher traz.** Entendeu? [...] Olha, deixa eu ver. Talvez de 30 a 40. E depois de 59, os idosos. Esses outros (com menos de 40 anos), vêm por causa de **doenças do trabalhador.** Aquele pessoal que trabalha e vem com lombalgia, vem com dor. Lombalgia tem muito (Coordenadora da UBS União da Vitória).

Eu tenho um paciente super novo, o avô morreu com diabetes descompensado, o pai morreu de diabetes super novo, com 51 anos o pai morreu por complicações provocadas pelo diabetes. **E ele hoje, com 37 anos,** chega aqui numa situação... se você visse os exames dele assim... pensa num exame que olha, meu Senhor, pelo amor de Deus. E assim, **não está nem aí. Não se preocupa com aquilo.** Porque eles têm uma cultura assim, se eu tomar um medicamento anti-hipertensivo ou algum para o diabetes, como diz, eles vão ficar... a potência [sexual] vai diminuir, vai diminuir a libido e eles não vão conseguir... você sabe. E é a cultura deles, infelizmente! **Então eles acabam, eles mesmos, se negligenciando e não procuram** (Coordenadora da UBS Leonor).

Existe um pouco de cultura também nesse sentido não é? que o homem não venha buscar uma consulta. **É que na cabeça deles, culturalmente, eles acham que tem que vir quando estão sentindo alguma coisa.** É o que a gente percebe aqui também (Coordenadoras da UBS Maria Cecília).

Outro fato preocupante é que alguns profissionais, talvez por não estarem habituados a lidar com as demandas da população masculina, não se empenham em atrair os homens às unidades de saúde e/ou às ações e serviços preventivos. No depoimento abaixo, a coordenadora aponta uma solicitação da Diretoria de Atenção Primária à Saúde para que a unidade de saúde implementasse algum tipo de ação voltada a população masculina, expressando dúvidas em relação ao que de fato foi executado.

O Diretor de Atenção Primária, até por ser homem e enfermeiro, pediu, acho que em agosto, o agosto rosa não é? Não. Ah, sim, agosto azul. Pediu pra que fosse feito alguma coisa. **Mas eu não lembro o que foi feito. Mas foi o pessoal do NASF que fez uma atuação, eu não me recordo qual foi.** Mas foi solicitado sim. A gente recebeu esse cartaz do agosto azul... eu nem sabia que existia o agosto azul. A gente recebeu um pouquinho atrasado assim sabe? Daí o povo teve que fazer as coisas correndo, só que eu não vou me lembrar o que foi feito.

Este depoimento revela que a Saúde dos Homens possui um sentido episódico para alguns profissionais de saúde. Este olhar, de acordo com Gomes et

al (2012) também é atribuído a PNAISH por profissionais de saúde de diferentes partes do Brasil.

Com o objetivo de apurar como a PNAISH é significada nos contextos locais e como os diferentes campos (políticos, profissionais), suas regras e valores, reinterpretem esta política, os autores constataram que a ela são atribuídos múltiplos sentidos: de uma atenção integral norteadora das ações e capaz de abordar a população masculina como um todo, envolvendo a Atenção Primária; de algo episódico, campanhista; de uma política voltada especificamente aos problemas urológicos, como se estes fossem os únicos agravos que acometem a população masculina; de algo vago, porém preocupante aos olhos dos profissionais, pois pode aumentar atividades laborais no precário contexto dos serviços públicos de saúde (GOMES et al, 2012).

De acordo com os autores, uma

hipótese explicativa que pode ser creditada ao fato de a Política ser vaga se refere ao fato de os seus princípios não terem as adequadas ancoragens na formação de alguns profissionais de saúde. Aprendizagens baseadas única e exclusivamente em semiologias e semiotécnicas que operam na ótica biomédica nem sempre são capazes de habilitar profissionais para lidar com a saúde ampliada, nem com seres generificados (GOMES et al 2012, p. 2594).

Defendemos que este último sentido atribuído a PNAISH também traduz a relação e a soma das barreiras institucionais e socioculturais na medida em que os trabalhadores não reconhecem a necessidade de acolher a população masculina no nível primário de atenção à saúde e temem ficar ainda mais sobrecarregados. Esta visão sobre a PNAISH, também legitima que os profissionais de saúde acabam encobrendo o lugar dos homens nos serviços primários, devido às suas concepções e à precarização das suas condições de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Eu estou normal. Eu nunca fui ao médico. Não tenho nem ficha ali. Estou lá toda semana porque levo minha mãe.” Assim um homem de 40 anos resume a sua relação com a unidade de saúde do bairro onde vive. E assim também ele define o significado da palavra “oculto” que se destaca já no título deste trabalho de pesquisa. Na definição formal, oculto quer dizer ignorado, invisível, escondido, encoberto, que não se deixa ver.

A compreensão que o sujeito tem sobre a própria saúde e sobre os serviços a ele disponíveis sintetiza ainda o que este estudo sobre o acesso dos homens aos serviços primários de saúde identificou nestes mais de dois anos de investigação realizada em Unidades Básicas de Saúde de Londrina: que barreiras institucionais e socioculturais mantêm o lugar *deles* oculto no nível primário de atenção à saúde. Tais barreiras, fortalecidas historicamente pelos resquícios de um modelo focado na doença e no atendimento individual, comprometem a necessária reorientação do Sistema Único de Saúde, que deveria se pautar na hierarquização da atenção à saúde e na priorização da Atenção Básica como porta de entrada.

Mesmo as inúmeras ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde no sentido de fortalecer a Atenção Primária e garantir que os brasileiros acessem precocemente os serviços esbarram nestes entraves institucionais e socioculturais. Ademais, estes problemas de acesso prejudicam a apreensão dos usuários sobre a importância dos serviços primários e perpetuam a visão curativa do processo saúde/doença.

A situação de saúde dos homens é reconhecida hoje como um problema de saúde pública. E a suposta ausência deles nos serviços primários de saúde é um dos principais *fronts* de batalha da política pública elaborada com a intenção de reverter esse quadro, a PNAISH. Contudo, se considerarmos a morosidade que as prescrições desta nova política vêm sendo implementadas, fica difícil fazer uma avaliação otimista sobre esta mudança de foco na prestação de serviços no âmbito do SUS.

No processo de análise empreendido neste estudo identificamos que as barreiras institucionais se expressam em âmbito local de diversas formas: a infraestrutura das UBS é deficitária; o agendamento dos atendimentos médicos é demasiadamente moroso; os serviços primários são ofertados em horário comercial;

o número de profissionais é insuficiente e estes trabalhadores não foram preparados para atender as especificidades da população masculina na Atenção Básica. Além disso, os Protocolos Clínicos de Saúde, que organizam a oferta da Atenção Básica em Londrina, privilegiam o atendimento de idosos, mulheres - principalmente gestantes e puérperas - e crianças e não fornecem orientações específicas para acolher a demanda dos homens.

De acordo com os dados explorados, Londrina tem um deficit de mais de 1.500 profissionais na área da saúde. Na Atenção Básica, faltam 38 equipes de saúde da família e das 69 atuantes nem todas estão completas, apresentando carências em número de ACS, técnicos de enfermagem e enfermeiros. Além disso, os próprios profissionais demonstram dificuldades de atrair a população masculina para ações preventivas e expressam desconfiança em relação à adesão dos homens as ações e serviços primários.

Assim como a própria PNAISH assinala, os homens entrevistados para esta pesquisa também se incomodam muito com o tempo de espera para serem atendidos por um médico nas UBS. Dado que legitima a preocupação do Ministério da Saúde, e que, na prática, contribui para afastar ainda mais a população dos serviços primários. O longo intervalo para ser chamado somado a consultas médicas “relâmpago” aumentam o descrédito do SUS. E não poderia ser diferente quando uma consulta médica que o usuário demorou três meses e algumas horas para ter acesso dura menos de cinco minutos.

É pertinente ressaltar que, ao contrário do que esperávamos, as UBS analisadas não oferecem serviços primários durante todo o período em que permanecem abertas. Fato que, na nossa compreensão, fomenta a prática curativa em detrimento de ações preventivas, educativas, capazes de inverter a lógica de prestar serviços de saúde. Além disso, desqualificam a ambiência das unidades de saúde transformando-as em sinônimos de filas, desconforto ou descaso devido à superlotação.

No tocante às barreiras socioculturais, elas se mostram nos depoimentos dos sujeitos quando estes externalizam suas concepções sobre o processo saúde/doença, sobre os motivos que os levam aos serviços de saúde e sobre suas próprias condições de saúde. Estes entraves também aparecem no posicionamento das coordenadoras de UBS quando reclamam que “os homens não

vêm”, que mesmo tentando atraí-los a adesão é incipiente, que eles são negligentes com o próprio corpo ou que não se preocupam com a saúde.

O que defendemos não é a vitimização dos homens pelo comportamento socialmente atribuídos a eles, mas, sobretudo, que suas particularidades e necessidades de saúde sejam reconhecidas e acolhidas na Atenção Básica. Urge promover ainda um processo de desconstrução da consciência curativa e feminilizante em relação aos serviços primários, para que o lugar deles no âmbito das Unidades Básicas de Saúde seja evidenciado.

Conforme identificado na pesquisa, os usuários desconhecem os serviços desenvolvidos pelas UBS de referência, reiterando que as barreiras informacionais também são importantes desafios a serem vencidos. Levando em conta que para uma pessoa utilizar um serviço de saúde da qual tem direito garantido constitucionalmente ela precisa conhecê-lo, a falta de informação sobre as ações e serviços comprometem significativamente a entrada dos cidadãos no Sistema Único de Saúde.

Frente a essas barreiras de acesso aos serviços básicos de saúde, surge uma questão fundamental: como facilitar e garantir o acesso dos homens aos serviços primários como prescreve a PNAISH?

A nosso ver, não há meios de fortalecer a Atenção Básica com equipes incompletas e sobrecarregadas, principalmente pelas características deste nível de atenção à saúde que dispensa alguns recursos tecnológicos, mas não se concretiza sem a força de trabalho humano.

Portanto, o primeiro foco de ações para facilitar o acesso dos homens aos serviços primários em Londrina é contratar profissionais de saúde – preferencialmente através de concurso público, para viabilizar a constituição de vínculos entre trabalhadores e usuários – e capacitá-los a partir de um referencial feminista e de gênero, esclarecendo o processo de construção social dos sexos e dos valores incrustados na sociedade. Sem esta formação corre-se o risco de os próprios trabalhadores continuarem contribuindo para manter os homens fora da Atenção Básica, ocultando o lugar deles no nível primário de atenção à saúde.

Observa-se que, de fato, é preciso qualificar a Atenção Primária como porta de entrada, com acolhimento humanizado aliado a disseminação de informações sobre ações e serviços primários. Assim, é possível vislumbrar possibilidades de transformar a visão dos usuários em relação a este nível de

complexidade do SUS, incitar a prática do autocuidado entre os homens e estimular a procura por serviços de saúde em caráter preventivo.

Um acolhimento qualificado também permite a inclusão da população em ações coletivas realizadas pelas equipes multiprofissionais e pode corroborar, a nosso ver, com o processo de desconstrução da visão curativa do processo saúde/doença e da crença no poder absoluto do profissional médico.

Cabe aqui reiterar que não basta apenas informar, mas também estar preparado para receber estes sujeitos de direitos. É preciso levar em conta as singularidades físicas, socioeconômicas e culturais dos cidadãos e pensar os serviços de uma forma que privilegie a entrada de todos nos serviços primários de saúde. Isto significa que a população precisa conhecer os serviços, estes serviços têm que existir e os profissionais precisam ser preparados para atender qualitativamente esta demanda.

Neste sentido, as ações e serviços primários precisam extrapolar os muros das UBS e chegar onde os homens estão: locais de trabalho, penitenciárias, escolas, universidades, entre outros espaços.

Todavia, as iniciativas não devem se limitar a atingir apenas os homens adultos, pois se as barreiras socioculturais constituem graves empecilhos no acesso aos serviços de saúde, é preciso investir na politização e na mudança de comportamento de homens e mulheres desde a infância. E neste caso, a escola é um espaço com grande potencial.

Outra situação que precisa ficar clara para profissionais e usuários do SUS é que oferecer atenção integral à saúde dos homens não significa excluir as mulheres da agenda estratégica da Política de Saúde. Ao contrário. Como afirmam Medrado; Lyra; Azevedo (2011, p. 64-65), “as ações em saúde pública dirigidas à população masculina devem ser vistas como um avanço das políticas feministas e de gênero, na medida em que trazem benefícios para a vida dos homens, mas também para a vida das mulheres”.

Ademais, também se faz necessário melhorar a relação entre profissionais e usuários ou alguns esforços podem ser em vão se apenas parte das equipes reconhecerem seu papel na Atenção Básica, bem como as especificidades biológicas e socioculturais da população masculina.

Por fim, espera-se que os gestores locais atentem-se para a gravidade da situação de saúde dos homens e revelem a este segmento populacional que a Atenção Básica também deve ser um espaço masculino.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, Marta. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade; GERCHMAN, Silvia; ELDER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 285 – 306.

ARILHA, Margareth; UNBEHAUM, Ridenti; MEDRADO, Benedito. (Org.) **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: Editora 34, 1998.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana C. de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC – Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783 – 836.

ANDRADE, Selma Maffei; SOARES, Darli Antonio; CORDONI JUNIOR, Luiz (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: ABRASCO, 2001.

ANTUNES, Ricardo. **A desertificação neoliberal no Brasil** (Collor, FHC e Lula). 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

ANTONELLI, Diego. **Por que a saúde é a última preocupação do homem?**. 2012. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/saude/conteudo.phtml?id=1277956&tit=Por-que-a-saude-e-a-ultima-preocupacao-do-homem>>. Acesso em: 23 jul. 2012.

AUGUSTO, Luciano. **Londrina e região: espera por consulta pode durar 3 anos**. Disponível em: <http://www.bonde.com.br/bonde.php?id_bonde=1-3--828-20100623&tit=londrina+e+regiao+espera+por+consulta+pode+durar+3+anos>. Acesso em : 20 set 2010.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. Projeto ético-político do Serviço Social e a política social. In: _____. **Política social: fundamentos e história**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 192 – 213.

BENSEN, Candice Boppré et al. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1. jan-abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

BENTO, Leonardo Valles. **Governança e governabilidade na reforma do estado: entre a eficiência e democratização**. Barueri, SP: Manole, 2003.

BOURDIER, Pierre. **A dominação Masculina**. Tradução de: Maria Helena Kuhner. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 160 p. Tradução de La domination masculine.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem Paga a Conta? In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. Orçamento da Seguridade Social e política econômica: perversa alquimia. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 87, p. 25 – 57, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da república federativa do Brasil**. Brasília: Subsecretaria de Edições Técnicas, 2009.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf>. Acesso em: 18 ago 2009.

BRASIL. **Conselho Federal de Serviço Social**. Resolução N° 273/93, de 13 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. Brasília: CFESS, 1993. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_etica_cfess.pdf>. Acesso em: 18 ago 2009.

BRASILa. **Ministério da Saúde**. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS – Doutrinas e Princípios. Brasília. 1990.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Média e Alta Complexidade. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=835> . Acesso em 10 maio 2010.

BRASILb. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 mar. 2010.

BRASILc. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências providências. Brasília. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em 20 mar 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. Brasília, p. 34. 1996. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. revista e atualizada. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>>. Acesso em 22 mar 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume4.pdf>>. Acesso em 23 mar. 2010.

BRASILb. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em 10 jan. 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em 11 dez. 2009.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 1.945, de 27 de agosto de 2009. Altera, atualiza, e recompõe a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1945_27_08_2009_rep.html>. Acesso em 11 dez. 2009.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Média Complexidade. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=433&letra=M>. Acesso em 10 maio.2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Alta Complexidade. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=276&letra=A>. Acesso em 10 maio. 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, 28 jun. 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 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). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 20 jan. 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. Rio de Janeiro: Cortez, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006 p. 88 – 110.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, Ana Elizabete; et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006 p. 167 – 217.

CAMPANUCCI, Fabrício da Silva. **A atenção primária e a saúde do homem: uma análise do acesso aos serviços de saúde**. 2010. 142f. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis** [online]. 2009, v. 19, n. 3, pp. 659-678. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a06v19n3.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2010.

CARVALHO, Sérgio Resende; CUNHA, Gustavo Tenório. A gestão da Atenção na Saúde: Elementos para se Pensar a Mudança da Organização na Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC – Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 837 – 867.

COHN, Amélia. Saúde e desenvolvimento social. **Saude soc.** [online]. v. 18 n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600006>. Acesso em: 18 set. 2010.

CONNEL, Robert W. Políticas da Masculinidade. **Educação e realidade**. v. 20, n.; 2, 1995. Disponível em: <http://www.4shared.com/office/4aRw8RI9/CONNELL_polticas_de_Masculinid.html>. Acesso em: 10 jan. 2010.

COUTO, Márcia Thereza. Sexualidade masculina, gênero e saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online] v. 14, n.2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232009000200038>. Acesso em: 18 set. 2010.

COSTA, Marilayde. **Agajan volta a ser secretário de saúde de Londrina**. Disponível em : <http://www.bonde.com.br/bonde.php?id_bonde=1-3--701-20100819&tit=agajan+volta+a+ser+o+secretario+de+saude+de+londrina>. Acesso em: 20 set. 2010.

DOWBOR, Ladislau. **A reprodução social**: propostas para uma gestão descentralizada. Petrópolis: Vozes, 1998.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do estado**. 1884. 4 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.

SCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 385 - 434.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lígia. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 333 - 384.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; ELDER, Flavio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade, et al (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005. p. 59 – 82.

FEUERWERKER, Laura. Modelos Tecnoassistenciais, Gestão e Organização do Trabalho em Saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Temporalis**, São Luis: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, ano VII, n. 13, p. 91 – 120, jan-jun, 2007.

FLEURY, Sonia e OUVÉRY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias; O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 37 – 54.

FRANCO, Túlio Batista e MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 55 – 123.

FURTADO, Celso. **Formação econômica do Brasil**. São Paulo: Editora Nacional, 1989.

GIL, Célia Regina Rodrigues; MARTIN, Gilberto B.; GUTIERREZ, Paulo Roberto. :A organização dos serviços de saúde em Londrina e região: uma experiência concreta no processo de municipalização. In: ANDRADE, Selma Maffei; SOARES, Darli Antonio; CORDONI JUNIOR, Luiz. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: ABRASCO, 2001. p. 27 – 60.

GIOVANELLA, Ligia. FLEURY, Sonia. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 177 – 198.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575 – 626.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 24, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005>. Acesso em: 23 jul. 2010.

GOMES, Romeu. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GOMES, Romeu (Org.). **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

GOMES, Romeu; et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 16. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232011000700030&script=sci_arttext>. Acesso em: 8 mar. 2013.

GOMES, Romeu et al. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 17, n. 10, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/08.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

GOMES, Romeu e NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2006, v. 22, n. 5, p. 901-911. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/03.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2010.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, v. 23, n. 3, p. 565-574. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2010.

INOJOSA, Rose Marie. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, X, 2005, **Anais...** Santiago, Chile. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/inojosa_saude.pdf>. Acesso em: 03 jul 2010.

JESUS, Washington Luiz Abreu; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva** [online] v. 15, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000100022&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 ago. 2011.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2005, v. 10, n. 1, pp. 35-46. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2010.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.** [online]. 2011, v. 20, n. 4, pp. 867-874. ISSN 0104-1290.

LENIN. V. I. **O estado e a revolução**. O que ensina o marxismo sobre o Estado e o papel do proletariado na revolução. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional do Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade, et al (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005. p. 27 – 58.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 107 – 140.

LONDRINA. **Secretaria de Planejamento** – Prefeitura do Município de Londrina. Perfil do Município de Londrina 2009 (Ano-Base 2008). Londrina. 2009. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=22>. Acesso em : 29 jun 2010.

_____. **Secretaria de Planejamento** – Prefeitura do Município de Londrina. Perfil do Município de Londrina 2010 (Ano-Base 2009). Londrina. 2010. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=546:perfil-de-londrina&catid=21:planejamento-&Itemid=147>. Acesso em: 20 ago 2012.

_____. **Secretaria de Planejamento** – Prefeitura do Município de Londrina. Perfil do Município de Londrina 2011 (Ano-Base 2010). Londrina, 2011. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=546:perfil-de-londrina&catid=21:planejamento-&Itemid=147>. Acesso em: 20 ago 2012.

_____. **Câmara Municipal de Londrina**. Relatório Final da Comissão Especial de Inquérito (CEI Saúde). Disponível em: <http://www1.cml.pr.gov.br/cml/site/downloads/2011/relatorio_CEI_Saude.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2011.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Orientações Básicas para a Pesquisa. In: MOTA, Ana Elizabete; et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 383 – 408.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviços social. In: _____. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MEDRADO, Benedito et al. **Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens (2009)**. Disponível em: <http://www.feminismo.org.br/portal/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=67>. Acesso em: 12 abr. 2010.

MENDONÇA, Ana Carolina Oliveira; et al. Políticas de Saúde no Governo Lula: avaliação dos primeiros meses de gestão. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 70, maio/ago. 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6026/1/Paim%20JS.%202005%20Artigo1.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2010.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**. [online]. 2011, v. 20, n. 2, pp. 522-532. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/22.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 40 – 48.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro e MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 218 – 241.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **As possibilidades da Política: idéias para a reforma democrática do Estado**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface**, v. 06, n. 10, p. 91 - 94, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista10/debates1.pdf>>. Acesso em: 18 set 2010.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Lucia Dias e MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lúgia. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435 – 472.

OLIVEIRA, Isadora Borges Nolasco. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 25, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001400008&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 set. 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento em Saúde para não Especialistas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC – Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 767 – 782.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde. In: GIOVANELLA, Lúgia. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547 – 576.

PINHEIRO, Thiago Félix e COUTO, Márcia Thereza. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. **Cad. hist. ciênc.** [online]. 2008, v. 4, n. 1, pp. 53-67. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2010.

PINHEIRO, Rejane Sobrino; VIACAVA, Francisco; TRAVASSOS, Cláudia; BRITO, Alexandre dos Santos. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online].v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14599.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2010.

SCHRAIBER, Lília Blima; GOMES, Romeu and COUTO, Márcia Thereza. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2005, v. 10, n. 1, p. 7-17. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a02v10n1.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

SCHRAIBER, Lília Blima; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. Necessidade de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, Lília Blima; NEMES, Maria Ines Baptistella; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo, HUCITEC, 2000. p. 29 - 47.

SCHRAIBER, Lília Blima. FIGUEIREDO. Integralidade em Saúde e os Homens na Perspectiva Relacional de Gênero. In: GOMES, Romeu (Org.). **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 19 – 38.

SETÚBAL, Aglair Alencar. Análise de conteúdo: suas implicações nos estudos das comunicações. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999.

SILVA, Silvio Fernandes. Primeiras Etapas na Municipalização da Saúde. In: SILVA, Silvio Fernandes. **A construção do SUS a partir do município**: Etapas para a Municipalização Plena da Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 9 - 11.

SILVA, Silvio Fernandes; SUGMYAMA, Luis Carlos Yoshio. Os Rápidos Avanços na Gestão Semi-Plena (e Plena) da Saúde. In: SILVA, Silvio Fernandes. **A construção do sus a partir do município**: Etapas para a Municipalização Plena da Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 76 – 82.

SILVA, Silvio Fernandes. **A construção do SUS a partir do município**: Etapas para a Municipalização Plena da Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Silvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface**, v. 06, n. 10, p. 75 – 83, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista10/debates1.pdf>>. Acesso em 18 set 2010.

SINGER, Paul. Interpretação do Brasil: uma experiência histórica do desenvolvimento. In: _____. **História geral da civilização brasileira**. Organizado por Boris Fausto. São Paulo: FIEL, 1986. p. 211-245.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública** [online]. 2008, v. 24, suppl.1, pp. s100-s110. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2010.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2002.

SUSUKI, Juliana Teles; et al (Org.). **TCC Elaboração e Redação**. Londrina: Redacional Editora, 2009.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária e Saúde. In: _____. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 19 – 100.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 4 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

TRAVASSOS, Cláudia e CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Lúcia. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 215 – 243.

VASCONSELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HICITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VIANNA, Solon Magalhães et al (Org.). **Atenção de alta complexidade no SUS: Desigualdades no Acesso e no Financiamento**. v. 1, fev. 2005. Disponível em: <http://getinternet.ipea.gov.br/economiadasaude/adm/arquivos/destaque/alta_complexidade.pdf>. Acesso em: 25 maio 2010.

VIANA, Ana Luiza d'Avila e BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, Lúcia. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ROTEIRO NORTEADOR DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM
GESTORES(AS) DAS UBS

Pesquisadora Responsável: Fabrício da Silva Campanucci

Orientadora: Professora Doutora Márcia Pastor

Título (provisório): “O acesso dos homens aos serviços básicos de saúde”

IDENTIFICAÇÃO

Sexo:

Idade:

Formação Profissional:

Local de formação: Ano de formação: _____

Tempo de serviço na saúde pública e na atenção básica:

Há quanto tempo gerencia esta Unidade Básica de Saúde?

CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

1. Quais são os serviços oferecidos nesta Unidade Básica de Saúde?
2. Como você avalia as condições desta UBS para a oferta dos serviços? (Estrutura física, recursos materiais e humanos)
3. Quais são as médias de atendimentos diários/mensais das equipes médica, de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde?
4. Quais e quantos profissionais trabalham nesta UBS? Quantos desses profissionais são homens?
5. Quais são os instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Primária utilizados nesta UBS?
6. Com que frequência ocorrem as capacitações e/ou qualificações dos profissionais desta UBS?

7. Existe alguma parceria com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território?

8. Como se dá o acesso aos serviços oferecidos por esta UBS?

SAÚDE DO HOMEM

9. Quais ações desenvolvidas por esta UBS têm os Homens como público alvo? Qual faixa etária tais ações pretendem atingir?

10. Existem dados consolidados referentes aos resultados dessas ações?

11. Quais profissionais estão envolvidos na elaboração e execução destas ações?

12. Como avalia a relação homens – saúde, a partir das demandas apresentadas por eles nesta UBS?

13. Após a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em 2009, houve nova orientação nas ações e serviços voltados a população masculina nesta UBS?

14. Conhece algum projeto local ou proposta no âmbito municipal que visem o fortalecimento dos serviços básicos de saúde no cuidado com o Homem?

Roteiro norteador de entrevista semiestruturada com usuários das UBS**Pesquisadora Responsável:** Fabrício da Silva Campanucci**Orientadora:** Professora Doutora Márcia Pastor**Título (provisório):** “O acesso dos homens aos serviços básicos de saúde” **IDENTIFICAÇÃO:**

1. Idade: _____
2. Profissão/ocupação: _____
3. Escolaridade: _____
4. Renda familiar: _____
5. Estado Civil: _____
6. Composição Familiar: _____
7. Tem filhos? Quantos? _____
8. Religião: _____
9. Há quanto tempo reside neste bairro? _____

 SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACESSO AOS SERVIÇOS: .

1. Existe algum problema de saúde na família? Se sim, qual problema e com qual membro da família? .
2. Como avalia seu quadro de saúde? Por quê? .
3. Quantas vezes procurou os serviços de saúde nos últimos 12 meses? Por quê? .
4. O seu problema foi resolvido neste(s) atendimento(s)? .
5. Em que situações o Sr. procura os serviços de saúde? .
6. Quais serviços o Sr. costuma procurar? .
7. Como os Sr. avalia esses serviços? .
8. Como avalia o acesso a tais serviços? Por quê? .

9. Participa e/ou utiliza algum serviço oferecido pela UBS de referência com frequência? Qual? .

10. Como o Sr. avalia os serviços oferecidos pela UBS da sua região? .

11. Como avalia o acesso a UBS? Por quê?

12. Já recebeu a visita de algum membro do PSF? Em que situação?

13. Conhece algum serviço de saúde oferecido especificamente aos homens desta comunidade? Qual?

14. Já utilizou este serviço? Por quê?