

ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA LTDA
FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA - FACENE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

HONORINA FERNANDES NOGUEIRA NETA

**FLUXOGRAMA COMO TECNOLOGIA DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À
SAÚDE DO HOMEM**

JOÃO PESSOA-PB
2018

HONORINA FERNANDES NOGUEIRA NETA

**FLUXOGRAMA COMO TECNOLOGIA DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À
SAÚDE DO HOMEM**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, nível Mestrado, modalidade Profissional, em Saúde da Família da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Daiane Medeiros da Silva

N714f

Nogueira Neta, Honorina Fernandes

Fluxograma com a tecnologia de reorganização da atenção à saúde do homem / Honorina Fernandes Nogueira Neta – João Pessoa, 2018.

62f.; il.

Orientadora: Prof.^a Dr. Daiane Medeiros da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde do Homem. 3. Políticas Públicas. 4. Gestão em Saúde. I. Título.

CDU: 616.64

HONORINA FERNANDES NOGUEIRA NETA

**FLUXOGRAMA COMO TECNOLOGIA DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À
SAÚDE DO HOMEM**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, nível Mestrado, modalidade Profissional, em Saúde da Família da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: ____/____/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Daiane Medeiros da Silva (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE

Profa. Dra. Lidiane Lima de Andrade (Examinador Externo)
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Profa. Dra. Vagna Cristina Leite da Silva (Examinador Interno)
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE

Profa. Dra. Janaína Von Sohsten Trigueiro (Suplente Externo)
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Profa. Dra. Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro (Suplente Interno)
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE

***“Em última análise, precisamos
amar para não adoecer”.***
Sigmund Freud

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos que amo.

Agradecimentos

A Deus, meu esposo Perilo, meus filhos Iara e Perilo Filho, meus pais, meus irmãos, meus professores, meus amigos e colegas de turma e a todos aqueles que encontram na busca do conhecimento em saúde uma forma de levar qualidade de vida para as outras pessoas.

Agradecimento especial

A minha orientadora, que estimulou uma relação de admiração e respeito, no que foi corroborada pelos demais membros da banca examinadora, cujas análises e percepções auxiliaram e aperfeiçoaram esta atividade, em cada intervenção, sugestão e ajuda.

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção e traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos de saúde constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Esse estudo tem como objetivo elaborar fluxograma como ferramenta tecnológica de reorganização da atenção à saúde do homem. Trata-se de uma pesquisa metodológica que envolve a investigação dos métodos de obtenção e organização de dados e o desenvolvimento/construção de fluxogramas referentes a atenção à Saúde do Homem nas unidades de saúde da família e demais órgãos de atendimento à saúde da população masculina do município de João Pessoa - PB. Foram elaborados fluxogramas, relacionados ao acesso e acolhimento ao homem nas Unidades de Saúde da Família; exame de prevenção ao câncer de próstata; exame genital externo masculino; e consulta de planejamento familiar (pré-natal) com participação do homem nas Unidades de Saúde da Família. Os instrumentos foram desenvolvidos a partir do contexto de saúde do município em questão e em conformidade com a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, formalmente institucionalizada através da portaria 1.944/2009 do Ministério da Saúde. O estudo foi desenvolvido em quatro etapas: revisão bibliográfica e coleta de dados; diagnóstico situacional; construção dos fluxogramas; e submissão dos fluxogramas ao processo de edição e diagramação. A discussão faz uma análise de cada fluxograma e sua aplicação, sugerindo seus reflexos na melhoria do serviço na atenção à saúde do homem, finalizando com considerações acerca da importância desta tecnologia para os profissionais e usuários do sistema de saúde nas unidades objeto do estudo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde do Homem; Políticas Públicas; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

The National Policy of Integral Attention to the Health of the Man aims at qualifying the health of the male population lines of care perspective that safeguard the integrality of the attention and it expresses a long yearning of the society when recognizing that the diseases constitute a true problem of the public health. The aim of this study is to develop a flowchart as a technological tool to reorganize the attention to the health care for men. This is methodological research that involves the investigation of methods to obtaining and organizing data and the development of flowcharts referring to the attention to the Health of the Man in the family health units and other organs of the health care of male population from the municipality of João Pessoa, Paraíba state. Flowcharts were elaborated, related to the access and reception to the man in the Family Health Units; prostate cancer screening exam; male external genital examination; and family planning consultation (prenatal) with the participation of the man in the Family Health Units. The instruments were developed from the health context in the cited municipality and in accordance with the National Policy on Attention to Human Health, formally institutionalized through the Ministry of Health's Decree 1,944 / 2009. The study was developed in four stages: literature review and data collection; situational diagnosis; development of flowcharts; and submitting those flowcharts to the editing and layout process. The discussion makes an analysis of each flowchart and its application, suggesting its impacts in the improvement of the service in the attention to the health of the man, ending with considerations about the importance of this technology for the professionals and users of the health system in the units which were objects of this study.

Keywords: Primary Health Care; Man's Health; Public Policy; Health Management.

RESUMEN

La Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre visa calificar la salud de la población masculina en la perspectiva de líneas de cuidado que resguarden la integralidad de la atención y traduce un largo anhelo de la sociedad al reconocer que los agravos de salud constituyen verdaderos problemas de salud pública. El estudio tiene como objetivo elaborar flujograma como herramienta tecnológica de reorganización de la atención a la salud del hombre. Se trata de una investigación metodológica que envuelve los análisis de los métodos de obtención y organización de datos y el desenvolvimiento/construcción de flujogramas referentes a la atención a la Salud del Hombre en las unidades de salud de la familia y de más órganos de atendimento a la salud de la población masculina del municipio de João Pessoa – PB. Fueron elaborados flujogramas, relacionados al acceso y acogimiento al hombre en las Unidades de Salud de la Familia; examen de prevención al cáncer de próstata; examen genital externo masculino; y consulta de planeamiento familiar (prenatal) con participación del hombre en las Unidades de Salud de la Familia. Los instrumentos fueron desarrollados a partir del contexto de salud del municipio en cuestión y en conformidad con la Política Nacional de Atención a la Salud del Hombre, formalmente institucionalizada a través de la portaría 1.944/2009 del Ministerio de la Salud. El estudio fue en cuatro etapas: revisión bibliográfica y coleta de datos; diagnóstico situacional; construcción de los flujogramas; y sometimiento de los flujogramas al proceso de edición y diagramación. La discusión haz un análisis de cada flujograma y su aplicación, sugiriendo sus reflejos en la mejoría del servicio en la atención a la salud del hombre, finalizando con consideraciones acerca de la importancia de esta tecnología para los profesionales y usuarios del sistema de salud en las unidades objeto de estudio.

Palabras-clave: Atención Primaria a la Salud; Salud del Hombre; Políticas Públicas. Gestión en Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organograma da atenção à saúde do homem no município. João Pessoa, 2018.....	40
Figura 2 – Fluxograma geral de atendimento do homem nas USF. João Pessoa, 2018.....	42
Figura 3 – Fluxograma de acesso e acolhimento ao homem nas USF. João Pessoa, 2018.....	45
Figura 4 – Fluxograma do exame de prevenção ao câncer de próstata. João Pessoa, 2018.....	48
Figura 5 – Fluxograma do exame genital externo masculino. João Pessoa, 2018.....	50
Figura 6 – Fluxograma da consulta de planejamento familiar (pré-natal) com participação do homem nas Unidades de Saúde da Família. João Pessoa, 2018.....	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Pirâmide etária: João Pessoa, Paraíba e Brasil. Fonte: IBGE, 2015.....	26
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Representação gráfica dos símbolos utilizados na confecção dos fluxogramas. João Pessoa, 2018.....	36
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB Atenção Básica

ACS Agente Comunitário de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

CS Centro de Saúde

ESF Equipe de Saúde da Família

FUNASA Fundação Nacional de Saúde

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS Ministério da Saúde

NOAS Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMF Programa Médico de Família

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PNAISH Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PND Plano Nacional de Desenvolvimento

PSF Programa Saúde da Família

RAS Redes de Atenção à Saúde

SF Saúde da Família

SNS Sistema Nacional de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UPA Unidade de Pronto Atendimento

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO.....	16
1.2 OBJETIVOS.....	20
1.2.1 Objetivo Geral.....	20
1.2.2 Objetivos Específicos.....	20
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, UMA PERSPECTIVA DINÂMICA.....	21
2.2 SAÚDE DO HOMEM – POLÍTICAS NACIONAIS DE ATENÇÃO.....	23
2.3 INDICADORES E REFLEXOS SOCIAIS.....	25
2.4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM DIRETRIZES E EIXOS TEMÁTICOS.....	27
2.5 FERRAMENTA DE ANÁLISE DOS PROCESSOS DE TRABALHO – FLUXOGRAMA.....	28
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	30
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	30
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	33
3.3 FONTE DE DADOS.....	33
3.4 ETAPAS DO ESTUDO.....	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
4.1 ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM.....	38
4.2 FLUXOGRAMAS DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO HOMEM.....	40

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 55

REFERÊNCIAS..... 57

1 INTRODUÇÃO

A vontade de aprender e o interesse em ajudar sempre foram constantes em minha história. Desde os primeiros contatos sociais, durante a vida estudantil e através do acesso ao ensino superior: primeiro, na Enfermagem; passando pelo Direito; e hoje, na Medicina, busquei encontrar novas maneiras de fazer da minha vida um elemento de transformação e melhoria na vida das pessoas.

A opção pela atuação na área de saúde pública potencializou este objetivo de ser útil à sociedade e se uniu à oportunidade do Mestrado em Saúde da Família junto a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, surgindo como um destino natural para as minhas pretensões profissionais e pessoais sempre no intuito de servir.

E para servir, é necessário encontrar no outro as suas necessidades e se propor a sanar os seus problemas, reconhecendo as diversas deficiências deste sistema e, inspiradas nas políticas de saúde pública e análises estatísticas que vislumbraram o fenômeno do adoecimento e redução das expectativas de vida da população masculina, escolhi a atenção à saúde do homem como foco do meu estudo, indicando a tecnologia do fluxograma como ferramenta de sua reorganização.

1.1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

A atenção à saúde do homem não esteve entre as prioridades governamentais e das políticas nacionais de saúde por muitos anos em comparação às políticas públicas voltadas à saúde da mulher, que tem uma crescente abordagem em estudos, projetos e ações. Essa realidade gera graves problemas para a atenção integral à saúde masculina, sobretudo nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada para o sistema de saúde, que ainda voltam suas ações predominantemente para a população feminina, infantil e idosa, causando distanciamento dos homens destes serviços (BARBOSA, 2014).

A consequência disso é que, passados oito anos do lançamento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) pelo Ministério da Saúde, os índices divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2015, demonstraram a persistência do fenômeno de envelhecimento populacional associado ao alargamento dos índices de mortalidade da população masculina. Este fato provoca uma predominância da população feminina nos perfis etários mais elevados, cujos reflexos sociais e econômicos chamam a atenção dos setores de planejamento e operacionalização dos

serviços de assistência à saúde (IBGE, 2015).

Ainda segundo o IBGE (2015), a sobremortalidade masculina¹ (maior mortalidade da população masculina em relação à feminina) atingiu o maior índice histórico no ano de 2015, nas faixas etárias compreendidas entre os 15-20 anos e entre 20-25 anos, demonstrando que a chance de um homem não atingir a faixa etária seguinte é 4,5 vezes maior que uma mulher. Este fenômeno pode ser explicado pela maior incidência dos óbitos por causas violentas ou não naturais, que atingem com maior intensidade a população masculina.

A inexistência de sobremortalidade masculina em níveis elevados no grupo de adultos jovens em 1940, comprova que este fenômeno é proveniente de regiões que passaram por um rápido processo de urbanização e metropolização como no caso do Brasil. Em 1940, o Brasil era essencialmente rural, 68,8% da população vivia em áreas rurais, onde as condições sanitárias eram mais precárias. A mortalidade era elevada no grupo de adultos jovens para os dois sexos indistintamente. Até 1960, a maior parte da população ainda vivia em áreas rurais 55,3%. Em 1970, 44,1% da população ainda viviam nestas áreas, já em 2010, apenas 15,6% (MOURA, 2012).

Nas discussões que deram origem a PNAISH, foi reconhecida a omissão estatal na atenção à saúde do homem, cujo cuidado esteve durante muito tempo relegado a um papel secundário pelos serviços de assistência em saúde, seja por fatores culturais, sociais, fisiológicos e/ou profissionais, assinalando que o modelo básico de atenção aos quatro grupos populacionais – crianças, adolescentes, mulheres e idosos – não é suficiente para tornar o País mais saudável, principalmente por deixar de fora nada menos do que 27% da população (GOMES et al., 2016).

Os homens de 20 a 59 anos de idade na época de criação da política no Brasil (2009) eram, nada menos que 52 milhões de indivíduos, na prática pouco visibilizados ainda nas estratégias públicas de atenção à saúde. Reforçavam esses dados o fato de que, do total de 38 milhões de trabalhadores brasileiros no setor formal da economia, 22,5 milhões eram do sexo masculino (BRASIL, 2009).

Analisando esses fatores à luz dos cuidados com a saúde, um estudo realizado através de uma parceria do Ministério da Saúde com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (BRASIL, 2013) apontou que uma das principais diferenças entre os gêneros (masculino/feminino) se refere

¹ É o quociente (divisão) da taxa central de mortalidade masculina pela feminina em cada intervalo de idade (x, x+n). Fornece o número de vezes que um homem de idade x tem chance de não atingir a idade x+n, do que uma mulher.

aos cuidados com a saúde, o que fica evidente ao se comparar a concentração de consultas por habitante entre o sexo masculino (0,06) e o feminino (4,3).

Essa diferença se reflete numa demanda de 235 milhões de consultas a mais para as mulheres em relação aos homens (71 vezes mais consultas femininas que masculinas). Foi constatado, ainda, que a concentração de consultas entre os homens cai ligeiramente com o aumento da idade, enquanto o inverso acontece com as mulheres, cuja concentração aumenta de 2 para 8,4 consultas, respectivamente, na faixa etária de 20 a 29 anos e de 50 a 59 anos de idade, atingindo 168 vezes mais consultas do que os homens dessa mesma faixa de idade.

Na descrição de Crivelaro (2014), a característica do homem é de se manter distante dos serviços de saúde, o que se verifica principalmente no nível de atenção primária, e que a principal dificuldade em atender as demandas da população masculina ocorre devido à demora nos agendamentos ou a falta de especialistas na área, impactando diretamente na implementação da PNAISH, pela consequente falta de motivação no acesso ao serviço de atenção básica, o que o conduz a porta de entrada secundária, já com o quadro da doença crônica instalado e no ponto de atenção terciário, com risco geralmente grave. Esse fenômeno ocorre em todas as classes socioculturais, implicando no aumento dos custos nos serviços de saúde secundários e terciários, além do aumento do número de óbitos masculinos (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Os homens são mais vulneráveis às doenças, enfermidades graves e crônicas, e não buscam os serviços de atenção básica, ingressando no sistema de saúde majoritariamente pela atenção ambulatorial e hospitalar, de média e alta complexidade, o que agrava a morbidade e gera maiores custos para o sistema de saúde. Grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, segundo do Ministério da Saúde, decorre de variáveis culturais, tais como estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal, suas crenças e valores do que é ser masculino (GARCIA; FONSÊCA, 2016).

Na abordagem das questões de saúde, o gênero é um fator de viés sociocultural, que tem por base relações sociais de sexo permeadas pelo poder e desigualdade, devido ao histórico domínio masculino. Para tanto, incluir os homens em atividades e ações que envolvam o autocuidado, valorização do corpo em relação à saúde e o cuidado voltado aos outros, é um enorme desafio, pois não são práticas corriqueiras na sua socialização (BARBOSA, 2014).

Um importante elemento a ser considerado é que não pensamos na condição de gênero como um fator exclusivamente cultural, razão pela qual a utilização do termo machismo por parte de alguns profissionais da saúde para designar o comportamento masculino, por si só,

indica a apropriação superficial que estes fazem do conceito de gênero. (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Por esta razão, a escassez de medidas de promoção e proteção à saúde e prevenção de doenças especificamente direcionadas aos homens e o despreparo dos profissionais de saúde na recepção e na orientação destes indivíduos implicam em dificuldades no acesso primário. A baixa acessibilidade aos serviços de saúde pela população masculina, principalmente na atenção primária, indica que esses indivíduos estão, nesta perspectiva, em situação de vulnerabilidade (CRIVELARO, 2014).

Há, portanto, uma percepção de que a população masculina carece de cuidado específico diante de suas necessidades, e que a representatividade desta parcela nos serviços de saúde deve ser encorajada pelos profissionais nos diversos pontos de atenção, em especial, na APS, para a mudança efetiva de paradigmas culturais (SILVA, 2017). Mas, para que isso ocorra, é necessário a reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual se busque a aproximação entre os homens e os serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Numa análise comparativa entre homens e mulheres sobre as causas de internação, verifica-se que para os indivíduos do sexo masculino, as internações ocorrem principalmente devido a transtornos mentais e comportamentais, causas externas, lesões, envenenamentos, doenças do sistema nervoso e doenças da pele e do tecido subcutâneo. Por sua vez, as internações femininas são relacionadas majoritariamente ao parto, doenças do aparelho geniturinário, neoplasias e doenças do ouvido e da apófise mastoide.

Nas internações por causas externas, em particular, observa-se que os homens têm mais internações proporcionalmente por quedas (34,3% versus 20,0% para as mulheres) e acidentes de transporte (21,6% versus 4,0%), enquanto as mulheres sofrem mais internações por agressões (11,0% versus 6,8% para os homens) e lesões autoprovocadas (3,0% versus 0,9%) (MOURA, 2012).

Considerando os fatores já mencionados, que envolvem desde o aspecto cultural e sua influência sobre o sentimento de invulnerabilidade, bem como a necessidade de adequação da distribuição dos serviços de saúde de acordo com as demandas e carências da população masculina, cuja alta morbimortalidade implica em desigualdades demográficas e fenômenos sociais, foi identificada a necessidade da construção de um fluxograma de atendimento visando a garantia de um cuidado integral e contínuo ao longo da rede de atenção, sendo escolhidos como foco do estudo os serviços de saúde existentes no município de João Pessoa-PB.

Portanto, a realização deste estudo justifica-se:

- ✓ Pela lacuna na produção do conhecimento científico no que se refere a atenção à saúde do homem nos diferentes pontos de atenção;
- ✓ Por gerar informações sobre a importância da atenção integral e contínua da população masculina ao longo da rede de atenção;
- ✓ Por contribuir na organização da rede de atenção à saúde do homem no município de João Pessoa, mediante a construção do fluxograma de atendimento à saúde do homem.

Nesta direção, este estudo se debruça sobre as seguintes questões: os serviços de saúde do município de João Pessoa estão organizados para atenção à saúde do homem? Em que medida o fluxograma pode contribuir para a organização ou reorganização da rede de atenção à saúde do homem? O fluxograma se constitui de fato como ferramenta tecnológica de reorganização da rede de atenção à saúde do homem?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Elaborar um fluxograma de atendimento para a população masculina do município de João Pessoa-PB como ferramenta tecnológica de reorganização da atenção à saúde do homem.

1.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Construir fluxogramas para organizar o fluxo de atendimento à população masculina nos serviços de Atenção Primária do município de João Pessoa-PB;
- ✓ Construir fluxograma geral de atendimento do homem nos serviços de atenção à saúde no município de João Pessoa-PB;
- ✓ Construir fluxograma de acesso e acolhimento ao homem nas unidades de saúde da família;
- ✓ Construir fluxograma do exame de prevenção ao câncer de próstata;
- ✓ Construir fluxograma do exame genital externo masculino;
- ✓ Construir fluxograma da consulta de planejamento familiar – ação pré-natal com participação do homem.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: UMA PERSPECTIVA DINÂMICA

De acordo com o Ministério da Saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

Suas diretrizes apontaram a perspectiva da melhoria sistemática da qualidade do atendimento, e, dessa forma, na qualidade de vida da população, representando, no passado recente, uma abordagem de gestão da saúde na qual deveriam ser considerados os fatores de economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.

Essa concepção de redes de atenção se propõe a atingir maior eficácia na produção de saúde, buscando a melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, consolidando e avançando a efetivação do SUS, construído e modelado como um sistema integrado de saúde no que se diferencia de todos os sistemas anteriores, visto que possuíam preocupações setorizadas, não compreendendo a dinâmica da saúde pública como um organismo singular.

Todavia, para compreender os atuais modelos de assistência à saúde é necessário conhecer as políticas implementadas no cenário nacional, no âmbito da reforma sanitária brasileira e com isso identificar, cronologicamente, as fases transcorridas pelas políticas em saúde pública adotadas pelo governo brasileiro e os modelos de atenção predominantes em cada época. Tal conhecimento é uma necessidade para todos aqueles que se propõem a aperfeiçoá-lo.

A partir desta concepção temporal trazida por Merhy, Malta e Santos (2004), é evidente reconhecer que não há um modelo de atenção melhor ou mais adequado que o outro, posto que em todos se percebem erros e acertos, todavia, é importante considerar que o vigente cenário de construção/aperfeiçoamento do SUS (após a Reforma Sanitária Brasileira) é uma oportunidade de colherem-se os frutos e as informações advindas de cada modelo e buscar um ideal de assistência em saúde.

Esta reflexão histórica é importante, na medida em que sendo verossímil a afirmação de que a política de saúde é uma resposta organizada da sociedade, especialmente do Estado, aos problemas de saúde, percebe-se que os eventos relacionados com o adoecimento e morte, bem como as tentativas para solucioná-lo marcaram a história do Brasil. A necessidade de

enfrentar ameaças comuns ao coletivo firmou-se como elementos importantes na constituição da nação brasileira (ROCHA, 2012).

Prosseguindo neste rumo, expõe o autor acima que a criação das primeiras escolas de medicina e cirurgia no país, em 1808, assinala a extensão e intensificação da intervenção estatal na assistência à saúde no Brasil, através da restrição do exercício da medicina. Na república nascente, caracterizada pela urbanização e pelo agravamento das condições sanitárias, a aproximação entre a administração pública e a medicina tornou-se ainda mais estreita, vez que necessária à reorganização das cidades.

Com o advento de novas tecnologias em saúde, a exemplo das vacinas e de medidas sanitárias no controle de epidemias, vingou no passado distante, o modelo de assistência em saúde baseado em práticas em massa direcionadas as doenças mais comuns, buscando atingir a saúde por meio de escalas quantitativas de atendimento e cobertura territorial, visando, a um só tempo, reduzir os índices de mortalidade em massa e levar a cada cidadão, em todo o país, o acesso indistinto aos mecanismos de promoção da saúde pública.

Em uma segunda abordagem, o modelo Liberal Privatista (médico assistencial privatista), concentrou na atividade privada a iniciativa de prestar assistência em saúde a grupos específicos de cidadãos e desenvolver o tratamento para as doenças inerentes a classes e componentes sociais. Dessa forma, concentrando o conhecimento médico em especialidades e segmentando as áreas de atuação do setor de saúde e, embora nominado privatista ou liberal, consolidando a responsabilidade do Governo como grande financiador das políticas em saúde (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

Segundo Rocha, 2012, a partir da década de 1920, o Brasil manteve sua base agrária, porém, a urbanização deu origem às caixas de assistência e pensão (CAPs) para atender as necessidades de saúde de trabalhadores da indústria emergente e funcionários públicos, formando o embrião de um sistema de saúde. É que a expansão da previdência social, ainda que limitada a parcela dos trabalhadores, impulsionou o incremento da assistência médica individual, deixando os trabalhadores rurais, subempregados e desempregados à margem dos benefícios previdenciários.

Esta circunstância, com o passar dos tempos, deu origem à proposta de modelo de saúde pública pretendendo a formação de uma rede de atendimento democrática (com a participação de todos os setores e voltada ao bem comum), diversa (que não centralizasse esforços apenas nesta ou naquela abordagem médica e sim na assistência integral), capilar (que chegue a todos os lugares de forma descentralizada) e inclusiva (que atendessem a todos, independentemente da sua condição social e humana), veio a tomar forma como o nosso

Sistema Único de Saúde (SUS) (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

Dentro do contexto de “democratização”, que as ações de saúde direcionadas ao homem foram orientadas no sentido de promover o atendimento ao público em geral, sem o enfoque exclusivo as suas demandas, o que contribuiu para um reflexo negativo no que tange aos hábitos de vida saudável e práticas de bem-estar pelo público masculino, o qual, num pequeno contingente, se incorporou à rede de atenção básica apenas nos programas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, em caráter curativo, de modo que a distinção das ações por gêneros, com estratégias majoritariamente femininas, findou por dar início ao processo de “exclusão” do homem nas práticas adotadas (MOREIRA; CARVALHO, 2016).

A partir deste novo enfoque da Saúde Pública, Moura (2013), entende que nem todas as pessoas que se sentem doentes ou têm necessidade de assistência chegam a ser atendidas - nem utilizam nem consomem - em serviços de saúde; muitas vezes as pessoas desistem diante da falta de vagas, longa espera ou pelo custo que terão que pagar pelo serviço desejado. Desta maneira, a própria existência de serviços - oferta - leva ao aumento da procura por assistência, assim como a escassez inibe a demanda. Assim, o desejável seria ter recursos adequados para atender a demanda, mas sem estimulá-la demasiadamente, o que causaria o colapso do sistema.

Segundo Moreira e Carvalho (2016), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) se constituiu na porta de entrada do SUS, o que, aliado ao PNAISH, teria um enfoque voltado para o homem, no sentido de viabilizar a atenção à saúde do homem englobando a prevenção, promoção e ações curativas, em todos os níveis de atenção.

A grande controvérsia deste sistema é que este não foi completamente absorvido pelos profissionais da rede pública, na medida em que não ocorreu um melhor direcionamento da atenção em saúde nem tampouco a pretendida “triagem” dos serviços de especialidades necessários àquela população, uma vez que não há o repasse da informação entre os setores, bem como diante da concentração da atividade apenas nos procedimentos médicos e não na atenção à saúde de uma comunidade e formulação de estatísticas para uma melhor prestação do serviço. (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

2.2 SAÚDE DO HOMEM – POLÍTICAS NACIONAIS DE ATENÇÃO

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Através dela, foi reconhecida a omissão dos serviços de saúde e a

consequente vulnerabilidade do homem e seus reflexos sociais, associada a mecanismos de promoção em saúde visando reverter o problema de saúde pública apontado.

Desde a sua apresentação, em que reconhecia que a população masculina apresentava altos índices de morbimortalidade que representam verdadeiros problemas de saúde pública; Pois os indicadores e os dados básicos para a saúde demonstram que os coeficientes de mortalidade masculina são consideravelmente maiores em relação aos coeficientes de mortalidade femininos ao longo das idades do ciclo de vida. A necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais voltada para a população masculina; a necessidade de apoiar ações e atividades de promoção de saúde para facilitar e ampliar o acesso aos serviços de saúde por parte dessa população; e a necessidade de apoiar a qualificação de profissionais de saúde para o atendimento específico da população masculina (BRASIL, 2009), já se reconhecia a necessidade de revisão dos conceitos anteriores, baseados na atenção direcionada às camadas populacionais ditas “mais frágeis”, uma vez que a mobilidade social e as próprias concepções culturais relacionadas ao tema provocaram modificações no panorama nacional, revelando a urgência de uma maior atenção aos cuidados da saúde do homem, que passava ali a ocupar uma posição de vulnerabilidade.

Na concepção de Moura (2012), o sistema de saúde vinha conferindo prioridade à atenção a crianças e a mulheres e, mais recentemente, também aos idosos, considerando-os como estratos mais frágeis da sociedade, sugerindo o autor que os homens evitavam frequentar as unidades de saúde pública. Segundo sua constatação, a época, os tempos mudaram e o sistema de saúde deu-se conta de que o modelo não seria suficiente para tornar o País mais saudável.

A pesquisa demonstrou que dados estatísticos apontavam que, comparativamente as mulheres, os homens tinham mais excesso de peso, baixo consumo de frutas, de legumes e de verduras, alto consumo abusivo de bebidas alcoólicas e tabagismo, situações que podem estar se refletindo numa maior mortalidade por doenças do aparelho circulatório, principalmente entre os mais velhos e também por causas externas predominantemente entre os mais jovens. Comportamentos de risco, como consumo abusivo de bebidas alcoólicas, também se associam a outros comportamentos de risco (SILVA et al., 2012).

Na visão de Rocha (2013), a questão da vulnerabilidade em saúde não pode ser apenas analisada sob o enfoque fisiológico, em razão de sua dimensão coletiva e pública, transbordando a mera abordagem tecnológica dos problemas de saúde, uma vez que a definição do conceito de vulnerabilidade reporta-se, igualmente, a processos sociais, econômicos e políticos mais amplos e, ao mesmo tempo, guardar especificidades em relação à

diversidade dos grupos sociais, de suas condições históricas de vida, e aos problemas de saúde a que estão expostos.

Segundo o Projeto de pesquisa desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 2013, com o objetivo do Fortalecimento e Disseminação da PNAISH, a implantação dessa política, dentre outros aspectos, envolve a mudança de paradigmas para que se promovam, junto a segmentos masculinos, os cuidados com a sua saúde e com a saúde de suas famílias. Isso demanda inúmeras ações que vão desde a organização dos serviços de saúde, passando pela capacitação de profissionais e chegando a ações educativas junto a segmentos masculinos. Essas ações, por sua vez, para que possam ser exitosas, necessitam de mecanismos que lhes deem sustentação (BRASIL, 2013).

Foram propostos cinco eixos temáticos, conferindo atenção aos mecanismos de saúde relacionados ao acesso e acolhimento da população masculina na rede de atenção à saúde; a saúde sexual e reprodutiva; a atenção referente à paternidade e cuidados relacionados; aos agravos e condições críticas da saúde do homem; e a prevenção de violência e acidentes, os quais foram os fatores que evidenciaram a necessidade da construção da política e o estabelecimento de ações apropriados à reverter a problematização apresentada.

2.3 INDICADORES E REFLEXOS SOCIAIS

Conferindo a necessária atualização demográfica ao tema, observa-se que este quadro de deficiência da atenção à saúde do homem resultou, em curto prazo, na oscilação negativa da expectativa de vida, evolução populacional e pirâmide etária, situação esta verificada tanto no contexto Brasil, quanto do Estado da Paraíba e, particularmente, do Município de João Pessoa, o que pode ser visto pela simples menção aos perfis demográficos divulgados anualmente pelo IBGE, denominada “tábua da mortalidade”².

Analisando o processo de elaboração do PNAISH, Martins; Malamut, 2013, reporta a ênfase dada pelos autores do texto-base na retratação do quadro de morbidade e mortalidade da população masculina brasileira, a partir do que percebeu-se a sua condição de vulnerabilidade e fragilidade, o cuidado de si e pelo outro dos homens, antes percebidos como

² Desde 1999 o IBGE divulga anualmente a Tábua Completa de Mortalidade correspondente à população do Brasil, com data de referência em 1º de julho do ano anterior. Em cumprimento ao Artigo 2º do Decreto Presidencial nº 3.266/99: “Art. 2º. Compete ao IBGE publicar, anualmente, até o dia primeiro de dezembro, no Diário Oficial da União, a tábua completa de mortalidade para o total da população brasileira referente ao ano anterior.” A tábua de mortalidade apresenta a expectativa de vida às idades exatas até os 80 anos, tem sido utilizada como um dos parâmetros necessários à determinação do chamado fator previdenciário para o cálculo dos valores relativos às aposentadorias dos trabalhadores que estão sob o Regime Geral de Previdência Social.

indivíduos fortes, poderosos e indestrutíveis, passa a ser autorizado e legitimado pela sociedade.

Surge desta constatação a relevância desta abordagem sobre a saúde do homem, uma vez que o conceito de saúde integral considera as necessidades de saúde de pessoas ou de cidades, ainda que estas não estejam conscientes das mesmas. Assim, devemos nos anteceder ao costume que de as pessoas só procurem (demandem) os serviços de saúde quando a doença lhe impede de continuar com suas atividades rotineiras da vida (MOURA, 2013).

De acordo com a evolução populacional constante dos censos demográficos 1991, 2000 e 2010, bem como da contagem populacional realizada em 1996 e 2007, observa-se que a população da cidade de João Pessoa teve um aumento significativo, fenômeno verificado em menor escala no Estado da Paraíba e no Brasil, passando de cerca de 500 mil habitantes para mais de 700 mil, apenas no período 1992-2008.

Segundo o IBGE (2015), esse fenômeno do aumento populacional e dos aumentos da expectativa de vida, contrasta com uma maior mortalidade masculina, o que implica no “estreitamento” dos níveis superiores da pirâmide etária, de forma que a população do Brasil, da Paraíba e de João Pessoa, apresenta um nítido desvio em favor das mulheres, isso muito mais evidenciado nas faixas etárias após os 15 anos, e ainda, em maior escala, no Município de João Pessoa, que se destaca no comparativo estadual e nacional.

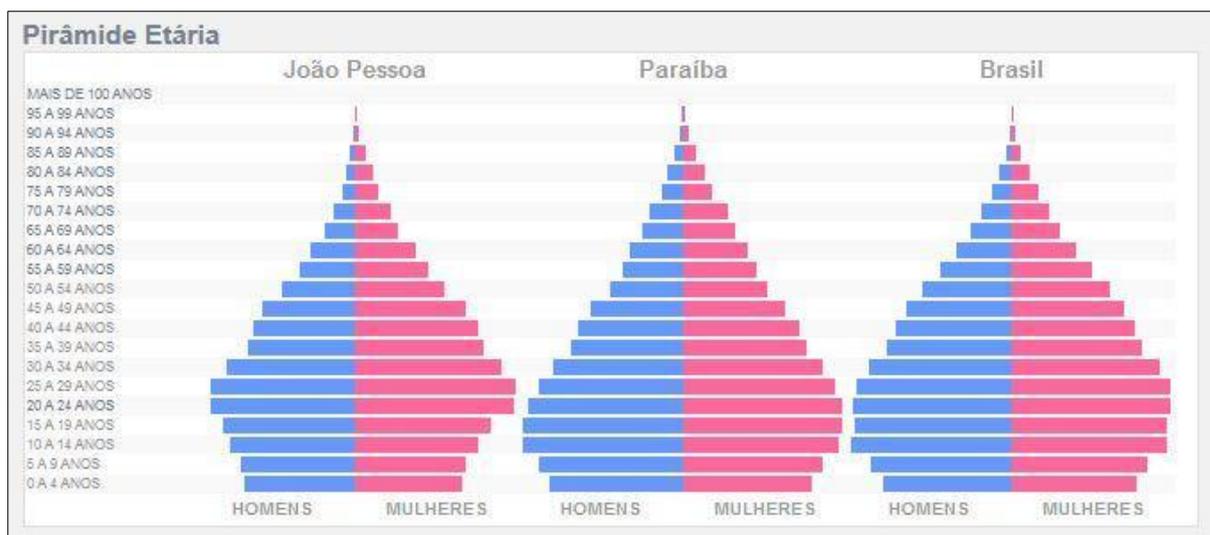


Gráfico 1 – Pirâmide etária: João Pessoa, Paraíba e Brasil. Fonte: IBGE, 2015.

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM – DIRETRIZES E EIXOS TEMÁTICOS

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (2008), institucionalizada formalmente pela Portaria 1.944 de 27 de agosto de 2009, com base nas diretrizes da política e nos eixos que subsidiaram o desenvolvimento da política:

➤ *Diretrizes:*

- **Integralidade** - abrange a assistência à saúde do homem em todos os pontos de atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e contrarreferência entre a atenção primária e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade do cuidado. Além de compreender os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo a partir das determinações sociais sobre a saúde e a doença, promovendo intervenções sistêmicas;
- **Organização dos serviços de saúde** – visando acolher e fazer com que os homens se sintam integrados;
- **Implementação hierarquizada da política** – tendo a atenção primária como coordenadora e ordenadora do cuidado à saúde do homem;
- **Priorização da atenção primária** – com foco na Estratégia Saúde da Família;
- **Reorganização das ações de saúde** – levando o homem a considerar os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, sensibilizar os profissionais de saúde para que o reconheça como sujeito que necessita de cuidados, por meio de uma proposta inclusiva;
- **Integração da execução da política às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde.**

➤ *Eixos temáticos:*

- **Acesso e Acolhimento:** reorganização das ações de saúde nos serviços de saúde, voltando-se também para a saúde do homem;
- **Saúde Sexual e Reprodutiva:** sensibilização dos gestores, profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática.

- **Paternidade e Cuidado:** sensibilização dos gestores, profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens com em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus filhos;
- **Doenças prevalentes na população masculina:** fortalecimento da assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;
- **Prevenção de Violências e Acidentes:** promoção e/ou desenvolvimento de ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes.

2.5 FERRAMENTA DE ANÁLISE DOS PROCESSOS DE TRABALHO – FLUXOGRAMA

Na definição de ALVES (2012), o Fluxograma é uma representação gráfica que descreve e mapeia as diversas etapas de um processo, ordenando-as em uma sequência lógica, proporcionando uma visão integrada do fluxo de um processo técnico, administrativo ou gerencial, permitindo análise crítica para detecção de falhas e sugestão de melhorias.

Prosseguindo em suas definições, a mesma autora aponta que o fluxograma utiliza um conjunto de símbolos padronizados para representar as etapas do processo, as pessoas ou setores envolvidos, a sequência das operações e a circulação dos dados e dos documentos.

O Fluxograma indica o caminho seguido pelo usuário na busca de assistência a sua saúde, indicando todos os lugares por onde ele passou e as ações que foram realizadas pelos trabalhadores de saúde, do qual resulta uma descrição do seu percurso terapêutico. É uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho (ALVES et al., 2014).

Rocha (2013) ressalta a importância na utilização de instrumentais teóricos e metodológicos das ciências sociais, neste cenário de crises mundializadas, com o objetivo de elaborar estratégias que tornem a compreensão de sua complexidade, tornando mais acessível a pesquisadores, agentes públicos e profissionais de saúde, com o intuito de poder empregá-los na compreensão dos problemas contemporâneos da saúde pública e considerá-los igualmente nos processos de cuidados à saúde.

A construção de um fluxograma pretende estabelecer padrões, funcionando como guia para a prática. De acordo com Marquis, (2010), cada organização e profissão precisa fixar padrões e objetivos que orientem cada profissional no desempenho de um atendimento

seguro, eficiente e de qualidade. E a qualidade, segundo Luongo (2011), é um fator que acompanha as atividades de organização de saúde, já que o propósito de seus serviços é a prevenção, promoção, proteção e reabilitação dos indivíduos.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa metodológica, a qual envolve a investigação dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Esse tipo de estudo trata do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

Além disso, na pesquisa metodológica o pesquisador busca a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores. Por essa razão, constitui-se como uma estratégia que, de maneira sistemática, vale-se de conhecimentos já existentes para elaboração de uma nova tecnologia ou aperfeiçoamento de uma intervenção, um instrumento, um dispositivo ou método de mediação já existente (MELO et al., 2017).

Para esta dissertação, foi considerado apenas a etapa de desenvolvimento do instrumento (fluxograma), posteriormente, serão realizadas as etapas de validação de conteúdo e validação clínica desta ferramenta para o seu aperfeiçoamento e aplicabilidade.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, foi o local escolhido como cenário de estudo por estar em processo de implantação da PNAISH e por apresentar uma área técnica voltada à saúde do homem. A cidade vem promovendo ações de promoção da saúde e prevenção de agravos dessa população, carecendo ainda da construção dos fluxogramas do atendimento para fornecer subsídios à reorganização da atenção à saúde, buscando assegurar o cuidado integral e contínuo à população masculina, cujos índices de mortalidade são superiores aos da população feminina, consoante exposto anteriormente no gráfico da pirâmide etária.

Para conferir uma dimensão prática aos fluxogramas pretendidos neste trabalho, foi antes necessário conhecer a rede de saúde no Município de João Pessoa/PB a fim de que os instrumentos elaborados representassem não uma mera indicação das rotinas, mas, além disso, os caminhos e instituições que devem servir de parâmetro no processo de tomada de decisão e no encaminhamento das demandas relacionadas ao cuidado e atenção à saúde do homem, facilitando o acesso e atendimento, tanto para os pacientes quanto para os profissionais

envolvidos.

O município de João Pessoa apresenta uma população de 800.323 habitantes (IBGE, 2018), aos quais é assegurada, segundo as informações obtidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) - DataSUS, cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), correspondente a 88,3% da população residente, distribuídas em 180 Equipes de Saúde da Família, que ocupam espaços físicos em 125 unidades de saúde.

A descrição geral dos serviços componentes da rede de saúde municipal demonstra que não há unidades próprias da rede de atenção ao homem, mas que estes integram e/ou referenciam ações das políticas de atenção integral à saúde do homem, em caráter complementar ou subsidiário às atividades desempenhadas em relação ao público geral.

Como componentes da rede da atenção básica há 05 unidades regionalizadas (Unidade Básica de Mandacaru, Unidade de Saúde das Praias, Lourival Gouveia de Moura, Maria Luíza Targino e Unidade de Saúde Francisco das Chagas) que funcionam como referência para a população.

São ofertadas, ainda, consultas e procedimentos nas clínicas básicas dos Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS) nos bairros de Mangabeira, Jaguaribe e Cristo, com unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nos bairros de Colibris, Planalto da Boa Esperança, Paratibe, Cidade Verde Colinas do Sul, Jaguaribe e Bessa.

Os serviços de atenção hospitalar e ambulatorial especializados são referenciados pelas Portas de Entrada e ordenados pela Atenção Básica em Saúde, segundo a avaliação da gravidade do risco individual e coletivo, o tempo de espera e, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

A rede de atenção especializada é composta pelos seguintes serviços: Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS): Jaguaribe, Mangabeira e Cristo; Unidade de Saúde das Praias e Mandacaru e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's) nos bairros da Torre, Mangabeira e Cristo. Existem ainda o Centro de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa – CAISI, o Laboratório Central Municipal (LACEN) e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em DST-AIDS.

A rede de saúde mental é composta pelos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS): CAPS III Gutemberg Botelho, CAPS II Caminhar, CAPS I Cirandar e CAPS AD Davi Capistrano, pelos Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM), Unidade de Acolhimento Infantil, Serviços Residenciais Terapêuticos – Tambiá e Mandacarú e Consultório na Rua.

Atendendo aos princípios e diretrizes da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST) existe o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador- CEREST Regional,

dirigido para as ações referentes à saúde do trabalhador.

A atenção especializada é ainda ofertada em ambulatórios dos Hospitais municipais: Complexo Hospitalar Mangabeira Tarcísio Burity; Instituto Cândida Vargas, Hospital Municipal Santa Isabel e Hospital Municipal Valentina. O atendimento pré-hospitalar de João Pessoa está estruturado a partir do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), atendendo às diretrizes da Portaria 2.048/MS, com objetivo de realizar o atendimento pré-hospitalar móvel. A rede conta ainda com 03 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), localizadas nas praias (Oceania) e nos bairros de Valentina e Cruz das Armas, que oferecem atendimento de Urgência e Emergência, 24 horas.

A rede hospitalar do SUS pertencente ao Município de João Pessoa é distribuída em 4 instituições: Hospital Municipal Santa Isabel (clínica médica e cirúrgica), Hospital Municipal Valentina de Figueiredo (clínica pediátrica), Instituto Cândida Vargas (ginecologia e obstetrícia, clínica neonatal) e o Complexo Hospitalar Municipal Governador Tarcísio de Miranda Burity (traumato-ortopedia de caráter eletivo e de urgências).

No Hospital Municipal Santa Isabel: atividade educativa (vasectomia e cirurgia bariátrica), cirurgia bariátrica, cirurgia bucomaxilar facial, cirurgia das vias aéreas superiores da face, da cabeça e pescoço, cirurgia de glândulas endócrinas, cirurgia de implante coclear, cirurgia do aparelho circulatório, cirurgia do aparelho digestivo, órgão anexos e parede abdominal, cirurgia do aparelho geniturinário, cirurgia do sistema nervoso central e periférico, cirurgia do sistema osteomuscular, cirurgia plástica reparadora, cirurgia torácica, consultas médicas especializadas (urologia e proctologia), diagnóstico em cardiologia, diagnóstico por imagem, exames laboratoriais, hemoterapia, internação, pequenas cirurgias (bolsa escrotal, testículo, cordão espermático, pênis), urodinâmica e UTI adulto.

No Hospital Municipal Valentina de Figueiredo é realizado o atendimento de enfermagem (em geral), consulta/ atendimento às urgências pediátricas, consultas médicas /outros profissionais de nível superior, consultas médicas/ outros profissionais de nível superior, no âmbito da pediatria).

No Instituto Cândida Vargas: Projeto de inserção do eixo da paternidade no cotidiano dos serviços. A rede cegonha incorpora a política de saúde do homem nas maternidades e põe em prática a lei do acompanhante e ações voltadas ao público masculino.

No Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity é realizado o atendimento de enfermagem (em geral), cirurgias ortopédicas e cirurgia geral, coleta de material por meio de punção/biopsia, consulta/ atendimento às urgências (em geral), consultas médicas /outros profissionais de nível superior, consultas médicas/ outros profissionais de

nível superior, diagnóstico em cardiologia, diagnóstico por imagem, exames laboratoriais, hemoterapia, internação, pequenas cirurgias, tratamento de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e UTI adulto.

Outro aspecto relevante é o fato de que não se encontrou na literatura ou nos sites oficiais da própria secretaria de saúde a elaboração de fluxogramas na área da saúde do homem no âmbito municipal, consoante exposto na justificativa e exposição dos objetivos deste trabalho, as ações anteriores prendem-se ao cuidado com outros segmentos populacionais.

3.3 FONTE DE DADOS

A construção dos fluxogramas foi desenvolvida no contexto de saúde de João Pessoa, a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) – DataSUS, que contém a descrição das instituições, unidades e serviços prestados, com suporte nos dados apresentados pelo IBGE, tais como evolução populacional e taxas de morbimortalidade e seus comparativos por gênero (pirâmide etária) e artigos científicos que referenciam a construção do instrumento fluxograma, a exemplo de Fontes et al. (2011), Pereira et al. (2015), Moreira; Fontes e Barboza (2014).

Foram utilizadas para a análise, construção e posterior avaliação e validação dos instrumentos as diretrizes previstas no PNAISH (Integralidade; Organização dos serviços de saúde; Implementação hierarquizada da política; Priorização da atenção primária; Reorganização das ações de saúde; e Integração da execução da política às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde).

No intuito de consolidar ainda mais os dados para a construção do fluxograma, realizou-se também uma busca de publicações na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Ressalta-se que não constam no fluxograma os órgãos componentes do sistema de saúde que não atendem a população masculina, a exemplo de instituição de atendimento especializado na área de ginecologia e obstetrícia.

Importante frisar que a pretensão deste estudo não é analisar a distribuição dos serviços e os seus componentes no processo de interação social, limitando-se a simples exposição dos dados e a diagramação dos fluxos com base nos processos existentes, com a perspectiva de que, após a construção dos fluxogramas, possam estes servir ao propósito de aperfeiçoamento do sistema.

3.4 ETAPAS DO ESTUDO

- ***Primeira etapa do estudo***

Inicialmente, com o apoio da literatura, realizou-se uma busca por publicações na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores: “atenção primária à saúde”; “saúde do homem”; e “gestão em saúde”, os quais foram agrupados entre si. Não foi estabelecido um recorte temporal para os materiais a serem coletados. Os critérios para que a publicação integrasse o estudo eram que abordassem a organização da atenção à saúde do homem e que estivessem disponíveis na íntegra e gratuitamente.

Também foram utilizadas as referências bibliográficas citadas nas publicações selecionadas e incluídos manuais do ministério da saúde que retratassem a saúde do homem e/ou abordassem a construção de fluxogramas ou a organização da atenção à saúde do homem nos serviços de saúde.

Após a seleção e leitura crítica da literatura, foram destacadas as frases que mencionavam propriedades e características pertinentes à organização da atenção à saúde do homem e que fundamentassem a construção do fluxograma, visando avaliar a consistência da argumentação e fidedignidade dos textos propostos.

- ***Segunda etapa do estudo***

Na segunda etapa foram identificados todos os serviços de saúde integrantes da rede de atenção à saúde do município de João Pessoa, entre os quais se abordou aqueles que referenciam serviços próprios da atenção à saúde do homem.

Foram coletados dados para elaborar o organograma da instituição, com a indicação dos estabelecimentos que prestam serviço na área de atenção primária à saúde do homem, em caráter complementar (não exclusivo) ou subsidiário, com a exposição de suas competências e localização, no intuito de descrever os caminhos percorridos pelo usuário desde a APS até os demais pontos de atenção.

A coleta dos dados sobre os componentes da rede municipal de saúde e a indicação dos fluxos encontrados foi elaborada a partir dos dados do CNES e dos artigos científicos de Fontes et al. (2011), Pereira et al. (2015), Moreira; Fontes e Barboza (2014).

- ***Terceira etapa do estudo***

A terceira etapa se deu com a associação do contexto de saúde de João Pessoa, com os dados da literatura e com os eixos temáticos do PNAISH, culminando na construção de

fluxogramas que reorganizassem o atendimento da população masculina na rede de atenção à saúde.

Para a construção dos fluxogramas foram abordados quatro dos cinco eixos temáticos do PNAISH, relacionados ao **Acesso e Acolhimento** nas ações de saúde nos serviços de saúde, voltando-se também para a **saúde sexual e reprodutiva do homem**, com a elaboração de instrumento específico do exame genital externo masculino.

Com relação ao eixo temático da **paternidade e Cuidado**, optou-se pela construção do fluxograma da consulta de planejamento familiar (pré-natal) com a participação do homem, a ser adotado nas unidades de saúde como elemento apropriado ao desenvolvimento desta política.

Finalmente, o eixo temático referente às **Doenças prevalentes na população masculina** foi referenciado através do exame de prevenção ao câncer de próstata, cuja eficiência na detecção desta enfermidade justifica o desenvolvimento e disseminação de instrumento apropriado para sua efetivação enquanto política pública de atenção integral à saúde do homem.

Devido à complexidade do tema **Prevenção de Violências e Acidentes**, enquanto política pública de atenção à saúde do homem, entendemos por não elaborar instrumento com ênfase nesta abordagem, diante da constatação de essa temática envolve também questões de segurança, educação e cidadania, alheios ao estrito propósito deste estudo.

Dessa forma, foram construídos:

✓ **Fluxograma 1:** fluxograma geral de atendimento do homem nas Unidades de Saúde da Família;

✓ **Fluxograma 2:** fluxograma de acesso e acolhimento ao homem nas Unidades de Saúde da Família;

✓ **Fluxograma 3:** fluxograma do exame de prevenção ao câncer de próstata;

✓ **Fluxograma 4:** fluxograma do exame genital externo masculino;

✓ **Fluxograma 5:** fluxograma da consulta de planejamento familiar (pré-natal) com participação do homem nas Unidades de Saúde da Família.

Quanto ao design adotado, não por acaso foi escolhida a cor azul para o preenchimento dos quadros do fluxograma, sendo esta comumente associada aos segmentos da população do gênero masculino.

- ***Quarta etapa do estudo***

A quarta etapa do estudo consistiu na submissão dos fluxogramas ao processo de

edição e diagramação, obedecendo a critérios relacionados ao conteúdo, estrutura/organização, linguagem, layout e design, sensibilidade cultural e adequação ao contexto de saúde local.

A disposição das figuras segue o padrão adotado na literatura, sendo a seta o símbolo que indica a conexão entre outros símbolos, bem como o sentido do fluxo dos processos ali compreendidos. A terminação (retângulo com lados circulares) indica o início ou fim de um fluxo no diagrama. O retângulo indica um processo envolvido e suas atividades. O losango indica um processo de tomada de decisão, a partir da qual se adotam rumos diferentes, indicados por setas. O conector indica a realização de uma inspeção.

Tabela 1 – Representação gráfica dos símbolos utilizados na confecção dos fluxogramas. João Pessoa, 2018

SETA	TERMINAÇÃO	PROCESSO	DECISÃO	CONECTOR
				

Fonte: primária, 2018.

Visando a simplificação dos fluxogramas e a sua fácil compreensão pelos profissionais e usuários da rede de atenção em saúde, optou-se pela utilização do menor número possível de símbolos, em detrimento do maior apuro técnico na sua elaboração, limitando-se aos acima expostos, cuja explicação não demanda orientações específicas, dado o caráter intuitivo e universal de cada símbolo utilizado.

Assim sendo, todos os fluxogramas iniciam com o símbolo da terminação, que indica o insumo do processo analisado, no caso do presente estudo, a população masculina e as faixas etárias nela distribuídas.

Cada instituição, unidade ou componente da rede de atenção à saúde foi indicada como sendo um processo, considerando que neles são realizadas atividades envolvendo os usuários e os profissionais envolvidos em cada etapa do atendimento na atenção à saúde (primária, secundária e terciária), de maneira que não representam elementos estáticos, mas um conjunto de ações e atividades desempenhadas em benefício do usuário, que podem ou não significar o fim do processo da atenção básica à saúde, sendo utilizadas as setas para

apontar o fluxo preferencial do usuário no sistema quando da evolução do atendimento da rede básica para os níveis mais avançados em complexidade técnica na rede.

Embora reconheçamos que nem sempre o usuário ingresse na rede de saúde a partir da atenção básica, atente-se que os fluxogramas contidos neste estudo prestam-se, em caráter didático, a definir uma situação ideal, na qual todas as etapas são observadas e cujo fluxo segue apenas no sentido preconizado nas diretrizes do PNAISH (Integralidade; Implementação hierarquizada da política; e Priorização da atenção primária).

Sendo esta, portanto, uma abordagem superficial, não se permite alcançar o nível de profundidade nas instituições e processos envolvidos a considerar todos os componentes da rede de saúde e dos fluxos efetivos, inclusive com a indicação dos atrasos, conectores, classificações e agrupamentos, cujo nível de detalhamento em busca da automação dos processos ultrapassa a complexidade desta atividade.

Finalmente, o símbolo utilizado na tomada de decisão foi utilizado apenas para indicar as hipóteses nas quais o processo segue caminhos distintos a partir de uma constatação, técnica ou clínica (como no fluxograma da prevenção e tratamento do câncer de próstata), obviamente considerando que na atenção à saúde, em cada ação, etapa ou processo há uma série de decisões a serem tomadas, cujos reflexos vem a ter implicações na saúde dos usuários, o que não possibilitou, devido ao grau de detalhamento empregado neste estudo, na análise profunda em nível de automação dos processos envolvidos.

Pretende-se, num próximo estudo, o qual desde já se vislumbra a partir das conclusões obtidas no presente, compreendido como um produto tecnológico componente de um mestrado profissional, submeter o resultado deste trabalho ao processo de validação de aparência e do conteúdo por especialistas, projetando outrora a sua especificação, ramificação e expansão para outros segmentos e níveis de detalhamento dos processos e atividades abrangidas, o que não foi possível nesta oportunidade, por questões de dimensão ética e prazos aplicáveis, sem esquecer a complexidade do tema e a abrangência da rede municipal numa capital.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

O homem apresenta um conjunto de características próprias que são mantidas desde o período primitivo, em que a força, a invulnerabilidade, virilidade, trabalho e ser chefe de família se tornaram um dos fatores responsáveis pela desvalorização do seu autocuidado, especialmente quando se trata de questões relacionadas aos órgãos genitais (SILVA et al., 2010).

Isso se dá, em parte, devido ao preconceito existente em relação ao gênero masculino, uma vez que é pouco discutida e abordada, além de haver uma escassez de conhecimentos nas campanhas de saúde pública que não são voltadas a este segmento da população (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2010).

Nessa direção, a unidade de saúde é o melhor local para educar e estimular a comunidade masculina a adotar hábitos preventivos. A prevenção é veiculada a uma ação orientada, cuja finalidade é não permitir que o indivíduo adoça, e assim, possa ter melhor qualidade de vida. E para a prevenção e promoção da saúde da população masculina é necessário o envolvimento com informações importantes, buscando a incorporação de hábitos preventivos (SILVA et al., 2010).

Para melhor compreensão da organização da rede de atenção à saúde no município de João Pessoa e para subsidiar a construção dos fluxogramas e a partir da indicação das unidades e estabelecimentos obtidos no CNES, elaboramos um organograma simplificado dos serviços e suas hierarquias nos níveis de complexidade do atendimento.

Com foco na rede de atenção primária e na integralidade do atendimento, de forma a apontar a necessidade de reorganização das ações de saúde, que devem ser oferecidas de maneira integral e também integrada às demais políticas públicas, foram desenhados os níveis de atenção primária, secundária e terciária da rede de atendimento à população masculina no Município de João Pessoa/PB, orientando-se os fluxos de acordo com esse critério.

Em seguida, considerando que a promoção do cuidado deve ser iniciada pela prevenção, a porta de entrada do sistema foi indicada como sendo através das unidades de saúde da família sendo elaborado instrumento referente ao acesso e acolhimento do usuário na atenção básica e o seu encaminhamento para as unidades de referência.

As unidades de referência de especialidade são os estabelecimentos que atuam em complementação aos encaminhamentos da atenção básica, mediante protocolos clínicos e/ou

diretrizes terapêuticas de âmbito local, nacional, estadual, em conformidade com as necessidades da demanda e sistema de continuidade da atenção pelo SUS (ALMEIDA; FREIRE; GIOVANELLA, 2013).

Os serviços de atenção hospitalar e ambulatorial especializados são referenciados pelas Portas de Entrada e ordenados pela Atenção Básica em Saúde, segundo a avaliação da gravidade do risco individual e coletivo, o tempo de espera e, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente (BRASIL, 2012).

A elaboração do organograma e dos fluxogramas buscou distribuir em colunas as instituições e serviços oferecidos de acordo com as faixas etárias aos quais se destinam. Por exemplo, o Hospital do Valentina recebeu da gestão uma destinação específica no atendimento de crianças e adolescentes, razão pela qual situa-se na mesma coluna desta faixa etária, o que, na medida do possível, facilita o encaminhamento das demandas e a compreensão posterior do fluxograma como uma ferramenta de controle e avaliação dos serviços do sistema de saúde, desde o acolhimento até a alta hospitalar.

Outro ponto que foi considerado na elaboração do organograma foi a existência de órgãos que desempenham funções especializadas, mesmo que não exclusivamente voltadas ao público masculino, como o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador- CEREST Regional, o qual, segundo o CNES, é dirigido para as ações referentes à saúde do trabalhador, e o Laboratório Central do Município (LACEN), que oferece coleta de material e exames complementares de diagnóstico.

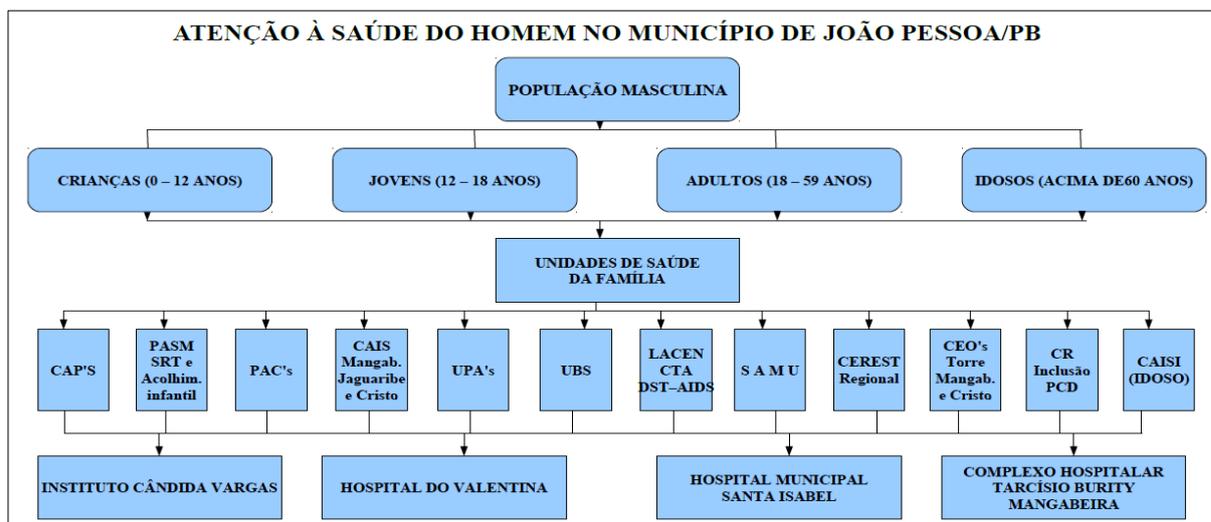
A construção deste instrumento, em atenção ao conceito de integralidade em saúde, não se prendeu ao atendimento médico e de enfermagem, trazendo também como parte da rede os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's), que realizam atendimentos odontológico especializado aos homens encaminhados de outros serviços da rede.

No âmbito da atenção à saúde mental, foram indicados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que realizam acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, além de dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica, auxiliados pelo Pronto Atendimento em Saúde Mental – PASM, que oferece atendimento 24 horas de urgência e emergência a usuários em situação de sofrimento mental crítico, agudo, grave; internação psiquiátricas em casos extremamente necessários; ordena o fluxo através de encaminhamentos aos CAPS e/ou hospitais psiquiátricos, este, por meio da Central de Regulação e os Consultórios de Rua.

Com base nesta distribuição dos serviços, elaborou-se o organograma do município,

com a indicação dos estabelecimentos de saúde que prestam serviço na área de atenção primária à saúde do homem, com a exposição de suas competências, áreas de atuação e localização, no intuito de descrever os caminhos percorridos pelo usuário desde a APS até os demais pontos de atenção, o que pode ser resumido na figura abaixo:

Figura 1 – Organograma da atenção à saúde do homem no município de João Pessoa-PB, 2018.



Fonte: primária, 2018.

4.2 FLUXOGRAMAS DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO HOMEM

O organograma da atenção à saúde do homem no município de João Pessoa/PB aliado à definição de que a população masculina (crianças - menores de 12 anos; adolescentes – entre 12 e 18 anos; adultos – entre 18 e 59 anos; e idosos – maiores de 60 anos) é o insumo da rede de cuidado, são os elementos utilizados na elaboração de um fluxograma com a idealização do fluxo do atendimento à saúde do homem.

As unidades de saúde de família funcionam como porta de acesso principal ao atendimento, na atenção básica, a partir das quais se derivam as linhas para a rede de atenção em especialidades, de complexidade secundária, exercida através das unidades de referência de especialidades (Cap's, Pasm, Pac's, Cais, Upa's, UBS's e CTA DST/AIDS, Cerest, CEO's, CR Inclusão e Caisi) e, no nível de atenção terciária, com a realização de procedimentos visando ao restabelecimento da saúde e suporte de vida, com a indicação da rede hospitalar municipal (Instituto Cândida Vargas, Hospital Municipal Valentina, Hospital Municipal Santa Isabel e Complexo Hospitalar Mangabeira Tarcísio Burity), que tem atuação complementar e subsidiária com as redes existentes em outros níveis de organização do Poder público (Federal

e Estadual).

Em princípio, observa-se que os serviços da rede de atenção à saúde do homem no município abrangem os cinco eixos temáticos propostos pela PNAISH, conferindo atenção aos mecanismos de saúde relacionados ao **acesso e acolhimento da população masculina** com prioridade na rede de atenção básica à saúde (USF's); à **saúde sexual e reprodutiva** (CTA-DST/AIDS) e cuidados com o trato gênito-urinário (rede de especialidades e hospitalar); a atenção referente à **paternidade** (Instituto Cândida Vargas – aplicação da lei do acompanhante ao público masculino) e cuidados relacionados; aos agravos e condições críticas da saúde do homem, com abordagem das **Doenças prevalentes na população masculina** (Atenção especializada dos CAI's e rede hospitalar); e a **prevenção de violência e acidentes** (Samu e rede hospitalar).

Importante ressaltar as grandes dificuldades encontradas na elaboração de cada instrumento, eis que a proposta deste trabalho não foi retratar apenas um ramo da atenção em saúde, a exemplo de outros fluxogramas apresentados na literatura e nas análises das instituições de saúde pública, mas toda uma estrutura voltada à saúde do homem de acordo com as diretrizes da PNAISH, compreendendo os pontos de atenção, a multiplicidade de situações e agravos existentes e a distribuição dos ramos de cuidado de acordo com a faixa etária da população, daí ser a simplificação o caminho utilizado, exatamente porque o fluxograma deve ser autoexplicativo, o que seria inviável acaso contemplasse todas as situações possíveis.

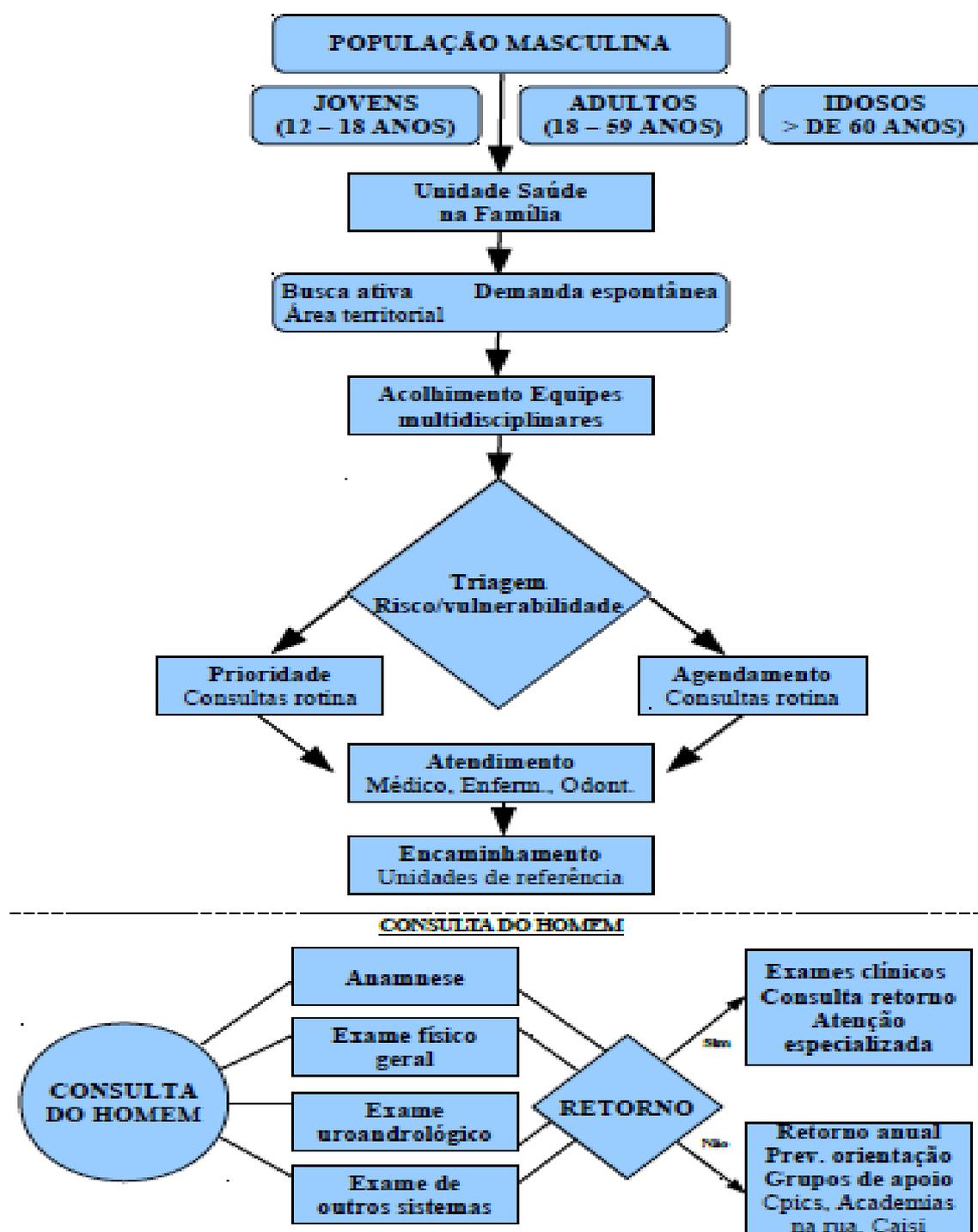
Diante da complexidade dos fatores externos que interferem nesta questão, tais como a localização, horários de funcionamento, estrutura física e de pessoal, rede de transporte e facilidade no acesso, bem como, do lado dos usuários, os diversos fatores sócio-demográficos compreendidos no atendimento, consoante já exposto na revisão de literatura, apresentamos o instrumento do fluxograma geral de atendimento do homem nas unidades de saúde da família no Município de João Pessoa/PB de uma forma sintética e unidirecional, permitindo a compreensão singular do fluxo dos processos.

A população masculina infantil (0-12 anos) não está representada no fluxograma abaixo, por expressa opção da abordagem metodológica adotada, em razão de possuir rede de atendimento especializada, com fluxos e instituições próprios, não se enquadrando, por definição, no atendimento geral.

Figura 2 – Fluxograma geral de atendimento do homem nas Unidades de Saúde da Família.

João Pessoa, 2018.

FLUXOGRAMA GERAL DE ATENDIMENTO DO HOMEM NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA



Fonte: Primária, 2018.

É importante ressaltar o caráter territorial e descentralizado na prestação dos serviços de saúde no município, atendendo ao fenômeno descrito por Costa (2011), segundo o qual, a partir da criação do SUS, em 1988, alteraram-se de forma ainda mais significativa as

condições micro organizacionais de funcionamento dos sistemas de atenção à saúde, em que se procurou combinar iniciativas para aumento da eficiência e melhoria da resolutividade da rede de serviços.

Nessa direção, seguindo o contexto brasileiro, o município de João Pessoa tem como componente chave da APS a Estratégia Saúde da Família (ESF), que ainda se encontra com a descentralização incompleta, com referência pouco estruturada, dificuldade para garantir o atendimento nas especialidades médicas e exames de apoio diagnóstico de média complexidade, mecanismos de integração insuficientes para garantir um sistema de referência e contrarreferência, contratos de recursos humanos temporários e vínculos precários, dificuldade da equipe em substituir as práticas tradicionais por adequada articulação entre as atividades clínicas e de saúde coletiva, agravando-se ainda mais quando se trata da atenção à população masculina (MOREIRA; FONTES; BARBOZA, 2014).

Para tanto, é importante compreender que o processo de elaboração do planejamento local envolve uma dimensão técnica e uma dimensão política. Técnica quando implica metodologia de trabalho própria, o acesso a informações atualizadas, sistematizadas e agregadas. E tem dimensão política quando é, antes de tudo, um processo de negociação para conciliar valores, necessidades e interesses para administrar conflitos entre os vários segmentos da sociedade que disputam os benefícios da ação governamental (BRASIL, 2015).

Porém, ressalta-se que o processo de descentralização representou uma revolução na saúde pública do país, na medida em que a organização de serviços de atenção na rede básica de saúde é realizada de forma hierarquizada, através de uma concepção funilar de níveis de assistência, em que o acesso de usuários se dá por meio de uma “porta de entrada única”, representada pelas unidades primárias (com exceção dos casos de emergência e urgências clínicas, cirúrgicas e obstétricas), apesar da proposta da organização mediante redes de atenção (COSTA, 2011; VIEGAS; PENNA, 2013).

Portanto, na atenção primária são oferecidos os serviços de atendimento clínico, tóco ginecológico e pediátrico, além das ações de vigilância à saúde (vigilância sanitária e epidemiológica). No secundário são oferecidos os serviços de atendimento especializados em consultórios e pequenos hospitais de tecnologia intermediária. E no terciário são oferecidos os serviços de média e alta complexidade, nos grandes hospitais gerais e especializados..." (COSTA, 2011).

A descentralização importou em grande responsabilidade para os gestores municipais, considerando as diferenças em termos políticos, socioeconômicos, demográficos e culturais, razão pela qual os sistemas municipais de saúde apresentam diversos níveis de complexidade,

sendo a sua organização um trabalho heterogêneo, para cada município em suas particularidades (CAVALCANTI et al., 2013).

A organização do processo de trabalho, deste modo, é de fundamental importância, pois todo o sistema que não é controlado, avaliado e monitorado, tende à instabilidade, esta é uma das premissas da teoria dos sistemas, quando a falta de controle e monitoramento faz com que todo processo tenda à instabilidade e confusão, acarretando desperdício de material, energia, mão de obra e instalação (URIBE RIVERA; ARTMANN, 2012).

No contexto da saúde, o atendimento a demanda espontânea nos serviços de atenção primária, deve se basear no princípio da equidade, consagrado no Sistema Único de Saúde (SUS) através da premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais ou cada um de acordo com a sua necessidade, evitando diferenciações injustas e a não observação das diferentes necessidades. Para tanto, o trabalho em equipe é fundamental, iniciando-se desde a recepção, em que todos possam identificar situações que apresentem maior risco ou que gerem sofrimento intenso (BRASIL, 2012).

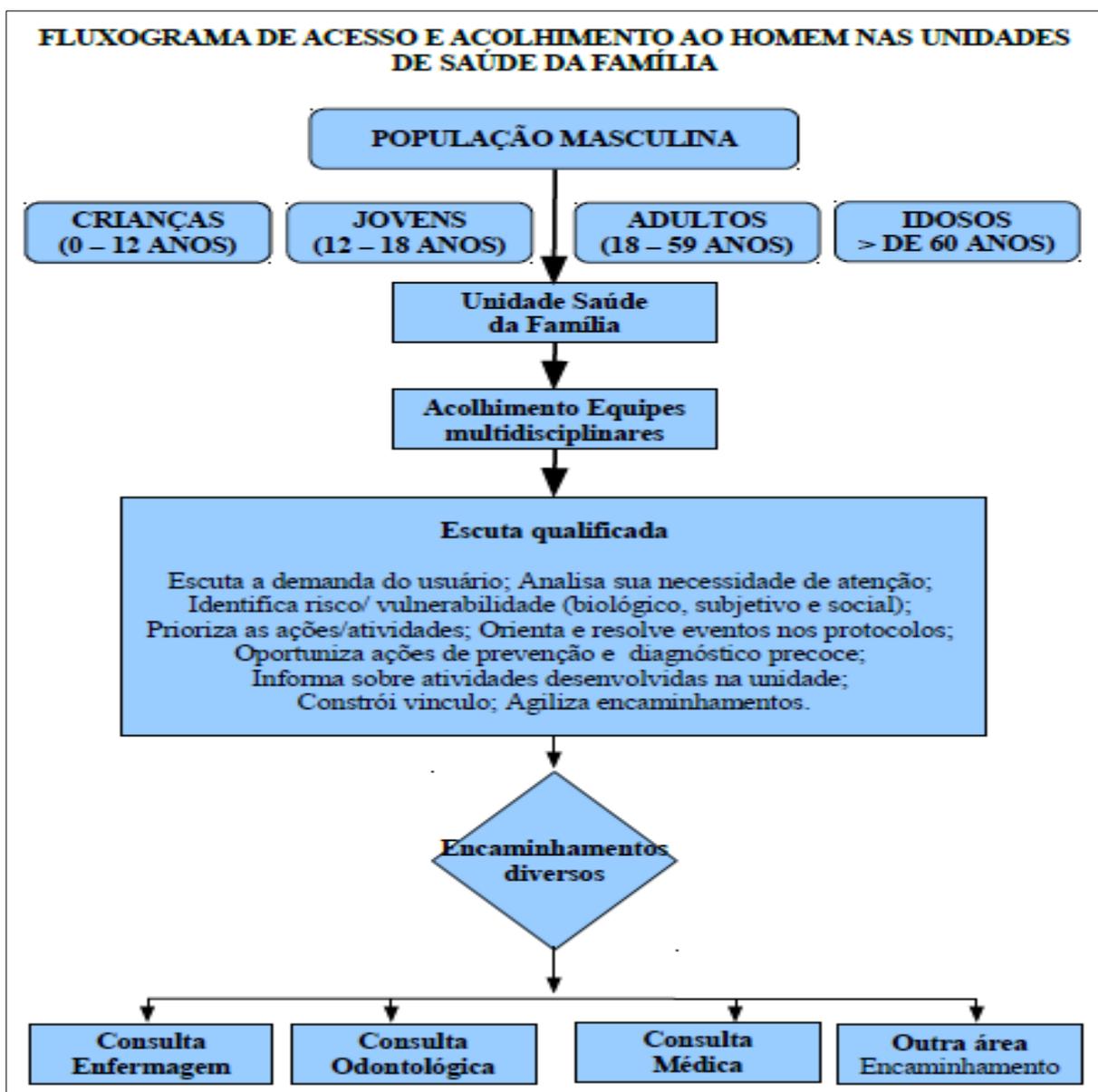
Em se tratando do homem, essa observação torna-se ainda mais relevante, uma vez que diferentes fatores os afastam ou os impedem de buscar os serviços de saúde, especialmente na atenção primária, tais como: a feminilização da estética das unidades de saúde, favorecendo o não pertencimento do homem ao ambiente, as campanhas educativas e de sensibilização que não abarcam as singularidades masculinas, o despreparo dos profissionais de saúde para atenderem a diversidade sexual, ultrapassando a dimensão biomédica e muitas vezes adotando atitudes e valores de ordem pessoal e moral e a carência de políticas que atendam os homens quando os mesmos são acompanhantes de usuários nas unidades de saúde (ROSSO et al., 2014).

No intuito de reforçar a importância do atendimento de qualidade à demanda espontânea masculina nos serviços de APS, tem-se a exposição do fluxograma de acesso e acolhimento ao homem nas Unidades de Saúde da Família (Figura 3).

Tal fluxograma considerou a faixa etária de 0 a 60 anos da população masculina, partindo do atendimento com acolhimento multidisciplinar até o atendimento específico com encaminhamento, quando necessário para as diversas especialidades.

Neste instrumento, ao contrário do fluxograma anterior, optamos pela inclusão da população masculina infantil, que embora demande uma rede especializada de atendimento, invariavelmente ingressa no sistema através da atenção básica, a partir da qual é encaminhada para as unidades de referência.

Figura 3 – Fluxograma de acesso e acolhimento ao homem nas Unidades de Saúde da



Família. João Pessoa, 2018.

Fonte: primária, 2018.

Como já exposto anteriormente, as dificuldades da população masculina no acesso aos serviços de saúde, os quais voltam seus espaços preferencialmente para a população feminina, infantil e idosa apontam para a necessidade de mudanças, no sentido de ampliar a equidade e a integralidade da assistência a partir do reconhecimento de outras necessidades de saúde, além das reconhecidas pelos serviços e políticas da área, favorecendo a melhoria do acesso e acolhimento da população masculina (BARBOSA, 2014).

Entendemos, desta forma, que a organização dos serviços influencia diretamente na inserção do homem nos serviços de saúde, uma vez que a presença do homem nas unidades

ainda está permeada por fatores culturais e concepções de masculinidade que julgam o homem invulnerável. Por essa razão, torna-se fundamental a sensibilização dos profissionais para que promovam um acolhimento de qualidade, mediante uma escuta qualificada, visando melhor compreender essa população quanto à percepção acerca de sua saúde (CAVALCANTI et al., 2014).

Por esse motivo, a PNAISH foi construída com base também nos pressupostos da Política Nacional de Humanização que apresenta entre seus objetivos principais a possibilidade de acolhimento apropriado e escuta qualificada de todos os envolvidos no processo saúde-doença (BRASIL, 2006). Contudo, para que isso ocorra, faz-se necessário a qualificação do sistema de cogestão, o fortalecimento da rede de atenção à saúde do homem e a qualificação da atenção primária para que possa acolher essa população de forma integral, considerando a diversidade cultural e a superação do atendimento de saúde como ausência de doença, além de criar uma nova cultura de atendimento, posicionando o homem na centralidade do cuidado (RAIMUNDO; CADETE, 2012).

Contudo, a prestação de um cuidado integral a população masculina pelos serviços da APS ainda se constitui um desafio para profissionais e gestores, que por vezes limitam a assistência aos sintomas físicos e biológicos, sem considerar o contexto econômico e social em que esses usuários estão inseridos. Soma-se a esse fato, a falta de planejamento dos gestores e profissionais na elaboração de estratégias que possibilitem a organização do fluxo de atendimento visando proporcionar um atendimento integral (DUARTE et al., 2017).

Por essa razão, o fluxograma de acesso e acolhimento ao homem nas Unidades de Saúde da Família (Figura 3) representa uma estratégia possível de organização do acesso e acolhimento da população masculina aos serviços de APS, podendo ser adaptado, enriquecido e ajustado, de acordo com a especificidade e características de cada território.

Prosseguindo na abordagem da rede de atenção à saúde do homem, ingressamos na análise referente às doenças prevalentes na população masculina, que também representa um eixo temático do PNAISH, entre as quais destacamos o câncer de próstata, cuja relevância social a justificar esta escolha pode ser expressa pelos altos índices de sua incidência.

No ano de criação do Programa nacional de controle do câncer da próstata (BRASIL, 2002) referida enfermidade correspondia à quarta causa de neoplasias no país. Em 2016, houve um aumento observado nas taxas de incidência no Brasil e o câncer de próstata passou a ser o segundo mais comum entre os homens (o de maior incidência é o câncer de pele não-melanoma), estatística que é justificada, em parte, pela evolução dos métodos diagnósticos, pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento da expectativa

de vida, fatores de maior diagnóstico. Em valores absolutos, é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres. Sua taxa de incidência é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento (INCA, 2016). Esse tipo de câncer já é duas vezes mais frequente do que o câncer de mama (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO et al., 2010).

Na fase inicial, esse tipo de câncer tem evolução silenciosa, muitos pacientes não apresentam nenhum sintoma ou, quando apresentam, são semelhantes aos do crescimento benigno da próstata (dificuldade de urinar, necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite). Na fase avançada, pode provocar dor óssea, sintomas urinários ou, quando mais grave, infecção generalizada ou insuficiência renal. Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos e podendo levar à morte (INCA, 2016).

Outro fator a ser considerado é que a mortalidade por câncer de próstata é relativamente baixa, o que em parte reflete seu bom prognóstico. Na Paraíba, de janeiro a agosto do ano de 2015, 260 homens foram internados com tumores malignos na próstata, e segundo dados do Ministério da Saúde no mesmo período foram contabilizadas 24 mortes. (MOREIRA; FONTES; BARBOZA, 2014).

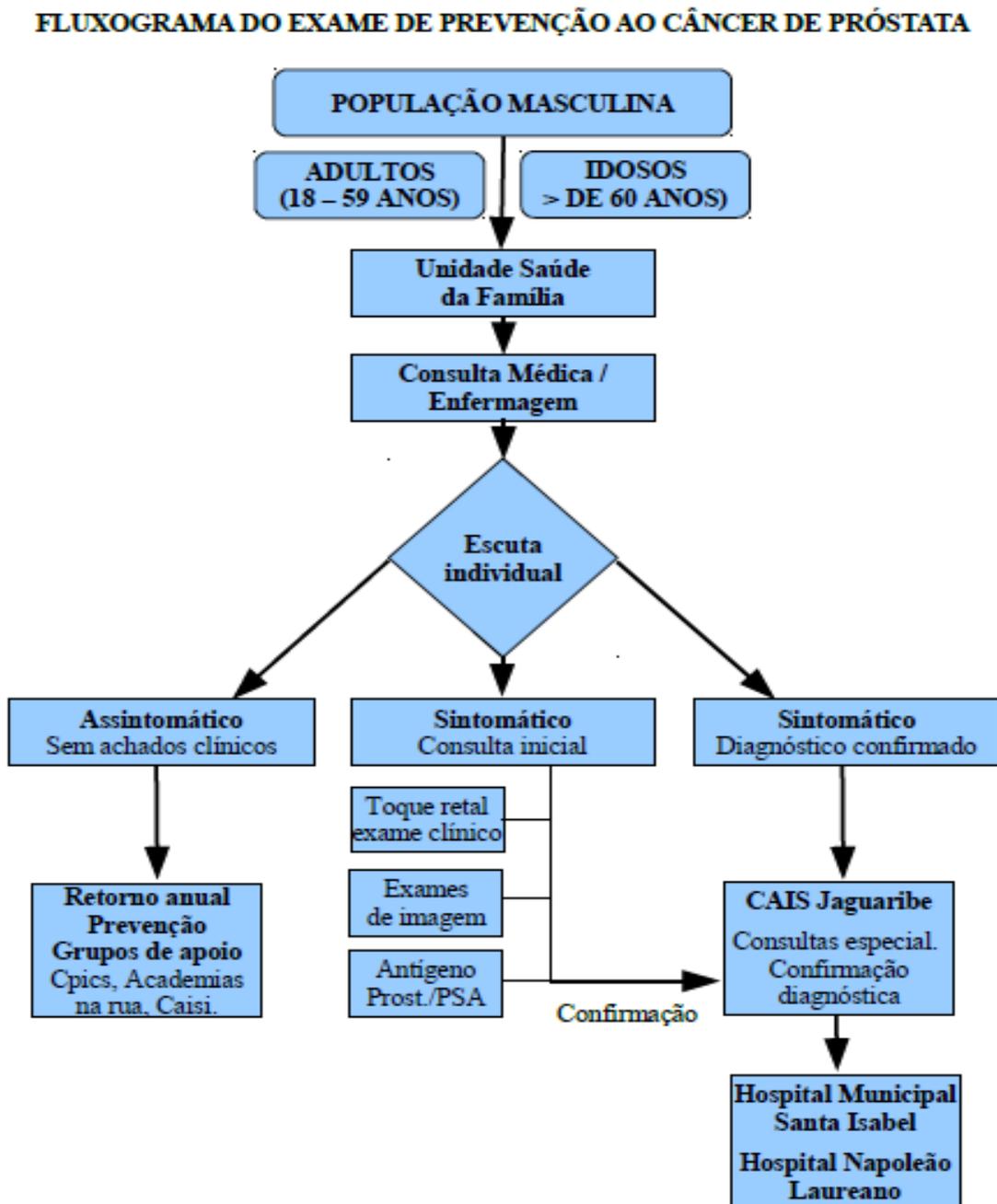
Daí a importância da prevenção e detecção precoce, a assegurar qualidade de vida e tratamento adequado na manutenção da saúde e controle da doença. Atente-se, neste ponto, que a atuação da rede pública de saúde do Estado da Paraíba em relação ao tratamento do câncer é referenciada pelo Hospital Napoleão Laureano, instituição filantrópica, considerada de Utilidade Pública Municipal – Decreto Lei n 1.088, de 10.05.1963.

De acordo com Moreira; Fontes e Barboza (2014), as estratégias para a detecção precoce do câncer de próstata são voltadas a dois públicos-alvo, sendo eles: aqueles indivíduos que não apresentam sintomas semelhantes ao câncer ou nenhum sintoma, podendo ser chamada de rastreamento; e para aquelas pessoas que citam e apresentam sinais e sintomas iniciais da doença, podendo ser chamada de diagnóstico precoce³.

A Figura 4 - Fluxograma do exame de prevenção ao câncer de próstata. João Pessoa, 2018, demonstra os fluxos e processos envolvidos no exame de prevenção ao câncer de próstata:

³ **Exame de próstata:** A Sociedade Brasileira de Urologia recomenda que todos os homens acima de 50 anos e os homens acima de 45 anos de pele negra, obesos ou que possuem histórico familiar de Ca de próstata sejam encaminhados para atendimento anual em centro de referência, mesmo que não apresentem sintomas específicos (CLACI, 2017).

Figura 4 – Fluxograma do exame de prevenção ao câncer de próstata. João Pessoa, 2018.



Fonte: primária, 2018.

Entre os tantos obstáculos que existem em relação ao câncer e seu prognóstico, são a falta de informação da população, crenças antigas e negativas, preconceito contra o câncer e o exame preventivo, como o toque retal; a falta de um exame específico e sensível para detectar em fase microscópica e a ausência de rotinas abrangentes programadas no serviço de saúde públicas e privadas que favorece a detecção do câncer de próstata (MAIA, 2012).

Desta forma, as justificativas que norteiam a detecção precoce do câncer da próstata,

assim como de qualquer outra patologia são as de que, quanto mais cedo a doença for diagnosticada, maiores serão as chances de cura, além de permitir um tratamento menos agressivo. Assim, o estabelecimento de um fluxo de atendimento que garanta a realização dos exames de rastreamento tanto para a prevenção, quanto para a detecção precoce do câncer de próstata é fundamental para o controle da doença e redução dos altos custos decorrentes do tratamento dessa patologia em estágios avançados ou em metástase. Porém, devido fatores socioculturais dos homens, e estruturais e organizacionais dos serviços de saúde, o baixo índice de realização desses exames ainda se configura como um dos grandes desafios para a prevenção e controle do câncer de próstata (NOGUEIRA; NEVES, 2013).

Prosseguindo na exposição, a Figura 5 – Fluxograma do exame genital externo masculino, aborda um componente importante da atenção à saúde do homem, dadas as características socioculturais e aspectos técnicos e éticos envolvidos.

Buscamos nesta apresentação uma exposição de caráter eminentemente semiológico, dadas as dificuldades encontradas na realização do exame da genitália externa masculina⁴, seja pela natural rejeição ao exame diante da exposição não programada do membro, seja pela própria relação profissional x paciente, dando margem a certas incompreensões, compreendidos aí fatores culturais, sociológicos e educacionais.

Segundo o Ministério da Saúde (2015), para uma melhor inspeção, tanto da região inguinal quanto dos órgãos genitais externos, o paciente deve ser posicionado em pé, com as pernas afastadas, e o clínico sentado. Para a região anorretal, o paciente deverá curvar-se para a frente, afastando as nádegas com suas próprias mãos ou, melhor ainda, deitado em decúbito lateral com leve anteflexão do tronco e da coxa não encostada na maca. Os procedimentos seguintes deverão ser observados:

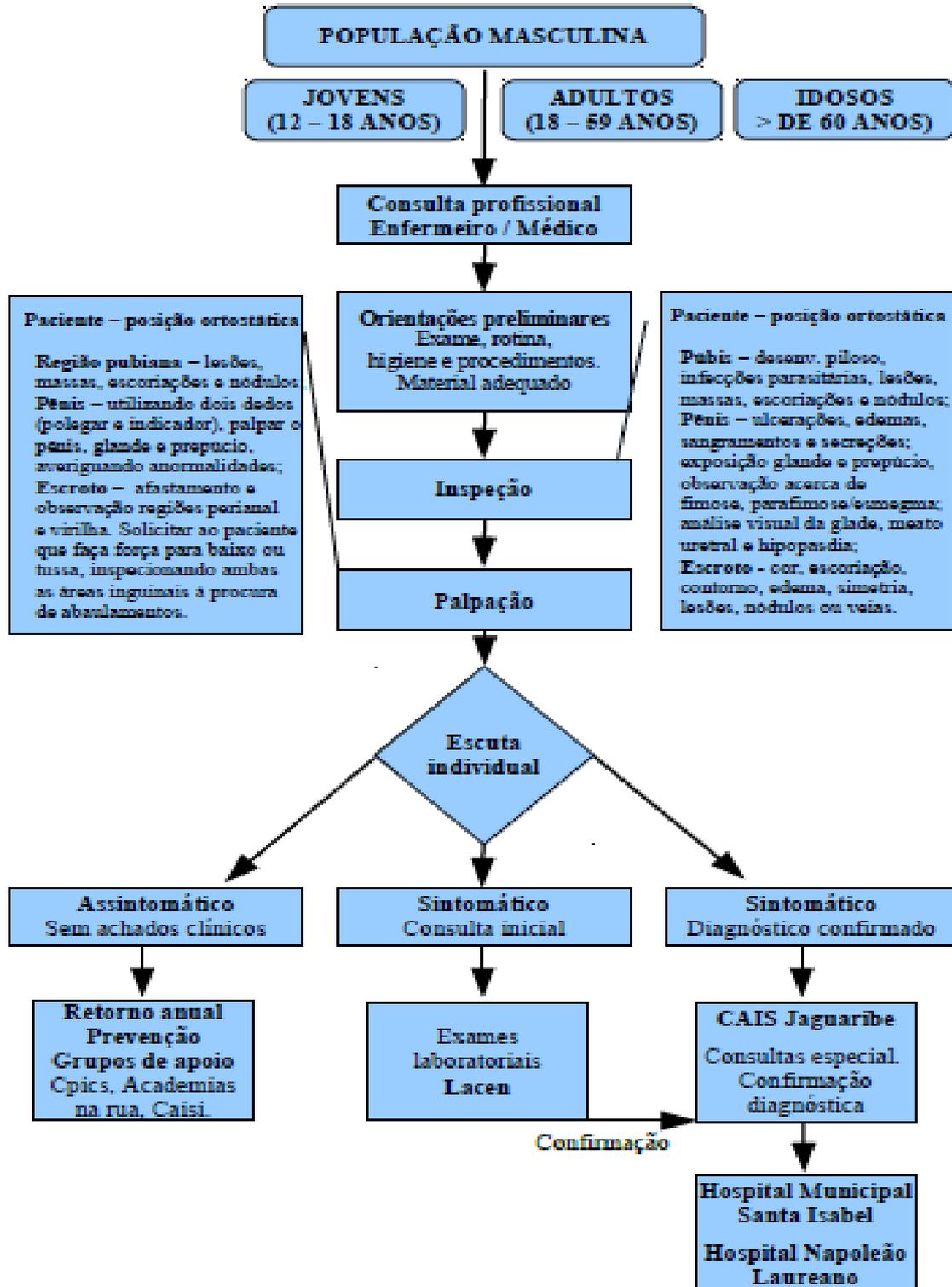
Palpar cadeias ganglionares e quaisquer outras tumorações, ulcerações, fístulas, fissuras, etc. Notar possíveis desvios do eixo peniano, aberturas anômalas da uretra, assimetria testicular, processo inflamatório da bolsa escrotal. Sempre que possível, efetuar o toque retal à procura de tumorações e saliências, além de alterações da próstata (BRASIL, 2015, p. 22-23).

A população masculina infantil (0-12 anos) não está representada no fluxograma abaixo, em razão da abordagem metodológica adotada no presente estudo, haja vista possuir rede de atendimento especializada, com fluxos e instituições próprios, bem como diante das próprias condições fisiológicas e psicossociais das crianças do sexo masculino, que demandam conceitos de semiologia (pediatria) diversos das demais faixas etárias representadas.

⁴ Exame genital externo masculino: embora os homens e os profissionais de saúde não tenham o hábito de realizar o exame do genital externo, esse autocuidado é necessário para a prevenção e detecção precoce de câncer de pênis e testículo que tem aumentado, consideravelmente, nos últimos anos (CLACI, 2017).

Figura 5 – Fluxograma do exame genital externo masculino. João Pessoa, 2018.

FLUXOGRAMA DO EXAME GENITAL EXTERNO MASCULINO



Fonte: primária, 2018.

Quando se trata dos órgãos genitais, embora os homens e os profissionais de saúde não tenham o hábito de realizar o exame do genital externo, esse autocuidado é necessário para a

prevenção e detecção precoce de câncer de pênis e testículo que tem aumentado, consideravelmente, nos últimos anos (BRASIL, 2013).

Embora o câncer de pênis e o de testículo apresentem baixo índice de mortalidade, comparado ao de próstata, necessita ser detectado precocemente ou prevenido, uma vez que interfere diretamente na autoestima masculina e na sua masculinidade. No Brasil, as regiões com a maior incidência dessas patologias são a Norte e Nordeste, acometendo principalmente homens na terceira idade, no caso do câncer de pênis, e homens entre 15 e 50 anos de idade, no caso de câncer de testículo, independentemente de sua origem étnica, estando ligada diretamente ao baixo nível social e com maus hábitos de higiene (SILVA et al., 2014).

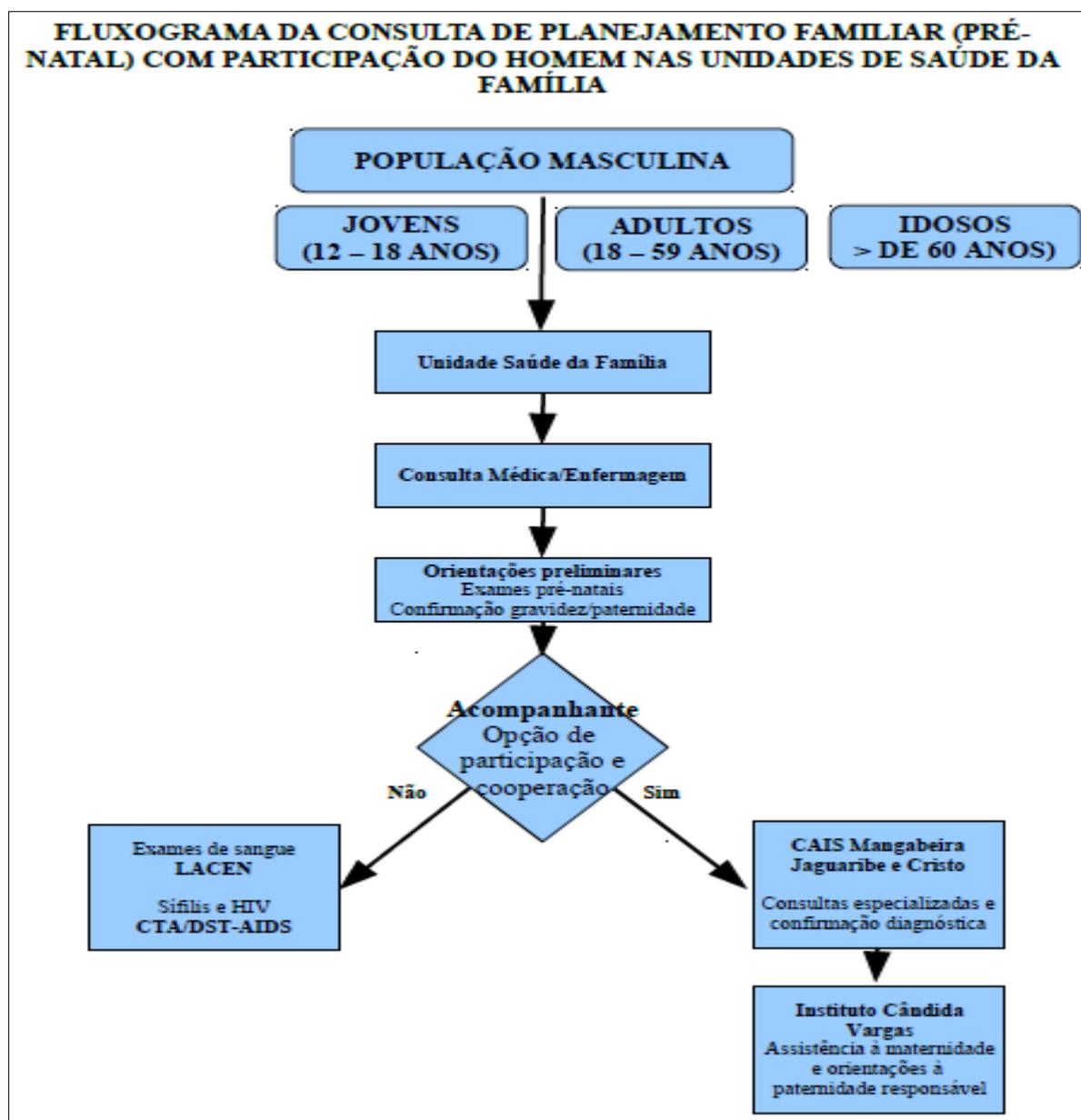
A realização de investimentos na capacitação das equipes de saúde é essencial para a orientação, atendimento e recuperação desse usuário (SILVA et al., 2015), tomando como base a construção de um fluxograma como tecnologia de aperfeiçoamento do atendimento representa uma ferramenta adequada para esta finalidade.

Finalmente, enfocando mais um eixo temático abordado pela PNAISH, que trata da atenção ao homem no atendimento pré-natal. Extraímos da cartilha do Ministério da Saúde: **Pai: uma nova vida precisa de você**, que são relevantes os questionamentos e percepções dos indivíduos do sexo masculinos quanto ao seu afastamento de parte do ciclo da concepção (BRASIL, 2013).

Nesse ponto, destaca-se que desde a edição da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, foi garantido às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, razão pela qual fez-se importante também analisar, através de um fluxograma, a consulta de planejamento familiar (pré-natal) com participação do homem nas Unidades de Saúde da Família, reconhecendo a importância deste envolvimento, inclusive pela sua repercussão sócio afetiva em outros ciclos da vida da criança e da família, e mais ainda a ausência de outros estudos sobre o tema específico.

Essa participação masculina no planejamento familiar e no acompanhamento pré-natal e também durante e após o trabalho de parto, segundo a lei, não é obrigatória e, por esta razão, deve ser estimulada na atenção básica, de modo que a inserção desta ferramenta, Figura – 6: Fluxograma da consulta de planejamento familiar (pré-natal) com participação do homem nas unidades de saúde da família, tem por objetivo disseminar o conhecimento e estimular essa política, tal como preconizada pelo PNAISH.

Figura 6 – Fluxograma da consulta de planejamento familiar (pré-natal) com participação do homem nas Unidades de Saúde da Família. João Pessoa, 2018.



Fonte: primária, 2018.

O planejamento familiar, constitui-se um direito reprodutivo, entendido enquanto livre decisão do homem, da mulher ou do casal de controle ou aumento do número de filhos. Contudo, esse direito liga-se diretamente às relações de gênero, envolvendo relações de poder que se estabelecem de forma desigual entre os sexos e constituem sistemas de hierarquização, levando a processos de dominação masculina e subordinação feminina (FERREIRA; COSTA; MELO, 2014).

Nesse contexto, os homens são considerados peças fundamentais nas esferas econômica e política, enquanto as mulheres são responsáveis pelas atividades domésticas e reprodução, tornando-se responsável pelo planejamento familiar do casal.

Esse fato deve-se tanto a fatores relacionados ao serviço oferecido, que não dar a devida importância ao planejamento familiar, organizando-se de forma a privilegiar o binômio materno-infantil, e quanto ao próprio homem, que por questões culturais e de gênero, referem o planejamento reprodutivo apenas às mulheres (MORAES et al., 2014).

Somado a isso, diferentemente das mulheres, os homens, muitas vezes, não têm a flexibilização de seus horários de trabalho para participar de consultas pré-natais ou consultas que os possibilitem conversar sobre o planejamento familiar ou mesmo compartilhar suas ansiedades e experiências em relação à gravidez, paternidade, sexualidade e todos os fatores que envolvem esse direito reprodutivo (RIBEIRO et al., 2015).

Contudo, vários movimentos envolvendo essa temática, no Brasil e em outros países, defendem que os homens também precisam ser envolvidos na tomada de decisão reprodutiva, desde a escolha em ser pai à participação durante toda a gestação, no parto e na educação dos filhos. Dessa forma, torna-se possível romper e transformar construções sociais de gênero que direcionam todas as responsabilidades relacionadas à reprodução e aos cuidados das crianças as mulheres e distanciam os homens dos deveres e aprendizados desta fase da vida (COSTA et al., 2013).

Nessa direção, visando promover cada vez mais o envolvimento consciente e ativo dos homens adolescentes, jovens, adultos e idosos em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo, e como consequência, melhorar e ampliar o acesso e o acolhimento desse grupo aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde tem investidos em ferramentas inovadoras, como o pré-natal masculino (BRASIL, 2015).

Essa ferramenta permite o maior acesso dos homens aos serviços, uma vez que passam a acompanhar as consultas com as companheiras durante os nove meses da gestação, possibilitando que os profissionais os incentivem ações orientadas à prevenção, à promoção, ao autocuidado e a adoção de estilos de vida mais saudáveis. Além disso, o pré-natal masculino aumenta o sentimento de pertencimento do homem à família e fortalece o vínculo homem-mulher e pai-filho, tendo consequências até mesmo na redução da violência doméstica, física e psicológica (RIBEIRO et al., 2015).

Por isso a relevância do estabelecimento de um fluxo de atendimento que também envolva o planejamento familiar com a participação masculina de forma ativa e não apenas como mero coadjuvante, ou amparo financeiro, contribuindo para a redução das diferenças de

gênero, mediante o envolvimento do homem na saúde sexual e reprodutiva e compartilhamento de responsabilidades com as mulheres.

Portanto, reforça-se que esta construção não é um projeto acabado, na medida em que está sempre sujeito à correções e aperfeiçoamentos, sem contar que a própria estrutura de atendimento à saúde do homem pode, e deve ser objeto de constantes mudanças, uma vez que o sistema e a solução dos problemas a ele relacionados estão abertos à contribuição e *feedback* pelos profissionais de saúde e gestores envolvidos, o que sabidamente será objeto de maior aprofundamento em futuros estudos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde do homem, dadas as características sociais, econômicas e culturais deste segmento da população, muitas vezes se viu esquecida pelas políticas públicas de saúde, diante da maior prevalência dos temas ligados à mulher e a outros grupos sociais e terapêuticos, donde resultaram estatísticas alarmantes, justificando a edição da PNAISH, através da qual se iniciou uma verdadeira reconstrução do modelo de atenção.

Os eixos temáticos indicados pela política nacional de atenção à saúde do homem, reconheceram a relevância social dos mecanismos de saúde relacionados ao acesso e acolhimento da população masculina na rede de atenção à saúde; à saúde sexual e reprodutiva; à atenção referente à paternidade responsável e acompanhamento pré-natal; aos agravos e condições críticas da saúde do homem; e à prevenção de violência e acidentes, dentre os quais foram eleitos os temas deste estudo, para fins de elaboração de fluxogramas, estes pretendidos como um instrumento de aperfeiçoamento dos sistemas existentes.

Tratando-se de um trabalho voltado ao mestrado profissional, a expectativa sempre foi no sentido de que os instrumentos elaborados sirvam para uma efetiva reorganização da atenção à saúde do homem no município de João Pessoa-PB, na medida em que a sua aplicação pretende unificar padrões e rotinas, servindo simultaneamente para a compreensão dos mecanismos de atendimento, acesso e acolhimento e o fluxo entre as instituições e sua correta aplicação, colaborando tanto para a efetividade do cuidado em benefício tanto da população masculina, usuária dos serviços, quanto para os profissionais envolvidos, responsáveis pela orientação e controle do processo de prevenção e restabelecimento da saúde.

Conhecer as instituições envolvidas, suas funções, distribuição, localização e propósitos, por si só, já representou uma grande tarefa, não demandando menos esforço a indicação das referências e procedimentos realizados em cada uma delas, cujo conhecimento permitiu o entrelaçamento entre as redes de atenção em seus pontos de cuidado, resultando daí o arcabouço cognitivo para a confecção dos instrumentos relacionados aos processos de atendimento e acolhimento, representado por um organograma resumido das instituições pertencentes ao Município.

Mais que isso, a elaboração dos fluxogramas envolveu o aprofundamento nas relações de caráter técnico e político das iniciativas de gestão pública, de forma a entender que não apenas nas planilhas e estatísticas se encontram as razões de implantação deste ou daquele equipamento estruturante de saúde nesta ou naquela localidade. Ressalte-se, todavia, que tal

constatação sequer foi objeto de menção no trabalho, em razão das dimensões ética e política envolvidas nestas considerações.

Prosseguindo, a elaboração dos instrumentos demandou enveredar pelos aspectos teóricos de sua construção, bem como atentar para os seus componentes ínsitos, tais como figuras e símbolos empregados, cenário de grandes percalços, até porque envolveu processos de edição e diagramação até então desconhecidos, demandando o auxílio técnico nesta área do conhecimento, especificamente em informática e manejo de aplicativos apropriados.

A análise dos fluxos e procedimentos expostos nos fluxogramas buscou, em todas as suas fases, a simplificação das rotinas e a leveza visual dos gráficos, a fim de que sejam objeto de constante consulta e aplicação, também por aqueles que não detenham nível de conhecimento avançado, eis que de forma abrangente, se destinam quiçá aos usuários do serviço de atenção à saúde da população masculina.

Uma vez confeccionados os fluxogramas, o desafio apenas começou. Entende-se que a completude do trabalho somente será atingida após o processo de validação dos instrumentos por profissionais da área e experts com reconhecida capacidade para otimizar os processos de gestão, ao tempo em que servirá, no futuro, como base para o planejamento necessário para a ampliação da rede de saúde pública municipal.

Atingidos pois os objetivos aqui propostos, dos quais se extraiu a relevância do estudo em cada instrumento elaborado, dada a sua pertinência e presumida utilidade na área temática nele abordada, desde já vislumbrando o surgimento de novas propostas, uma vez que após apresentado aos setores de gestão relacionados ao cenário escolhido, esperamos evoluir neste trabalho, com a validação da aparência, conteúdo e clínica, acolhendo as recomendações e realizando os ajustes necessários a uma efetiva contribuição do fluxograma como ferramenta tecnológica de reorganização da atenção à saúde do homem.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. W. S. et al. Construção do fluxograma analisador como ferramenta de gestão do processo de trabalho na atenção primária à saúde. In: **ANAIS DO 11º CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA**. Interface, Botucatu, supl. 3, 2014.
- ALVES, V. L. S. **Gestão da qualidade**: Ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. São Paulo: Martinari, 2012.
- BARBOSA, C. J. L. Saúde do homem na atenção primária: mudanças necessárias no modelo de atenção. **Rev Saúde e Desenv.**, v. 6, n. 3, p. 99-114, 2014.
- BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH**: compromisso versus ação na atenção básica. Brasília, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Tipos de câncer**. Câncer de próstata. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>. Acessado em: 13 de agosto de 2013b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: 2012. 290 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Humanização e ampliação (PNH)**. 2006. Disponível em: http://portalsaude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27147.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento do SUS – Brasil**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz-2015. Disponível em: http://www.conass.org.br/guiainformacao/wp-content/uploads/2016/03/Manual_planejamento_sus.pdf
- _____. Ministério da Saúde. **Pai: uma nova vida precisa de você**. Cartilha. Editora MS/CGDI/SAA. SAS – Brasília/DF – Mar./2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pai_nova_vida_precisa_voce.pdf. Acessado em: 04 de abril de 2018.
- _____. 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. Diário Oficial da União, set., 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional de controle do câncer da próstata**: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à**

demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 2).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:** princípios e diretrizes. Brasília, 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão.** Brasília, 2009.

CAVALCANTI, R.P. et al. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. **Rev Tempus - Actas de Saúde Coletiva.** v.7, n.2, 2013. DOI <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v7i2.1344>

COSTA, M. B. S. **Gestão de serviços públicos de saúde.** João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011.

CRIVELARO, J. L. G. **Sistematização da informação:** processos de trabalho, planejamento e organização das ações em saúde pública. São Paulo: Érica, 2014.

DUARTE, L.P. et al. Contribuição da Escuta Qualificada para a Integralidade na Atenção Primária. **Rev Eletrônica Gestão & Saúde.** v.8, n.3, p.414 – 429, 2017.

FERREIRA, R. V. F.; COSTA, M. R.; MELO, D. C. S. Planejamento Familiar: gênero e significados. **Textos & Contextos (Porto Alegre),** v. 13, n. 2, p. 387 - 397, 2014.

FONTES, W.D et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e Serviço. **Acta Paul Enferm.** v.24, n.3, p.430-33, 2011.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). **O Trabalho em Saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do hospital das clínicas da UNICAMP, Campinas – SP. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). **O Trabalho em Saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

GARCIA, P. T.; FONSÊCA, W. C. F. (Orgs.). **Saúde do adulto e a saúde da família.** São Luís: UFMA, 2016. (Cadernos de Saúde da Família, n. 5).

GOMES, R. et al. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.21, n.5, p.1545-1552, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015215.26842015

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. 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. **Caderno de saúde pública,** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2007000300015&script=sci_abstract&tlng=pt.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábuas Completas de Mortalidade 2015**. 2015. Disponível em:

<<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html?&t=downloads>>. Acesso em: 29 out. 2017.

INCA – Instituto Nacional Do Câncer De José Alencar Gomes Da Silva. **Prevenção**.

Disponível em:

<[21TTP://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/prevencao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/prevencao)>

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012.

LUONGO, J. et al. **Gestão de qualidade em saúde**. São Paulo: Rideel, 2011.

MAIA, L. F. S Câncer de próstata: preconceitos, masculinidade e a qualidade de vida. **Rev científica de enfermagem**, v.2, p.20, 2012. Disponível em:< file:///C:/Users/L42-205-1-PB.pdf>.

MARQUIS, B. L. **Administração e liderança em enfermagem**: teoria e prática. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARTINS, A. M.; MALAMUT, B. S. **Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Saúde e Sociedade, São Paulo, Junho/2013.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. São Paulo: Atlas, 2016.

MEDEIROS, A. P.; MENEZES, M. F. B.; NAPOLEÃO, A. A. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. **Rev. bras. enferm.** v.64, n.2, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200027>>.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MEHMY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MEHMY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (Org.). **Municípios**: a gestão da mudança em saúde. Recife: UFPE, 2004.

MORAIS, A.C.B. et al. Participação masculina no planejamento familiar e seus fatores

intervenientes. **Rev Enferm UFSM**. v.4, n.3, p. 498-508, 2014. DOI: 10.5902/217976929998

MOREIRA, M. A.; CARVALHO, C. N. Atenção integral à saúde do homem: estratégias utilizadas por enfermeiras (os) nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia, **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 7, n. 3, p. 121-132, 2016.

MOREIRA, R. L. S. F.; FONTES, W. F.; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Esc Anna Nery**. v.18, n.4, p.615-621, 2014. DOI: 10.5935/1414-8145.20140087

MOURA, E. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 2012.

NOGUEIRA, H. L; NEVES, J. B. Prevenção do câncer da próstata: atuação dos enfermeiros nas unidades de atenção primária a saúde. **Rev Enfermagem Integrada**. v.6, n.1, 2013. Disponível em: < <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v6/07-prevencao-do-cancer-da-prostata-atuacao-dos-enfermeiros-nas-unidades-de-atencao.pdf> >.

PEREIRA, J. C. et al. Promoção da saúde do homem: uma experiência exitosa na atenção básica. **Rev. APS**. v.18, n.1, p.123 – 126, 2015.

PEREIRA, L.P; NERY, A.A. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Esc Anna Nery**. v.18, n.4, p. 635-643, 2014. DOI: 10.5935/1414-8145.20140090

PESSOA, L. R.; SANTOS, E. H. A.; TORRES, K. R. B.O. (Orgs.). **Manual do Gerente: desafios da média gerência**. Rio de Janeiro: Ensp, 2011.

RAIMUNDO, J. S.; CADETE, M. M. M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta paul. enferm.** v. 25, n. spe2, p. 61-67, 2012. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000900010>.

RIBEIRO, J.P. et al. Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. **Revista espaço para a saúde**. v. 16, n. 3, p. 73-82, 2015.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2008.

ROCHA, Aristides Almeida et al. **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2013.

ROCHA, Juan Suardo Yazlle (org). **Manual de saúde pública & saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012.

RODRIGUES, J. F.; RIBEIRO, E. R. O homem e a mudança de pensamento em relação à sua saúde. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 74-86, 2012.

ROSSO, C. F. W. et al (Orgs.) **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde no estado de Goiás**. 3.ed, Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2017. Disponível em: <<http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2017/11/2018.03.01->

Protocolo.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2018.

SAKS, M.; ALLOP, J. (org). **Pesquisa em saúde:** métodos qualitativos, quantitativos e mistos. Organizadores. Tradução de Carolina Andrade. Revisão técnica de Celina Andrade Pereira. São Paulo: Roca, 2011.

SANTOS, J. A. **Metodologia científica.** São paulo: Cengage Learning, 2016.

SILVA, M.E.D.C., et al. Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v3n3/pesquisa/p3_v3n3.pdf

SILVA, P. A. S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery,** v. 16, n. 3, p. 561-568, 2012.

SILVA, R. C. da. A estrutura grupal como ferramenta para o cuidado à saúde do homem. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano,** v. 5, n. 2, p. 53-57, jun., 2017.

SILVA, S.E.D. et al. Câncer de pênis: sob a ótica da representação social de pacientes submetidos à amputação de pênis e suas implicações para o cuidado de si. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente.** v.3, n.1, p.39 – 46, 2014.

SILVA, S.E.D et al. Câncer – uma doença psicossocial: câncer no homem e a herança da cultura machista. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** v.6, n.1, p.606-16, 2015.

URIBE RIVERA, Francisco Javier; ARTMANN, Elizabeth. **Planejamento e gestão em saúde:** conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.