

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
LUCIANE BOZA DELGADO

A SAÚDE MASCULINA NO PRONTO ATENDIMENTO E NA ATENÇÃO
BÁSICA:
intervenção no município de Navegantes/SC

ITAJAÍ/SC
2013

LUCIANE BOZA DELGADO

**A SAÚDE MASCULINA NO PRONTO ATENDIMENTO E NA ATENÇÃO
BÁSICA:
intervenção no município de Navegantes/SC**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho – Área de Concentração em Saúde da Família, da Universidade do Vale do Itajaí, como requisito final para obtenção do título de Mestre.
Orientação: Prof^ª. Dr^ª Maria Tereza Leopardi.

ITAJAÍ/SC

2013



UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

LUCIANE BOZA DELGADO

**A SAÚDE MASCULINA NO PRONTO ATENDIMENTO E NA ATENÇÃO
BÁSICA/SUS: intervenção no município de Navegantes/SC**

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre e aprovada pelo Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI.

Área de Concentração: Saúde da Família

Professora Stella Maris Brum Lopes, Doutora
Coordenadora PMSGT

PROF^a. DRa. Maria Tereza Leopardi (UNIVALI) – Presidente e Orientadora

PROF^a. DRa. Stella Maris Brum Lopes (UNIVALI) - Membro Interno

PROF José Roberto Bresolin (UNIVALI) - Membro Interno

PROF^a. DRa. Astrid Eggert Boehs (UFSC) – Membro Externo

Itajaí, 29 de outubro de 2013.

DEDICATÓRIA

Aos meus familiares, em especial ao meu querido e dedicado esposo Leandro Pinheiro, pelo esforço em cuidar de nossa amada filha Valentina e acreditar que tudo pode dar certo se fizermos com cautela e aprendizado.

A minha mãe amada que sempre esteve e está ao meu lado nas horas difíceis me estimulando a aprender cada vez mais, a ser honesta, paciente e esforçada.

A minha menina Valentina, pelos dias maravilhosos que tenho passado desde o seu nascimento, e a cada dia me ensina a ser mais amável e compreensiva com as pessoas.

AGRADECIMENTOS

A Deus em oração pelas graças que tenho recebido e me conduzido ao caminho do conhecimento. Obrigado Senhor!

A minha família, meus irmãos, cunhados, sobrinhos, tios, sogra por sempre acreditarem que seria possível realizar mais esta etapa de minha vida, vocês fazem parte deste processo de aprendizagem.

A minha orientadora Maria Tereza Leopardi pelas horas de estudos, dedicação, me fazendo acreditar que somos capazes de superar desafios, sejam eles grandes ou pequenos, basta acreditar.

Aos meus professores do Mestrado pelas horas de convivência e estudo na universidade, realizando momentos de descontração e conhecimento mútuo.

Aos meus colegas e amigos de mestrado pelas manhãs e tardes de descontração, alegria, companheirismo realizadas durante estes dois anos.

Aos meus colegas de trabalho pelo apoio e dedicação no dia-a-dia de convivência.

A todos os pacientes da Policlínica de Machados que me apoiaram e incentivaram a realizarem esta pesquisa e aos pacientes que são atendidos diariamente com seus problemas de saúde, pois me ensinaram a ouvir mais, a pensar mais e ser mais compreensiva.

À Secretaria de Saúde do Município onde realizei este trabalho, por permitir que usasse suas dependências para as reuniões com os participantes.

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre”.

Paulo Freire

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 JUSTIFICATIVA.....	12
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1 Objetivo Geral.....	15
1.2.2 Objetivos Específicos.....	15
2 CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE MASCULINA	16
2.1 QUESTÕES DE GÊNERO E SAÚDE	16
2.2 PANORAMA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DO SEXO MASCULINO	23
2.3 ASPECTOS DA ATENÇÃO BÁSICA	26
2.4 PAULO FREIRE E OS CÍRCULOS DE CULTURA	30
3 METODOLOGIA	34
3.1 SUJEITOS DO ESTUDO	34
3.2 TÉCNICA DA COLETA DOS DADOS	35
3.3 PLANEJAMENTO DOS CÍRCULOS DE CULTURA	35
3.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	36
3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	39
4 CÍRCULOS DE CONVERSA	40
4.1 PRIMEIRO ENCONTRO.....	42
4.2 SEGUNDO ENCONTRO.....	46
4.3 TERCEIRO ENCONTRO	49
4.4 QUARTO ENCONTRO	52
4.5 QUINTO ENCONTRO.....	54
5 QUESTÕES (IM) PERTINENTES	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
6.1 RECOMENDAÇÕES.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	70
Anexo A – Termo de aceitação de orientação	71
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	72
Anexo C – Termo de compromisso de utilização e divulgação de dados.....	74

DELGADO, L. B. A Saúde Masculina no Pronto Atendimento e na Atenção Básica/SUS: Intervenção no Município de Navegantes/SC. Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, 2013. Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Maria Tereza Leopardi.

RESUMO: Por meio deste estudo considereí o tema, a oferta de serviços prestados à população masculina no Pronto Atendimento (PA) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), em um município do estado de Santa Catarina. Diante dos dados, compreendi que, em geral, a população masculina tem pouca iniciativa para a busca de cuidados, e que não existem programas específicos implantados para atender a esta demanda. Os objetivos propostos foram: conhecer como a oferta de serviços no Pronto Atendimento e na Atenção Básica responde às necessidades do sexo masculino; formar um círculo de conversa com homens que buscam os serviços de Pronto atendimento em um município de SC, para refletir com eles sobre seus comportamentos de saúde; compreender aspectos das práticas de atenção específicas em uma Unidade de PA que auxiliam no comportamento dos homens em relação à sua saúde; elaborar uma proposta de intervenção em saúde na atenção à saúde masculina, tanto na UBS como no PA. A metodologia seguiu os preceitos da pesquisa qualitativa, tendo caráter exploratório e descritivo. Os participantes do estudo constituíram uma amostra da população do sexo masculino que procurou o serviço de pronto atendimento, no horário das doze às vinte e uma horas. Tal grupo foi selecionado dentre os que realizaram a triagem com a pesquisadora, de forma intencional, por meio de critérios pré-estabelecidos, de modo a formar um círculo de conversa, numa perspectiva Freireana. Os subtemas que perpassaram os objetivos do estudo incluíram estatísticas existentes sobre os sofrimentos enfrentados pela população do sexo masculino, a organização de serviços da atenção primária à saúde e a prática da atenção básica à saúde da população masculina e, especialmente, as razões para a procura preferencial de serviços de urgência. Os principais temas, que foram gerados e discutidos a partir dos encontros realizados semanalmente foram: (a) questões relacionadas ao autocuidado, (b) machismo, (c) negação da própria doença, (d) medo de procurar pelo atendimento de saúde, (e) necessidade de maior abertura dos profissionais para discussões e debates de acordo com a demanda do público masculino. Foram propostas possíveis intervenções de saúde, extensivas aos profissionais da equipe do Pronto Atendimento e da Atenção Básica, visando à melhoria da qualidade dos atendimentos prestados ao sexo masculino, que serão encaminhadas aos Gestores locais. Todas as questões abordadas pretenderam fortalecer a atenção aos usuários masculinos, propiciando um momento em que o indivíduo fosse encorajado a falar de si, fortalecendo o seu comportamento para o cuidado de si e de seus familiares no decorrer de sua vida.

Palavras-chave: Saúde Masculina; Atenção Básica; Cuidados de Enfermagem.

DELGADO, L. B. The Men's Health in Emergency Care and Primary Care/SUS: Intervention in the municipality of Navegantes/SC. Master's Program in Health and Labor Management. University of Vale do Itajaí. Itajai, 2013. Advisor: Profa. Dra. Maria Theresa Leopardi.

ABSTRACT: Through this study considered the issue , offering services to the male population in the Emergency Department (ED) and the Basic Health Unit (BHU) , a municipality in the state of Santa Catarina . From the data , I realized that , in general, the male population has little initiative for seeking care , and there are no specific programs in place to meet this demand . The aims were : to know how to supply services in Emergency Care and Primary Care meets the needs of male, form a circle of conversation with men who seek the services of Pronto attendance in a city of SC , to reflect with them on their health behaviors ; understand the practical aspects of specific attention in a PA unit that assist in the behavior of men in relation to their health , develop a proposed health intervention in the care of men's health, both BHU and the ED. The methodology followed the principles of qualitative research , and exploratory and descriptive. The study participants were a sample of the male population who sought emergency service in the twelve hours twenty-one hours. This group was selected from among those who underwent screening with the researcher , intentionally, through pre - established criteria , to form a circle of conversation, a Freirean perspective. The sub-themes that permeate the study objectives included existing statistics on the sufferings of the male population , the organization of services of primary health care and the practice of primary care to the male population , and especially the reasons for the

preferential looking emergency services . The main themes were generated and discussed from the weekly meetings were : (a) issues related to self-care , (b) male sexism , (c) denial of the disease itself , (d) fear of looking at health care , (e) the need for greater openness of professionals for discussions and debates according to the demand of the male audience . Health interventions , extended to the professional staff of the Emergency Department and Primary Care , aiming to improve the quality of services rendered to male , which will be forwarded to the local managers were possible proposals . All issues addressed intended to strengthen attention to male users , providing a time when the individual was encouraged to talk about themselves , strengthening their behavior for care of himself and his family throughout his life.

Key-words: Men's Health, Primary Care, Nursing.

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é um estudo desenvolvido de acordo com diretrizes da Universidade do Vale do Itajaí, no Mestrado de Saúde e Gestão do Trabalho. O lócus do estudo foi no Município de Navegantes, Estado de Santa Catarina, no Pronto Atendimento, especificamente na Policlínica, que foi inaugurada no dia 10/02/2011. Desde a sua inauguração, atuo na função de enfermeira, realizando o trabalho de triagem dos pacientes que ali chegam, encaminhando-os por grupo de risco.

Desde minha graduação, interessei-me em conhecer melhor como a população do sexo masculino trata das suas necessidades de saúde. Tenho observado que os homens, em sua maioria, quando são atendidos na Emergência, estão em situações agudas de dor e negligência, e suas queixas principais são crises hipertensivas, diabetes mellitus descompensadas, hipertermias, gastroenterites, doenças respiratórias e causas externas, como, por exemplo, por acidentes de trânsito e ou por violência.

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

Isto despertou minha curiosidade, pois esses homens só procuram por atendimento quando a situação já se apresenta desconfortável, afastando-os do seu local de trabalho.

Em geral, questões ligadas ao trabalho, à vida relacional e afetiva são raramente abordadas. Seus medos, suas angústias e perspectivas como seres humanos são negadas, por inúmeras razões, que iremos discutir mais adiante.

Mesmo assim, mostram fragilidades nas suas atitudes diante de doenças, tais como incertezas e medos. Uma atitude frequente, quando pergunto se eles têm alergia a alguma medicação durante meu trabalho na triagem, é de eles me responderem, de forma jocosa, ‘só a injeção’, para não afirmarem que têm medo de agulhas.

A Policlínica funciona atualmente no horário das 12h00min às 24h00min, de segunda a sexta-feira, atendendo os casos de Emergência de todo o município, onde são atendidos diariamente entre 60 e 80 pacientes. No mesmo local funciona a Unidade Básica de Saúde, dispondo de um clínico geral, ginecologista, pediatra, dentista e mastologista. Esta equipe está

voltada especialmente para a mulher e criança, por terem sido, provavelmente, prioridade nos programas de Saúde da Família.

Esta situação correspondia às precárias condições de saúde deste grupo, mas também era esperado que os homens trabalhadores fossem atendidos nos serviços de segurança das empresas, o que não se cumpriu efetivamente.

A população do sexo masculino no Município, na sua maioria, trabalha em empresa de pescados, embarcados ou em área naval. A população local não dispõe de recursos financeiros para pagar um plano de saúde privado, pois trabalham muito e o salário é baixo, além de serem famílias com um número grande de filhos.

Os homens que procuram por atendimento não possuem, em geral, tempo livre para realizarem as consultas médicas na UBS, referindo nunca ter frequentado a Unidade. Posso observar a falta de cuidado com sua saúde, pois relatam dores que muitas vezes sentem há anos, sem tratamento adequado, procurando o PA para alívio imediato, por não conseguirem agendar com rapidez uma consulta na UBS.

Referem que as consultas demoram em torno de 30 a 60 dias e não podem esperar, além de não disporem de horário livre, uma vez que, em geral, não são autorizados a saírem do trabalho. Procuram então os serviços de saúde no Pronto Atendimento, pois sabem que vão ser atendidos no mesmo dia e encaminhados para o especialista, se o médico julgar necessário, além de levarem uma declaração de comparecimento ao seu local de trabalho, caso o horário seja durante a sua jornada de trabalho.

A cidade de estudo possui 18 UBS em funcionamento, sendo uma cidade turística. No verão, o número de pacientes aumenta no Pronto Atendimento, com pessoas de outras cidades. O tipo de atendimento na UBS e a falta de gerenciamento ou falta de comprometimento dos profissionais envolvidos no cuidado reflete diretamente na saúde da população e, em especial, na saúde dos homens.

Uma questão que ainda está para ser dimensionada e, por consequência, ser debatida, é relativa a questões de saúde e gênero. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - (IBGE, 2010), o diferencial quanto à expectativa de vida entre os sexos é de 7,6 anos com uma esperança de vida ao nascer de 69,4 anos para homens e de 77 anos para mulheres. Prevê-se que, em 2100, as mulheres atingirão a média de 87,2 anos enquanto os homens terão 81,6 anos de vida média. Dentre as razões para esta situação está a mortalidade mais precoce entre homens do que entre mulheres, além de menor cuidado com a saúde e maior inserção nos grupos de risco. Esta estatística também revela que as causas mais comuns de mortes por

violência (trânsito e criminalidade), ocorre entre homens jovens, o que baixa consideravelmente a média da expectativa de vida.

A partir destas observações, é possível dizer que os homens necessitam de maior atenção para as suas queixas, por meio de políticas que incentivem a produção de cuidados específicos, considerando aspectos bio-funcionais e socioculturais. Em geral, seus comportamentos estão relacionados com a fragmentação social e familiar e também dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tornando-os propensos a cuidarem menos de si mesmos, além de estarem mais expostos aos agravantes sócio-epidemiológicos.

Por outro lado, da mulher, como provedora de cuidados, espera-se atitudes de atenção aos filhos e maridos, resultando na responsabilidade da busca de resolução para os problemas da sua família. Ainda que para casais mais jovens e de melhor nível de instrução haja uma divisão de tarefas de cuidado, ainda é significativa a omissão dos homens quanto ao cuidado de si e à busca de atenção nos serviços de saúde oferecidos.

Se, na vida cotidiana, esta condição tem consequências diretas sobre a saúde concreta dos sujeitos, para o planejamento do cuidado à saúde, a distinção das populações masculina e feminina é central (HELMAN, 1994), partindo do estudo das diferenças de gênero, considerando os problemas próprios de homens e mulheres, ou problemas comuns que atingem de maneira diferente uns e outros, bem como o comportamento de saúde de homens e mulheres.

Sabemos também que os homens são afetados por diversos agravos específicos no decorrer de sua vida, devido às características anatômico-funcionais masculinas, tais como fimoses, câncer de próstata, disfunção erétil, câncer do testículo, além de outros comuns como alcoolismo, diabetes, hipertensão arterial, entre outras.

Surgem, então, questões referentes ao processo saúde-doença-cuidado que incluem necessidade de programas específicos, por um lado, e compreensão sobre comportamentos de saúde, por outro, sendo importante dar voz aos próprios homens, para conseguir identificar quais questões estão envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde ou não.

Realizei um resgate histórico-crítico, buscando reconhecer elementos que determinem a atual situação de saúde dos homens na Unidade Básica de Saúde (UBS), gerando informações a respeito da qualidade dos serviços prestados na UBS a este estrato social. E uma das perguntas é sobre as razões para os usuários homens procurarem ou não atendimento mais específico para seus problemas de saúde.

O desejo de compreender melhor as ações que já existem hoje sob a perspectiva da promoção da saúde do sexo masculino, e prevenção das doenças, com vista para a reversão da

visão curativista do modelo biomédico para uma visão mais integral da saúde, que amplie o foco no bem-estar das pessoas, para além do processo saúde e doença. Para tanto, é também importante compreender a organização de serviços e a prática da Atenção Básica e no Pronto Atendimento.

1.1 JUSTIFICATIVA

A sociedade brasileira vem lutando, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de movimentos sociais e iniciativas políticas, por melhor qualidade e acesso aos serviços de saúde pública. Para dar conta desta demanda, foram lançadas políticas e programas pelo governo, na perspectiva da prevenção da doença e promoção da saúde nas suas várias dimensões, considerando a ampliação dos diferentes aspectos do processo de saúde-doença, ou seja, habitação, transporte, alimentação, trabalho, lazer, entre outros.

Através do método da observação, constatei no meu atual local de trabalho, no PA e na UBS, que há maior atenção social à saúde da criança, idosos e mulheres e maior procura destes por conta de seus problemas de saúde característicos, associado ao amplo interesse correspondente dos profissionais. Assim, reconhecem-se as doenças que afetam mais os indivíduos do sexo masculino, a partir de suas falas, com uma visão mais integral, considerando promoção e proteção como alternativa ao olhar curativista e biomédico do cuidado à saúde, o que ainda é um desafio para os profissionais da rede pública.

Considera-se importante investigar tais aspectos, tanto no que se refere aos programas de saúde direcionados para atender a população do sexo masculino, quanto sobre a atuação dos profissionais da área da saúde, em Unidades de Atenção Básica e do Pronto Atendimento, a partir da referência da integralidade, promoção e educação em saúde nos cuidados prestados. Contudo, o reconhecimento das características dos comportamentos de saúde do sexo masculino sobre o seu autocuidado e sua autonomia como sujeito, torna-se primordial quando se analisa a importância da integralidade no atendimento em saúde básica.

Muitas atitudes dos homens, construídas social e culturalmente, nas suas práticas individuais, familiares e sociais, refletem em sua saúde, no que se refere ao perfil de morbimortalidade desta população. Por exemplo, eles apresentam atitudes como resistência em reconhecer sinais de doenças, já que a queixa pode ser interpretada como um sinal de covardia, podendo levar a um atraso no diagnóstico de patologias graves (NEVES; LOPES 2007).

Gomes, Ferreira e Carvalho (2007) observam que há uma baixa presença de homens nos serviços de atenção primária, apesar das taxas masculinas significativas nos perfis de morbimortalidade. E, por outro lado, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácia ou pronto-socorro, que talvez respondam mais objetivamente às suas demandas. Assim, nestes lugares, os homens conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade (FIGUEIREDO, 2005).

Espera-se, socialmente, que o homem seja o provedor e o protetor da família, transformando-se em um ser produtivo e competitivo, afastando-se de práticas de cuidado, autocuidado e prevenção, para promover sua própria saúde (NEVES; LOPES, 2007). Ao longo da história humana, sua condição física em termos de força e respostas fisiológicas às situações de risco foi uma das características que demarcou seus papéis e funções sociais, reafirmados continuamente em todas as esferas da vida cotidiana.

Considerando-se esta situação, precisa-se refletir sobre como os profissionais de saúde podem contribuir nas estratégias coletivas de atenção primária. Segundo Egry (1996), a enfermagem é parte do trabalho coletivo desenvolvido por diferentes profissionais da saúde e está interligada aos processos de trabalho em saúde, como um conjunto de práticas e procedimentos baseados em conhecimentos científicos voltados para a assistência à saúde do ser humano, visando à intervenção clara, planejada e consciente no processo saúde-doença, para a manutenção da integridade humana independente da classe social.

A atuação dos profissionais de saúde, então, no contexto da Unidade Básica de Saúde e no Pronto Atendimento, precisa integrar estes aspectos. Deve estar preocupada, também, com a produção de ações específicas para o cuidado à população masculina, além de se diversificar e estender estas ações para o campo coletivo, visando ampliar a cobertura da atenção também ao sexo masculino.

A pessoa recebe o cuidado de saúde na comunidade, família e individualmente, de modo que há uma faixa ampla de possibilidades de atuação, considerando-se a complexidade das necessidades individuais e coletivas de saúde, assim como seus direitos e perspectivas de autogerenciamento da vida e da saúde.

O profissional da saúde, portanto, deve ter uma visão sobre os homens, tanto em seu contexto familiar, quanto individualmente, com ações que envolvam a promoção do cuidado na sua integralidade, visando à emancipação do sujeito, respeitando a sua individualidade e valorizando a promoção da sua saúde.

Um dos requisitos necessários para atuar com uma visão mais crítica e menos preconceituosa diante da saúde masculina, é considerar seu comportamento como resultados

de determinações sociais e culturais, que projetam uma representação focada em funções e papéis que introduzem a ideia de responsabilidade sobre a manutenção e segurança da família, que demandam comportamentos de saúde equivocados, provavelmente, o que impede sua busca por cuidados de promoção e prevenção das doenças.

O trabalho num Pronto Atendimento de Saúde é focado na triagem dos pacientes na Urgência. O atendimento médio observado neste local é de 60 pacientes em seis horas. Parece que há resistência por parte dos homens em procurarem por serviços de promoção da saúde, ou mesmo consultas de rotinas, e preferem procurar atendimento nas Urgências médicas e farmácias. Em geral, a causa apontada pelos pacientes é a falta de tempo, pois trabalham durante o dia, além da grande dificuldade de consultas na UBS. Ainda apontam o receio de procurar por atendimento médico e encontrarem doenças das quais não tinham se dado conta, o que pode agravar o seu estado.

Em geral, o que se observa é que os homens têm mais dificuldade em aceitar e aderir a tratamentos prolongados, como doenças crônicas, tais como diabetes mellitus e hipertensão arterial. Procuram por atendimento de Urgência quando apresentam algum tipo de sofrimento agudo. Também se observa resistência por parte dos homens em aceitar medicamentos injetáveis, e muitos deles dizem ter pavor a injeções, comentando “que são alérgicos”.

A demanda masculina por cuidados, assim, é menor, e quando ocorre, geralmente são trabalhadores que já estando ‘doentes’ não podem ir ao trabalho, ou idosos que já são atendidos por problemas de saúde diagnosticados anteriormente.

É necessário um olhar integral por parte do profissional e ao mesmo tempo individualizado, assim como espaço para que a pessoa exponha seus problemas de doenças com mais facilidade, para que este paciente seja direcionado para realizar seu tratamento de saúde com mais efetividade, tendo consciência da sua responsabilidade sobre o autocuidado, além de habituar-se a ações de promoção e prevenção.

Os profissionais de saúde em sua maioria, ainda não se sentem preparados para atender a demanda masculina, deixando passar muitas necessidades de cuidados despercebidas. Para proporcionar oportunidades de atuação em termos de prevenção e promoção, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas, faz-se necessário focar na atual Política de Atenção à população do sexo masculino. O profissional de saúde necessita conhecer o grupo de pessoas com o qual está trabalhando e atualizar seus conhecimentos.

Os homens na faixa etária de 25 a 59 anos estão no auge de sua força de trabalho produtiva e reprodutiva, portanto aptos a estabelecerem um maior controle de suas vidas, por tomarem consciência de suas responsabilidades para consigo mesmo. Mas este foco impõe o

abandono de uma visão restrita a respeito do papel social deste grupo, passando para um olhar ampliado, que implique na consideração do homem como um ser integral, que transcende o papel que lhe é imposto socialmente. Assim, diante destas considerações, o foco da pesquisa foi: como a oferta de serviços no PA e na UBS responde às necessidades do sexo masculino entre os usuários na região do Vale do Itajaí?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Compreender se a oferta de serviços no PA e na UBS responde às necessidades do sexo masculino.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os cuidados de saúde oferecidos à população do sexo masculino no Pronto Atendimento e na Unidade Básica de Saúde.
- Formar um Círculo de conversa com homens que buscam os serviços de Pronto-Atendimento em um município de SC, para refletir com eles sobre seus comportamentos de saúde.
- Elaborar uma proposta de intervenção em saúde na atenção à saúde masculina, tanto nas Unidades Básicas como no Pronto Atendimento.

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE MASCULINA

2.1 QUESTÕES DE GÊNERO E SAÚDE

A despeito de muitas diferenças entre os pesquisadores, muitos concordam que gênero deve ser visto como fator de grande importância no padrão dos riscos de saúde nos homens e na forma como estes percebem e usam seus corpos (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Os homens, em geral, dificilmente aceitam ou procuram por atendimento médico quando o assunto se refere à sua sexualidade, mas quando o assunto diz respeito à parte reprodutiva, são mais interessados. Exemplo disto é a realização de cirurgia de vasectomia, pois então não necessitarão mais usar o preservativo nas suas relações sexuais, pois não podem mais gerar filhos, esquecendo-se da parte de prevenção das doenças, aumentando assim o risco das DST (RIBEIRO, 2009). E este aspecto precisa ser ressaltado no atendimento e nas ações em saúde coletiva, da mesma forma que para as mulheres e outros segmentos (crianças, idosos etc.), pois para os homens há aspectos específicos a serem estudados e considerados dentro do planejamento em saúde.

Nos anos 90, as desigualdades de gênero aparecem na maioria dos estudos sobre homens e saúde, articulando-as a outras, tais como raça, cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião entre outros, a fim de se entender os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos de homens (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Os estudos nos mostram que ainda há grande dificuldade em lidar com os aspectos de gênero no campo teórico, assim como falta de cuidado com a saúde masculina por parte das ciências biomédicas e sociais, deixando lacunas nas questões de planejamento e políticas de saúde (AQUINO, 2006).

Comportamentos que sugerem fragilidade, como choro, são reprimidos desde a infância, além de se esperar do homem que seja forte diante da dor e tenha uma postura de repressão da fragilidade diante da doença. É esperado que o homem seja o provedor e o protetor da família, transformando-se em um ser produtivo e competitivo, afastando-se de práticas como cuidado, o autocuidado e a prevenção em sua própria saúde (NEVES; LOPES, 2007).

Se pensarmos o indivíduo do sexo masculino com suas dificuldades de perceber e analisar suas reações a respeito do processo de prevenção, promoção e recuperação da sua própria saúde deparamo-nos com preconceitos de cunho “machista”, já arraigados em nossa

sociedade, em que o homem é o forte e produtivo e não pode fracassar, como responsável pela sobrevivência de seus familiares. Mas, se analisarmos comportamentos femininos contemporâneos, percebemos que muitas atitudes que eram do sexo oposto tornaram-se comuns também entre as mulheres, como por exemplo, a participação na manutenção material da família.

Quando se trata de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), aumenta o diferencial relativo ao gênero. Os homens com DST não costumam ir aos serviços de saúde. Mas nas cidades onde a unidade é específica para o atendimento das DST, a demanda maior é de homens; já quando o atendimento aos portadores de DST constitui um dos programas das unidades convencionais de saúde, a demanda maior é de mulheres (ARAÚJO; LEITÃO, 2005).

No modo de produção capitalista não há diferença nas expectativas de produtividade entre homens e mulheres, mas não podemos deixar de mencionar que, apesar de executarem o mesmo trabalho, as mulheres recebem menos que os homens. Mesmo assim, o processo produtivo exige dos indivíduos a produzirem cada vez mais, fazendo com que as diferenças de gênero sejam enfraquecidas e despercebidas pelo sistema. Podemos considerar essas semelhanças no sentido da totalidade, integralidade do cuidado para todos os indivíduos, igualmente sem preconceitos de sexo, raça, etnia e aceitarmos, uma vez que todos os indivíduos adoecem e necessitam de cuidados específicos para as suas doenças.

Ainda, em relação aos problemas mais comuns entre os homens, no Brasil os acidentes de trânsito são a principal causa de mortes violentas, sendo crianças e idosos as vítimas mais frequentes. A segunda causa de morte são os homicídios por arma de fogo, em que a maioria afetada é jovem ou adulto do sexo masculino (CORMAK, 2007). Este panorama relativo ao problema social da violência apresenta uma demanda atual significativa referente à população masculina jovem e adulta, o que reforça o interesse deste trabalho.

Se a mortalidade por violência é maior nos homens, as mulheres muitas vezes são vítimas destes homens, quase sempre por parte de pessoas conhecidas e próximas, como, namorados, companheiros, pais, padrastos e outros parentes (CORMAK, 2007), aspecto que deve ser considerado como problema de saúde pública.

Ainda, em comparação com as mulheres, os homens são estimulados a ingerir mais bebidas alcoólicas, fumar mais cigarros, competir mais e correr mais riscos que as mulheres (HELMAN, 1994). Isto demonstra a grande influência dos aspectos sociais e culturais do processo de adoecimento masculino, pois aponta fatores sociais de riscos desta população.

Por isso, podemos incluir como panorama de saúde dos problemas masculinos não somente doenças, mas também questões sociais e culturais, psicológicas, de comportamento e mentalidade masculina.

A atenção à saúde dos homens está surgindo como uma terceira esfera no campo da saúde coletiva nos dias atuais, através de discussão acerca da promoção da saúde, que implica questões de direitos e de equidade (SCRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Todo o sistema de serviços de saúde possui duas metas principais: aperfeiçoar a saúde da população através do conhecimento sobre as causas das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde e minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais de modo que determinados grupos não estejam em desvantagens em relação ao acesso aos serviços e ao alcance de uma boa saúde (STARFIELD, 2003). A maioria dos homens só vai ao médico por insistência feminina, pois são elas que marcam as consultas, levam o resultado dos exames e acompanham os namorados, maridos, filhos.

Muitos cânceres de próstata são diagnosticados graças às mulheres (NABUCO, 2008), sendo os tumores malignos mais frequentes nos homens, aumentando sua frequência com o aumento da idade. Em nosso país, o câncer é uma das cinco principais causas de morte e entre elas o câncer de próstata é o que mais afeta nossa população (PÉREZ; PÉREZ; GONZÁLES, 2002).

Segundo Duncan et al. (2004), em pesquisa de domicílios, demonstrou-se que, das pessoas que buscaram atendimento de saúde, a taxa foi mais elevada entre as mulheres, com 15,8%, mais do que entre os homens, com 10,1%. Se imaginarmos problemas tais como afetivos, emocionais e mesmo de funções genitais, esta situação torna-se mais complexa, pois os preconceitos ultrapassam as necessidades, ou seja, é possível que os homens considerem-se menos masculinos por sofrerem com tais problemas.

A conquista da legitimação do SUS, referido na Constituição de 1988, ainda não conseguiu abranger todas as lacunas da saúde, e também não conseguiu efetivar programas que garantam a menor desigualdade social para a população mais desprovida de recursos, sendo a saúde do sexo masculino também vista como uma meta a ser atingida, respondendo aos altos índices de morbimortalidade desta população.

Pode-se acrescentar hoje a questão da saúde masculina como importante foco de ações a serem construídas e realizadas dentro do SUS. Em 2009, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), desenvolvida em parceria entre gestores dos SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada,

pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional para a promoção e ampliação do acesso masculino aos serviços de saúde.

O indivíduo não é o coletivo, ele é a especificidade, de modo que as condições particulares devem ser acompanhadas de intervenções coerentes com tais necessidades específicas. Porém, os homens necessitam de uma atenção planejada, que consiga atingir um grande público masculino, para identificar os seus problemas de saúde e responder às suas necessidades, de modo a estabelecer acesso igualitário aos cuidados.

Sendo assim, faz-se necessário pensar sobre estudos no campo da saúde que expliquem as vulnerabilidades masculinas no seu processo de saúde e doença, considerando a pluralidade das vivências masculinas (seja na esfera hegemônica ou nas marginalizadas). É possível incluir neste processo a ampliação da participação dos homens, não como objetos de estudos, mas como sujeitos de produção do conhecimento. Por fim, incluir na atenção básica e em outros serviços o cuidado do sexo masculino nas suas particularidades e especificidades (PINHEIRO; COUTO, 2008).

Sendo o Pronto Atendimento a porta de entrada da maioria dos homens que procuram por alívio imediato de suas dores e “doenças” e a Atenção Básica se destaca como porta de entrada para crianças, mulheres e idosos. Então, precisamos aproveitar quando estamos diante do sexo masculino para encorajar estes homens a realizarem as consultas de rotina na UBS de origem, como parte do cuidado integral a este homem.

Se pensarmos em saúde em um âmbito mais geral, veremos que esta envolve vários fatores, entre os quais a educação está incluída, mas não como solução de todos os problemas, principalmente para as pessoas carentes e sem condições de acesso à educação e a melhores condições de vida. E o sexo masculino está incluído na grande parcela da população que não dispõe de condições suficientes para dar importância e priorizar a saúde.

Segundo Braz (2005), em relação aos dados de morbimortalidade, os homens morrem mais cedo do que as mulheres, e recorrem menos às consultas, internam-se mais gravemente, e o menino, desde criança, é educado para ser forte e proteger, refletindo-se na sua formação como sujeito social, inclusive o comportamento de autocuidado negligente entre os homens.

Despertou-me o interesse em compreender as vivências do cotidiano do indivíduo do sexo masculino, com suas “reais” necessidades de autocuidado, pois o comportamento do sujeito sobre a sua própria saúde reflete-se em sua vida social, familiar e pessoal, como cidadão ativo e saudável.

Ainda hoje, os homens têm muita resistência em assumir o papel de “paciente”, e de que necessita de cuidados de outras pessoas, quando fora de casa. Esta situação contrasta com

a situação no lar, quando ele se mostra frágil, necessitado de atenção e cuidado, ao menor problema que o acometa.

Ainda há a diferença no cuidado com o próprio corpo, que é atribuída a fatores culturais. As meninas são estimuladas a procurarem o ginecologista desde a primeira menstruação e a realizarem exames preventivos desde a sua primeira relação sexual. Já os meninos só procuram os médicos quando estão doentes, compara Adson França, diretor de Departamento de Ações Estratégicas e Programas do Ministério da Saúde, que coordenou em agosto de 2008 a primeira Semana Nacional de Atenção e Promoção à Saúde do Homem, cujo objetivo foi conscientizar o sexo masculino sobre a urgência de adotar hábitos saudáveis e de realizar exames preventivos (NABUCO, 2008).

Na questão do cuidado, não basta que os profissionais ofereçam informação, esperando pela adesão e compromisso da pessoa com sua saúde e com o autocuidado, pois a promoção do cuidado em saúde é da ordem da dimensão relacional (BORGES; JAPUR, 2008). Esta dimensão relacional, por exemplo, na relação enfermeiro-paciente, precisa ser compreendida nas ações de cuidado e de educação em saúde, como vemos na noção de acolhimento: acolhe-se não somente o paciente e sua doença, mas a pessoa integralmente, seus afetos e conhecimentos, sua realidade social e cultural, sua família, suas dificuldades de vida.

O profissional de saúde, em geral, deve compreender que a saúde da comunidade depende tanto das ações de assistência oferecidas àquela comunidade como do esforço da própria população, através da maneira como está envolvida no seu processo de saúde-doença, e mesmo quanto a este esforço, podemos intervir de algum modo, por exemplo, trabalhando sobre a motivação das pessoas envolvidas. Os homens - que têm mais resistência em aceitar este processo de cura, negando assim a sua doença e inconscientemente não procurando os serviços de atenção básica - constituem um foco de trabalho importante em relação a estes dois fatores mencionados: a oferta de serviços por um lado, e a autonomia e iniciativa no outro.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS recomenda a criação e implantação de serviços, cujas ações venham garantir a prevenção de agravos, a promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, propondo o cuidado continuado, humanizado e integral, contribuindo para o aumento da resolutividade do sistema, com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social (BARROS, 2006). Em linhas gerais, estes são os princípios do SUS, ressaltando a ênfase na Atenção Básica como estratégia de planejamento e ação, assim como a noção de atenção

integral e universal, pois a inclusão dos homens no planejamento do SUS também significa “atenção integral e universal em saúde”.

No Brasil, algumas experiências realizadas de acordo com os princípios do SUS para a saúde da população indicam os caminhos da construção do mesmo. Na atenção primária em saúde foi implementado o programa de agentes comunitários e saúde da família. (JR. CARNEIRO; SILVEIRA, 2003).

Mas ainda há uma dificuldade dos serviços de Atenção Básica em suprir as necessidades de saúde dos homens, deixando assim espaço para a não procura por atendimento. O desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde dos homens está vinculado às especificidades de cada local, como também às necessidades de saúde sentidas nas práticas assistenciais prestadas e às características da equipe multiprofissional (FIGUEIREDO, 2005). Do ponto de vista deste trabalho, os programas agentes comunitários e saúde da família podem constituir estratégias essenciais para a saúde masculina.

Sendo assim, é importante identificar quais questões estão envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde ou não. Além das percepções do que seria próprio do comportamento dos sujeitos do sexo masculino (negligência com o autocuidado, por exemplo), há também outras situações que eles reconhecem na UBS. Eles podem sentir a UBS como um espaço feminizado, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe também de mulheres em sua maioria. Tal situação provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço. Os homens não procuram então as UBS porque estas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para os homens (FIGUEIREDO, 2005).

Os profissionais de saúde, especialmente a enfermagem têm compromisso de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A influência que a família exerce como mostram as evidências teóricas e práticas, sobre as doenças e a saúde de seus membros, obriga as enfermeiras (e outros profissionais) a considerarem o cuidado centrado na família como parte integrante da sua prática. Mas este cuidado só pode ser alcançado com responsabilidade e respeito, pelo estabelecimento de práticas de avaliação e intervenções familiares confiáveis (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

[...] As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres (Carta de Ottawa, 1986, s/p).

Para pensarmos na saúde do homem, temos que considerar que ele ainda se vê preso por certos preconceitos, entre os quais o pressuposto de que não pode adoecer, pois é o provedor e protetor de sua família, esquecendo suas próprias características pessoais no processo de saúde e doença.

Parece que os profissionais dos serviços de Atenção básica não têm conseguido suprir as necessidades de saúde dos homens, condicionando sua ausência nas UBS. Dificilmente se encontra postos de saúde ou ambulatórios abertos após as 17h, o que inviabiliza, muitas vezes, a procura dos homens por atendimento médico, restando a eles os serviços de emergência/urgência. Sendo assim, é importante identificar quais questões estão envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde.

Hoje, já existem iniciativas de ações específicas para atender a população do sexo masculino, com o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. No Acre, o Programa Estadual de Saúde do Homem está em desenvolvimento, e a expectativa do governo é que, por meio dessa iniciativa, pelo menos 80% dos homens acreanos, na faixa etária de 20 a 59 anos procurem o serviço de saúde, ao menos uma vez por ano. Em março de 2011 foi realizada a campanha pela saúde masculina para conscientizar os homens Acreanos sobre a importância dos exames preventivos para o combate e diagnóstico precoce de doenças relacionadas à próstata, disfunção erétil, cânceres de pênis e outros (BRASIL, 2012).

Em Santa Catarina também há um movimento para implantar Programas de Saúde Masculina e pretendo ser parte deste movimento, apontando diretrizes que contribuam para sua efetivação.

Ao analisar as questões da atenção básica, percebemos como são amplas, ao contrário do que se observa sob a ótica do modelo biomédico. Assim, é preciso entender os aspectos sociais, culturais, psíquicos, afetivos e também orgânicos, para prestar uma assistência adequada no campo da atenção básica como no pronto atendimento. No que diz respeito à saúde como direito de todos e dever do estado, existe ainda uma falta ou carência de programas específicos para atender as demandas da população do sexo masculino, assim como programas de educação continuada aos profissionais da área neste campo do cuidado.

2.2 PANORAMA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DO SEXO MASCULINO

Como já apresentado anteriormente, os homens em geral rejeitam a posição de paciente, não aceitando o papel de doente ou que necessita de cuidados de outras pessoas. Isto tem relação, possivelmente, com as características culturalmente construídas da masculinidade, que envolvem certamente a negação de aspectos “femininos”, ou seja, que revelem fraqueza e fragilidade. Nota-se, assim, a relação dos aspectos culturais com o processo de adoecimento dos homens.

Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (Keijzer, 2003; Schraiber et al, 2000; Sabo, 2002; Bozon, 2004). A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 5-6).

Por isso, podemos incluir no panorama de saúde masculino, não somente doenças, mas também questões sociais e culturais, psicológicas, de comportamento e mentalidade masculina. Nesta perspectiva, podemos inferir que necessariamente o campo da saúde coletiva é sempre interdisciplinar.

A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas historicamente e sócio-culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação. O ser homem, assim como o ser mulher é constituído tanto a partir do masculino como do feminino. Masculino e feminino são modelos culturais de gênero que convivem no imaginário dos homens e das mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 6).

Uma maior compreensão das variáveis culturais que cercam a questão de gênero se faz essencial para comprovar esta influência sobre o autocuidado que cada homem tem consigo, nestes aspectos se tem a compreensão de que para o homem o cuidado de seus familiares se torna mais importante de que um cuidado de si. Desta forma, destaca-se a necessidade de uma forma abrangente de compreensão de contextos sociais e culturais para que se efetivem medidas que propiciem aos homens possibilidades e potencialidades de um autocuidado mais facilitado sem perder a efetividade.

Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (Nardi et al, 2007; Courtenay, 2007; IDB, 2006 Laurenti et al, 2005; Luck et al, 2000). A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não

buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica. (Figueiredo, 2005; Pinheiro et al, 2002 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 5).

Ao compreender que a taxa de mortalidade e de morbidade masculina é proporcional à busca de serviços de urgência e emergência, pensa-se nas possibilidades de alteração deste panorama. Levam-se em consideração os aspectos culturais e sociais, além das efetivas presenças de políticas voltadas ao público masculino, perpassando pela necessidade de problematizar os comportamentos do autocuidado e promover formações contínuas para que os indivíduos que atuam nas mais diversas áreas ligadas à saúde possam compreender a importância da conscientização para o autocuidado e que este autocuidado deve partir de suas próprias posições quanto aos aspectos da saúde e da atenção básica voltada ao público masculino.

As Diretrizes do PNASH incluem também a integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade da implementação desta Política e estarão diretamente relacionados aos três níveis de gestão e do controle social, a quem se condiciona o comprometimento e a possibilidade da execução das diretrizes, sendo norteadas pela humanização e a qualidade da assistência, princípios que devem permear todas as ações. A Integralidade das ações assegura a continuidade no processo de atenção e cuidado, garantindo também que se estabeleça uma dinâmica de referência e de contra-referência entre a atenção primária e as de média e alta complexidade. Destaco a importância de direcionar estes homens que procuram o Pronto Atendimento para as UBS, já na realização da triagem de Enfermagem, pois é o local onde se consegue chegar mais perto deles, sem preconceitos e distanciamentos.

A PNASH prevê um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção que marcam a assistência à saúde, e através destas ações devem ser propostas ações que já existem na cidade de Navegantes, destacando-se a importância da divulgação e necessidade de profissionais preparados para atender a demanda da cidade.

Ainda, essa política tem como princípios a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, respeitando às suas peculiaridades socioculturais.

Destaco o Objetivo Geral do PNASH, que é 'Promover a melhoria das condições de saúde dos homens do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde', cujos objetivos específicos incluem: fortalecimento da atenção básica no cuidado com o homem,

facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde, formação e qualificação de profissionais da rede básica, estímulo à implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, garantia de acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária, acesso à informação, entre outros.

O município em estudo fornece o serviço de média complexidade como Ultrassonografia, RX, Eco cardiograma, teste ergométrico, com equipamento próprio além de consultas médicas com várias especialidades. Três Clínicas são Conveniadas com Sistema Único de Saúde do Município que também oferece o serviço como o Centro de Diagnóstico Bom Jesus que presta serviço de laboratório e Análises Clínicas, Citolab - Laboratório de Análises Clínicas e Citopatologia, Laboratório de Análises Clínicas Navegantes. E outros exames de alta complexidade e algumas consultas de especialidades, cirurgias são encaminhados para o Município de referência conforme PPI.

O Hospital Fundação Municipal Hospitalar, com 48 Leitos de internação, possui Centro cirúrgico e atende baixa e média complexidade. Possuímos 18 Unidades Básicas de Saúde e 06 Unidades de Referência, que atendem em média 10.000 pessoas, e em média de 6.500 consultas médicas por mês, triplicando esse número nos meses de dezembro e janeiro com a chegada dos turistas.

A cobertura da Estratégia de Saúde da Família é de 87%, estando cadastradas 15.389 famílias. As consultas médicas à população masculina de 20 a 59 anos é de 2.800 por ano. Destaque-se que a população masculina do município de Navegantes, na faixa etária prevista no estudo (SIAB 2012), corresponde a 14.130 homens, sendo 8.331 na faixa etária entre 20 e 39 anos.

Quanto às doenças crônicas na população masculina de 20 a 59 anos, informadas para o período Jan-set 2012 (SIAB) inclui principalmente hipertensão arterial (4.030 homens), diabetes (986 homens) e outras enfermidades (164 homens). Dentre as internações, podem-se destacar as referidas no quadro 1.

Quadro 1 - Internações hospitalar população masculina de 20 a 59 anos, período de jan-set 2012 (SIH-Sistema de Informações Hospitalares).

MORBIDADE	QUANTIDADE
Causas Externas	118
Doenças do Aparelho Respiratório	96
Doença do Aparelho Circulatório	92
Doença do Aparelho Digestório	61

Fonte: SIH

Também se observa que as causas externas (por violência no trânsito e outras) foram responsáveis pela maior parte dos óbitos em 2012, confirmando as estatísticas nacionais, como vemos no quadro 2.

Quadro 2 - Mortalidade segundo as causas na população masculina de 20 a 59 anos de jan-set de 2012 (SIM – Sistema de Informação sobre mortalidade).

OBITO	QUANTIDADE
Causa Externa	16
Cardiocirculatório	09
Aparelho Respiratório	06
Neoplasia	03

Fonte: SIM

Entre os problemas identificados no cotidiano do trabalho no PA, podemos referir subnotificação das doenças que acometem essa população, falta de material de divulgação, despreparo do profissional de saúde na abordagem dos homens nas Unidades de Saúde e nas visitas domiciliares feitas pelas equipes da ESF, além de falta de espaço prioritário para atendimento ao homem.

A interferência e mudança na cultura de autocuidado desta população requerem um árduo trabalho de conscientização para a prevenção de doenças que os acometem, implicando na necessidade de treinamento de todo profissional de saúde, criando multiplicadores e buscando parcerias com instituições privadas, órgãos não governamentais, associações, sindicatos, para que tenhamos sucesso na implantação do PNAISH e um retorno positivo dos homens.

2.3 ASPECTOS DA ATENÇÃO BÁSICA

Existe então um processo histórico-social no campo da saúde pública que continua atualmente no esforço pela construção do SUS, cujos princípios ainda precisam ser concretizados em muitos aspectos.

No Brasil, no final da década de 70, embora a política de saúde oficial tivesse enfoque privatista, curativo e centrado no indivíduo, ocorreu o ressurgimento dos movimentos sociais reivindicatórios e reorganização da sociedade civil com participação de importantes intelectuais e sanitaristas, defendendo uma Reforma Sanitária, resgatando a participação da sociedade civil nas decisões sobre o investimento na área pública, fortalecendo o papel dos cidadãos (THUMÈ, 2000).

Desde 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil sofre mudanças e experiências novas na sua gestão, organização e no financiamento de seus serviços prestados, garantindo assim os princípios de Universalidade, Equidade, Integralidade e participação social, destacando-se a implementação e expansão da Estratégia de Saúde da Família no âmbito da atenção primária (COSTA, 2004, p.9).

A Saúde da Família, e a articulação do sistema de saúde em seu conjunto, é a porta de entrada do atendimento, favorecendo assim uma grande aproximação dos serviços de saúde à sociedade civil, contribuindo para a efetiva participação na melhoria da qualidade de vida (SECLLEN; FERNANDES, 2004).

Pode-se acrescentar hoje a questão da saúde masculina como importante foco de ações a serem construídas e realizadas dentro do SUS e da Atenção Básica.

O contexto da luta pela construção do SUS, no entanto, está marcado pelos problemas sociais que atingem a população brasileira. Por exemplo, uma maior riqueza nacional não garante as condições socioeconômicas que produziriam um alto nível de saúde da população (STARFIELD, 2002). O que importa antes é a distribuição da renda, pois quanto maior a desigualdade de renda dentro dos países, maior a desigualdade na saúde (STARFIELD, 2002, p.26). E a Atenção Básica está também marcada por estas questões sociais e políticas.

A situação social, econômica e cultural do Brasil, e conseqüentemente dos cidadãos que procuram a rede de atenção básica de saúde, constitui-se em fonte de agravos por envolver condições de baixa renda, desemprego, baixo grau de escolaridade, situações de insalubridade no que se refere ao trabalho, ao tipo de moradia, ao saneamento básico e, em muitos casos, à miserabilidade (NEVES; LOPES 2007). Nessa perspectiva, portanto, vemos os problemas com que nos deparamos em relação às ações em saúde pública no Brasil.

A atenção básica à saúde é composta por um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situada no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, voltada para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Busca-se, com isso, avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004, p. 195).

A atenção primária, portanto, diferencia-se da secundária e da terciária por várias características, como por se dedicar aos problemas mais frequentes (simples ou complexos), detectando-os em fases iniciais e atuando geralmente em unidades de saúde, consultórios comunitários, escolas ou asilos.

Observa-se uma variedade maior de diagnósticos e uma forte prevenção de doenças, uma alta proporção de pacientes que são conhecidos pelos profissionais de saúde e uma

familiaridade maior dos profissionais tanto com os pacientes quanto com seus problemas (DUNCAN et al. 2004). Estas características mostram como o cuidado da saúde masculina encontra na atenção primária seu espaço de aplicação.

Dentre os subgrupos, estamos nos referindo aos homens, pois os mesmos estão em desvantagem diante das condições e possibilidades de atendimento para esta população. No que diz respeito à saúde como direito de todos e dever do estado, existe ainda uma falta ou carência de atenção à saúde masculina. Os profissionais do SUS precisam qualificar suas ações de modo a ter um olhar para a família, para incluir todos os seus membros. Neste caso, a inclusão do homem entre suas preocupações pode determinar um novo modo de comportamento deste segmento em relação ao seu autocuidado.

A conquista da legitimação do SUS, referido na Constituição de 1988, dar-se-á quando se conseguir completar todas as lacunas existentes, para efetivar programas que garantam a superação das desigualdades sociais, de modo a incluir a população mais desprovida de recursos, em que a saúde do sexo masculino também seja vista como uma meta a ser atingida, para reduzir os altos índices de morbimortalidade deste grupo.

Apenas quando as nações encaram a atenção primária à saúde como estratégia para integrar todos os aspectos dos serviços de saúde é que ela se torna igualmente aplicável como uma meta em nações industrializadas. Enfatiza-se então a justiça e a equidade social, a auto-responsabilidade, a solidariedade internacional e a aceitação de um conceito amplo de saúde (STARFIELD, 2002, p. 32).

A atenção primária organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002). É necessário então saber aproveitar este espaço para criar recursos para atender os homens. Por exemplo, incluir na Consulta de Enfermagem da mulher questões referentes à saúde do seu parceiro, e incluir a Consulta de Enfermagem do homem no ESF. E nas possíveis estratégias ao abordar a saúde masculina na atenção primária, precisamos destacar esta inclusão da consulta de enfermagem para os homens nas ações do ESF, talvez como uma das principais estratégias a serem adotadas.

Em vista disso, é necessário pensar-se o cuidado integral como uma complexa teia de relações, em que todas as partes interagem entre si: os homens na qualidade de sujeitos confrontados com as diferentes dimensões da vida, na qual a família pode agir de forma compartilhada, quando o pai está presente em todas as ações do cuidado da mesma e de si próprio.

Quando consideramos a Atenção Básica e a ESF como a estratégia delineada para dar conta da atenção integral à saúde dos homens, percebemos que os problemas enfrentados apresentarão, necessariamente, múltiplos aspectos, exigindo uma atuação interdisciplinar.

Tendo como base que a família tem uma forte influência sobre o estado de saúde de todos os membros inseridos, destacando-se o papel da mulher dentro deste contexto, fica clara a importância da mulher nas ações de saúde do homem. Em tese, a percepção dos homens da importância da prevenção contra as doenças é mais negligente do que a percepção das mulheres, também pelos aspectos de socialização da mulher. E isto implica a mulher na saúde da família, assim como na saúde do homem.

Sabendo disso, faz-se necessário que as mulheres, esposas, mães, avós, através de conversas familiares, possam influenciar os homens a cuidar tanto da saúde de seus familiares como da sua própria saúde, pois assim poderiam sentir-se como cuidador e não só provedor, demonstrando interesse na saúde familiar, frequentando a UBS junto com a esposa, indo ao médico com seus filhos e procurando ajuda médica quando necessário. Mas este é um caminho longo a se percorrer, principalmente quanto à educação em saúde.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contribuir com os princípios operacionais de saúde familiar dirigidos à melhoria ao acesso, à resolução das demandas em saúde, ao estímulo à participação social e à contribuição para a redução das desigualdades coincide plenamente com as políticas e esforços internacionais por melhorar a qualidade de vida da população (TORO, 2004. p.7).

Neste aspecto, temos que reportar a enorme distância entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, no que diz respeito à qualidade de vida. Os sistemas de saúde são diferentes, alguns com mais investimento dos governos, outros cuja responsabilidade é individualizada. No Brasil, porém, a sociedade assumiu o compromisso de prestar atenção à saúde de forma integral e universal. Neste caso, porque há tantos empecilhos ao atendimento ampliado?

Uma comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais diferentes indica que os países com uma orientação mais forte para Atenção Primária, na verdade, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos (STARFIELD, 2002. p 34).

Contudo, no processo de trabalho em saúde, no encontro usuário-profissional de saúde, não se pode falar numa relação verdadeiramente terapêutica sem que haja uma relação de confiança (TEIXEIRA, 2005). E esta confiança também é construída pelo empenho do profissional.

Assim, a empatia e o reconhecimento da situação do outro é o primeiro passo para construir confiança e prestar o atendimento adequado e humanizado. Quando a confiança é adquirida entre os sujeitos, podemos nos mostrar mutuamente, sem medo de sermos rotulados como loucos, fracos ou perdedores (TEIXEIRA, 2005).

E podemos facilmente concluir o quanto tal confiança é importante na assistência à saúde dos homens, pois as ações devem pretender mudança no cuidado de si, além de maior participação do homem no cuidado da família.

Fica evidente, portanto, a necessidade de estudar as questões de saúde masculina a partir da perspectiva da Atenção Básica, e dentro deste campo de ação, a partir dos programas de agentes comunitários e saúde da família.

Mais recentemente, a Portaria Nº 2.566/2012 dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Municípios para a execução de ações de implantação, implementação, fortalecimento e/ou aperfeiçoamento de iniciativas prioritárias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais iniciativas apontam a necessidade de:

- I - acesso e acolhimento do público masculino nos serviços de saúde;
- II - saúde sexual e reprodutiva;
- III - paternidade e cuidado; e
- IV - prevenção de violências e acidentes.

Esta definição está amparada pela situação epidemiológica de morbidade e mortalidade masculina, como vimos anteriormente.

2.4 PAULO FREIRE E OS CÍRCULOS DE CULTURA

Esta pesquisa fundamenta-se nos “círculos de cultura”, propostos pelo educador Paulo Freire, através da pedagogia problematizadora em seu método de investigação denominado Itinerário de Pesquisa, mas foi adaptada para a circunstância do projeto, mantendo a perspectiva filosófica deste autor, ou seja:

A abordagem de ensino do Círculo de Cultura de Paulo Freire, constitui uma ideia que substitui a de ‘turma de alunos’ ou de ‘sala de aula’. A escolha por desenvolver um Círculo de Cultura, visa ensejar uma vivência participativa com ênfase no diálogo, campo profícuo para a reflexão-ação na elaboração coletiva de uma proposta sistematizada para uma educação em saúde emancipatória. (MONTEIRO; VIEIRA, 2010, p. 398).

A denominação círculo é devida os participantes formarem a figura geométrica de um círculo, em que todos os participantes se enxergam. Embora não seguindo à risca os passos em termos filosóficos, compreendi que podia assimilar as estratégias da proposta, dado que não possuo uma formação freireana suficiente para dizer que assumi a profundidade necessária à transformação dos envolvidos na busca da experiência de cidadania plena.

A denominação de Círculo culmina porque todos estão à volta de uma equipe de trabalho, com um animador de debates que participa de uma atividade comum em que todos se ensinam e aprendem, ao mesmo tempo. A maior qualidade desse grupo é a participação em todos os momentos do diálogo, que é o seu único método de estudo nos círculos. É de cultura, porque os círculos extrapolam o aprendizado individual, produzindo também modos próprios e renovados, solidários e coletivos de pensar. (MONTEIRO; VIEIRA, 2010, p. 398).

Considero que estive envolvida com esta proposta, em termos de sustentação da abordagem dos participantes, na perspectiva de proporcionar oportunidade de reflexão sobre seus problemas de saúde, pelo exercício da autonomia e cidadania, com o objetivo de apontar caminhos e incentivar a participação. O círculo toma forma dinâmica, torna-se vida na ação educativa.

O desenvolvimento do trabalho com aplicação do Círculo de Cultura requer que o animador (a) esteja atento para o que se fala. As falas, as conversas, as frases, entrevistas, discussões, dentro ou fora do círculo, tudo está carregado dos temas da comunidade, seus assuntos, sua vida. Tomando por princípio norteador o delineamento do “Método Paulo Freire”, o desenvolvimento do Círculo de Cultura consiste de três momentos: a) a investigação temática, pela qual os componentes do círculo e o animador buscam, no universo vocabular dos participantes e da sociedade onde eles (as) vivem, as palavras e temas centrais de suas biografias; b) a tematização, mediante a qual eles (as) codificam e decodificam esses temas; ambos buscam o seu significado social, tomando assim consciência do mundo vivido; e c) a problematização, por meio de que eles (as) buscam superar a primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido. Constituindo uma estratégia da educação libertadora, o Círculo de Cultura é um lugar onde todos têm a palavra, onde todos lêem e escrevem o mundo. É um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a elaboração coletiva do conhecimento (MONTEIRO; VIEIRA, 2010, p. 398).

O coordenador do Círculo de Cultura deve manter-se atento às práticas e vozes que são valorizadas ou silenciadas (quem fala, quem ouve, quem propõe, quem discorda, quem influencia o grupo, etc.) e também a forma como são tratadas as culturas das diversas etnias, religiões, classes sociais, etc. Seu papel é encorajar a confiança de todos e propiciar relações respeitadas e afetivas.

O diálogo, no entanto, não significa somente ouvir o outro, mas também desafiá-lo, problematizando a situação existencial, para uma possível transformação da realidade. O diálogo não pode ser caracterizado como um ato passivo ou parcial, já que exige um entrar sensível no mundo do outro, histórico e cultural, para compreender o movimento dinâmico que se estabelece em torno do sujeito. É fundamental compreender e valorizar a dimensão histórica e, ainda, notar que toda

cultura que poderia ser considerada arcaica e primitiva contém, nela própria, uma mistura de sabedoria, de verdades profundas, de conhecimentos e de erros e superstições (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2005, p. 428).

Para um diálogo de qualidade no círculo é importante exercitar as seguintes habilidades: escutar com atenção cada participante, respeitar pontos de vista e opiniões diferentes, estar aberto a novas visões, articular as ideias em torno do objetivo comum e refletir constantemente sobre o processo.

O profissional poderá chegar a ser sujeito e agente de mudança, através da ação-reflexão sobre sua realidade concreta. Quanto mais o profissional reflete sobre a sua realidade subjetiva, mais se tornam consciente e capaz de intervir na realidade objetiva e, dessa forma, transformá-la. Portanto, o ser humano passa a ser sujeito e agente de mudança por meio da reflexão a respeito do ambiente e da sua situação concreta, o que lhe permite o seu próprio desenvolvimento e crescimento (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2005, p. 428).

O coordenador precisa estar sempre atento para não ter uma postura impositiva: não ser o único a falar, não fazer as atividades girarem em torno de si, não ser o que diz sempre a última palavra. Mas tão pouco deve omitir-se, assim como os outros deve ter presença atuante.

Problematizar a temática da humanização, mais especificamente num espaço relacional, implica uma reflexão dialógica e crítica sobre os princípios e valores que norteiam a prática dos profissionais, no sentido de torná-los sujeitos e agentes de transformação. Daí o entendimento deste processo como necessariamente interdisciplinar, pois suas práticas, decorrentes de uma problemática e de uma necessidade comum, são entendidas “como promovendo mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados” (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2005, p. 428).

Durante a prática do círculo de cultura é de suma importância à construção de uma vinculação de confiança que proporcione a formação de uma prática educativa sem imposições, sem a identificação de detentor da verdade. Promovendo um empoderamento do sujeito sobre sua própria existência, seguindo os preceitos de que a promoção de uma maior autonomia se faz essencial para a compreensão e desenvolvimento de um autocuidado eficaz e sólido que será gerador de mudanças sociais e culturais.

É imprescindível, portanto construir práticas educativas comprometidas com os princípios de cidadania e democracia, e que leve o indivíduo a sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde, evidenciando o compromisso social com a melhoria do estado de saúde da população (MONTEIRO; VIEIRA, 2010, p. 398).

Conforme afirma Monteiro e Vieira (2010), “O Círculo constituiu um espaço de encontro e descoberta do outro como sujeito, com aspirações, sentimentos e vivências que

precisam ser desveladas a partir do diálogo no grupo, da participação nas discussões, da troca de conhecimentos e experiências”, assim sendo, essas trocas de experiências e vivências são objetos fundamentais, não somente para a construção efetiva do círculo, mas para o alcance do objetivo que nesta oportunidade é a promoção da autonomia do homem sobre o autocuidado relacionado à sua própria saúde e a compreensão das perspectivas sociais e culturais que acabam sendo geradoras de dificuldades para se alcançar este objetivo.

3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para este trabalho tem abordagem qualitativa, sendo de caráter exploratório descritivo. Esta construção passou a ser um exercício importante para o aprendizado necessário em termos de novas formas de apreender os problemas de saúde, especialmente pelo caráter existencial da abordagem, ou seja, orientando a ação para a prevenção e promoção do bem-estar. Para Polit e Hungler (1995), a pesquisa qualitativa salienta os aspectos individuais, e holísticos da experiência humana, apreendendo tais como são no contexto daqueles que os estão vivenciando.

Segundo Gil (2007), os estudos exploratórios têm como objetivo o aprimoramento das ideias da questão em estudo e sua organização, permitindo flexibilidade e possibilitando a consideração dos aspectos relativos ao fato estudado. Nas pesquisas descritivas o objetivo é a descrição das características de determinada população ou fenômeno.

3.1 SUJEITOS DO ESTUDO

O grupo de sujeitos do estudo foi composto da população masculina da área de abrangência do Pronto Atendimento – Policlínica de um município de - SC. A faixa etária dos participantes foi entre 37 e 71 anos, embora a faixa etária considerada na proposta fosse entre 20 e 59 anos. O número de participantes chegou a 16 pacientes. Já os pacientes mais jovens que foram convidados não compareceram as reuniões, demonstrando, talvez, a dificuldade do autocuidado nessa faixa etária, por desconsiderarem as possibilidades de agravamento, em alguns casos.

Critérios de Inclusão: 1) a população do sexo masculino com idade entre 25 e 75 anos; 2) uma amostra de homens entre os que receberam atendimento no Pronto Atendimento em que atuou; 3) homens com doenças manifestas e que procuram a unidade pela primeira vez; 4) homens que tendo diagnóstico de doenças crônicas só procuram a unidade quando estão descompensados.

3.2 TÉCNICA DA COLETA DOS DADOS

Os participantes foram convidados a partir do mês de dezembro de 2012 em diante, e as reuniões tiveram seu início em janeiro de 2013, totalizando 33 dias.

Os participantes foram, portanto, escolhidos intencionalmente, no atendimento às suas demandas em Unidade de Urgência. Todos os que estiveram presentes na unidade durante o período da realização dos círculos foram convidados a participar da pesquisa, se corresponderam aos critérios formulados.

Foram marcadas as reuniões e destacadas em mural, de forma visível e compreensível, além do convite direto durante o atendimento inicial realizado no próprio local.

Foram realizados cinco encontros, gravados e transcritos, sendo que no primeiro e segundo encontros não foi possível transcrição, devido à perda das gravações. Assim, serão descritos conforme os dados registrados no momento das reuniões, nas quais foram explicados a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, o objetivo das reuniões e como o trabalho seria realizado e exposto aos participantes no final da pesquisa.

Foi realizado um encontro por semana, para criar vínculos com os participantes e tentar diminuir a possibilidade de desistirem dos próximos encontros e utilizado o método de Paulo Freire.

A estratégia pensada para o grupo foi a de solicitar que eles mesmos apresentassem suas ideias, a cada encontro se solicitava que trouxessem um colega de trabalho, um amigo ou um parente para a discussão, surtindo efeito já no segundo encontro.

Inicialmente, após a formação do grupo, o projeto foi apresentado, para que os participantes pudessem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A seguir, ainda nesta primeira reunião, foi apresentada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, para em seguida oportunizar ao grupo que apontasse três temas para reflexão (temas geradores), um para cada reunião seguinte. A quinta reunião foi pensada para apresentar os resultados e sugerir um plano de acompanhamento.

3.3 PLANEJAMENTO DOS CÍRCULOS DE CULTURA

Inicialmente se procedeu à observação dos serviços prestados pela equipe de enfermagem durante o período de trabalho da pesquisadora, bem como a participação nas

atividades de grupo que já são realizadas pelas unidades de saúde, com o objetivo de adquirir alguma experiência.

Por fim, os dados foram coletados pela própria pesquisadora, através do círculo de cultura de Freire, realizado com pacientes do sexo masculino, que procuraram o Pronto Atendimento (PA) orientado com roteiros de problematização.

A formação e manejo do grupo tiveram a seguinte orientação:

- Busca ativa de homens que procuram o PA, solicitando sua aceitação, durante um período de três dias, preenchendo uma ficha de informações;
- Marcação da primeira reunião, na qual se fará uma apresentação da proposta do estudo, objetivos e metodologia;
- Apresentação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem;
- Proposição de três temas geradores, que serão a motivação para as reuniões reflexivas posteriores;
- Lanche de confraternização com acompanhantes, servindo sucos, refrigerantes e biscoitos, ao final de cada reunião;
- Reunião final, para apresentação de resultados e validação com os participantes.

Os materiais utilizados foram gravador, câmera fotográfica com filmadora e diário de campo.

3.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Os dados foram analisados de forma simples, considerando as respostas dos pacientes que participaram do círculo de cultura junto com a observação dos serviços prestados durante o período de trabalho.

A interpretação de textos originados da transcrição de fitas gravadas durante as atividades grupais tem sido um método utilizado na análise de categorias do pensamento. Foi oportuno estar aberta à dialética que permeia as ideias de crítica, de negação, de oposição, de mudanças, de processo, de contradição, de movimento, e de transformação da natureza e da realidade social.

A dialética usa o método das ciências sócio-humanas e naturais e propõe a não neutralidade científica, buscando descobrir a essência e refletir o movimento dos fenômenos,

ou seja, a verdade que não pode ser vista senão por um procedimento de avaliação sócio-histórica de seu desenvolvimento (LEOPARDI, 2002, p. 43).

Nós vivemos no mundo, na história, em concreto: nós não vivemos em nenhum outro lugar, e todo o significado é somente significado em relação à existência particular, concreta, histórica. [...] Nós compartilhamos da realidade através dos sinais comuns. Nós não podemos compartilhar de qualquer realidade do outro, exceto com a mediação de nosso mundo simbólico - isto é, através 'de um texto', de alguma maneira, que tem um contexto - de fato, muitos contextos (LEOPARDI, 2012, no prelo).

Assim, para uma compreensão do mundo no qual vivem pessoas, a hermenêutica (interpretação) tem uma visada que precede e ultrapassa toda ciência. Essa visada é testemunhada pelo caráter de linguagem universal do comportamento relativo ao mundo (RICOEUR, 1983).

Para tanto, as falas dos participantes do grupo foram tratadas não somente como informações imediatas, mas sim ligadas a um fundo contextual, que inclui sua casa, seu trabalho, sua família, suas visões sobre saúde-doença e cuidado de si.

Neste sentido, o diário de campo foi fundamental ao pesquisador, para recolher expressões que expressem esta visão de mundo, as quais serão acrescentadas ao conjunto dos discursos proferidos nos Círculos de Cultura, para serem elaboradas e tratadas, de acordo com conceitos e preconceitos emitidos, contradições em relação às Políticas de Saúde, conflitos familiares, e assim por diante.

No primeiro encontro, que foi realizado no dia 18/01/2013, os participantes chegaram lentamente, muito timidamente. Os dados foram organizados por uma tabela realizada a partir do diário de campo, devido à gravação ter sido perdida, mas considero o resultado positivo, pois foi alcançado o objetivo do encontro, realizando-se um diálogo com os participantes. A tabela constava do nome fictício do participante e ao lado a ideia central que fora expressa pelos participantes, a partir dos temas geradores realizado em cada encontro.

Em cada encontro, foi transcrito em um quadro negro os temas gerados; e após, solicitado para cada um deles falarem o que pensavam daquele tema abordado. Na realização da tarefa de diário de campo solicitei ajuda de uma colega, pois eu pretendia estar muito atenta com a parte da exposição dos temas e a organização do grupo. Os participantes foram Alcides, João, Alan, Francisco e Marcos. Mas Alan e Marcos participaram apenas deste momento por conta dos encontros serem realizados no mesmo horário do culto da igreja onde eles participam.

No segundo encontro, que foi realizado no dia 26/01/2013, os participantes chegaram mais entusiasmados. Os dados foram organizados da mesma maneira que no primeiro, devido a gravação ter sido perdida. Devo esclarecer que este problema ainda não havia sido detectado antes deste encontro, tendo sido o gravador apagado completamente por imperícia na manipulação.

Os participantes foram: João 1º e 2º encontro; Alcides 1º e 2º encontro; Francisco 1º e 2º encontro; Nilton 2º encontro; Antônio 2º encontro. Neste encontro, já havia participantes novos que foram trazidos pelo grupo anterior. Foram marcadas as próximas reuniões e estipulado que seria uma por semana, todas às quintas-feiras às 19h30 min.

No terceiro encontro, que foi realizado no dia 02/02/2013, os participantes novos demonstraram-se bem interessados. Os dados foram organizados pela tabela e, novamente, ao lado do nome de cada participante foi colocada a ideia central das falas, desencadeadas pelos temas abordados. Os participantes foram: Francisco, Alcides, João, 1º, 2º e 3º encontro; Nilton 2º e 3º encontro; Pedro 3º encontro; Gladiston 3º encontro; Antônio 2º e 3º encontro. Já havia participantes desde o 1º encontro até o momento e me dei conta então, que o grupo tinha sido formado.

No quarto encontro, que foi realizado no dia 09/02/2013, os participantes chegaram animados com o grupo. Os participantes foram: Alcides, João, Francisco, do 1º ao 4º encontro; Nilton, 2 ao 4 encontro; Isaias, 4º encontro; Manoel, 4º encontro; Osmarino, 4º encontro; Mario, 4º encontro. Foi informado por mim ao grupo, que o próximo encontro, seria o último, pois a pesquisa estava sendo encerrada e os seus dados precisavam ser analisados. Mas mesmo assim, fui questionada porque o grupo não continuava por mais tempo.

No quinto encontro, que foi realizado no dia 16/02/2013, os participantes estavam ansiosos e tristes, por saberem que o grupo iria ser desfeito. Os participantes foram: Alcides, João, Francisco- 1º ao 5º encontro, permaneceram-se firme nas reuniões, sempre bem dispostos a participarem dos encontros; Nilton- 3º ao 5º encontro; Manoel - 4º e 5º encontro; Valdemir – 5º encontro; João - 2 – 5º encontro; Cássio – 5º encontro.

Percebeu-se pelos encontros realizados, que a população masculina, os que participaram do grupo, em sua maioria queriam ver mudanças na qualidade dos atendimentos masculinos. E que a saúde era muito importante na vida deles. Totalizou 16 participantes do início ao fim dos encontros.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi elaborado em consonância com as “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”, aprovadas pelo Conselho Nacional de saúde, resolução número 196, de 1996. Foi encaminhado para Comissão de Ética da UNIVALI, número do parecer 1668740, data de relatoria, 07/12/2012.

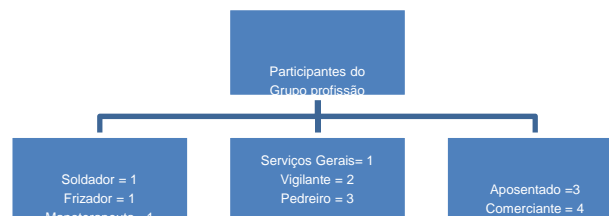
Cada participante da pesquisa recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que explicou os procedimentos e etapas do mesmo bem como a possibilidade de desistência a qualquer tempo nesta. Foi assegurado aos participantes

- Sigilo e anonimato;
- Livre escolha para abandonar a investigação se julgassem necessário;
- Guarda das informações;
- Anonimato com uso de codinomes quando houve necessidade de citação das falas;
- Respeito aos aspectos culturais, sociais, morais religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes;
- Adequação dos princípios científicos que justificam a resposta às incertezas;
- Evitação de riscos de constrangimento à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, ou espiritual do ser humano nas relações entre os profissionais da equipe e pelo uso das gravações de áudio e vídeo;
- Fidedignidade das informações através das confirmações por diários de campo, registros durante os círculos, observações, diálogos e pelas filmagens e fotos se houver prévia autorização dos sujeitos;
- Responsabilidade pelo material até que o mesmo seja destruído após as transcrições;
- Que os resultados do estudo seriam oferecidos aos serviços de saúde em seminário ou reuniões com as equipes e gestão da atenção básica do município estudado.

4 CÍRCULOS DE CONVERSA

Foram realizados cinco encontros, gravados e transcritos, sendo que no primeiro e segundo encontros não foi possível transcrição, devido à perda das gravações. Assim, serão descritos conforme os dados registrados no momento das reuniões, nas quais foram explicados a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, o objetivo das reuniões e como o trabalho seria realizado e exposto aos participantes no final da pesquisa. A faixa etária dos participantes foi entre 37 e 71 anos, embora a faixa etária considerada na proposta fosse entre 20 e 59 anos. O número de participantes chegou a 16 pacientes diferentes. Já os pacientes mais jovens que foram convidados não compareceram as reuniões, demonstrando, talvez, a dificuldade do autocuidado nessa faixa etária, por desconsiderarem as possibilidades de agravamento, em alguns casos. Em todos os encontros foi solicitado o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes novos do grupo. Foram utilizados codinomes para não expor os pacientes.

Diagrama 1 - profissão dos participantes do grupo

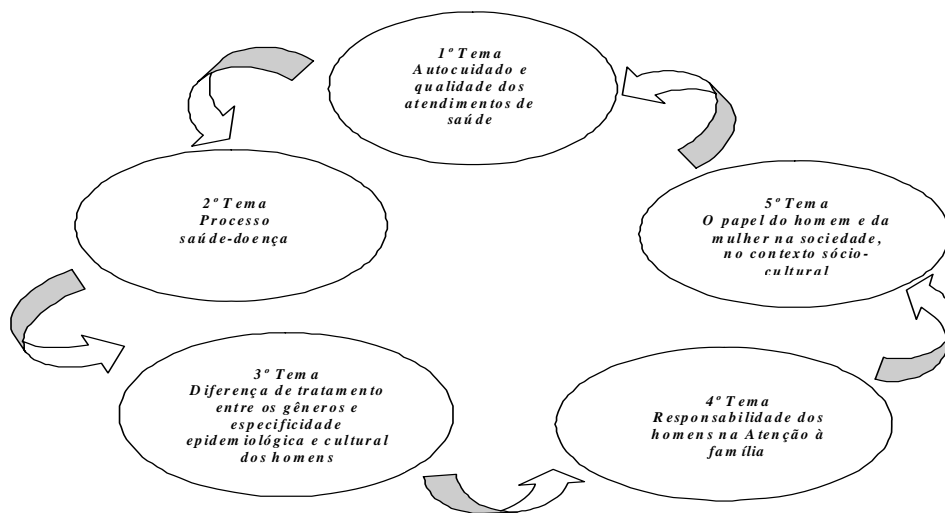


Os temas gerados durante os cinco encontros foram: (1) autocuidado e qualidade dos atendimentos de saúde; (2) processo saúde-doença; diferença de tratamento de saúde entre homens e mulheres, (3) Diferença de tratamento entre os gêneros e especificidade epidemiológica e cultural dos homens; (4) Responsabilidade dos homens na Atenção à família e ; (5) papel do homem e da mulher na sociedade no contexto sócio cultural.

Os círculos de cultura, conforme Freire (1980), tem por objetivo o encontro entre pessoas, com a finalidade de oportunizar vivências relacionais e educacionais. A estratégia pensada para isto foi solicitar que eles mesmos apresentassem suas ideias a cada encontro,

solicitando-se que trouxessem um colega de trabalho, um amigo ou um parente para a discussão, surtindo efeito já no segundo encontro. Os participantes mostraram-se bem interessados no assunto e relataram ser muito importante um espaço para que pudessem expor seus problemas de saúde sem medo de falar, pois ali eles sabiam que seriam ouvidos sem discriminação alguma.

Diagrama 2 – Temas tratados em cada encontro e sua circularidade



Os encontros foram realizados numa sala de reunião da ESF e houve a formação de um círculo, com previsão de horário entre 19h30minh e 21h30minh, começando às 20h00minh, pois os participantes chegaram lentamente, foram se sentando e aguardando os outros participantes.

No início das reuniões foi explicada a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, a importância da pesquisa para a melhoria da qualidade de atendimento e do método a ser utilizado, em que os participantes poderiam expor suas dúvidas e fazer perguntas, se achassem necessário.

Foi abordado o trabalho que é realizado na Policlínica, a importância do acolhimento dos pacientes que chegam para serem atendidos, da necessidade da classificação de risco na triagem, levando em consideração sempre a gravidade e prioridade dos pacientes que chegam. Foi explicada a diferença de atendimento de urgência e da UBS. Sendo assim, conforme a gravidade e a intensidade da sua queixa, o paciente é atendido imediatamente. No entanto, frequentemente, os usuários deixam de procurar as UBS e procuram o PA, por não ter médicos disponíveis nos Postos de Saúde de seu bairro, conforme relatam.

Também foi destacada e explicada a importância do agendamento das consultas na Unidade Básica de Saúde, principalmente para o acompanhamento dos pacientes que possuem doenças crônicas, e a importância do vínculo que eles precisam ter com a UBS de seu bairro. Em média, por mês, na policlínica são atendidos 1200 pacientes; destes, 30% são do sexo masculino e relatam, em sua maioria, não dispor de tempo para consultas periódicas, necessitando de atendimento na Urgência clínica para tratar principalmente doenças crônicas e não doenças agudas. Relatam então não dispor de tempo para agendar as consultas e a dificuldade de conseguir uma consulta, que leva aproximadamente um mês para ser agendada e que muitas vezes necessita de retorno após um mês, dificultando assim os tratamentos, devido a pouca disponibilidade para ir ao retorno das consultas.

No final dos encontros sempre houve um lanche, em que todos se descontraíam e perguntavam quando haveria o próximo encontro. O resultado sempre foi bem positivo e de solidariedade entre os participantes.

4.1 PRIMEIRO ENCONTRO

No primeiro encontro foram abordados dois temas conectados para a reflexão: *o autocuidado e a qualidade dos atendimentos de saúde*. Embora na proposta de Freire seja considerada a necessidade de se explorar apenas um tema, notei a necessidade de não só apresentar meus objetivos, mas oportunizar o diálogo, de modo a aproveitar a oportunidade para tratá-los conjuntamente, pois me pareceu pertinente à pesquisa. Participam (5) homens e criaram certa afinidade comigo: Alcides, João, Alan, Francisco e Marcos. Mas Alan e Marcos participaram apenas deste momento devido os encontros serem realizados no mesmo horário do culto da igreja que eles participam.

Durante a reunião, pude observar que os pacientes relatavam as mesmas queixas, a mesma angústia referente à falta de atendimento específico para a saúde do sexo masculino e que dificilmente procuravam pelos serviços de saúde.

Algumas das falas que se destacaram no primeiro encontro:

Homem geralmente não tem incentivo da família para tratar de sua saúde (Alcides).

Cultura do homem é de não chorar, não sentir dor, não demonstrar fragilidade (Francisco).

Embora se observe uma evolução em relação à questão do machismo, ainda é muito presente em inúmeras situações como na saúde, interferindo no seu autocuidado, pois relatam que não é de agora esse machismo, vem de pai para filho, é uma coisa histórica. É um tabu

mesmo, uma espécie de mito. O Homem vai ter que ser forte até o final, de modo que o homem não pode adoecer. As expectativas em relação ao comportamento dos homens refletem-se na sua saúde, impedindo-os de procurar ajuda.

Se a própria família não os incentiva a procurarem por atendimento, quando estão doentes, e devido ao trabalho em excesso e falta de tempo em ir ao médico, em muitos casos há agravamento de sua condição. Porém, esta posição pode ser considerada como justificativa e merece maior apoio dos profissionais, abrindo espaço para suas queixas, por meio de informação adequada das consequências positivas do autocuidado.

A família tem um papel muito importante na organização social e, especialmente nas ações da ESF. Assim, se começarmos trabalhando dentro da estrutura familiar, mostrando que cada pessoa tem que fazer a sua parte, e que o homem precisa sim cuidar também de seus familiares, mas também precisa cuidar de sua saúde, ser valorizado como pessoa.

O sistema familiar passou por certas mudanças ao longo da história, sendo que a mulher hoje trabalha fora e as crianças ficam em creches e escolas, e que o salário da esposa soma-se com o salário do esposo, assim que o casal consegue manter paga às contas da casa; e se percebe hoje que a necessidade de um novo olhar ao cuidado do homem. Nesta direção todos necessitam de ajuda, e todos os membros se relacionam entre si, compartilhando decisões e atitudes, de modo que, quando se referir à saúde da família, as dificuldades podem ser mais bem elaboradas.

A questão do autocuidado aparece ligada à necessidade do trabalho em sua vida, sendo esta uma justificativa para não procurar cuidar de sua saúde. Percebe-se aqui uma característica mais do sistema de produção do que propriamente uma confirmação desta posição.

Trabalho em excesso (Marcos).

A cultura brasileira do homem é de trabalhar fora e a mulher ficar em casa cuidando dos filhos (Alan).

Por outro lado, há referência a uma diferença de comportamento em relação ao das mulheres, como se as mulheres estão mais acostumadas a procurar cuidados de saúde porque conhecem bem o funcionamento do sistema. Parecem indicar que a mulher é mais arrojada, traduzido como:

O homem tem medo do desconhecido (João).

Referente ao seu autocuidado percebe-se que o homem expõe menos suas dores e sofrimentos, pois alegam que não tem o jeito que a mulher tem de estar reclamando que está doendo, e parecem ser mais durões com sua própria saúde.

Relataram que o medo em procurar por atendimento quando estão doentes pode levar ao atraso do diagnóstico, agravando a doença, principalmente se for um tumor. Então, sugeriram que o medo deve ser eliminado, o medo de buscar ajuda de se tratar, para poder ter mais saúde.

Mas esta é uma questão complexa, porque não se elimina o medo por desejo, mas sim pelo enfrentamento das situações. Daí que os profissionais precisam estar mais atentos e favorecerem a expressão das queixas, considerando a necessidade de mais tempo de escuta.

Neste momento se percebe que os homens não se sentem à vontade com as suas próprias necessidades de cuidados de saúde, mas que percebem a necessidade de enfrentá-las. O homem sempre lutou por respeito, pelo seu papel na sociedade de protetor da família, pelo papel de ser responsável pelo sustento de sua família, pela sua valorização profissional, mas até hoje pouco lutou pelo direito a sua saúde individual, com suas próprias características específicas de cuidados.

A valorização de suas tarefas, a divisão de papéis perante a sociedade sempre foi mais importante. Mas hoje se percebe que, além disso, a sua saúde tem que ser vista como uma prioridade do sistema de saúde, para todos os outros papéis serem desenvolvidos. As relações de apoio mútuo de seus familiares, e as decisões do sistema de saúde devem garantir uma saúde de qualidade para esses homens, para que se quebrem paradigmas e se inove a maneira de apoiar, valorizar, esse sujeito na sociedade, pois possuem as mesmas dificuldades, das mulheres e crianças.

Falta de consultas e demora no resultado dos exames (Marcos).

Mas a tônica da reunião foi também reclamações sobre o modo de atendimento, pela forma como eles demoram a serem atendidos, seja na consulta, seja para receber o resultado de exames, pois algumas vezes são mandados embora sem mesmo orientação sobre o local para onde devem dirigir-se quando não podem ser atendidos na UBS. A angústia dos pacientes em não serem atendidos faz com que os mesmos não procurem mais por atendimentos, como diz Marcos.

O atraso nos resultados dos exames, a dificuldade de marcação das consultas, as desigualdades sociais, falta de recursos, as dificuldades pela falta de informações, a falta de organização do sistema de saúde, a falta de profissionais na rede básica de saúde, tudo gera dificuldade em garantir um atendimento de qualidade para a população e em especial para o homem.

Estimular, orientar, satisfazer as suas necessidades durante situações de doenças, gerando soluções dos seus problemas, requer um conjunto de ações, especialmente que todos os membros envolvidos troquem informações e façam circular essas informações entre a atenção primária, secundária e terciária, para manter a organização e se ajustarem às demandas do meio, garantindo uma continuidade nos atendimentos.

As informações do sistema de saúde (SUS) têm um papel primordial na conquista da qualidade do atendimento, possibilitando a organização das ações, gerando recursos para solucionar e possibilitar melhorias na qualidade de vida das pessoas. Pode-se perceber que dando voz a esses homens que revelaram suas dificuldades do seu processo saúde-doença e que se podem melhorar esses cuidados sejam dentro de suas casas, dentro de seu bairro, dentro de seu município se percebe a necessidade de se expandir, divulgar tais informações, para se tentar soluções satisfatórias para o cuidado desses homens, que relatam estar esquecidos pela sociedade.

Durante esta primeira reunião já foi possível compreender algumas questões que são presentes nas questões de cuidado de si, pois que foram bastante objetivos em suas demandas, demonstrando que sua ausência no sistema deve-se a aspectos tanto culturais como de organização do sistema de saúde.

Ficou agendada a próxima reunião, para a qual seriam convidados outros participantes atendidos no PA e também, se os participantes quisessem de conhecidos que poderiam ser convidados por eles.

No final da reunião foi oferecido um lanche e todos se mostraram interessados em participar dos próximos encontros, pois durante a reunião a vontade de falar de suas necessidades, e o incentivo mútuo, fizeram com que desperta-se o interesse de falar de suas angústias guardadas internamente, procurando buscar soluções para o seu próprio desenvolvimento e da comunidade.

Todos os participantes agradeceram o encontro e me incentivaram a continuar, pois relataram que foram acolhidos, ouvidos, e que cada um pode colocar a sua posição, opiniões sobre os problemas apresentados e sua visão de mundo.

Não que as questões fossem todas resolvidas ali, mas que se pudesse pensar sobre o assunto e que as dúvidas e questionamentos de todos eram compartilhados e questionados, gerando um crescimento e possibilidade de transformação. O grupo foi assim então se formando, e percebi que voltariam, pois saíram mais confiantes, por pertencerem a um grupo de estudo sobre as suas questões específicas como homens.

4.2 SEGUNDO ENCONTRO

No segundo encontro participaram (5) homens novamente, mas não os mesmos, alguns por falta de tempo, outros por motivos religiosos não puderam estar presentes. Havia ficado esperançosa com o entusiasmo do primeiro encontro, mas esta situação demonstra claramente as questões que eles mesmos levantam, ou seja, dos entraves à sua maior participação para refletirem sobre si mesmos e suas necessidades.

Neste encontro, o tema foi *o processo saúde-doença*, pelo qual os participantes mostraram-se bem interessados. Buscavam soluções para os problemas existentes na saúde, principalmente masculina. Os participantes foram: João 1º e 2º encontro; Alcides 1º e 2º encontro; Francisco 1º e 2º encontro; Nilton 2º encontro; Antônio 2º encontro.

A queixa foi referente à demora dos atendimentos, e caso necessitem de um especialista têm que esperar anos, agravando-se a doença e às vezes levando até à morte, sem solução de seus problemas.

Outros relatam que não possuem saúde, pois sempre têm algum problema, seja uma doença crônica mal tratada, seja uma doença aguda, e que o município de Navegantes não consegue suprir as necessidades de assistência da população.

Relatam que a saúde masculina ainda não é compreendida pelos profissionais da área da saúde, que se sentem desprotegidos, sem saber o que fazer quando estão doentes e que se tivessem oportunidade falariam em público as suas necessidades. Observei que se tivessem mais oportunidades de expor os seus problemas o fariam, pois se mostraram bem participativos e com vontade de ser ouvidos, como referem João e Alcides.

*Boas ideias contribuem com o desenvolvimento (João).
Burocracia impede de procurar por serviços de saúde (Alcides).*

Na prática diária dos atendimentos às queixas dos pacientes que se direcionam ao Pronto Atendimento, deparamo-nos com os desafios colocados pelos mesmos, devido às desigualdades sociais, injustiças perante a falta de recursos, que muitas vezes vão além do nosso alcance como profissional da área da saúde. Quando a situação de saúde desses pacientes está mal, vão ao Pronto Atendimento, e muitos casos são resolvidos ali no momento, mas as demandas são enormes, por uma assistência mais complexa, requerendo um atendimento com um clínico geral das UBS, especialistas, cirurgias agendadas há anos sem solução, entre outras iniquidades praticadas na saúde pública.

Todo o sistema tem um meio de se manter, e quando as queixas são frequentes, as desigualdades aparecem diante de seus olhos, de modo que uma avaliação da situação no meu ponto de vista é a melhor maneira de se tentar solucionar os problemas. Em outras palavras, as aceitações das rotinas no cotidiano estabelecem distanciamentos entre necessidades e as soluções necessárias.

Cada membro de uma comunidade tem seu papel, e no momento que um grupo se reúne, trazendo seus conhecimentos e dúvidas sobre seus problemas, enxerga-se facilmente a necessidade de mudanças. As ideias postas em conjunto começam a ganhar força, as pessoas começam a compreender as situações que estão vivenciando no seu cotidiano. É próprio do ser humano querer melhorar, manter uma organização social, sua autonomia, autoproteção e seu desenvolvimento próprio.

Deparamo-nos com uma demanda de serviços que precisa de atenção, esclarecimentos e atendimento adequado, mas é possível quebrar paradigmas e tentar enxergar o sistema de saúde como um aliado na conquista de uma saúde igualitária para todos, para considerar possibilidades de espaço para o novo.

Segundo os participantes neste segundo encontro, muitas vezes eles são movidos por valores culturais fortemente arraigados, considerando-se menos vulneráveis às doenças e sofrimentos. Dizem eles:

O homem acha que é forte e conseguirá superar sozinho seus problemas e obstáculos (Nilton).

A negação da doença, a maioria dos homens, não aceita estarem doente (Antônio).

Quer apenas remediar a situação ignorando as doenças quando se manifesta (Francisco).

O ser humano necessita viver dentro de um contexto social, e não podemos deixar de perceber que existem valores e crenças que ainda hoje fazem com que o homem demonstre ser o forte, o protetor, o provedor. Torna-se evidente a necessidade de explorar mais tais aspectos culturais, abordando com mais clareza os temas, buscando identificar por trás dessas falas quais relações no contexto familiar, na comunidade, na sociedade são base para a construção desses valores e que influenciam um conjunto de pensamentos e ações interdependentes diante de uma situação de saúde do sexo masculino. Precisamos entender por trás dessas falas o motivo da negação de seus problemas de saúde e essa busca de autossuperação da doença por si mesmos.

Também precisamos compreender que o comportamento de cada indivíduo pode influenciar a comunidade, mostrando-lhe que as mudanças devem vir do próprio homem, aceitando o seu papel na sociedade, na família, no serviço, como um ser que necessita de

cuidados, de atenção para os seus problemas de doença. Como uma pessoa que é complexa, e apesar de ser *o forte*, também precisa ser cuidado e que pode mudar sua maneira de enxergar as coisas, sem perder seu bem maior, sua força de viver e de se conhecer, como parte do todo.

Precisamos apoiar as oportunidades de essa comunidade mudar seus hábitos dentro de seus lares, trabalho, igreja, associações em que convivem, compreendendo que são capazes de se sentirem a vontade com seus problemas de doença, e que não precisam negá-los para expressarem sua força e suas características masculinas.

Por outro lado, parece que há reforço destas experiências de negação quando a organização dos serviços não facilita a resolução de seus problemas por conta da burocracia como expressa Alcides.

Assim, expressa bem as dificuldades diante da assistência prestada nos serviços de saúde, seja, de alta complexidade ou baixa. Refere-se que o SUS não está preparado para atender as demandas masculinas, que são deixadas de lado e que, mesmo que haja serviços disponíveis, as questões burocráticas ainda predominam, impedindo agilidade dos atendimentos.

A assistência à saúde, assim, fica limitada por normas e rotinas burocráticas, e precisamos considerar que o insucesso das ações serem responsabilidade de gestores e líderes políticos que gerenciam o sistema de saúde. E nós, profissionais da área da saúde, somos os colaboradores nesta burocratização, pois estamos acostumados a não questionar as proposições da hierarquia gestora.

Os participantes têm clareza da necessidade de nos unirmos por um objetivo comum, como a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população, em especial à população masculina, com planejamento dos cuidados prestados, com um olhar integral não focado só na doença, mas em seu contexto social, abordando suas dificuldades, tentando gerar uma transformação no cuidado, estimulando as pessoas a procurarem por seus direitos, lutarem por uma melhor saúde.

Assim, nesta segunda reunião, compreendi que os homens gostariam de participar mais e de terem reconhecidos os seus direitos, por meio de relações terapêuticas respeitadas e resolutivas.

Percebi que os valores estão passando por um processo de transformação, pondo fim a um conjunto de preconceitos e rótulos, postos historicamente. Os participantes saíram com uma reflexão das diversas situações problemas expostas, com mais confiança de que se pode modificar o velho e inovar, bastando não temer, e não ter medo de causar impacto com suas

dificuldades de doença. Enfim, podem sentir-se aliviados e acolhidos pelo SUS e que somos colaboradores do sistema em que estamos atuando.

No final fizemos novamente um lanche, sendo marcado o próximo encontro, solicitando que cada um trouxesse um colega ou parente para participar dos próximos encontros semanais.

4.3 TERCEIRO ENCONTRO

O terceiro encontro contou com a participação de sete participantes. Expliquei novamente a importância deste trabalho de pesquisa, como estavam sendo realizadas as reuniões e o meu interesse em conhecer melhor os homens da cidade de pesquisa que procuravam por atendimento de Emergência e Urgência na Policlínica. Os participantes foram: Francisco, Alcides, João, 1º, 2º e 3º encontro; Nilton 2º e 3º encontro; Pedro 3º encontro; Gladiston 3º encontro; Antônio 2º e 3º encontro.

O tema gerador exposto por mim foi a *diferença de tratamento entre os gêneros e especificidade epidemiológica e cultural dos homens*. Uma das falas que destaco é a de Gladison, quando fala destas diferenças.

Para que o homem, para que ele lute ou ele se abre contra a doença. O que é? Divulgação, divulgação, panfleto. É o que se faz hoje na televisão. Pode ver no mural no posto de saúde, está lá, mulher com as tetas de fora, mostrando que ali ela está doente, não é verdade? Não é assim? Por que não mostra o homem também? Porque ele teve aquela vergonha de mostrar que ele está doente (Gladiston).

A divulgação deve ser estimulada, circulada nas redes de serviços de saúde, onde se possam estabelecer metas de cuidados, reconhecendo o sujeito masculino, como um ser que necessita de cuidados, para se poder pensar em conjunto e partilharem seus problemas e soluções em grupo.

Os Problemas expostos pelos homens nos revelam a dificuldade ainda de lidar com o público masculino. O sistema deve reconhecer e resgatar esta população para seus cuidados de saúde, através de incentivos coletivos, em que a população possa ser vista, possa partilhar seus problemas, os inserindo socialmente na consolidação de uma rede de apoio, um local próprio para os homens. Os desafios são muitos, a comunidade tem seus próprios problemas, como: droga, violência, estresses, trabalho em excesso, falta de segurança, entre outros. Mas mostrar que o processo de prevenção, promoção de cuidados podem vir deles também fortalecendo seus vínculos familiares, resgatando a sua identidade cultural, criando um espaço que permita e possibilite integrar este homem nos cuidados de saúde prestado pelo município.

Pois é, eu já estou com mais de um ano de cirurgia marcada e não consigo fazer, estou só na base da injeção. Fiz a última injeção ontem, hoje já tive que comprar remédio (Nilton).

O Profissional da área de saúde ele tem que fazer a higiene mental todos os dias antes de sair, e quando chegar a casa também fazer higiene mental (João).

Pelo que eu vi aqui, essas três pessoas dizendo aqui, da parte dele ele já falou primeira coisa religião e espiritualidade, ou seja, tem mais confiança que é certo, todos nós temos que ter mais confiança em Deus. Mas você fez uma pergunta para ele em termo da sociedade, ele colocou Deus em primeiro lugar porque ele não tem confiança no sistema de saúde. (Gladiston).

Nós temos que entender aqui o que é profissional, o que não é profissional, e aquele que ganhou uma vaga na saúde. Porque a pessoa que é profissional ela vai (olhar), em quê que posso ajudar o senhor? E aquele que não tem nada a ver com a saúde, que o senhor quer? (João).

Você convida a pessoa e ele tem medo de ir ao médico (Pedro).

Demora a encaminhamentos de especialista (Antônio).

Infelizmente as queixas são recorrentes, tanto em termos de estrutura quanto de qualidade de atendimento. Eles têm clareza de que os serviços disponíveis não conseguem suprir as demandas da cidade de Navegantes, razão pela qual não conseguem ter confiança no sistema. Sabemos que estes questionamentos são importantes e fazem parte do nosso trabalho como profissional da saúde, e que hoje há profissionais que são parceiros nas lutas da comunidade por melhorias de seu bairro, fortalecendo, estimulando e desenvolvendo trabalhos com a população adstrita à UBS na qual trabalham.

Mas, também percebem a diferença de atenção entre os profissionais, entre os quais há os que os tratam com impessoalidade, sem respeito e delicadeza. Carentes de atenção objetivamente e subjetivamente, muitos se ancoram na religião como meio de manter sua saúde emocional.

Junto com a saúde, para você preservar a saúde tem que preservar o espírito, espiritualidade junto. A religião, o costume, a frequência na igreja, obediência a Deus, ajudar o próximo (Pedro).

Então a saúde emocional é o que está faltando. Mas como eu consigo essa saúde emocional? É fazendo a oração, que é muito importante cultivar a oração dentro de casa (João).

Mas você fez uma pergunta para ele em termo da sociedade, ele colocou Deus em primeiro lugar porque ele não tem confiança no sistema de saúde (Gladiston).

A questão religiosa está muito presente nas falas, pois quando necessitam de ajuda se apegam as suas crenças. Não se sentem seguros em procurar por atendimento de saúde, pois sabem que seus problemas vão ser vistos de uma forma simplista e com descaso.

Sentem receio em procurar os postos de saúde, pois sabem que vão enfrentar pessoas, situações desagradáveis, gerando insegurança em tratar de sua saúde. Não procuram ajuda na UBS, pois se sentem discriminados pelos profissionais da área da saúde, escondendo e negando assim sua doença.

Eu acho que está precisando na saúde mais rapidez no atendimento, respeito, agendamento de consulta e exame, porque o homem não tem paciência de esperar. Esperar ou de ficar aguentando ali, a não daqui a pouquinho, tira

uma (ficha) tal dia, o homem não é assim, eu acho que não é assim (Gladiston).

Expressam grande dificuldade de procurar local adequado para solucionar os seus problemas de saúde, referindo que se sentem desprotegidos, excluídos dos serviços de saúde. Há também a pouca divulgação para os homens, generalizando a saúde, dando enfoque mais na saúde feminina, realizando as atividades de prevenção baseadas na saúde feminina. A partir disso devemos nos preocupar mais com a publicação de informações para os homens. Ter um olhar mais direcionado ao homem, como ele enfrenta as suas dificuldades, quais atividades que podem gerar a promoção e prevenção do cuidado integral a esta população.

É que o homem foi excluído, desde pequenininho não vai ao médico, quando vai encontra um monte de tabu, vai com um monte de tabu na cabeça. Aí quando chegou uma mulher para atender, aí pronto, Já tinha medo, já tinha preconceito, agora então o homem, já não fala mais. Aquela parte burocrática toda. Aí fica parado, fica congelado, não esclarece o assunto. Agora quando é o homem, doutor eu estou assim, assado. Eu estou com um pouco de diarreia lá em casa, eu estou isso, eu estou aquilo, então eu estou com um problema sério, eu não consigo. Entendeu? Aí fala a verdade, é homem (Gladiston).

Há falta de comprometimento e reconhecimento desses homens como sujeitos e cidadãos, uma falta de espaço de escuta para o enfrentamento de seus problemas, sejam biológicos, psicológicos ou sociais, saindo do olhar biomédico considerando o olhar da integralidade, fazendo com que se redescubram e recuperem a sua autonomia, podendo intervir em seu próprio cuidado de saúde, se forem orientados, estimulados a acreditarem em si.

Os relatos comprovam a importância de se qualificar a saúde masculina na cidade de Navegantes, valorizando os pacientes e qualificando os profissionais da área. Mas apontam um problema decorrente da equivocada perspectiva que os políticos têm sobre os modos de conseguir apoio da população.

Por que o que acontece esse descaso na saúde ? Porque é cabide de emprego, às vezes tem duas pessoas só que trabalham, está sobrecarregado em quanto às outras, não é com a fulana, é com a fulana. São os cargos dado pela prefeitura (Alcides).

Diante destas posições, entendo que nós profissionais de saúde temos o dever de impedir tais abusos, até mesmo estabelecer modos de tratamento coletivamente, trazendo maior qualidade na assistência. Os desmandos políticos não precisam ser encobertos, mas tratados internamente, buscando estabelecer as diretrizes que todos devem seguir para efetivar os princípios do SUS, sejam profissionais concursados ou indicados.

O grupo se mostrou solidário um com o outro, corresponsável pelas dificuldades expostas. Mostraram-se capazes de terem habilidades de pensar, ter consciência que são

cidadãos do mundo, e que podem compartilhar conhecimentos e acreditar que através da comunicação podem contextualizar e expor seus conflitos internos, interrogações.

No final foi oferecido um lanche e todos saíram mais confiantes, que a saúde masculina pode melhorar se todos trabalharem juntos. Foi marcado então o próximo encontro para a semana seguinte.

4.4 QUARTO ENCONTRO

O quarto encontro contou com a participação de oito pacientes e pude perceber que os participantes já se sentiam mais a vontade uns com outros, pois já se conheciam e trouxeram pessoas diferentes para o grupo. Os participantes foram: Alcides, João, Francisco, do 1º ao 4º encontro; Nilton, 2º ao 4º encontro; Isaias, 4º encontro; Manoel, 4º encontro; Osmarino, 4º encontro; Mario, 4º encontro.

Foi apresentada sucintamente ao grupo novo a proposta dos encontros e como estavam sendo realizados. A reunião começou sem qualquer estímulo de minha parte, entre eles mesmos, perguntando uns para os outros como estavam. O tema foi sendo encaminhado *para responsabilidade dos homens na atenção à família*, embora mostrassem mais interesse em falar da atenção dada a si próprios, de suas crenças e expectativas, pois não têm muito espaço para debater sobre a sua saúde na família. Algumas das falas que destaco:

E temos que aprender que o lado orgânico está falando, que está com enfermidade ali, que está mal, porque a diabetes judia, a diabete judia, eu passei essa semana deitado ela já mexeu comigo hoje de manhã acordei meio chato, acordei meio mole acordei com uma preguiça, mas não é preguiça é um cansaço. Eu digo opa tenho que me cuidar então nada de exagerar depois (João).

A doutora perguntou senhor, eu que digo senhor! O senhor bebe? Toma água, guaraná, ela disse já tem setenta por cento de cura, eu tenho setenta por cento de cura, se for pra morrer eu tenho que morrer, porque eu não fumo e não bebo, porque o fumo são quatro mil e quinhentas drogas, quatro mil e quinhentas drogas, e a cerveja tira o efeito do remédio, então você tomou o remédio, toma a cachaça, toma remédio e não adianta nada. E em vez da enfermidade se curar ela se prolonga (João).

A base da boa vida são três coisas só... Só três coisas... E podem ir fundo em cada um de nós... Fé em Deus, trabalhar com honestidade é uma coisa preciosa e ter bons amigos, pronto, não tem barreira que vence (Manoel).

Essas falas nos possibilitam perceber um cuidado desses pacientes com a sua saúde, fazendo com que os outros participantes percebessem que podiam investir acreditar em si próprio, ter autonomia nos seus cuidados de saúde, que a prevenção dos cuidados de saúde pode vir do próprio homem.

Percebe-se que esses homens têm uma visão da necessidade de seus problemas, que sabem que tem um caminho a ser seguido dentro dos serviços de saúde, que possuem direitos. Têm capacidade de reflexão da identificação dos problemas que acontecem quando procuram

por atendimento de saúde e que necessitam ser reconhecidos e que se restabeleçam seus direitos, seu valor dentro da sociedade.

Se reunir, juntar funciona quem faz a lei somos nós. Isso eu aprendi lá, porque é... Eu fui falar com o Fernando Henrique (RISOS)... Lá em Brasília eu não, fumo um monte daqui, nós fomo em quarenta daqui, chegamos lá em quatro mil... (Alcides).

Quando eu tenho sintonia boa, nós temos sintonia boa como estamos fazendo agora, nós temos o que? Uma paz espiritual, calmo, mas quando cultivamos o lado ruim, os nomes que não vai adiantar nada, não adianta nada, só complica faz você ficar com pressão alta, dor de cabeça, sistema nervoso, isso, tudo isso (João).

Ninguém vence as dificuldades sozinhas. Porque acontece o seguinte, todo problema que nos acontece, toda enfermidade que nos bate a porta é sempre pra nos ensinar alguma coisa cada erro que nos cometemos é algo que nos temos que aprender aceitar que nós temos que aprender (Alcides).

Há dez anos vinte anos atrás não se fazia isso aqui, essa reunião de saúde, essa coisa toda, mexendo... Hoje é necessário? [...] E hoje é obrigado a correr, hoje é obrigado orientar a população que aumentou... As doenças aumentaram, doenças surgindo, então é abrigado a tudo evoluir. Orientação para o ser humano. A prevenção (Francisco).

Porque que temos hoje a fórmula preventiva? Para aprender a nos cuidar porque o ser humano é muito frágil às vezes um inseto é mais forte que nós né, e nós temos que e somos fortes não somos. O ser humano é muito frágil por ser um ser orgânico né muito frágil e outra não tem cuidado não quer aceitar a enfermidade (João).

Porque eu tenho que querer primeiro, eu tenho que querer aprender, eu tenho que querer me cuidar, eu tenho que querer entender (João).

As características marcantes dessas falas nos permitem pensar e constatar que os homens, aos poucos vão recuperando a autoconfiança no seu potencial como homem, cidadão, pai de família, trabalhador, não se conformando com as situações que estão sendo-lhes imposta pelo sistema. E se percebe que juntos possuem mais força, que se unirem vão se transformando e transformando os outros ao seu redor, especialmente pelo cuidado e orientação aos filhos.

Há convicção desses participantes homens de que a união, o compartilhamento das ideias, a valorização de que quando as pessoas se reúnem em benefício mútuo pode-se gerar um processo de cooperação, entendimento da situação problema, de cura. Quando reconhecemos nossos sofrimentos podemos perceber o sofrimento dos outros. Estes encontros fizeram com que esses homens sentissem que são acolhidos, reconhecidos, respeitados.

Computador, criança não se movimenta, não gasta energia. A diabetes infantil, a diabetes... Tá assim. Pressão alta. Estresse. Antigamente você, as crianças brincavam na rua, correndo, brincando de pegada, hoje você não vê criança brincando, nem tem como uma criança brincar na rua, a perversidade tá tão grande que você fica com medo né (Mario).

Aí veio a internet, o computador. Ele é ótimo, ele o auxilia te dá muita informação, mas aí deixa de ter esse convívio, você as pessoas só se falam na internet, os amigos são tudo virtual agora. Quer falar com um amigo... Até casamento virtual... Vocês viram agora, casamento virtual (Mario).

A questão da violência presente nestas falas nos demonstra a dificuldade da interação social, levando o indivíduo ao isolamento e em adquirir patologias pela falta de exercício físico.

É mais fácil eu viver o no mundo sem saber de nada do que eu querer saber né e ter medo desse aprendizado por que o medo de aprender nós assusta (Nilton).

A realidade, a diversidade dos saberes, a compreensão dos contextos sociais, a pluralidade dos entendimentos de uma comunidade é enorme, o que pode servir de um modelo para uma, pode não servir para outra. Esse entendimento das situações problema específica da saúde masculina, nos permite e nos ensina em cada momento que temos que ter um olhar integral para as diversidades, para incluir outros saberes conforme seu contexto social.

*É ter paciência. É escutar o outro, analisar o outro (Nilton).
Se abster das pessoas do meio é exatamente se isolar, se isolando você não aprende a viver, você fica abitolado a teu mundo! Comunicar-se é aprender, eu aprendo com meu amigo aqui (João).*

Esta percepção demonstra a necessidade de estabelecer este espaço de conversa aos homens que procuram o PA, como atividade programada e consolidada.

Como todos os outros encontros a reunião foi bem produtiva e marcante para a vida desses homens, se mostraram conscientes de seus problemas, de suas dificuldades, e que pertenciam a um grupo, no qual partilhavam as suas preocupações. Entendiam que era uma oportunidade para eles e que não sairiam com os seus problemas resolvidos, mas sim que poderiam refletir sobre eles. Expressaram compreensão de que eles fazem parte da população, que fazem parte da sociedade e que devem se sentir fazendo parte dos usuários do SUS.

O lanche final oferecido tornava-se mais uma oportunidade de convivência e troca de ideias. Foi marcado um último encontro, para se considerar alternativas de mudanças no atendimento oferecido.

4.5 QUINTO ENCONTRO

O quinto e último encontro contou com a participação de oito participantes. Foi comunicada ao grupo novo a proposta das reuniões e os participantes se apresentaram uns aos outros. O tema proposto para debate foi *o papel do homem e da mulher na sociedade*. Os participantes foram: Alcides, João, Francisco- 1º ao 5º encontro, permaneceram-se firme nas reuniões, sempre bem dispostos a participarem dos encontros; Nilton- 3º ao 5º encontro; Manoel 4º e 5º encontro; Valdemir – 5º encontro; João 2 – 5º encontro; Cássio – 5º encontro.

Embora tenham sido sugeridos temas em todos os encontros, as falas se encaminhavam para temas diversos, a partir de suas indagações e sugestões, de modo que não foi possível o controle dos assuntos, mas mesmo assim, no exercício do diálogo houve o aprendizado na articulação das palavras,

a reciprocidade entre eles aumentou, havendo identificação, envolvimento, respeito mútuo entre os participantes. Na descoberta de novos conhecimentos, no enfrentamento de suas dificuldades, um estimulou o outro a se encorajar a falar.

*É mais difícil porque o filho a primeira coisa que faz, ficou doente. Vai quem? A mãe. Aí ficou a dor de cabeça... Pra quem? Está mudando, pode estar mudando, mas hoje em dia é muito difícil mesmo que o pai trate o filho ou cuide do filho, ele sempre vai se sentir melhor com a mãe (Cássio).
Eu acho que a saúde da família tem que ser o pai e a mãe tem que estarem juntos. Mas é um pouco da parte da mãe que tem que comunicar ao marido também. Geralmente o filho vai a quem? Alguns assuntos eles vão direto a mãe, eles não comentam com o pai (Cássio).*

Apontaram as mudanças que reconhecem nas relações familiares, mas que os filhos procuram mais as mães quando têm problemas de saúde. Esta situação pode estar associada à cultura, em que o papel masculino e feminino ainda é pautado na educação tradicional, e que as mudanças parecem ocorrer nas gerações seguintes, para as quais já se consolidaram novos comportamentos e mudanças nos papéis do homem e da mulher na sociedade.

Observei certa amargura nas referências que eles fazem sobre a exclusão que sentem, mas entendo que as mudanças devem ser oportunizadas pela maior abertura aos problemas da família, pela comunicação e pela compreensão mútua. Algumas das falas que destaco:

... Não é de agora esse machismo, vem do Pai, para filho é uma coisa histórica. É uma coisa que é um tabu mesmo. Um mito. O Homem vai ter que está forte até o final. Homem não pode... Imagina homem não pode adoecer. Eu só procurei um médico aos 35 anos. Três vezes eu corri de médico, é uma coisa que fica na cabeça da gente e que vai passar pros filhos da gente e vai continuar sendo a mesma coisa. E engraçado que continua esse tabu (Francisco).

Isso nos remete a pensar que o homem se sente fora das obrigações familiares do cuidado de saúde de seus membros, mas que não se sentem despreparados para dar conta dos deveres de casa com os filhos e do trabalho, e às vezes de si mesmo.

Para mudar esta situação, há necessidade de mudança de pensamento para os membros das famílias unirem-se, envolverem-se, organizarem-se, pois qualquer que sejam as dificuldades sejam elas por saúde, moradia, trabalho, educação, serão mais bem resolvidas com a cooperação. O processo de construção de uma família integrada exige dos profissionais atenções redobradas e criação de oportunidades, tais como convidar o casal para virem às consultas aos filhos, ou mesmo de um dos cônjuges.

Cada membro familiar tem sua responsabilidade, por exemplo, a mãe com suas obrigações, os filhos com as suas e o pai com a dele, sem perder a ideia do compartilhamento e cooperação, pelo estabelecimento do convívio, do vínculo familiar. O homem também pode estar atento com a saúde de seus filhos e esposa, apoiando, tomando iniciativas, reforçando os

laços familiares, transmitindo tranquilidade a seus familiares, de que eles não estão sozinhos nas dificuldades.

Atualmente a mulher conquistou o mercado de trabalho, estão dividindo espaço com os homens, na indústria, comércio, lideranças, entre outros cargos que antigamente só os homens exerciam.

A mulher começa a sair mais de casa para trabalhar fora, estudar, ter mais oportunidades, mas com isso tem que realizar uma jornada dupla, no seu trabalho e em casa, e o seu salário faz parte do orçamento familiar.

Neste contexto social, muitos homens ainda não estão preparados para as circunstâncias e situações em que vão ter que atuar quando elas estiverem fora de casa. Culturalmente existe um preconceito, mas as exigências de sobrevivência nos levaram a aceitar que as mudanças são necessárias. E que o homem está percebendo a importância dessas mulheres e de sua força produtiva.

Eu acho que a mulher sabe ser mais independente do que o homem. A mulher consegue bem mais rápido se manter e criar os filhos na vida do que o homem (Mario).

Vai às faculdades hoje em dia a maioria dos formandos são "Mulheres". A mulher ela é diretora, médica, ela é professora, delegada, motorista, ela é independente, ela é uma surpresa (Valdemir).

Vocês mulheres nascem e já são preparadas pra isso a vida inteira. Pra gerar, ter um filho. Vocês já têm esse pensamento que vão passar por isso. O homem não! (Cássio).

A convicção que a mãe tem um papel fundamental na criação dos filhos, que a família é o suporte das adversidades da vida, da conduta correta dos ensinamentos, do exemplo das atitudes, dos bons hábitos. E que hoje está se perdendo o valor das coisas, das reais necessidades por falta de uma estrutura familiar, da qual o pai e mãe possam educar seus filhos.

A mulher está mais estruturada e evoluída do que o homem. Porque a grande maioria tem faculdade, estão estudando, trabalham de dia e estudam a noite. Por isso que o homem tem que ser mais participativo. Justamente por ele já ser mais delicado nisso ele tem que se envolver mais. A mulher quer participar, mas o homem não quer participar (Francisco).

Com a mulher no mercado de trabalho a educação passa a ser responsabilidade das creches, das escolas, inclusive dos amigos com que convivem. Se os pais não intervirem quando a criança apresentar alguma dificuldade, sentirem a necessidade vão se tornando adultos cheios de medos, angústias, frustrações sem saber definir o que é certo ou errado. Assim vai se construindo a história de vida de cada cidadão, de cada indivíduo, de cada homem, se fazendo a sua identidade cultural.

Comigo aconteceu o seguinte: Por isso que eu às vezes debato, porque eu acho muito errado. Eu sinto uma impotência. Daí o médico que me atendeu foi o Caíque na época. Ele me deu aquela injeção de Testosterona... (Alcides). Gente! Vocês não têm noção de como é importante à saúde do homem. É muito... Muito importante! Estou correndo há quase quatro meses atrás de especialista e não consegui, aqui em Navegantes. E se é uma policlínica, então aqui tem que ser um pronto atendimento. São coisas que não tem como faltar, medicação, raios-X, médico especialista. Fiquei revoltado com o médico e ele queria que eu voltasse com mais de quarenta e cinco dias e queria que eu voltasse no mês que vem. Podia ser mais rápido (João). Só que eu esqueci que o corpo é perecível e eu fiquei doente. E não sabia. Por quê? Não posso sentir dor, não posso parar, não posso parar porque senão a casa cai. E se a casa caindo à coisa não dá certo. Mas eu sou sozinho e se não der certo, não deu (João). Então quem estudou um pouco sabe que o remédio forte te mascara a dor. Ah eu estou bem graças a Deus. Esse remédio deu bem, mas não, ele sedou (Alcides).

Também foi possível detectar nas falas que muitas vezes o homem se automedica, mais que as mulheres, devido à falta de tempo de ir ao médico, usando geralmente medicações analgésicas para mascarar as suas dores, podendo assim agravar a situação de saúde ou até mesmo causando doenças renais por exemplo. As dores agudas percebidas e tratadas na Urgência e Emergência são muitas vezes percebidas pelo médico como uma doença que deveria ser tratada na UBS, de modo que o homem necessita muitas vezes de um aconselhamento para buscarem a solução de seus problemas de saúde, buscando atendimento nas consultas na UBS.

Ainda que o sistema de saúde seja precário e que o atendimento demore, ainda assim é melhor do que a prescrição paliativa do PA. Se forem solicitados exames nesta ocasião, devem ser encaminhados mais rapidamente às consultas. Neste caso há necessidade de mudanças na organização do trabalho e para isto é necessário que o grupo de profissionais esteja disposto a um esforço coletivo.

No final da reunião foi explicado que as melhorias a serem propostas a partir das rodas de conversas iriam ser repassadas a todos os participantes da mesma. E que nos encontraríamos para a última confraternização em uma pizzaria. Houve novamente o lanche e a distribuição de camisas para cada participante, que todos colocaram e tiramos uma foto de lembrança. Os participantes saíram bem satisfeitos com as reuniões e me agradeceram pela dedicação.

5 QUESTÕES (IM) PERTINENTES

As diferenças sociais entre grupos de pessoas sempre existiu e aceitamos que cada grupo se diferencia, por exemplo, pela faixa etária, etapa da vida, condições de saúde que requerem cuidado diferenciado. A diferença de sexo é um dos fatores importantes nas desigualdades ocasionadas pelas doenças próprias de cada sexo (FIOCRUZ, 2013).

Os Determinantes sociais da Saúde incluem as condições mais gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias (BUSS; FILHO, 2007).

As perspectivas dos determinantes sociais da saúde podem direcionar os profissionais da área a lidar com cada grupo de pessoas. Inclui estilo de vida, hábitos como, fumar, sedentários, alimentação precária ou em excesso, ingestão de álcool, condições precária de moradia e desemprego, entre outros fatores que determinam o processo saúde-doença.

Entre as falas mais frequentes durante os grupos de estudo com os homens, estão as que indicam os postos de saúde como lugar feminizado, onde as mulheres possuem prioridade nos atendimentos e nas especialidades. Os homens são vistos como fortes e que, de modo equivocado, podem esperar por atendimento às suas doenças. Assim, eles apontam que procuram por assistência somente quando estiver muito incomodado, direcionando-se aos serviços de urgência e emergência, deixando de tratar doenças crônicas que mais tarde podem levar à morte.

Esta questão não aparece apenas como comportamento individual, mas como resultante da história social, em que as iniquidades são produzidas pelo modo como a sociedade está organizada.

Os determinantes sociais de saúde provocam as iniquidades de saúde. A primeira delas privilegia os “aspectos físicos-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos decorrentes de processos econômicos e de infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde, etc.), privilegia os fatores decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. Outro enfoque privilegia os “fatores psicossociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito

de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde (BUSS; FILHO, 2007).

Se analisarmos as falas dos pacientes frequentadores masculinos do Pronto Atendimento referente à oferta de serviços de saúde prestados a eles, nos deparamos com as iniquidades citadas acima. Baixa renda familiar, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, falta de transportes, entre outros problemas relacionados aos determinantes sociais. Dentre estes aspectos específicos faz-se necessário qualificar o atendimento desta população, nas UBS e no PA.

Precisamos ter em conta a necessidade de mapear a educação sanitária, mudar os estilos de pensar, sair da harmonia das ilusões e ter um olhar mais crítico, problematizador, evitando a estagnação em que vivemos e realizando ações que realmente fazem alguma diferença social.

O modelo biomédico desvaloriza as potencialidades do cuidado, reforçando o uso de medicamentos, de modo que o olhar curativista omite fatos, impedindo-nos de pensar com outro olhar do cuidado, desvalorizando quaisquer atitudes que não sejam relacionadas ao modelo biomédico, garantindo a sua hegemonia. Mas devemos quebrar paradigmas e problematizar o estilo de pensar sanitaria, higienista e da educação bancária e ter um olhar mais direcionado para a promoção e integração do indivíduo na sociedade, com suas reais necessidades.

Mudar exige esforço de transformação, pois ainda vivemos num mundo de alienação e devemos problematizar atitudes e cultura, pois só assim teremos interlocutores ativos e críticos. Conforme Freire (1980) o diálogo é a ferramenta de mudanças para escolhas mais qualificadas.

Vivemos numa sociedade que provoca indiferenciação, ou seja, desconsidera a individualidade e na qual o Estado não promove políticas sociais que garantam a equidade e integralidade, incentivando melhores escolhas para uma boa saúde.

Assim, a gestão do processo de trabalho, no que se refere à saúde-doença, deve se preocupar em qualificar e ampliar as suas metas e sua maneira de organizar os serviços das redes de atenção.

Diante da grande demanda de procedimentos, encaminhamentos para especialistas, dificuldade de acesso a consultas na rede básica, falta de profissionais na rede, se pensarmos em integralidade parece impossível que se torne realidade. Mas se, a partir da integralidade, se tentar realizar um trabalho coletivo, no qual os profissionais possam trocar experiências, divulgar seus trabalhos, considerando a participação das comunidades nas decisões de ações

de saúde, além de envolver os gestores locais, penso que é por aí que pode dar-se o início de uma mudança significativa nos serviços de saúde já existentes. Diz Bonfada et al (2012, p. 556)

Ao discutirmos a integralidade relativa à maneira como se organizam as práticas de saúde, iniciamos questionando: de que forma, então, o Estado quer chegar a estabelecer uma assistência integral se a base da produção dos serviços de saúde hoje corresponde a programas verticalizados que não respondem às necessidades e a realidade local?

Por outro lado, temos também de considerar, como dizem estes autores, o caráter imprevisível dos elementos do processo saúde-doença e dos determinantes sócio-culturais traz para a assistência à saúde um elevado grau de subjetividade. Esta questão implica, então, na necessidade de buscar diretrizes que aproximem a realidade das UBS com as necessidades individuais.

Falar em integralidade sem pensar nestes aspectos e sem mencionar que cada localidade tem sua própria característica e seus processos de adoecimento e cura, torna mais difícil a mudança das ações, por isso o profissional de saúde deve estar atento a essas demandas, sejam elas administrativas, educacionais ou pessoais de cada indivíduo.

Além disto, há que se estabelecer e assumir as responsabilidades profissionais pelo cuidado, acompanhando e encaminhando os indivíduos para a resolução de seus problemas, desenvolvendo capacidades de dividir e participar do cuidado integral, como tarefa mais criativa, resolutiva, compartilhada, elaborada, de modo que, no final, se possa perceber maior satisfação dos usuários e profissionais da área.

Atualmente as mulheres conquistam o mercado de trabalho e estão dividindo espaço com os homens, na indústria, comércio, lideranças, entre outros cargos que antigamente só os homens exerciam. A mulher começa a sair mais de casa para trabalhar fora, estudar, ter mais oportunidades, mas com isso, em geral, tem que realizar uma jornada dupla, no seu trabalho, e em casa, ainda que o seu salário faça parte do orçamento familiar.

Neste contexto social, muitos homens ainda não estão preparados para as circunstâncias e situações que vão ter que assumir quando elas estiverem fora de casa. Culturalmente existe um preconceito, mas as exigências de sobrevivência nos levaram a aceitar que as mudanças são necessárias. E que o homem está percebendo a importância dessas mulheres e de sua força produtiva.

Mas se percebe a necessidade de explorar mais tais aspectos, abordar com mais clareza os temas, para identificar, por trás de suas falas, nas relações no contexto familiar, na comunidade, na sociedade, que esses valores estão presentes e fazem parte da cultura que influencia um conjunto de pensamentos e ações interdependentes, diante de uma situação de saúde do sexo masculino.

O comportamento de cada indivíduo pode ser peça importante na definição de novas atitudes, de modo que trabalhando nesses aspectos, mostrando que as mudanças podem também vir do homem, quando compreende o seu papel na sociedade, dentro da família, no trabalho, mas também como um ser que necessita de cuidados, de atenção para os seus problemas de doença.

Ele é uma pessoa complexa, que podemos mudar nossa maneira de enxergar suas necessidades, e oferecer a oportunidade de se expressarem com maior liberdade.

Na promoção da saúde, a comunidade deve ter um papel ativo, na qual a integração dos saberes, nos diferentes contextos sócio-culturais, seja valorizada. Assim, a cultura deve ser reconhecida de forma complementar com os outros conhecimentos para multiplicar nossos potenciais de crescimento e construir uma sociedade mais igualitária com mais rapidez nas soluções dos problemas sociais (Andrade; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Na prática diária dos atendimentos e queixas dos pacientes que se direcionam ao Pronto Atendimento, deparamo-nos com os desafios colocados pelos mesmos, devido às desigualdades sociais, injustiças perante a falta de recursos, que muitas vezes vão além do nosso alcance como profissional da área da saúde. Quando a situação de saúde desses pacientes está mal, vão ao Pronto Atendimento, e muitos casos agudos são resolvidos ali no momento, mas as demandas por uma assistência mais complexa são grandes, requerendo um atendimento com um clínico geral das UBS, especialistas, e muitas vezes tendo que esperar para serem agendados cirurgias ou exames diagnósticos, para então se processar o cuidado e a cura.

Todo o sistema tem um meio de se manter e, quando as queixas são frequentes, as desigualdades saltam aos olhos. Se fizermos uma avaliação da situação podemos encontrar a melhor maneira de se tentar solucionar os problemas.

Cada membro de uma comunidade tem seu papel, e no momento em que um grupo se reúne trazendo seus conhecimentos e esclarecimentos da situação problema, há a geração de necessidade de mudanças, que assusta muitos profissionais, pois irão exigir novas configurações no trabalho.

Mais ideias postas em conjunto começam a ganhar força, as pessoas começam a compreender as situações que estão vivenciando no seu cotidiano. É próprio do ser humano querer melhorar, manter sua rotina para sentir segurança, sua autonomia, autoproteção, e seu desenvolvimento próprio, e possibilitar essas ações no seu crescimento para a sua autopreservação, através de seus questionamentos, angústias diante de sua saúde, já me parece um bom caminho. Deparamo-nos com uma demanda de cuidados, atenção, esclarecimentos e

atendimento adequado, mas quando se percebe que é possível quebrar paradigmas e tentar enxergar o sistema de saúde como um aliado na conquista de uma saúde igualitária para todos, a situação problema começa a ficar menor, dando espaço para o novo. E é através das informações adquiridas, transmitidas, exploradas, que vou tentar trabalhar com esses pacientes do grupo.

Os problemas expostos pelos homens nos revelam a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com o público masculino. O sistema de saúde deve reconhecer e resgatar esta população para seus cuidados de saúde, através de incentivos coletivos, em que a população possa ser vista, possa partilhar seus problemas, inserindo-os socialmente na consolidação de uma rede de apoio, um local próprio para os homens. A divulgação deve ser estimulada, circulada nas redes de serviços de saúde, onde se possam estabelecer metas de cuidados, reconhecendo o sujeito masculino como um ser que necessita de cuidados, para se pensar em conjunto, partilhando seus problemas e soluções em grupo.

Os desafios são muitos, a comunidade tem seus próprios problemas, como droga, violência, estresses, trabalho em excesso, falta de segurança, entre outros. Mas mostrar que o processo de prevenção e promoção de cuidados pode vir deles também, fortalecendo seus vínculos familiares, resgatando a sua identidade cultural, criando um espaço que permita e possibilite integrar este homem nos cuidados de saúde prestado pelo município.

A questão religiosa esteve muito presente nas falas, pois quando necessitam de ajuda se apegam às suas crenças, pois não se sentem seguros em procurar por atendimento de saúde, suspeitando que seus problemas vão ser vistos de uma forma inadequada e com descaso.

A convicção desses participantes homens de que a união, o compartilhamento das ideias, a valorização de que, quando as pessoas se reúnem em benefício mútuo, é possível gerar um processo de cooperação, com melhor entendimento da situação problema. Quando reconhecem em si próprios os sofrimentos podem perceber o sofrimento dos outros. Estes encontros fizeram com que esses homens se sentissem acolhidos, reconhecidos, respeitados uns pelos outros.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficou claro para mim, então, a necessidade de reestruturação dos cuidados prestados a população masculina. Se nos perguntarmos onde está o início dos problemas enfrentados por estes indivíduos, vamos nos deparar com situações sociais, culturais, religiosas, entre outras, mas nem por isso ficaremos sujeitos a estas condições.

Sendo assim visto que os serviços de saúde não conseguem atingir os homens, não oferecendo serviços específicos ou programas voltados exclusivamente a eles e que os mesmos procuram menos que as mulheres os serviços de saúde.

Ao deparar com tais questões, pretendi compreender de maneira abrangente, para tentar sugerir ações possíveis, para que o homem seja responsável por sua própria saúde e de seus familiares, incluindo a ESF como uma alternativa importante para chegar à compreensão do contexto familiar.

É importante destacar, então, na conclusão deste trabalho, o que considero uma das melhores alternativas de intervenção sobre as questões e problemas de saúde dos homens, a saber: a Estratégia de Saúde da Família, através das visitas domiciliares, incluindo aí questionamentos específicos sobre condições de saúde dos membros masculinos da família, além das alternativas de intervenção no próprio espaço da UBS, através dos programas de prevenção, promoção e recuperação da saúde masculina, especialmente com ações de educação em saúde.

Há necessidade, atualmente, de se repensar o modelo de saúde pública, quando estamos trabalhando para a saúde do sexo masculino, a partir de uma reflexão sobre a saúde do indivíduo e da comunidade. Por exemplo, pode-se tentar combinar ações de educação em saúde, onde o profissional se aproxima do usuário no próprio contexto familiar, através de estratégias de planejamento de cuidados, estabelecendo uma união mais forte entre os membros da família em geral.

É necessário então que se examine qual é o vínculo afetivo entre os membros da família e destes com a comunidade, e qual é o seu contexto social, qual o papel que cada um desempenha, incluindo o homem. A partir disso, pode-se tentar alcançar e sustentar, através de dados concretos, a importância das ações de prevenção e promoção da saúde, dentro da rede básica, para a população masculina, pois a atenção à sua saúde ainda continua muito precária em relação à atenção dada às mulheres.

Faz-se então necessário criar estratégias para incluir e educar o homem, quanto ao cuidado de sua própria saúde, buscando reduzir o índice de doenças que poderiam ser evitadas com a prevenção, por exemplo.

Só não podemos esquecer que a mulher tem um papel importante em envolver este homem nos cuidados pessoais e familiares. Sabemos que o caminho é longo, mas precisamos começar para um dia tentarmos chegar a um ideal possível de atenção à saúde. E a ESF é o caminho mais curto para que isso aconteça com resolutividade e eficácia, com resultados positivos e estimulantes nesta batalha da luta pela vida.

A atenção básica, sendo a porta de entrada do sistema, deve garantir que estes indivíduos sejam atendidos dentro do sistema, considerando suas características e problemas específicos.

Os homens em geral rejeitam a posição de paciente, não aceitando o papel de doente e de que necessita de cuidados de outras pessoas. Isto tem relação, possivelmente, com as características culturalmente construídas da masculinidade, que envolvem certamente a negação de aspectos “femininos”, ou que revelem fraqueza e fragilidade. Nota-se, assim, a relação dos aspectos culturais com o processo de adoecimento dos homens.

A questão do autocuidado, da busca da saúde, da qualidade de vida, da necessidade de precisar de ajuda, de ter paciência, prudência em suas ações, não exagerar, ter hábitos saudáveis, manter uma saúde de qualidade, tratar as doenças, ainda é uma construção para esses homens e essa construção está sendo formada pelo grupo aos poucos.

O importante, neste momento de tantas mudanças é quebrarmos este paradigma social e darmos um salto de qualidade na assistência, como ponto chave de nossa história na saúde pública e coletiva, fortalecendo o sistema e todas as famílias envolvidas.

A atuação de cada profissional de saúde deve procurar atentar para as funções de organização e coordenação dos serviços, como uma prática baseada em conhecimentos científicos, voltada para o cuidado e autocuidado do ser humano (educação em saúde), tanto no que se refere à sua recuperação como na prevenção e promoção da saúde.

Quando consideramos a Atenção Básica e a ESF como a estratégia delineada para dar conta da atenção integral à saúde dos homens, percebemos que os problemas enfrentados apresentarão, necessariamente, múltiplos aspectos, exigindo uma atuação interdisciplinar. Por exemplo, se um dos efeitos da dimensão social da pobreza é a desagregação familiar, marcada pela ausência da figura do pai, então, intervir aí, através da ESF, por exemplo, implicará mudanças não somente dos fatores de saúde física dos homens, mas de muitos outros fatores que compõem o quadro dos problemas encontrados na atenção básica.

Assim, também através de práticas com grupos de homens no Pronto Atendimento, respeitando as características e diferenças de cada ser humano, pode-se pensar em fazer um trabalho educativo, onde eles possam expressar suas dúvidas e trocar experiências que tenham vivenciado. Nessas práticas, pode-se então orientar sobre riscos e agravos à sua saúde e sobre como os mesmos podem interferir na vida social destes homens, dando assim suporte para a auto-prevenção em saúde masculina.

6.1 RECOMENDAÇÕES

Referente à procura pelo atendimento de saúde seja na rede básica ou nos serviços de Urgência e Emergência estimulando assim sua auto-prevenção de saúde. Venho propor palestras educativas, espaço para debates através de grupos permanentes no PA a partir do grupo de estudo, uma vez por semana e no horário noturno, pois tem mais facilidade de acesso à população masculina que ali reside. E hoje já realizado a triagem no foco do controle da hipertensão, pois, os homens muitas vezes nem sabem que são hipertensos e acabam descobrindo no atendimento do PA, na hora da realização da triagem de enfermagem, No mesmo momento já solicito o controle da pressão arterial durante duas semanas e após consulta com o Clínico Geral da unidade de seu bairro. Seria importante, também, realizar um estudo mais profundo através de um questionário.

Na UBS a assistência à saúde está limitada às decisões burocráticas, o insucesso das ações se deve a um grupo de gestores, líderes que gerenciam todo o sistema de saúde.

Nos profissionais da área da saúde somos os colaboradores de todo o processo, dos quais cumprimos ordens. Mas se nos unirmos em prol de um objetivo comum, que seria a melhoria da qualidade dos serviços prestados a população, e em especial a população masculina. Com ações em conjunto, planejamento dos cuidados prestados a essa população, com um olhar mais integral, não focado só na doença, mas num contexto social onde estão inseridos, na comunidade, seus bairros, abordando as suas dificuldades, tentando gerar uma transformação no cuidado, estimulando as pessoas a procurarem por seus direitos, lutarem por uma melhor saúde.

Nestes subgrupos, estamos nos referindo aos homens, pois os mesmos estão em desvantagens diante das condições e possibilidades de atendimento para esta população. No que nos diz respeito à saúde como direito de todos e dever do estado, existe ainda uma falta ou carência quanto à saúde masculina.

Através então de palestras educativas em empresas, escolas, academias, jogos de futebol e dentro da UBS, por exemplo, em UM AMBIENTE que os homens possam verbalizar as suas reais necessidades de saúde, respondendo através de um questionário questões sobre sua saúde e sobre os serviços na rede básica, se atendem ou não as suas necessidades. Também nestes locais o ideal seria, ter uma equipe treinada da saúde para conversar com os empregados, alunos, cidadãos e pacientes, e direcioná-los, a um profissional que pudesse realizar um cuidado integral, garantindo as informações necessárias para dar continuidade no tratamento de saúde, como: ter hábitos saudáveis de alimentação, ingerir menos gordura saturada, evitar o tabagismo; bebidas alcoólicas; praticar exercícios físicos regularmente; realizar consulta no mínimo uma vez por ano, com o clínico geral da UBS de seu bairro para aqueles homens que não tem problemas de saúde; e para os que possuem doenças crônicas, duas vezes por ano ou mais, se evitaria assim doenças futuras. O sistema de saúde deve se preocupar com o todo, e este todo envolve o cuidado com o sexo masculino, como os princípios básicos do SUS sugerem, visando à equidade na atenção. Então pensar em profissionais da UBS realizarem um espaço de conversas com a população masculina seria possível quem sabe mudar hábitos prejudiciais a saúde masculina.

Criar então alternativas de atendimento, dentro da unidade básica, que melhor se adequam à realidade desta comunidade, contando com uma equipe multiprofissional (psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem etc.) e garantir que os serviços de urgência e emergência possam trabalhar junto com as UBS, não como uma válvula de escape da superlotação dos hospitais, mas com responsabilidade na qualidade de melhor atendimento e direcionamento desses pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família.** In: CAMPOS, G. W. S. [et al]. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

AQUINO, E. M. L. **Gênero e saúde:** Perfil e tendências da produção científica no Brasil. Revista de Saúde Pública. Salvador, BA, Brasil.2006

ARAÚJO, M, A, L; LEITÃO, G, C, M. **Acesso á consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis:** experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. Caderno de saúde pública. Rio de Janeiro. v. 29 n.2 mar./abr, 2005.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS:** O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, v 1. São Paulo: Ed. Atheneu, 2004. 256 p.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch. **A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de freire.** Texto Contexto Enferm, Jul-Set; 14 (3):427-3,2005.

BARROS, N.F. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS:** uma ação de inclusão. Rio de Janeiro. v.11. n.3 jul./set.2006.´

BORGES, C. C; JAPUR, M. **Sobre a (não) adesão ao tratamento:** ampliando sentidos do autocuidado. Texto e contexto-enferm. Florianópolis. V.17 n.1, jan/mar. 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária à Saúde nos Estados /** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996:** diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 1996.

_____. Ministério da saúde. **Portaria 971 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema único de Saúde; DOU seção 1; 4/05/2006.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRAZ, M. **A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem:** reflexão: reflexão bioética sobre justiça distributiva. Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. V.10 n.1. jan./mar.2005.

BUSS P.M; FILHO A.P. **A Saúde e seus Determinantes Sociais.** Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. v.17, n.1, mar.2007

CORMACK, E. F. **Secretária de gestão estratégica e participativa.** Rio de Janeiro, 2005. Ed. Ministério da saúde - Brasília, 2007.

COSTA, H. Apresentação. In: SECLLEN, J; FERNANDES, A.S. (org). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde da familiar: caso Brasil**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2004. p.9.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M .I; GIUGLIANI, E.R.J. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3.Ed. Porto Alegre. Ed. Artmed, 2004.1600p.

EGRY, E.Y. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**, São Paulo: Ícone, 1996.

FIGUEIREDO, W. **Assistência á saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária**. Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v.10 n°. 1.Jan./mar.2005.

FIOCRUZ. **Saúde e Sociedade**. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em Maio/2013.

FREIRE.P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. 3ª ed. São Paulo: Moraes; 1980.

_____.**Educação e Mudança**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra,1982.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 175p.

GOMES R; FERREIRA, E. N; CARVALHO, F. A. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres?** As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. de Saúde Pública. Rio de janeiro. v. 23, n .3, mar. 2007.

GUIMARÃES, Jacileide. **A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços**. Ciência & Saúde Coletiva, 17(2):555-560, 2012.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2 ed. Porto Alegre. ed. Artes Médicas, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2011**. São Paulo: IBGE, Dez.2011. Disponível em: <www.economia.uol.com.br/.../ibge-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-au>. Acesso em: Jun/2013.

JR. CARNEIRO, N; SILVEIRA, C. **Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social**. Cad. de Saúde Pública. Rio de janeiro. v.19 n.6, Nov/dez 2003.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa em Saúde**; autores convidados: BECK, C. L.C, NIETSCHKE, E,A, GONZALES,R.M. B. 2 ed. Florianópolis:UFSC. Pós Graduação em Enfermagem, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem** (Princípios e Diretrizes). Brasília, novembro de 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf>. Acesso em: Ago/2013.

MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **Educação em saúde a partir de círculos de cultura**. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 63, n. 3, June 2010 .

NABUCO, C. **Porque os homens não cuidam da saúde.** In: Revista Cláudia, Porto Alegre, v.1 maio. 2008, p.239-241.

NEVES, J. C; LOPES, M.J.M. **Os Serviços de Atenção Básica e a demanda masculina:** a necessidade de repensar o modo de atenção. In LOPES, M. J. M; PAIXÃO, D. X (org). Saúde da Família: histórias, práticas e caminhos. Porto Alegre. Ed. da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2007. 416p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Carta de Ottawa.** In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1, Ottawa.,Nov.1986.

PÉREZ, R. P; PÉREZ, M. F; GONZÁLES, N. O.**El câncer de próstata:** um desafio constante para el médico de família. Ver Cubana Men Gen Integr, 2002.

PINHEIRO, T.F; COUTO, M. T. **Homens, masculinidade e saúde:** uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. “História da Medicina e da Saúde Pública no Brasil: Interfaces com a Profissão Médica”, ministrado no Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (agosto a novembro de 2008).

POLIT, D.F; HUNGLER, B.P **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIBEIRO, T. N. **Saúde Reprodutiva e Sexual Masculina em Francisco Morato, SP:** o discurso de profissionais, gerentes e gestores de saúde. São Paulo, Brasil. 2009.

SCHRAIBER, L.B; GOMES, R; COUTO, M. T. **Homens e saúde na pauta da saúde coletiva.** Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de janeiro. v.10 n.1. jan./mar.2005.

SECLLEN, J; FERNANDES, A.S. (org). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde da familiar:** caso Brasil. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2004.

SOUZA, M. F. **Modelos e teorias de enfermagem direcionadas ao cuidado do adulto na comunidade ou na rede básica de saúde.** In BRÊTAS, A. C. P; GAMBÁ, M. A. (org). Enfermagem e saúde do adulto. Barueri, São Paulo. ed.Manoele, 2006.299p.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre as necessidades de saúde.Serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, R. R. **Humanização e atenção primária á saúde.** Cienc. saúde coletiva. Rio de Janeiro. v. 10 n.3 jul/set. 2005.

THUMÉ, E. **As práticas dos enfermeiros na atenção básica em saúde** na região sul do Rio Grande do Sul. Santa Catarina: UFSC, 2000, 143F. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciência da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2000.

TORO, O. Prefácio. In: SECLLEN, J; FERNANDES, A.S. (org). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde da familiar:** caso Brasil. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2004. p. 7.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias:** um guia para realização e intervenção na família; tradução de SPADA, S. M. 3. ed. São Paulo. ed. Roca, 2002. 327p.

ANEXOS

Anexo A – Termo de aceitação de orientação

Eu, Prof.^a Maria Tereza Leopardi, professor do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, Campus Itajaí do Centro de Ciências da Saúde, concordo em orientar o aluno Luciane Boza Delgado, no desenvolvimento de sua dissertação de mestrado, tendo como tema: A saúde masculina no pronto atendimento e na atenção básica: uma proposta de intervenção de enfermagem.

Itajaí, 2013.

Orientador

Docente do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, Campus Itajaí.

Aluno Discente do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, Campus
Itajaí.

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

TÍTULO: A saúde masculina no pronto atendimento e na atenção básica: uma proposta de intervenção de enfermagem.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria Tereza Leopardi

TELEFONE PARA CONTATO: (48) 3233-1264

MESTRANDO: Luciane Boza Delgado

TELEFONE PARA CONTATO: (47) 3319-2812

O presente estudo tem por objetivo conhecer os comportamentos de saúde da população do sexo masculino, no que se refere ao autocuidado, empoderamento do sujeito e as práticas de atenção específicas em uma Unidade de Pronto Atendimento.

O grupo de sujeitos do estudo será composto por amostra dos homens da área de abrangência do Pronto Atendimento – Policlínica de Machados do município de Navegantes - SC.

Serão considerados no estudo: 1) a população do sexo masculino com idade entre 25 e 72 anos, sendo que os até 59 anos estão na faixa etária da parcela preponderante da força produtiva, e além do mais exercem um significativo papel sociocultural e político, como preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; 2) uma amostra de no mínimo oito e no máximo 12 homens entre os que recebem atendimento no Pronto Atendimento em que atuou.

Será realizado círculo de cultura, por meio de cinco encontros durante o período de 50 dias e serão organizados no horário das 19 às 20h30min. O número de pessoas por encontro será flexível, sendo que novos participantes poderão entrar no grupo a qualquer momento, mantendo o número estabelecido anteriormente.

Os participantes serão escolhidos intencionalmente através dos seguintes critérios: homens que se recusam normalmente a procurarem por serviços de saúde; os que não aderem aos tratamentos oferecidos; e os que não possuem autonomia para cuidarem de sua própria saúde, e não implementam ações para promover ou manter a sua saúde.

Todos serão convidados a participar da pesquisa, que será realizada no meu local de trabalho.

Inicialmente, após a formação do grupo, o projeto será apresentado, para que após eles possam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Qualquer dúvida relacionada com a pesquisa pode ser esclarecida com o pesquisador, em qualquer momento da pesquisa, inclusive após sua publicação. Não haverá por parte do entrevistado nenhuma despesa ou indenizações pessoais.

Assinatura do participante:

Eu, _____, RG _____, CPF _____
_____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente esclarecido e informado sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e Data: _____

Nome: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Anexo C – Termo de compromisso de utilização e divulgação de dados

Eu, Luciane Boza Delgado, pesquisador responsável pela pesquisa intitulada: A saúde masculina no pronto atendimento e na atenção básica: uma proposta de intervenção de enfermagem, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na Resolução Nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, e em suas complementares (Resoluções 240/97, 251/97, 292/99, 303/00 e 304/00 do CNS/MS), e assumo, neste Termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletados do (s) sujeito(s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos. Assumo ainda neste Termo, assumo o compromisso de destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam.

Itajaí,.....de.....de 2013.

Pesquisadora Responsável