



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ANA CLÁUDIA MACÊDO DANTAS DE LIMA

**A SAÚDE DO TRABALHADOR COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: UMA
QUESTÃO DE GÊNERO E DE INCLUSÃO SOCIAL**

CUITÉ – PB

2014

ANA CLÁUDIA MACÊDO DANTAS DE LIMA

**A SAÚDE DO TRABALHADOR COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: UMA QUESTÃO DE
GÊNERO E DE INCLUSÃO SOCIAL**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem, para análise e parecer com fins de realização de Trabalho de Conclusão de Curso e obtenção do grau de Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*.

Orientadora: MSc. Jocelly de Araújo Ferreira

CUITÉ – PB

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

L732s Lima, Ana Cláudia Macêdo Dantas de.

A saúde do trabalhador com deficiência física: uma questão de gênero e de inclusão social. / Ana Cláudia Macêdo Dantas de Lima. – Cuité: CES, 2014.

88 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Jocelly de Araújo Ferreira.

1. Saúde do homem. 2. Saúde do trabalhador. 3. Pessoas com Deficiência. 4. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU 614-005.1

ANA CLÁUDIA MACÊDO DANTAS DE LIMA

A SAÚDE DO TRABALHADOR COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: UMA QUESTÃO DE
GÊNERO E DE INCLUSÃO SOCIAL

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* Cuité, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Prof.^a MSc. Jocelly de Araújo Ferreira
Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande

Prof.^a MSc. Janaína von Söhsten Trigueiro
Avaliadora Interna
Universidade Federal de Campina Grande

Prof.^a Dr.^a Wilma Dias de Fontes
Avaliadora Externa
Universidade Federal da Paraíba

Cuité-PB, 04 de Setembro de 2014.

Dedico esta vitória a **Deus** por ter-me dado à vida e iluminado meu caminho durante esta jornada, quando algumas vezes, me senti desacreditada e perdida nos meus ideais.

Aos meus amados **pais**, sobretudo à minha mãe, que dedicou, cuidou e doou incondicionalmente seu “sangue e suor” em forma de amor e trabalho por mim, que iluminou os caminhos escuros com afeto e dedicação para que trilhasse sem medo e cheia de esperanças, e que em muitas vezes, renunciou seus sonhos, para que pudesse realizar os meus. Espero um dia poder retribuir tudo isso a ti. Te amo!

AGRADECIMENTOS

Aos meus **pais**, Maria do Socorro Macêdo e José Iranilson Dantas de Lima, que acreditaram na minha capacidade de enfrentar e vencer os desafios da vida, permitindo que eu chegasse até aqui.

À minha **avó**, Teresa Rodrigues Macedo, exemplo de simplicidade, fé e força. Agradeço por indubitavelmente confiar e acreditar em mim, e por todo carinho prestado ao longo de minha vida. Amo-te!

À minha **orientadora**, Jocelly de Araújo Ferreira, por tamanha energia, disposição, paciência, por ter acreditado em minha capacidade, pela competência e dedicação prestadas na construção deste trabalho. Sua contribuição foi crucial para a concretização desse estudo.

Aos docentes participantes da **Banca Examinadora**, por tão valiosa contribuição.

Aos meus **amigos**, Jonhny e Mayara, minha segunda família criada a partir do compartilhar de um lar, em especial à Vivianne (Vivi), que se faz tão presente em minha vida, agradeço por todas as palavras de apoio, conversas, conselhos, que incontáveis vezes acalmaram meu coração, me proporcionando paz e por acreditar sempre em minha capacidade. A presença de vocês ajudou a minimizar os momentos difíceis dessa jornada.

Aos **amigos de infância**, Narciso, Annie e Julyana, pela compreensão da minha ausência em detrimento das correrias da graduação, agradeço por me apoiarem, por me auxiliar no divertimento e no descanso necessário.

Aos **colegas** de graduação, pelo convívio e acima de tudo, as amigadas criadas. Em especial à Patrícia e Thayanne que nos últimos tempos engrandeceram os nossos laços de amizade, tornando mais fácil a vivência e o enfrentamento deste último período do curso.

Aos meus **familiares**, pelo incentivo, apoio e confiança na realização dessa conquista em minha vida.

Ao **Centro de Educação e Saúde (CES)**, sobretudo aos docentes do curso de Enfermagem, que foram tão importante na minha vida acadêmica, me proporcionando conhecimentos que ultrapassam o limite profissional.

Ao **bibliotecário**, pelas correções necessárias para a melhoria desta pesquisa.

A **Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD)**, por ter me concedido o direito de realizar a etapa essencial para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos **sujeitos da pesquisa**, pela disponibilidade e boa vontade em participar deste trabalho. Agradeço por toda colaboração!

A **todas as outras pessoas** que fizeram parte dessa caminhada e que de alguma maneira não foram citados nesta simplória página, mas que contribuíram nessa conquista.

A todos vocês que caminharam ao meu lado e acreditaram no meu sucesso, o meu eterno agradecimento!

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

Albert Einstein

RESUMO

LIMA, A. C. M. D. **A saúde do trabalhador com deficiência física: uma questão de gênero e de inclusão social.** Cuité, 2014. 88f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2014.

No Brasil, o avanço dos serviços de saúde se deu pela Reforma Sanitária e pela criação do Sistema Único de Saúde, atribuindo-se a mudança do modelo de atenção à saúde, que prioriza como o primeiro nível, a atenção primária à saúde incentivando ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, direcionados à saúde da família. Entretanto, o homem ainda mantém maior resistência quanto a sua participação na atenção primária à saúde e isso pode ser elucidada por algumas razões, como estereótipo de gênero, barreiras socioculturais e institucionais. Quanto aos homens trabalhadores com necessidades especiais, percebe-se a adição de outras dificuldades, representadas pela falta de acessibilidade e pela ausência de propostas assistenciais. Com isso, o objetivo geral desta pesquisa foi: Analisar a participação dos homens trabalhadores com deficiência física na atenção primária à saúde. O referencial teórico subdivide-se em três tópicos, a saber: Transformações e desafios nas políticas públicas da saúde brasileira: o despertar para a inserção da Atenção Primária à Saúde; A construção social da masculinidade: enfoque no homem trabalhador e Implicações sobre a assistência à saúde de deficientes físicos na Estratégia de Saúde da Família. O estudo ancorou-se metodologicamente no caráter exploratório e descritivo, na abordagem qualitativa, na amostra por saturação, realizado com homens trabalhadores usuários dos serviços da Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa. Como instrumento para coleta de dados, utilizou-se a entrevista norteada por um roteiro semi estruturado. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, atendeu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado no Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro sob o CAAE Nº 30962414.1.0000.5182. A partir dos resultados obtidos caracterizou-se o sujeito, em que todos eram homens trabalhadores, predominantemente adultos e na maioria, solteiros. Definindo os objetos do estudo, apreendeu-se quatro categorias, definidas por: Identificando a importância da atenção primária à saúde para os homens trabalhadores com necessidades especiais; Investigando quais são os obstáculos para a resistência dos homens trabalhadores com necessidades especiais em procurarem a atenção primária à saúde; Verificando o conhecimento dos homens trabalhadores com necessidades especiais sobre as propostas

assistenciais oferecidas na atenção primária à saúde; Revelando se as propostas assistenciais contribuem para a inclusão social dos homens trabalhadores com necessidades especiais. Dessa forma, percebe-se que o surgimento da PNAISH e de políticas voltadas para a pessoa com deficiência não foi suficiente para inserir o homem deficiente no contexto de saúde. Com isso, evidencia que a equipe que compõe a atenção primária à saúde possui forte influência para fazer com que as políticas sejam cumpridas, juntamente com a população referida.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Homem, Saúde do Trabalhador, Pessoas com Deficiência, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

LIMA, A. C. M. D. **The health worker with physical disabilities: a matter of gender and social inclusion.** Cuité, 2014, 88f. Completion of Coursework (Nursing Bachelor) - Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2014.

In Brazil, the advancement of health services was given by the Health Reform and the creation of the Unified Health System, attributing the change to health care model that prioritizes as the first level, the primary health care by encouraging actions health promotion and prevention of diseases and disorders, targeted to family health. However, men still retains higher strength as their participation in primary health care and this can be elucidated by some reasons such as gender stereotype, socio-cultural and institutional barriers. As for men workers with special needs, we realize the addition of other difficulties, represented by the lack of accessibility and lack of assistance proposals. With this, the objective of this research was: To analyze the participation of men workers with physical disabilities in primary health care. The theoretical framework is divided into three topics, namely: Changes and challenges in public policy in the Brazilian health: the awakening to the insertion of the Primary Health Care; The social construction of masculinity: focus on working man and Implications on health care for disabled people in the Family Health Strategy. The study is methodologically anchored in exploratory and descriptive, qualitative approach in, saturation in the sample, conducted with men workers Users of Integrated Support Center Foundation Impaired selected from the criteria for inclusion and exclusion of this research service. As an instrument for data collection was used to interview guided by a semi-structured script. Because it is a research involving humans, attended Resolution 466/12 of the National Health Council, and was approved by the Ethics Committee of the University Hospital Alcides Carneiro under CAAE N° 30962414.1.0000.5182. From the results obtained characterized the subject, in which all men were workers, mostly adults and mostly single. Defining the objects of study, seized up four categories, defined by: Identifying the importance of primary health care for men workers with special needs; Investigating what the obstacles are to the endurance of men workers with special needs seek primary health care; Checking the knowledge of men workers with special needs on the care proposals offered in primary health care; Revealing whether the aid proposals contribute to the social inclusion of men workers with special needs. Thus, one realizes that the emergence of PNAISH and policies for people with disabilities was not enough to put the disabled man in the context of health. So, evidence that

the team that makes up the primary health care has strong influence to make the policies are met, along with such populations.

KEYWORDS: Men's Health, Worker's Health, People with Disabilities, Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Representação esquematizada do primeiro núcleo da categoria temática I.....	48
Figura 2 – Representação esquematizada do segundo núcleo da categoria temática I.....	50
Figura 3 – Representação esquematizada do primeiro núcleo da categoria temática II.....	52
Figura 4 – Representação esquematizada do segundo núcleo da categoria temática II.....	55
Figura 5 - Representação esquematizada do núcleo da categoria temática III.....	58
Figura 6 - Representação esquematizada dos núcleos da categoria temática IV.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição absoluta dos participantes da pesquisa, segundo a faixa etária, o estado civil e as causas da deficiência física. João Pessoa, em Jul. e Ago. de 2014.....44

Quadro 2- Distribuição absoluta dos participantes da pesquisa, segundo a escolaridade e a profissão. João Pessoa, em Jul. e Ago. de 2014..... 46

LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CES – Centro de Educação e Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FUNAD – Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência
HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS – Programa de Agentes Comunitário de Saúde
PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNIPPD – Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
PNSPPD – Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência
PNSST – Política Nacional Segurança e Saúde do Trabalhador
PSF – Programa Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UAS – Unidade Acadêmica de Saúde
UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 JUSTIFICATIVA.....	21
3 HIPÓTESE.....	23
4 OBJETIVOS.....	25
Geral.....	25
Específicos.....	25
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
5.1 Transformações e desafios nas políticas públicas da saúde brasileira: o despertar para a inserção da Atenção Primária à Saúde.....	27
5.2 A construção social da masculinidade: enfoque no homem trabalhador.....	30
5.3 Implicações sobre a assistência à saúde de deficientes físicos na Estratégia de Saúde da Família.....	34
6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	38
6.1 Tipo de pesquisa.....	38
6.2 Cenário da pesquisa.....	38
6.3 População e amostra.....	38
6.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	39
6.5 Instrumento de coleta de dados.....	39
6.6 Procedimento de coleta de dados.....	40
6.7 Processamento e análise dos dados.....	40
6.8 Aspectos éticos.....	41
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
7.1 Caracterização do sujeito.....	43
7.2 Identificação dos objetivos do estudo.....	47
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
9 REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICES.....	78
ANEXOS.....	84

INTRODUÇÃO



Fonte: Internet, 2014.

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde obteve, no decorrer de sua evolução, características marcantes que acompanharam as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico, utilizando dos serviços de saúde para o favorecimento do acesso facilitado e a prestação de cuidados qualificados à população. No Brasil, o avanço dos serviços de saúde se deu pela Reforma Sanitária e pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), todos com o objetivo de defender o direito à saúde.

Instituído pela Constituição Federal de 1988, o SUS, segundo Santorum e Cestari (2011) rege sob os princípios da integralidade, universalidade e da equidade, objetivando alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, ao tempo em que congrega o princípio da territorialidade em sua organização propiciando o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Desse modo, os gestores desse sistema atribuíram a mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando como o primeiro nível, a Atenção Primária à Saúde (APS), que sustenta a integralidade como forma de incentivar as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos (OLIVEIRA et al., 2009).

O nível de APS é ordenado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que busca mudanças no padrão da atenção à saúde da população e destaca-se no país como política prioritária nas três esferas do SUS. Para isso, a ESF tem como foco principal a família e as ações de caráter preventivo, a partir da inserção dos profissionais da saúde na comunidade e do conhecimento da realidade do meio em que estão inseridos, estabelecendo vínculos para atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas e utilizando os programas de atenção integral à saúde (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Apesar das estratégias utilizadas para a inserção de toda a comunidade nestes serviços, o homem ainda mantém maior resistência quanto a sua participação no nível primário de atenção à saúde, provocando diante dessa atitude o quadro de cronicidade e gravidade no que se refere ao aparecimento de doenças, tendo em vista o favorecimento do agravamento da enfermidade, devido à busca tardia pelo atendimento, já que sua entrada aos serviços de saúde ocorre especialmente pela atenção ambulatorial e hospitalar (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Essa resistência masculina, segundo Ferreira et al. (2013), é elucidada por algumas razões, preferencialmente pelas barreiras socioculturais, como o estereótipo do gênero e pelas barreiras institucionais, decorrente da dificuldade de acesso aos serviços assistenciais,

encontrado nos horários de atendimento, pelo tempo gasto na espera da assistência, pela equipe multiprofissional ser em sua maioria composta por mulheres e pela falta de atividades direcionadas especificamente para a população masculina.

Considerando que os agravos de saúde da população masculina compõem os problemas de saúde pública, o Ministério da Saúde (MS) publica no ano de 2008, os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), sendo a política lançada oficialmente em 2009, com o propósito de qualificar a saúde da população masculina no que refere a integralidade da assistência e a compreensão das reais necessidades de saúde dos homens. Além disso, a implementação de uma política voltada para a saúde masculina representa algo inovador, uma vez que os homens não foram, historicamente, sujeitos singularizados nas intervenções elaboradas pelo Estado brasileiro na área de saúde (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012).

Diante de todos os obstáculos relatados e apresentados pelo público masculino, quando direcionado aos homens trabalhadores com deficiência física, percebe-se a adição de outras dificuldades, representadas pela falta de acessibilidade e pelo preconceito. Segundo Othero e Dalmaso (2009), ao longo do tempo, o preconceito esteve presente no cotidiano das pessoas portadoras de deficiência, fazendo com que a sociedade mantivesse estes sujeitos como objeto de caridade e os excluíssem do contexto social, acarretando num processo de segregação social, e dificultando o desenvolvimento de participações mais inclusivas.

Complementando essa ideia, Vasconcelos e Pagliuca (2006) ressaltam que pessoas com deficiências enfrentam dificuldade para se locomover e para executar atividades comuns a outras pessoas, em decorrência das suas limitações físicas. Dessa maneira, o deslocamento aos serviços de Atenção Primária também é dificultoso, de modo que as barreiras arquitetônicas e a falta de adequação nos serviços impedem a acessibilidade, a mobilidade e a total integração desses sujeitos na atividade social humana.

Perante as situações apontadas, a temática da saúde de pessoas portadoras de necessidades especiais passou a ser incorporada como uma preocupação, levando o Ministério da Saúde instituir no ano de 2002 a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Esta política possui a finalidade de incluir pessoas portadoras de deficiência em todos os serviços de saúde, visando a promoção da qualidade de vida e a atenção integral à saúde (OTHERO; DALMASO, 2009).

Não obstante, as ações voltadas especificamente para a saúde do homem trabalhador com necessidades especiais devem ser otimizadas, de modo que abordem a singularidade de cada sujeito, sendo necessária uma infraestrutura adequada, profissionais capacitados e

diversificados para que o homem se sinta acolhido diante dos serviços de saúde oferecidos, passando a frequentá-los assiduamente.

JUSTIFICATIVA



Fonte: Internet, 2014.

2 JUSTIFICATIVA

Frente ao exposto, este estudo torna-se uma temática relevante diante da escassa integração do homem trabalhador na Atenção Primária a Saúde (APS), sendo este o espaço que deve oferecer por meio de implementação de ações e estratégias, a resolutividade de grande parte das demandas. Entretanto, o homem ainda se mostra resistente a aderir tais serviços, devido ao conceito histórico-cultural de que o sexo masculino é caracterizado por um ser forte, viril, saudável e provedor da família, bem como a falta de ações voltadas para a saúde do homem que incentivem a participação dos mesmos nos serviços de APS

Desse modo, a pesquisa se mostra relevante no que refere a Saúde do Homem em seu contexto social, sobretudo ao homem trabalhador com necessidades especiais, como uma forma de inserí-los igualitariamente na rede da APS, primando pela a acessibilidade e inclusão, assim como a todos os profissionais que compõe a Estratégia de Saúde da Família, em especial a Enfermagem, refletindo sobre a importância do desempenho de ações de prevenção de doenças e promoção à saúde, propondo que estratégias específicas sejam desenvolvidas em busca de um acolhimento adequado e continuidade do serviço.

Destarte, faz-se necessário extrair e discutir as explicações presentes em discursos masculinos sobre a baixa procura dos homens trabalhadores com limitações físicas na APS, levando a reflexão sobre as dificuldades, os obstáculos e as resistências associadas à saúde numa dimensão relacional de gênero, considerando que o déficit pela busca destes serviços de saúde, repercute no aumento do índice de mortalidade no sexo masculino, através da ineficácia da prevenção ou do controle das causas evitáveis.

Tendo em vista tais considerações, e pela escassez de estudos que relatem a procura dos homens trabalhadores portadores de deficiência física a estes serviços, unido a minha vivência como estagiária nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo notória a presença feminina no espaço institucional, a falta de acessibilidade e a carência relacionada à assistência integral à saúde do homem, surgiu, enquanto discente do curso de Bacharelado em Enfermagem, o interesse de desenvolver esta pesquisa, como forma de evidenciar as verdadeiras necessidades masculinas e as propostas assistenciais existentes para atender integralmente a saúde dos homens trabalhadores, em particular, no âmbito da deficiência física.

HIPÓTESE



Fonte: Internet, 2014.

3 HIPÓTESE

O presente estudo parte da problemática de que grande parte dos homens mostra-se resistente à procura pela APS, devido ao seu julgamento de que é função do sexo feminino buscar a assistência de saúde e os cuidados voltados para o próprio corpo. Isso se dá pelo fato de que as unidades básicas de saúde voltam-se principalmente para a prevenção e cuidados materno-infantis, tornando o plano e o espaço assistencial feminilizado, dificultando desse modo o acolhimento adequado para o público masculino.

Além disso, para os homens trabalhadores que apresentam necessidades especiais, a falta de acessibilidade e o preconceito são outros fatores que contribuem para a menor adesão aos serviços de saúde, de modo que a própria cultura e a sociedade diversificam a população através de estereótipos e desigualdades, em que pessoas portadoras de deficiências se tornam excluídas do contexto social, impedindo assim a formação de processos sociais mais inclusivos.

Dessa maneira, implica-se dizer que, se para o homem visto como sadio, o contato na APS, através da prevenção de doenças e promoção à saúde é escasso, supõe-se então que para o homem trabalhador portador de alguma limitação física, essa procura pelos serviços de saúde torna-se ainda mais difícil, tendo em vista a dificuldade de mobilização e a ausência de uma infraestrutura adequada nas próprias unidades de saúde para atender as necessidades destes usuários, bem como a falta de campanhas de saúde direcionadas a eles.

OBJETIVOS



Fonte: Internet, 2014.

4 OBJETIVOS

Geral:

- Analisar a participação dos homens trabalhadores com deficiência física na Atenção Primária à Saúde.

Específicos:

- Identificar a importância da Atenção Primária à Saúde para os homens trabalhadores com deficiência física.
- Investigar quais são os obstáculos existentes para a resistência dos homens trabalhadores com deficiência física procurarem a Atenção Primária à Saúde.
- Verificar o conhecimento dos homens trabalhadores com deficiência física sobre as propostas assistenciais oferecidas na Atenção Primária à Saúde para o atendimento de suas necessidades.
- Revelar se as propostas assistências contribuem para a inclusão social dos homens trabalhadores com deficiência física.

REFERENCIAL TEÓRICO



Fonte: Internet, 2014.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Com a finalidade de nortear o presente estudo e contribuir para discussões a respeito da temática, apresenta-se neste capítulo uma breve revisão de literatura acerca: transformações e desafios nas políticas públicas da saúde brasileira, à inserção da atenção primária à saúde; da construção social da masculinidade e da assistência à saúde de deficientes físicos na Estratégia de Saúde da Família.

5.1 Transformações e desafios nas políticas públicas da saúde brasileira: o despertar para a inserção da Atenção Primária à Saúde

Ao historiar a saúde brasileira, observa-se a existência de mudanças nas instituições e serviços de saúde, obtidas através da descentralização das ações e reformas nos setores da saúde. Essa transformação do cenário brasileiro se deu pelo movimento intitulado Reforma Sanitária, que tinha como intuito implantar novos saberes relacionados à consciência social e ao fazer em saúde, em que reivindicava reformulações no campo da assistência a saúde dos cidadãos, para que todos fossem incluídos no cuidado oferecido em seus diversos níveis de complexidade (PINHO et al., 2007; MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

O movimento sanitarista estruturou-se nas universidades, passando a se consolidar em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foram defendidas as ideias sobre mudanças e transformações necessárias para o setor da saúde, propondo um modelo de proteção social, que tinha como objetivo possibilitar qualidade de vida a população através da associação dos conceitos saúde e doença ao trabalho, saneamento, lazer e cultura (CAMPOS et al., 2006).

Posteriormente, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, passa a ver a saúde como direito de todos e função permanente do Estado, tornando-se a maior conquista do movimento sanitário brasileiro, garantindo por meio de ações e serviços integrados, em uma rede regionalizada e hierarquizada, o acesso universal e igualitário de toda a sociedade ao sistema de saúde (BARRIOS et al., 2011).

Conforme a Lei Orgânica de nº 8.080/90, o SUS traz como responsabilidade: possibilitar a entrada da população em todos os níveis de complexidade presentes nos serviços de saúde, seguindo os princípios como universalidade, equidade e integralidade (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008). Esta integralidade, segundo Pinho et al. (2007), permite o acesso ao sistema de saúde tanto pela atenção primária e secundária, quanto pela atenção

terciária, oferecendo as articulações entre a assistência e a prática da saúde pública, permitindo um planejamento terapêutico e um atendimento que aprecie o cuidado nas distintas dimensões do ser humano.

Na tentativa de melhorar o panorama da saúde no país e dando continuidade ao processo de reforma sanitária, o Ministério da Saúde (MS) criou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), visando ampliar o acesso à saúde através de uma política de inclusão social. Baseado na experiência bem sucedida do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, que utilizava a família como unidade de ação, o PSF foi introduzido com a finalidade de reafirmar os princípios básicos do SUS (CASTRO; MACHADO, 2012).

Primeiramente, acatado como um programa, Giacomozzi e Lacerda (2006), revelam que a saúde da família passa a ser erguida como uma estratégia de reorganização das práticas convencionais de assistência, passando a ser norteadas pelos princípios de uma política de atenção primária. É por meio da estratégia, que a atenção primária passa a ser implantada como uma das prioridades do governo brasileiro, sendo necessária para a reestruturação do modelo de atenção à saúde.

Para Lavras (2011) o primeiro contato dos usuários ocorre, ou deveria ocorrer por meio da APS, através das UBS, caracterizada pela realização de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica e ações de vigilância e promoção da saúde, que apresentam aptidão para a resolução da maior parte dos problemas de saúde expostos pelos pacientes. Além disso, a APS conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que atua como suporte na busca da qualificação e complementação do trabalho oferecido pelas UBS (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Permitindo a possibilidade de modificação no perfil epidemiológico, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) incorporou o campo de intervenção em saúde, passando a agir preventivamente, e assim, representando um meio de reorganização da demanda em prol do desenvolvimento humano, social e econômico das populações (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Carneiro Junior, Jesus e Crevelim (2010) acrescentam que a identificação dos problemas e a priorização de intervenções, é resultado da inserção do serviço primário de saúde no território da comunidade, proporcionando o estabelecimento mais efetivo do cuidado em saúde, através da criação de vínculos contínuos com a população, onde permite individualizar suas necessidades e organizar os processos particulares de cuidado.

Desse modo, a expansão e qualificação da APS traz a mudança no que concerne ao caráter biomédico, abrangendo a universalidade e a participação do usuário, bem como do trabalho em equipe, contemplando o sujeito nas ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, territorial e democrático, envolvendo a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, com o intuito de considerar o indivíduo em sua singularidade, para que se possa produzir atenção integral à saúde (BRASIL, 2012).

Para isso, conforme o autor supracitado, este nível de atenção à saúde deve ser tangido pelos princípios da universalidade, da integralidade da atenção, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da responsabilização, da humanização, além da equidade e da participação social, para que o acesso a esse serviço seja aumentado.

A integralidade de atenção à saúde é complementada pelo acesso e pelo acolhimento, em que o maior número de indivíduos que procuram esta assistência está relacionado com a qualidade da recepção (SOUZA et al., 2008).

Pinho et al. (2007) ainda ressalta que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como base a consolidação dos princípios do SUS, utilizando como instrumentos de suas ações, o vínculo com as equipes e o acolhimento, que permite a personalização do atendimento tornando o usuário o sujeito de sua própria história, possibilitando assim, a sua participação no contexto social do cuidado e da saúde.

Nessa proposta, Matuda, Aguiar e Frazão (2013) acreditam que as equipes de saúde devem ser formadas por diversos profissionais para que o processo de trabalho possa ser conduzido da melhor maneira possível, contemplando a concepção da relação saúde-doença em sua maior amplitude, por meio da aplicação de tecnologias específicas da atenção primária à saúde e da estruturação das estratégias empregadas neste serviço, a partir das necessidades do território.

Destarte, os profissionais que integram a equipe de saúde presente na UBS são: o médico generalista, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, os agentes comunitários de saúde, o cirurgião-dentista e o técnico em saúde bucal. A coletivização e a variedade de profissionais inseridos neste serviço de saúde contribuem para assegurar a integralidade da atenção e a qualificação da assistência (BRASIL, 2012).

Entretanto, para alcançar uma melhor condição de saúde, juntamente com uma atenção voltada às necessidades dos pacientes e das comunidades, é imprescindível a utilização de uma abordagem interdisciplinar e a adesão de estratégias que busquem aprimorar a interação entre os profissionais e os usuários (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

Dessa maneira, Bosi e Mercado-Martinez (2010) acreditam que os sistemas de saúde implicam não apenas na universalidade do acesso, mas também na integralidade e na humanização das práticas, possuindo aspectos a serem acionados no que se refere à qualidade do sistema.

5.2 A construção social da masculinidade: enfoque no homem trabalhador

Os homens, historicamente, não foram singularizados nas intervenções desenvolvidas pela área da saúde. Os problemas de saúde voltados para a classe masculina começaram a ser estudados de uma maneira exploratória no final da década de 1970, nos Estados Unidos, mas somente a partir da década de 1990 que a individualidade desses sujeitos passou a ser focalizada no processo saúde-doença, observada pela premissa de que a masculinidade tradicional acarretava um déficit em saúde (SCHWARZ et al., 2012; LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012).

O conhecimento da singularidade, conforme Gomes et al. (2011), é um meio que permite uma melhor aproximação entre os sexos masculino e feminino, uma vez que tanto homens como mulheres devem ser vistos de forma singular, facilitando o entendimento das especificidades de cada gênero, onde a participação masculina nos serviços de saúde, contribui também para o avanço na abordagem de temas de saúde da mulher.

Contudo, a apreensão da identidade masculina diferencia-se da feminina, de uma maneira que a invulnerabilidade, a força e a virilidade fazem parte dos papéis sociais empregados por eles e os distanciam da procura por um serviço de saúde, desvalorizando o seu autocuidado (SILVA et al., 2010).

Fundamentado nisso, Gomes et al. (2011) enfatizam que a socialização masculina e os modelos de masculinidade herdados culturalmente, contribuem para o afastamento e a fragilização tanto do cuidado, quanto da procura pelos serviços de saúde por parte dos homens. Desse modo, a masculinidade representa um simbolismo que modela as atitudes, os valores, as emoções e, principalmente, o comportamento, em que aqueles que seguem estes mesmos modelos não são questionados pelos outros que dividem desses símbolos (SILVA et al., 2010).

Sabendo-se que a APS é a porta de entrada preferencial para os sistemas de saúde brasileiro, além de contribuir para a consolidação do SUS pela aplicabilidade dos seus princípios doutrinários e organizacionais, este nível de atenção à saúde gera também o

fortalecimento dos vínculos entre a população, o serviço e a resolutividade dos problemas apresentados (FONTES et al., 2011).

Os usuários do gênero masculino mostram-se contrários a realidade descrita, pois eles ainda apresentam-se resistentes à promoção da saúde, apresentando uma maior vulnerabilidade, devido a baixa acessibilidade aos serviços de atenção primária. Esse fato confere um problema na saúde pública do país, haja vista que a procura pelos serviços de saúde só existe quando o quadro clínico de morbidade já é cronicado (FONTES et al., 2011).

Corroborando com este pensamento, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) afirmam que a busca pelos serviços de atenção primária à saúde é menor por parte dos homens do que das mulheres, constatando que a classe masculina padece mais nas condições severas e crônicas de saúde, o que influencia diretamente na menor expectativa de vida, bem como na adoção de ações e intervenções preventivas, as quais não são realizadas precocemente.

A justificativa para a baixa busca pelos serviços de saúde se dá, em alguns casos pela vergonha que os homens sentem em ficarem expostos a outro homem ou a uma mulher (SILVA et al., 2010). De acordo com Couto et al. (2010) os homens também consideram a APS um ambiente feminilizado, diante da maior assistência e desenvolvimento de estratégias voltadas para idosos, mulheres e crianças, provocando assim no homem uma sensação de não pertencimento àquele lugar.

Além dos motivos anteriormente citados, existem outros que contribuem para a resistência da classe masculina em buscarem os serviços de saúde, sendo eles: o entendimento de que o cuidar é tarefa feminina; a carência de unidades específicas para o atendimento à saúde do homem; o fato de que a maior parte da equipe profissional é composta por mulheres; as dificuldades de acesso ao serviço e as questões associadas ao trabalho (FERREIRA et al., 2013).

Em relação ao trabalho, o homem justifica sua ausência nos serviços da APS, devido à coincidência dos horários de funcionamento desses serviços com a carga horária das atividades laborativas, requerendo deles uma maior disponibilidade de tempo para seu atendimento. Contribui para este fato, a característica historicamente atribuída ao homem de que é de sua responsabilidade o sustento familiar, sendo prioridade para eles o papel de provedor da família (SILVA et al., 2010).

Perante o discorrido, o homem mostra-se mais exposto do que as mulheres ao aparecimento de causas internas como doenças cardíacas, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, como também são mais acometidos por causas externas, dentre elas estão os acidentes de trabalho e as doenças profissionais. Apesar das mulheres também estarem inseridas no

mercado de trabalho, o homem é quem exerce as funções de maior risco, como as de siderúrgicas, metalúrgicas, construção civil e mineração (SOUZA, 2009).

Alicerçado nessa problemática e com anseio de solucioná-la, o MS em consonância à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e com apoio dos gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agência de cooperação internacional, resolve apresentar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no ano de 2008, sendo esta política lançada oficialmente em 2009 (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012; CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Segundo Schwarz et al. (2012), a PNAISH enfatiza a singularidade masculina envolvendo os seus contextos socioculturais e político-econômicos, através do planejamento de metas, ações e estratégias para que os serviços de saúde acolham e atendam homens na faixa etária de 20 a 59 anos, aumentando a expectativa de vida, além da redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

Nessa conjuntura, a PNAISH destaca a necessidade de mudança dos paradigmas no que se refere à percepção dos homens quanto ao cuidado com sua saúde e a saúde de sua família, tendo como princípios a humanização e a qualidade que sugerem a promoção, o reconhecimento e o respeito aos direitos dos homens, sendo primordial para que os serviços públicos de saúde possam ser organizados de modo que acolham e façam com que estes usuários sintam-se parte integrante deles (BRASIL, 2008).

De acordo com Brasil (2004), ao destacar a disparidade do perfil masculino, o campo da saúde impulsionou estratégias que conseguisse abranger a integralidade desse ser, logo, mediante a uma atitude interministerial, relacionada com as políticas dos setores do Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde, em 2005 teve a edição da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST).

Conforme o autor referenciado acima, para a formulação e implementação das políticas, faz-se necessário a utilização de abordagens transversais e intersetoriais, exigindo uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, de modo que o Estado possa cumprir seu papel garantindo os direitos básicos de cidadania.

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, por meio da articulação e integração das ações do governo, preza pela promoção na melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador, objetivando prevenir acidentes e danos à saúde, através da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2004).

Baseado no contexto da PNSST, Lourenço (2009) afirma que esta política marca o início de uma atenção direcionada para a saúde do homem trabalhador, rompendo com a visão

fragmentária que, ao decorrer dos tempos, norteou o enfrentamento das questões de trabalho, saúde e doença, pretendendo também implementar outros sistemas que facilitem a informação e vigilância desse serviço.

Apesar do progresso ao implantar uma Política como a da Segurança e Saúde do Trabalhador, as políticas públicas ainda enfrentam como maior desafio, a sensibilização da classe masculina diante da relevância do cuidado e da inexistência do ser invulnerável, tornando-se de extrema relevância a investigação de todo o conjunto onde o homem se insere, para que assim, facilite a inclusão do gênero masculino nos serviços de atenção primária (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010).

Para que possam ser sanados os desafios enfrentados pelas políticas públicas, é necessário também que os serviços de atenção primária ofereçam maior abertura quanto à utilização das práticas de prevenção de doenças e promoção da saúde dos homens, tendo em vista que a invisibilidade dos homens na UBS está associada a possibilidade do não reconhecimento da sua singularidade, em que as políticas públicas voltadas para essa classe não estão sendo implantadas efetivamente, o que provoca a evasão deles nestes serviços (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011; GOMES et al., 2011).

Ainda assim, nota-se que com o surgimento da PNAISH, ofertou-se mais ênfase à saúde do homem, diante da estatística elevada de prevalência em doenças crônicas e o alto índice de morte. Todavia, essa estatística pode ser superada na medida em que se constroem estratégias assistenciais que contemplem as diferentes necessidades do gênero masculino (LIMA JUNIOR; LIMA, 2009).

Concernente a esta problemática, para Silva et al. (2010), o enfermeiro como profissional integrante da ESF, deve construir estratégias e ações que envolvam toda a população, usando estratégias favorecedoras da adesão masculina, como a disponibilidade de outros horários para que os homens trabalhadores sejam contemplados com a prevenção e a manutenção da saúde.

Portanto, abranger a Saúde do Homem corresponde ao envolvimento da Saúde do Trabalhador, onde a atenção integral deve ser oferecida através da utilização de protocolos e da reorganização do atendimento, contribuindo para uma melhor estruturação do serviço (MACHADO; RIBEIRO, 2012).

5.3 Implicações sobre a assistência à saúde de deficientes físicos na Estratégia de Saúde da Família

A descrição de pessoas com deficiências é encontrada em várias sociedades, citada inclusive na mitologia grega e romana. Entretanto, somente após a II Guerra Mundial, com a volta dos veteranos deficientes devido a ferimentos, que as pessoas com deficiência passou a receber maior atenção (CASTRO et al., 2008).

França e Pagliuca (2009, p. 181) definem deficiência como “[...] perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, incapacitando o indivíduo para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano”. Para Pereira, Prette A e Prette Z (2009), a deficiência física é uma condição congênita ou adquirida, que altera uma ou mais partes do corpo humano, comprometendo a sua capacidade motora.

Segundo os estudos desenvolvidos por Vasconcelos e Pagliuca (2006), aproximadamente 25 milhões de pessoas apresentam algum tipo de deficiência, o que corresponde a 15% da população brasileira. Recentemente, o Censo Demográfico de 2010 realizado pelo IBGE revela um total de 144. 814. 164 de pessoas que apresentam algum tipo de deficiência, mostrando uma diferença significativa no número totalitário.

Dentre as pessoas com deficiência, o estudo realizado por Castro et al. (2008), que trata sobre a predominância de deficiências e as principais associações com as possíveis causas, constatou que a prevalência de deficiências com o avanço da idade, é maior no sexo masculino do que no sexo feminino. Pertinente à deficiência física, observou-se a predominância novamente entre os homens, apontando as causas externas como o principal fator desencadeante, diante da maior exposição de riscos, atrelados a acidentes de trabalho e de trânsito.

Segundo Carvalho-Freitas (2007), a participação e a aceitação destas pessoas na sociedade relacionam-se diretamente com os motivos que levaram ao desenvolvimento da deficiência, sendo uma questão de cunho preconceituoso. França e Pagliuca (2009) revelam que no Brasil, contestando a condição de segregação que lhes era imposto e reivindicando o direito a convivência social, foi proferida, na década de 1960 pelos pais e parentes, os primeiros discursos acerca dos direitos das pessoas com deficiência.

Com o incentivo da Constituição de 1988 que dispensou tratamento diferenciado às pessoas com deficiências, o decreto Lei N° 3.298, regulamentado pela Lei N ° 7.853 de 1989 institui na década de 1990 a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de

Deficiência (PNIPPD), que prevê o acesso da pessoa com deficiência à educação profissional, com intuito de habilitar profissionalmente o indivíduo para o mercado de trabalho (FRANÇA; PAGLIUCA; BAPTISTA, 2008).

Buscando a igualdade material entre a população e esperando o aumento significativo de empregos para as pessoas com deficiência, criou-se a partir de 1991 no Brasil, o sistema de cotas com a promulgação da Lei 8.213, onde estabelece que empresas com 100 ou mais empregados devem completar de 2% a 5% dos seus cargos com pessoas que possui deficiência habilitada (VASCONCELOS, 2010).

No entanto, Vasconcelos (2010) ainda declara que a prática da citada lei é um desafio para os sujeitos envolvidos, tendo em vista que não existe a possibilidade de garantir o emprego para todas as pessoas portadoras de deficiência pelo sistema de cotas no Brasil.

Desse modo França, Pagliuca e Baptista (2008) destacam que para ter a atenção peculiar ao sistema de cotas de emprego como estratégia principal das políticas públicas, é importante reconhecer e avaliar em que medida as políticas podem obter, garantir e progredir trabalhadores deficientes, incluindo-os no mundo do trabalho, analisando também a incorporação de medidas adequadas associado às barreiras físicas, sociais e culturais existentes.

Referente à saúde, a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (PNSPPD) colaborou nas orientações gerais para a elaboração de projetos, atividades e estratégias voltados à saúde dessa população, com propósitos de promover a saúde, prevenindo-se contra agravos e reabilitando a capacidade funcional do deficiente (BRASIL, 2008).

Sabendo-se que a Atenção Primária é tida como a porta de entrada para os sistemas de saúde, onde contribui para a participação e inclusão social, este serviço torna-se importante também para o desenvolvimento de ações voltadas à saúde da pessoa com deficiência (OTHERO; DALMASO, 2009).

Entretanto, divergindo desse pensamento Vasconcelos e Pagliuca (2006) alegam que os portadores de deficiência física usufruem menos dos serviços de saúde prestados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), decorrente das dificuldades encontradas nas barreiras arquitetônicas, que prejudicam o acesso e a mobilidade desses usuários a tais serviços.

A existência de escadas, degraus altos e sem corrimão, banheiros não adaptados, espaço pequeno e inadequado para atender as necessidades dos usuários, são exemplificações dessas barreiras encontradas nos serviços de atenção primária, que implicam nas reclamações

existentes dos pacientes em relação às condições insatisfatórias da UBS (SIQUEIRA et al., 2009).

A compreensão dessas barreiras de acordo com Albano, Basílio e Neves (2010), é imprescindível para a formação de medidas que promovam o acesso desta população aos serviços de APS, garantindo assim a prevenção de doenças e promoção de saúde.

Dessa maneira, a atenção à saúde voltada para a comunidade ainda sofre com as questões relacionadas ao acesso e a acessibilidade, de modo que o acesso é a possibilidade da execução do cuidado de acordo com as necessidades de cada paciente, e a acessibilidade é o meio que permite a chegada dos usuários aos serviços de saúde (SOUZA et al., 2008).

Ainda nessa perspectiva, Scholze, Duarte Junior e Silva (2009) explanam que, para que as estratégias de saúde se tornem mais acolhedoras e resolutivas por parte dos profissionais, é essencial acatar os princípios da humanização, englobando a qualificação da comunicação no sistema, a integralidade do cuidado e o acesso através do acolhimento e vínculo.

Por essas razões, o enfermeiro, como integrante da Estratégia da Saúde da Família tem função primordial no que tange à organização de atividades contemplem o gênero masculino. A vista disso, se faz necessário entender a Saúde do Homem como um grupamento de práticas de saúde, como promoção de medidas preventivas, assistência e recuperação da saúde, de modo que possa envolver todas as peculiaridades socioculturais existentes em cada ser (SILVA et al., 2010).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS



Fonte: Internet, 2014.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 Tipo de pesquisa

A presente pesquisa teve como caminho metodológico a utilização do estudo de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Conforme Gil (2008), o estudo exploratório concede maior familiaridade e conhecimento com o tema sugerido, de modo que possa aprimorar ideias e estruturar a hipótese da pesquisa, permitindo avaliar os aspectos envolvidos do objeto estudado. Enquanto que o estudo descritivo para o autor mencionado visa à caracterização de um sugerido grupo, fenômeno ou a definição das relações entre variáveis.

De acordo com Minayo (2010), a pesquisa qualitativa refere-se a questões particulares, abordando significados, crenças, valores e atitudes empregadas nos graus de realidade que não são quantificados.

6.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD), localizada na cidade de João Pessoa, no Estado da Paraíba. A referida fundação conta com a utilização de meios assistenciais, através dos serviços de apoio pedagógico, arteterapia, prática esportiva, com intuito de habilitar, reabilitar, profissionalizar e com isso inserir no mercado de trabalho pessoas com deficiência que usufruem desse serviço, bem como desenvolver programas de prevenção e capacitação de recursos humanos.

São atendidas pessoas de todas as idades que apresentam alguma deficiência, como: física, visual, auditiva, intelectual e múltipla, além de pessoas com transtornos globais do desenvolvimento, altas habilidades e superdotação.

6.3 População e amostra

O estudo desenvolveu-se com homens trabalhadores usuários dos serviços da FUNAD, selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão. A partir desta população foi possível investigar quais as dificuldades encontradas pelos homens trabalhadores com deficiência física em buscar os serviços primários de saúde, com a utilização de um

instrumento previamente estruturado de coleta de dados, identificando assim os motivos e as queixas desses usuários.

Deste universo selecionou-se uma amostra de 11 homens, em que o quantitativo dos entrevistados seguiu o critério de saturação, que de acordo com Fontanella, Ricas e Turato (2008) o encerramento amostral ocorre através da suspensão da entrada de novos participantes quando os dados obtidos passam a ser repetidos e redundantes, tornando irrelevante persistir na coleta de dados.

6.4 Critérios de inclusão e exclusão

Adotou-se nessa pesquisa para definição da amostra os seguintes critérios de inclusão: maiores de 18 anos; que esteja ou que tenha sido inserido no mercado de trabalho; que esteja legalizado ou não, através das normas trabalhistas e presença de alguma deficiência física.

Com relação aos critérios de exclusão foram desconsiderados os usuários que não se enquadraram aos critérios supracitados.

6.5 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada por meio de uma entrevista norteada por um roteiro semiestruturado, de abordagem direta ao sujeito, elaborado pelos pesquisadores. A entrevista de acordo com Gil (2008) é uma forma de diálogo entre o investigado e o que lhe formula perguntas, apresentando como resultado a obtenção de informações que servem de fonte para a pesquisa.

O roteiro da entrevista contou com a presença de perguntas objetivas e discursivas, sendo divididos em duas partes. A primeira parte destinou-se aos dados de caracterização do sujeito, enquanto que a segunda parte correspondeu às questões específicas, envolvendo o conhecimento desses homens quanto a sua utilização da atenção primária à saúde, as quais responderam aos objetivos do estudo (APÊNDICE A).

Além disso, utilizou-se o diário de campo como instrumento auxiliar, permitindo que o pesquisador registrasse as impressões não verbalizadas pelos sujeitos da pesquisa (LIMA; MIOTO; PRÁ, 2007).

6.6 Procedimento de coleta de dados

Para a realização da coleta de dados foram adotados os seguintes passos: solicitou-se autorização da Unidade Acadêmica de Saúde (UAS/CES/UFCG) através do Termo de Autorização Institucional (ANEXO A), em seguida o consentimento da FUNAD permitido pelo Termo de Autorização Institucional para que fosse realizada a pesquisa com homens trabalhadores com deficiência física usuários do serviço (ANEXO B), seguidamente solicitada a autorização ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Posterior a autorização do CEP, o pesquisador marcou sua visita à instituição, objetivando expor a pesquisa aos sujeitos alvos do estudo; promoveu informações a respeito da proposta, de sua relevância, bem como dos objetivos do estudo. Foi explicada a razão de realizar a coleta de dados e o modo de como deveria ser executada a entrevista, a garantia do seu anonimato e o direito de desvinculação do sujeito do estudo sem danos pessoais.

Após toda elucidação, os participantes dispostos a contribuir com a pesquisa foram convidados a ouvir a leitura do TCLE para depois assiná-lo, em duas vias, uma para o entrevistado e outra para a pesquisadora, sendo então iniciada a entrevista norteada pelo roteiro (APÊNDICE B). A coleta dos dados cumpriu-se mediante aprovação em parecer do CEP sob a CAAE N° 030962414.1.0000.5182 (ANEXO E) e procedeu-se de acordo com a disponibilidade de cada participante, durante os meses de Julho e Agosto de 2014.

6.7 Processamento e análise dos dados

Após a coleta de dados, foram apurados e analisados os resultados sem que ocorresse modificações na interpretação da realidade, baseando-se nos objetivos da pesquisa, e por meio da análise de conteúdo apresentada por Bardin (2011) que enfatiza a vasta disparidade nas formas de comunicação.

Conforme a autora mencionada acima, para analisar os dados colhidos é fundamental seguir os seguintes passos: Pré-análise – é um período de sistematização das ideias, feitas a partir da organização de conteúdos e de leitura que fundamente os depoimentos alcançados; Exploração do material – envolve a transformação dos dados brutos na descrição precisa das características referentes ao conteúdo, por meio do agrupamento em unidades de registros; e por último o Tratamento dos resultados obtidos – implica na interpretação dos resultados da análise.

A fim de garantir o anonimato dos pesquisadores, optou-se por denominá-los de deuses olímpicos, por serem figuras que simbolizam garra e força, condizendo com a tematização do referido estudo. Portanto, foram elencados os seguintes nomes dos deuses:

Ares: Ares;

Alfeu: Um deus-rio;

Apolo: Deus do sol, da cura, das artes e da música;

Cronos: Titã;

Dionísio: Deus do vinho, das festas;

Eros: Deus do desejo.

Hefesto: Deus do fogo e da metalúrgica;

Hermes: Deus do comércio e mensageiro dos deuses;

Hércules: Deus da força, protetor dos mais fracos;

Poseidon: Deus dos mares, dos terremotos e dos cavalos;

Zeus: Rei do deus e governante.

6.8 Aspectos éticos

Em virtude da pesquisa ser realizada com seres humanos, seguiu-se os princípios éticos, estabelecidos pela resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que revoga a 196/96, onde recomenda em seu capítulo III que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender as exigências éticas e científicas fundamentais, destacando, entre seus princípios éticos (capítulo III, item 2.g) a necessidade do TCLE (APÊNDICE B) dos indivíduos-alvo.

Buscando atender estes princípios, foi esclarecido aos participantes o objetivo da pesquisa e a garantia do anonimato, assim como a autonomia que este tem de desistir do estudo a qualquer momento sem que sofra penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro. Para aqueles que aceitaram participar, apresentou-se o TCLE, que após lido e assinado em duas vias, ficou uma com o participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora. Para cumprir as exigências estabelecidas pela resolução nº 466/12, o presente estudo foi submetido ao CEP do HUAC, e iniciado após a autorização do mesmo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



Fonte: Internet, 2014.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base no instrumento utilizado na pesquisa, este capítulo descreve a análise e os resultados descobertos nas entrevistas realizadas com os usuários da FUNAD que apresentam deficiência física e que concordaram a participar do estudo. Perante isso, os dados foram organizados e dispostos em tabelas e na forma de categorias. Os quadros caracterizam os sujeitos e as categorias respondem aos objetivos da pesquisa.

7.1 Caracterização do sujeito

Para a caracterização dos homens entrevistados, utilizou-se um roteiro semi estruturado envolvendo perguntas sobre a faixa etária, o estado civil, a escolaridade, a profissão e as causas da deficiência física que acomete este homem. Esses dados são primordiais para compreender as dificuldades vivenciadas pelos participantes deste estudo.

Participaram desta pesquisa onze (11) usuários da FUNAD, na faixa etária de trinta e sete (37) a sessenta e seis (66) anos. Entre os entrevistados, quatro eram casados, seis solteiros e um divorciado. Com relação à escolaridade, cinco (05) dos participantes do estudo declararam ter cursado apenas o Ensino Médio Completo e um (01) o Ensino Médio Incompleto, três (03) relataram ter cursado o Ensino Superior Completo, um (01) informou ter cursado o Ensino Superior Incompleto, e um (01) disse ser analfabeto. Quanto à profissão, um (01) é telefonista, um (01) assessor, um (01) psicólogo, um (01) reabilitador, um (01) professor, um (01) radialista, um (01) agricultor, um (01) autônomo, um (01) administrador e dois (02) são atletas. As deficiências físicas apresentadas eram em decorrência da: poliomielite (06), paralisia cerebral (02), desgaste do fêmur (01), acidente automobilístico (01) e lesão medular (01), conforme os Quadros 1 e 2, a seguir.

Quadro 1- Distribuição absoluta dos participantes da pesquisa, segundo a faixa etária, o estado civil e as causas da deficiência física. João Pessoa, em Jul e Ago. de 2014.

Faixa Etária		Nº
18-30		00
30-40		02
41-50		04
51-59		04
> De 60		01
Total		11
Estado Civil		
Solteiro		06
Casado		04
Viúvo		00
Outros		01
Total		11
Causas da Deficiência Física		
Paralisia Cerebral		02
Poliomielite		06
Acidente Automobilístico		01
Lesão Medular		01
Desgaste do Fêmur		01
Total		11

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No Quadro 1 está delineado a faixa etária, o estado civil e as necessidades especiais dos participantes do estudo. A idade dos voluntários da pesquisa variou entre 37 a mais de 60 anos, sendo desta forma considerada predominantemente adulta. Nesse cenário, a faixa etária em destaque caracteriza homens em idade ativa, com conhecimentos e opiniões formadas, que

respondem por si só e por isso podem procurar ajuda nos serviços de saúde sozinhos, bem como apresentam maturidade para serem inseridos no mercado de trabalho.

Confirmando a afirmativa acima, o IBGE estima que a faixa etária prevalente no Brasil é de 25 a 59 anos, correspondendo à 47, 8% e que a população masculina no Brasil atinge o número de 93.406.990, que corresponde a 48,97% do seu total (BRASIL, 2011).

Com relação ao estado civil, destaca-se que apenas quatro são casados e que a maioria, representando seis dos entrevistados são solteiros, tornando-se ainda mais importante o cuidado que esse público deve ter com sua saúde. Esses percentuais confirmam os dados apontados pelo IBGE, em que a estatística de pessoas que se declaram solteiras é superior ao de casados, indicando o valor de 48,1% (BRASIL, 2011).

Dentre as causas que levaram os entrevistados à deficiência física, a poliomielite se fez mais prevalente, apresentando seis casos, mostrando assim a relevância das campanhas de vacinação para evitar o aparecimento desse agravo na saúde e a outra causa com significância foi a paralisia cerebral, desvelando a importância do pré natal e do trabalho de parto humanizado e livre de distorcias.

Como pioneiro na erradicação da poliomielite, o Brasil iniciou a campanha nacional de vacinação no ano de 1961, sendo avaliada como bem sucedida. Entretanto, com o intuito de dar maior eficiência a esse programa e de promover medidas de controle essenciais, surgiu no ano de 1986, o Grupo de Trabalho para a erradicação da poliomielite, em que 1994 se declarou erradicada nas Américas (DURANTE; POZ, 2014).

A afirmativa descrita acima enfatiza a relevância das campanhas de vacinação para evitar o aparecimento desse agravo na saúde, pois é um dado um tanto quanto intrigante no que no que refere-se a erradicação da Poliomielite, bom como do próprio diagnóstico médico.

Quadro 2- Distribuição absoluta e percentual dos participantes da pesquisa, segundo a escolaridade e a profissão. João Pessoa, em Jul e Ago. de 2014.

Escolaridade		Nº
Ensino Funda. Completo		00
Ensino Funda. Incompleto		00
Ensino Médio Completo		05
Ensino Médio Incompleto		01
Ensino Super. Completo		03
Ensino Super. Incompleto		01
Analfabeto		01
Total		11
Profissão		
Telefonista		01
Assessor		01
Psicólogo		01
Reabilitador		01
Radialista		01
Professor		01
Agricultor		01
Autônomo		01
Administrador		01
Atleta		02
Total		11

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A Quadro 2 expõe a escolaridade e a profissão dos entrevistados na pesquisa. Com relação à escolaridade, a maioria, correspondendo a cinco participantes possui ensino médio completo e três entrevistados diz ter cursado ensino superior completo. Esses dados revelam

que os sujeitos com maior grau de escolaridade possuem maior percepção quanto à questão da assistência voltada para sua saúde. As profissões listadas revelam que a qualificação por parte dos homens com deficiência facilita e influencia no processo de inserção ao mercado de trabalho, tendo em vista a diversidade de profissões que foram mencionadas por esta amostra e que todos os participantes relatam trabalhar.

Com a criação da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, denominada Lei de Cotas, o Brasil encontra-se num momento transicional, pois garante a adequação e oportunidades no acesso ao trabalho de pessoas com deficiência (ÁVILA-VITOR; CARVALHO-FREITAS, 2007).

Outra esfera voltada para a inserção de pessoas com deficiências, é o esporte. Baseado nesse achado, Carvalho e Grande (2012) afirmam que atualmente a participação de deficientes, atletas e técnicos, em atividades esportivas cresce cada vez mais.

7.2 Identificação dos objetivos do estudo

No sentido de alcançar os objetivos do estudo, levando-se em consideração a análise do material coletado, quatro categorias temáticas emergiram da transcrição e da interpretação dos discursos dos entrevistados, sendo elas: *Identificando a importância da atenção primária à saúde para os homens trabalhadores com necessidades especiais; Investigando quais são os obstáculos para a resistência dos homens trabalhadores com necessidades especiais em procurarem a atenção primária à saúde; Verificando o conhecimento dos homens trabalhadores com necessidades especiais sobre as propostas assistenciais oferecidas na atenção primária à saúde; Revelando se as propostas assistenciais contribuem para a inclusão social dos homens trabalhadores com necessidades especiais.*

Constatam-se na primeira, na segunda, na terceira e na quarta categoria, dois núcleos de ideias centrais para cada uma delas. Aponta-se, respectivamente: *Atenção primária como meio curativo; Atenção primária como meio preventivo; Acessibilidade às pessoas com deficiência física; Carência de serviços de saúde; Desconhecimento sobre propostas assistenciais; Conhecimento deficitário acerca das propostas assistenciais; Propostas assistenciais são inclusivas socialmente quando condicionadas à efetivação na prática cotidiana; Propostas assistenciais não são inclusivas socialmente, em virtude da ausência participativa da pessoa com necessidades especiais.* Perante as categorias e seus núcleos, discute-se neste capítulo cada um deles de modo individual.

CATEGORIA I: Identificando a importância da Atenção Primária à Saúde para os homens trabalhadores com deficiência física

PRIMEIRO NÚCLEO DA IDEIA CENTRAL: Atenção primária como meio curativo

Figura 1 – Representação esquematizada do primeiro núcleo da categoria temática I.



Fonte: Própria da pesquisa, 2014.

[...] Sim! [...] É, tudo começa no sentido prevenção, quando você cuida de um problema no começo ele tem 90% de chance de ser curado. (HERMES).

[...] Sim, claro! [...] Eu não tinha pólio, devido a questão de tratamento que eu não fiz, hoje eu me encontro num quadro de tendência pós pólio [...] (POSÊIDON).

[...] Não, pra comunidade sim! Se existisse realmente um médico específico pra cada sequela né, cada pessoa que tem [...] (DIONÍSIO).

A APS é um nível de atenção voltado para atender as necessidades da comunidade, integrando ações principalmente de caráter preventivo, mostrando-se relevante nesse segmento da pesquisa. Entretanto, para alguns essa atenção ainda está vinculada com o tradicional modo curativo, centrado no conjunto de sintomatologia e no atendimento médico.

De acordo com Sumar e Fausto (2014) este nível de atenção fundamenta-se no acesso universal e no vínculo contínuo, se tornando importante por considerar o sujeito em sua singularidade, buscando a sua inserção sociocultural e assim produzindo uma atenção integral voltada para todos os usuários.

Desse modo, apesar de ser algo pouco desenvolvido, a atenção primária à saúde se mostra essencial para realização de práticas voltadas para prevenção de doenças e promoção à saúde da pessoa com deficiência (OTHERO; DALMASO, 2009).

Corroborando com isso, Aguiar et al. (2014) afirmam que a saúde é entendida para os homens como ausência de doença, o que leva a eles procurarem os serviços em situações emergenciais, comprovando a tendência ainda predominante no modelo curativo quando se refere a utilização dos serviços.

Conforme os depoimentos citados, a atenção primária se torna importante quando se consegue a melhoria na saúde de forma curativa, em que consideram que a necessidade de buscar é maior quando está associado a esses dois quesitos: a comorbidade e o avanço da idade. Para os entrevistados, o segmento da APS traz a prevenção como sinônimo de cura, considerando-se também que o avançar da idade é um fator primordial à necessidade de frequentar estes serviços:

[...] É difícil você adoecer, mas quando você adoce pra sair, mais difícil ainda. Principalmente quando você tá naquela faixa etária, a sua imunidade não é mais uma imunidade de pessoa tão jovem [...] (HERMES).

Levando em consideração o sexo, é notório que a população masculina viva menos e com menor qualidade de vida quando comparada a população feminina, em decorrência dos elevados índices de mortes por doenças diversas e por causas externas e pela falta de procura aos serviços de saúde de atenção primária.

A identidade masculina construída historicamente, faz com que esse gênero apresente uma menor busca por esse serviço de saúde e conseqüentemente um cuidado deficitário com a sua saúde, uma vez que a procura e o cuidado seriam nomeados como fraqueza em relação a sua masculinidade (SILVA et al., 2010).

Os problemas presentes na vida masculina, geralmente permanecem desde sua vida adulta até à velhice, quando evidenciados por um impacto maior e com associação a outras doenças. Ao reconhecer que esses agravos presentes em sua vida constituem os verdadeiros problemas de saúde pública, o homem tende a procurar serviços de saúde, mas que nem sempre se torna tão eficaz, devido o estado avançado da doença.

[...] Eu já tenho a questão da pós pólio [...] ela volta a atingir de novo o indivíduo [...] de perder a sensibilidade das pernas [...] não ter mais agilidade que você tinha antes [...] se eu tivesse na época [...] tratamento adequado [...] de prevenção, eu acredito que hoje eu tava bem melhor [...] (POSÉIDON).

Para tanto, a atenção primária representa uma estratégia num contexto contínuo e integralizado, que promove como foco principal ações preventivas ao aparecimento de doenças. Reafirmando esta inferência, Nascimento (2011) relata que a erradicação da poliomielite forma um exemplo da eficácia da prevenção disponibilizada nas estratégias de saúde da família. O que leva a perceber diante da sua ocorrência, conforme os dados mostrados na Tabela 1, que se estes sujeitos tivessem se utilizado dos serviços de prevenção e participado das campanhas de vacinação, os mesmos não teriam o quadro de saúde que apresentam nos dias de hoje.

Em vista das falas dos entrevistados, pode-se observar que alguns dos sentidos atribuídos culturalmente à masculinidade ainda está presente na vida dos mesmos, pois apesar de perceber a importância da APS, a crença de imunidade internalizada pelo homem sobressai, diminuindo ou delongando a busca pelos serviços de saúde da APS.

Ao reparar tal realidade, percebe-se a apreensão de que esses indivíduos requerem um esclarecimento acerca do entendimento da assistência à saúde do homem de maneira holística.

SEGUNDO NÚCLEO DA IDEIA CENTRAL: Atenção primária como meio preventivo

Figura 2 – Representação esquematizada do segundo núcleo da categoria temática I.



Fonte: Própria da pesquisa, 2014.

[...] Muito importante! A parte de prevenção principalmente de doenças que é fundamental pra esse nível de saúde básico [...] (ZEUS).

[...] Com certeza! [...] As pessoas acham que a prevenção só cabe para pessoas que não tem deficiência, porém a pessoa que tem deficiência também tá sujeito a qualquer tipo de doença [...] (HÉRCULES).

[...] Tudo é importante quando se determina primeiramente a educação. [...] A nossa fica muito a desejar. [...] A saúde é determinada para a função de qualquer ser humano [...] A saúde é base! [...] (HEFESTO).

[...] Sempre é importante! Porque tudo, tudo que a sociedade colocar em prol da prevenção, é essencial para todo mundo, não só para os deficientes [...] (ARES).

[...] Acredito! [...] Porque vai prevenir e previne muito nos tratamentos [...] (ALFEU).

Diante dos discursos citados, nota-se uma mudança na consideração por parte dos homens em relação à importância da APS. Isso é considerado um sinal de grande significância na saúde do homem trabalhador com deficiência física, tendo em vista que muitos homens ainda se mostram resistentes a procurarem tais serviços.

A intensificação da procura e da adesão dos homens na APS, ainda caracteriza-se como um desafio cotidiano. A masculinidade hegemônica compõe um modelo que forma a identidade e influencia na conduta do homem, acerca dos comportamentos e das emoções a serem seguidas. Para Cecilio et al. (2012) a atenção básica de saúde quando considerada como o acesso da população, tem sido vista como o primeiro contato da população com o sistema de saúde, devido ser próxima da família e da comunidade.

Nesse eixo de discussão, fica evidente que a demanda de homens nestes serviços continua sendo inferior à das mulheres, contrapondo-se ao preconizado, em reconhecer a atenção primária à saúde como a porta de entrada e o contato primordial dos usuários com os serviços de saúde (AGUIAR et al., 2014).

Uma forma de maior inserção está interligada ao binômio educação-saúde, onde os modelos de educação em saúde, quanto os aspectos diretamente envolvidos nas práticas educativas, se mostram relevantes na compreensão das experiências de aprendizagem, aprimorando no indivíduo a capacidade de avaliar criticamente a sua realidade e conseqüentemente remodelar as situações:

[...] Porque eu não acredito que sem educação [...] a saúde poderá crescer. A saúde poderá só evoluir se nós [...] predeterminar a educação, porque [...] um gera o outro [...] (HEFESTO).

Um dos aspectos importantes da população masculina é a inevitabilidade de admitir a relevância da prevenção na saúde, pois muitos dos agravos seriam evitados se os diagnósticos fossem feitos precocemente, o que contribuía diretamente na sua qualidade de vida.

Voltado para o Século XXI, com a expansão dos planos de saúde e a restrita assistência, a atenção primária à saúde torna-se um serviço de grande regalia, quando empregado e utilizado de maneira satisfatória:

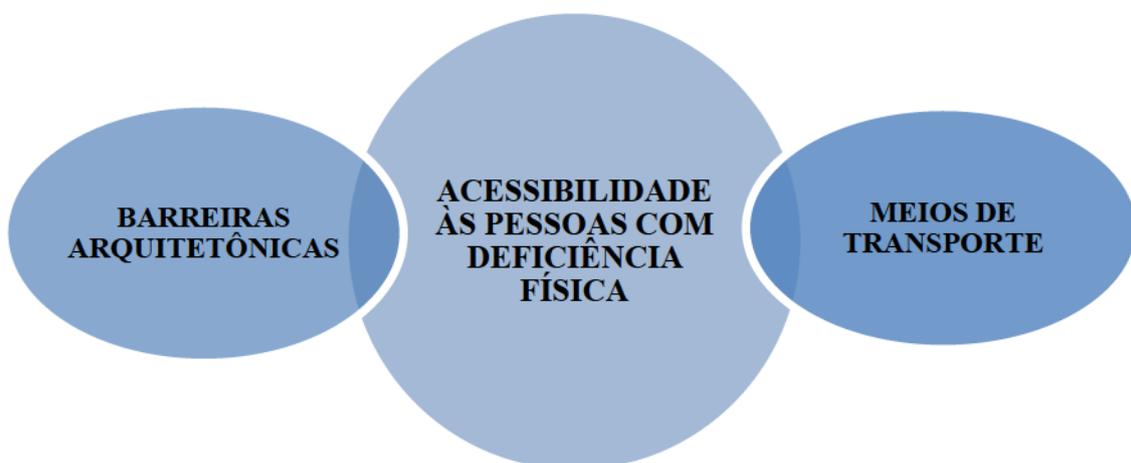
[...] Ajuda muito! [...] muita gente tá precisando, num tem convênio, aí eles ajuda [...] em tratamento [...], na prevenção [...] (EROS).

Ratificando o exposto, Gomes et al. (2011) ressaltam que a APS é direcionada para a promoção, manutenção e melhoria de saúde, oferecendo recursos básicos como especializados a todas as pessoas, independente de sua condição socioeconômica. Com isso, o favorecimento do cuidado a saúde é visto e exercido num sentido amplo, contemplando todas as pessoas que necessitarem desse serviço.

CATEGORIA II: Investigando quais são os obstáculos para a resistência dos homens trabalhadores com deficiência física em procurarem à Atenção Primária à Saúde

PRIMEIRO NÚCLEO DA IDEIA CENTRAL: Acessibilidade às pessoas com deficiência física

Figura 3 – Representação esquematizada do primeiro núcleo da categoria temática II



[...] Barreiras arquitetônicas, transporte, isso tudo dificulta o deficiente né! [...] (APOLO).

[...] A acessibilidade é de fundamental importância [...] os postos de saúde da família não tem acesso pra pessoa com deficiência física e também tem a questão do transporte [...] de como você chega à atenção básica [...] (ZEUS).

[...] A acessibilidade dificulta! [...] (HEFESTO).

[...] Existe! A questão da acessibilidade nos ambientes onde são feitos esses atendimentos [...] (HÉRCULES).

[...] Dificulta! [...] o acesso ao portador de deficiência é muito difícil [...] (DIONÍSIO).

Esta categoria revela os discursos de homens trabalhadores com deficiência física e os obstáculos elencados por eles em relação à sua procura pela atenção primária à saúde.

Segundo os relatos descritos, a resistência do homem trabalhador com deficiência física em procurar tais serviços de saúde, está diretamente ligada à ausência de acessibilidade e da dificuldade de locomoção, relacionados aos itens como barreiras arquitetônicas e aos transportes.

De acordo com Siqueira et al. (2009) as barreiras arquitetônicas são obstáculos pertinentes à construções urbanas ou às edificações, que impede o direito de qualquer cidadão deslocar-se livremente, tendo em vista que a deficiência acarreta a restrição de independência.

O direito ao acesso a educação, a saúde, ao lazer e ao trabalho engloba toda população. Porém, as pessoas com deficiência física requerem o alcance de utilizar prédios e transporte coletivos urbanos com autonomia.

Corroborando a com isso, Lamônica (2008) aponta que a acessibilidade integra o conceito de cidadania, e um ambiente construído, quando acessível a todos, é capaz de conceder oportunidades igualitárias a todos os usuários, mas isso nem sempre é respeitado.

Para pessoas sem restrições de locomoção, a circulação em calçadas, vias e ambientes públicos são facilmente superados em casos de atributos estruturais, porém para pessoas que tem problemas no deslocamento, tais atributos tornam-se verdadeiros obstáculos, negando a esses usuários a possibilidade de utilizar espaços públicos, como no trecho a seguir:

[...] Acessibilidade entre ruas, transporte [...] meios assim dificultam muito [...] a acessibilidade nos postos de saúde que não são adequadas para um portador de deficiência [...] (ALFEU).

Conforme a visão dos depoentes, as próprias unidades básicas de saúde não são adequadas para contemplar a sua inserção nesta assistência, pois as mesmas não possuem uma total infraestrutura que facilite a entrada e permanência destes homens.

Siqueira et al. (2009) confirmam que a disponibilidade de estruturas adequadas aos deficientes físicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) apresentam dificuldades, onde, mesmo com as construções mais recentes, ainda são alvo de reclamações dos próprios usuários por apresentarem condições insatisfatórias que não garantem o acesso livre às pessoas.

Buscando mudanças relacionadas à acessibilidade, criou-se a Lei nº 10.098 de 19 de Dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade por pessoas com deficiência, assegurando a integração social por meio dos direitos individuais e sociais, permitindo o acesso à educação, à saúde, ao trabalho e ao lazer (BRASIL, 2000).

Com relação aos meios de transportes, sendo outro fator bastante citado nas entrevistas colhidas, a qualidade dos próprios transportes e até mesmo o grau de instrução dos servidores se tornam falhos:

[...] Transporte se encaixa nessa questão [...] Como é que você vai se descolar se [...] às vezes pegamos os ônibus e os motoristas ou cobradores não sabem nem operar o elevador? [...] (HÉRCULES).

Para Araújo et al. (2011), a via ou ambiente de circulação é a combinação entre estrutura, meios de circulação e ambiente construído, onde isso irá influenciar diretamente na eficiência e na qualidade do desempenho, bem como da movimentação das pessoas nesses veículos públicos urbanos.

De acordo com Cavalcanti et al. (2013), a manutenção juntamente com a informatização das pessoas que trabalham nesse ramo, se tornam importante para promover a acessibilidade de pessoas que compõem uma dada sociedade nos veículos de transporte coletivo.

Cavalcanti et al. (2013) ainda revelam que apesar dos motoristas e cobradores de ônibus terem sido preparados para a utilização dos equipamentos de acessibilidade do veículo, existe a necessidade de novos treinamentos para simplificar o manuseio de dispositivos como a plataforma elevatória veicular, além de oferecer uma maior atenção as pessoas com necessidades especiais.

Portanto, tornou-se evidente nos relatos que para os homens trabalhadores com deficiência física terem a sua circulação íntegra, e assim a sua acessibilidade facilitada,

mudanças estruturais de vias e espaços públicos, bem como de instrução dos servidores dos transportes coletivos, são imprescindíveis para que essa participação e essa locomoção sejam efetivadas.

SEGUNDO NÚCLEO DA IDEIA CENTRAL: Carência de serviços de saúde

Figura 4 – Representação esquematizada do segundo núcleo da categoria temática II



Fonte: Própria da pesquisa, 2014.

[...] Fatores é que você chega num PSF [...] num tem médico [...] aonde eu moro num tem! [...]. Porque pra você fazer um exame tem que ser caro, muitas vezes o SUS num cobre esse exame e marca pra depois de três meses [...] (HERMES).

[...] PSF ele é uma questão mais de prevenção [...] quando ele busca um atendimento [...] questão do ortopedista [...] dificuldade muito grande [...] ter esse profissional, daqui que você consiga essa consulta, isso aí para o tempo mesmo [...] (POSÊIDON).

[...] Existe a falta de conhecimento de alguns profissionais [...] (HERCULES).

[...] A falta de um médico específico para certo tipo de doença [...] os postos de saúde tem muita dificuldade né com médico principalmente [...] (DIONÍSIO).

[...] Atendimento que às vezes deixa muito a desejar [...] (ARES).

Dentre os fatores expostos como obstáculos que acarretam na resistência dos homens trabalhadores com deficiência física a buscarem a atenção primária à saúde, neste segundo núcleo foi especificada a carência de serviços de saúde como fator crucial.

A estratégia de saúde da família enfatiza o atendimento integral à família utilizando táticas de reorientação assistencial com caráter substitutivo às práticas assistenciais. Entretanto, como vistos nos discursos acima, há ainda limitações na sua operacionalização quanto ao número reduzido de médicos, falta de recursos, atendimento insuficiente que deixa a desejar na assistência a todos os usuários.

Consoante com os sujeitos da pesquisa, a equipe de saúde se mostra importante na influência para promover a busca por este serviço de saúde. Os horários, a demanda de profissionais, e principalmente o atendimento em sua forma acolhedora, são imprescindíveis na eficácia dessa estratégia.

Assim Ayres et al. (2006) enfatizam que o acolhimento é humanização, a qual consiste na abertura dos serviços para a demanda, adaptando técnicas para a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região, garantindo o acesso dos usuários, através da construção de uma nova ética, em que permite a diversidade e a tolerância das diferentes necessidades.

Desse modo, a ESF deve ser um estabelecimento de criação de vínculos e laços de compromisso entre os profissionais de saúde e a comunidade. Todavia, para alguns o acolhimento por parte dos profissionais aos usuários tende a ser insatisfatórios:

[...] Existe a questão de que nem todas as agentes de saúde são preparadas pra trabalhar com uma pessoa com deficiência, ela ou qualifica demais ou desqualifica demais [...] (ZEUS).

A implementação dos direitos no que tange a saúde das pessoas com necessidades especiais é declarada pela PNSPD, que traz a inclusão de todas essas pessoas aos serviços de saúde, envolvendo estratégias como prevenção de agravos e reabilitação na sua capacidade funcional (BRASIL, 2010).

Entretanto, a disponibilidade efetiva destes serviços sucede quando se proporciona o acesso por parte dos indivíduos, onde muitas vezes é trabalhada inadequadamente, fazendo com que o acesso aos serviços sejam inviabilizados para a pessoa com deficiência (CASTRO et al., 2011).

Outra questão que pode ser levantada, baseadas nos discursos colhidos é a existência do preconceito, que às vezes não é percebido por quem emite, mas que são notados pelos receptores, no caso as pessoas com deficiência física:

[...] Esse aí já está num situação difícil, um agrado a mais e um agrado a menos, num vai dificultar nada! E esquece que é um ser humano igual a mim [...] (HEFESTO).

Baseado nessa assertiva ressalta-se que os tabus e preconceitos existentes também estão presentes na relação profissional e usuário, pois cada um apresenta concepções decorrentes da história individual e social, onde muitas vezes o profissional não reconhece esses aspectos e sente dificuldade de proporcionar uma forma para que a temática possa ser abordada de maneira mais integrativa (OTHERO; DALMASO, 2009).

Ainda de acordo com os depoentes, a baixa assiduidade da equipe médica na atenção primária à saúde é também outro fator contribuinte para sua diminuta inserção nestes serviços. A carga horária é limitada e sua presença muitas vezes é restringida em alguns dias da semana, como referenciado nesse recorte:

[...] A agente de saúde passa e diz: chegou médico! [...] Aí [...] na outra semana [...] diz: [...] não tem médico! [...] (HERMES).

Devido às dificuldades encontradas na atenção primária para o atendimento voltado as suas necessidades, muitos procuram outros meios e serviços privados que oferecem uma atenção diferenciada a este público, porém a falta de atendimento também se mostra precária nesta área, como mencionado no discurso a seguir:

[...] Já frequentei. Inclusive eu tenho plano de saúde e até pra quem tem [...] sempre tem aquela carência de atendimento, imagine você ser atendido nesses postos de saúde [...] (ARES).

[...] Você paga caro pelo plano de saúde [...] e ela é atendida como se fosse num plano de saúde pública [...] (HERMES).

Percebe-se ainda nas falas apresentadas que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) criado para apoiar as equipes da estratégia de saúde da família, ampliando desse modo à efetivação e as ações da atenção básica, não é visto como pertencente à atenção primária.

Contrariando a isso, o NASF é um proposta criada pelo Ministério da Saúde para profissionais de várias áreas atuarem em parceria das equipes de saúde da família, desenvolvendo ações como de reabilitação, onde reduz incapacidades e reinsere socialmente a população com esses agravos (ROCHA; SOUZA, 2009).

Isso tende a dificultar também no acesso a exames diagnósticos, ou seja, na realização e recebimento dos resultados, devido à demanda, bem como os fatores aludidos pelos próprios sujeitos da pesquisa que geram transtornos para marcação de exames.

CATEGORIA III: Verificando o conhecimento dos homens trabalhadores com deficiência física sobre as propostas assistenciais disponibilizadas na Atenção Primária à Saúde

NÚCLEO DA IDEIA CENTRAL: Conhecimento deficitário acerca das propostas assistenciais

Figura 5 - Representação esquematizada do segundo núcleo da categoria temática III



Fonte: Própria da pesquisa, 2014.

[...] Ah, tem muita legislação! [...] Tem uma lei que diz que você tem que ter o atendimento em 72 horas [...] mas nada disso é respeitado [...] tem o programa de atenção à pessoa com deficiência que é um programa nacional destinado aos PSF, mas a implantação dele [...] não, tem não! Como a questão da política do idoso, tem não! Aqui em João Pessoa acho que não! [...] (POSÊIDON).

[...] Sinceramente não! [...] precisa nem se informar, porque a gente vai ver logo [...] Se nós tivéssemos políticas públicas, nós não temos

políticas públicas [...] o nosso poder público [...] não tá preocupado com a população [...] (HERMES).

[...] Minha filha, propostas existem várias, efetuadas é difícil! [...] Qual é a grande falha no PSF? É a falta de imediatismo [...] Porque eu vou a você e só vou ser atendido daqui a 15, 20 dias, talvez um mês ou dois meses [...] (HEFESTO).

[...] Existe muitos projetos elaborados pelas próprias entidades [...] que não são executados [...] Tem que ser especializados e eu trabalho aqui na FUNAD [...] é o único órgão que tem [...], mas infelizmente deixa muito a desejar também o atendimento odontológico [...] (ARES).

Este núcleo revela que os entrevistados sabem da existência de propostas para assistir as suas necessidades especiais na atenção primária à saúde, entretanto não as veem como efetivas na prática, revelando que a assistência voltada para o homem, sobretudo para o homem trabalhador com deficiência física se mostra escassa.

[...] A não ser [...] aqui na FUNAD e uma associação nossa que é a ASDEF [...] outro local [...] não conheço não! [...] (DIONÍSIO).

O SUS em conjunto com a estratégia de saúde da família busca englobar as distintas etapas do ciclo vital dos dois gêneros. Entretanto, existe ainda a invisibilidade dos indivíduos do sexo masculino na atenção primária.

De acordo com Couto et al. (2010) ainda não é comum os profissionais de saúde se atentarem para o funcionamento e para o aspecto do cenário de trabalho, dificultando o acesso por parte dos homens.

Mediante a isso, Souza et al. (2014) sugere uma provável assimetria nas políticas de saúde voltadas para o homem, decorrentes de uma injustiça distributiva em razão de igualdade no atendimento das precisões de saúde, o que leva a uma atenção insatisfatória nos serviços de saúde para esses usuários.

Isso mostra que essa dificuldade pode estar ligada com a falta de apoio governamental a elaboração e a implementação destas propostas, assim como a carência de interesse por parte dos profissionais que compõe a unidade de saúde da família de agregá-los a essa assistência.

Como se sabe, políticas e propostas foram criadas para mudar essa face, levando à assistência integral as necessidades desses usuários, mas a vigência dessas políticas nem sempre são efetivadas.

Embora a PNAISH tenha sido criada para ampliar e facilitar o acesso da população masculina aos serviços primários de saúde, os próprios profissionais de saúde denotam pouco conhecer as características da política, justificando na ausência de divulgação das diretrizes que a compõe (SOUZA et al., 2014).

Isso se ocorre pela falta de prestabilidade dos profissionais da saúde em buscar e engrandecer a sua assistência holística, que muitas vezes são frutos da ausência de incentivos dos poderes públicos, onde revelam que notoriamente as propostas são eficazes na teoria e ineficazes na prática:

[...] Aquela humanização que a universidade passa para o enfermeiro ou pra o médico, quando ele entra na profissão, ele vai ver que as condições que dão para ele trabalhar são diferentes [...] (HERMES).

[...] Não! [...] Podia melhorar mais né [...] pra atender melhor [...] (EROS).

[...] Não, infelizmente é como eu disse, ainda existe um desconhecimento muito grande nos postos de saúde de como se trabalhar com a pessoa com deficiência [...] são poucas as informações [...] nas três esferas, tanto federal, como estadual, como municipal [...] (ZEUS).

Baseada no que foi discutido, devido à falta de divulgação de informações, provocando esse conhecimento precário, o homem ainda apresenta dificuldade em perceber que algumas propostas e serviços oferecidos de reabilitação, também fazem parte da atenção primária, cita-se:

[...] Tem não [...] tem [...] o negócio da perna, pra se colocar [...] (CRONOS).

Nesse caso, o NASF juntamente com a equipe das estratégias de saúde da família, incorpora uma importante iniciativa de acesso e de integralidade em saúde, atuando em ações coletivas de orientação à família sobre a reabilitação, além de permitir o encaminhamento quando necessário, a obtenção de próteses, órteses e meios auxiliares de locomoção (REIS et al., 2012).

Dessa maneira, por terem o conhecimento deficiente sobre as propostas assistenciais e seu cumprimento, e por outras vezes não haver de fato assistência direcionada para homens trabalhadores com deficiência física, existe o equívoco de pensar que qualquer outra assistência não é específica para eles, na sua situação:

[...] Não, eu tomo vacina [...] (EROS).

Corroborando a isso, apesar das facilidades existentes na contemporaneidade, parte da sociedade pouco conhece as propostas oferecidas nos serviços de saúde, o que leva a falta de estímulo a usufruí-las. Desse modo, é evidenciada a dificuldade de entendimento, do conhecimento sobre o funcionamento e da proposta das unidades básicas de saúde (NERY et al., 2011).

[...] Minha deficiência, acho que pro PSF num tem não [...] (EROS).

Por ainda se mostrarem vinculado ao estigma da cultura masculina que predomina na sociedade vigente, de que não carece tantos de cuidados, os homens passam então a desconhecer as possíveis propostas assistenciais para prevenção de doenças, promoção da saúde e reabilitação oferecidas na atenção primária, pelo o simples desinteresse nos serviços:

[...] Não, não! [...] eu não conheço. Não tenho [...] essa informação pra te dar [...] (APOLO).

[...] Deve existir. Eu não conheço! [...] (HÉRCULES).

[...] Se tem aqui, num fui ainda não! [...] Nunca ouvi falar. [...] (CRONOS).

[...] Não, não conheço [...] Já! [...] Não, nunca ouvi falar [...] (ALFEU).

Além disso, a falta de interesse na busca por esses serviços de saúde pode estar relacionada ao tratamento de segregação entre os deficientes e as pessoas que não apresentam nenhuma limitação física. A forma como tratam e julgam suas características, pode desenvolver no sujeito sentimentos de inferioridade, impotência e dependência (CORDEIRO et al., 2007).

Certificando-se dessa realidade, a atenção primária à saúde voltada para esse segmento necessita de maior incentivo e explanação de suas atividades, para que todos que compõem a sociedade possam estar envolvidos.

Destarte, os profissionais de saúde requerem uma maior qualidade na sua assistência, em que possam desenvolver uma abordagem holística, implicando dessa maneira estratégias de promoção da saúde que minimizem os indicadores de morbidade e mortalidade presentes na população masculina (SOUZA et al., 2014).

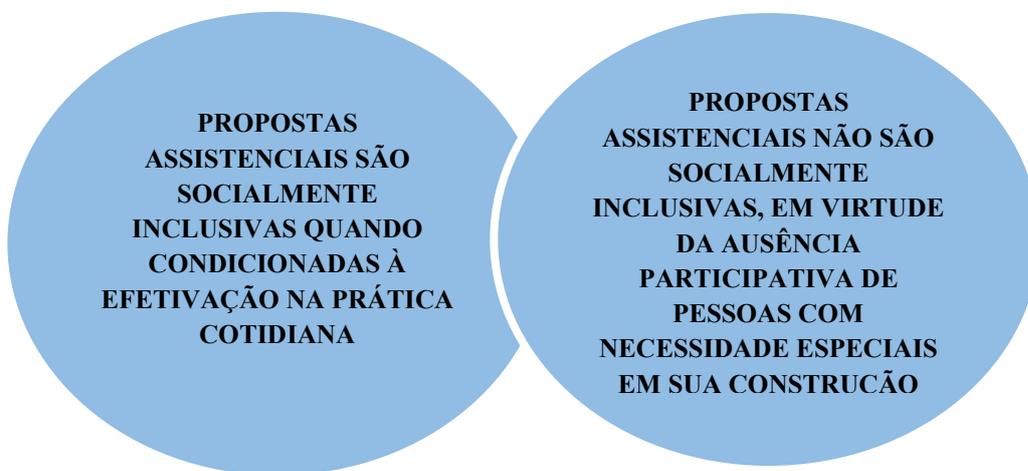
Diante do exposto, percebe-se que os homens tem o conhecimento da existência de estratégias que contemplem a saúde do homem trabalhador com deficiência física, todavia essa questão precisa ainda ser revista e divulgada de maneira correta.

CATEGORIA IV: Revelando se as propostas assistenciais contribuem para a inclusão social dos homens trabalhadores com necessidades especiais.

PRIMEIRO NÚCLEO DA IDEIA CENTRAL: Propostas assistenciais são socialmente inclusivas quando condicionadas à efetivação na prática cotidiana

SEGUNDO NÚCLEO DA IDEIA CENTRAL: Propostas assistenciais não são socialmente inclusivas, devido a sua construção não possuir a participação das pessoas com necessidades especiais

Figura 6 - Representação esquematizada dos núcleos da categoria temática IV



Fonte: Própria da pesquisa, 2014.

[...] Deve, deve e pode! [...] (HEFESTO).

[...] Contribui e muito! [...] Porque afinal de contas o deficiente faz parte do contexto social do país [...] (ARES).

[...] Pegaram e mudaram a maneira da gente entrar no ônibus, a gente foi consultado enquanto usuário? Não! [...] (HERMES).

Para análise e discussão desta categoria, utilizaram-se como critério de inclusão os sujeitos do estudo que referiram conhecer propostas assistenciais na APS, direcionadas aos homens trabalhadores com deficiência física. Dentre os discursos apresentados, dividiu-se em dois grandes núcleos, sendo especificados em: propostas assistenciais são inclusivas socialmente quando condicionadas à efetivação na prática cotidiana e propostas assistenciais não são socialmente inclusivas, devido a sua construção não possuir a participação das pessoas com necessidades especiais.

Diante dos relatos apontados no segundo núcleo da ideia central, contido na categoria anterior, e tomando como base as falas descritas acima, ficou evidente que para todos os homens que conhecem as propostas assistenciais, fica explícito que para elas serem inclusivas socialmente existe a necessidade destas propostas serem efetivadas na prática:

[...] Sim! [...] Se ela for efetivada. [...] você com uma qualidade plena, [...] consegue trabalho, você consegue viver melhor né [...] Vai influir na qualidade de vida [...] (POSÊIDON).

A inclusão social de homens com deficiência física significa convertê-los a participante da vida social, econômica e política. Este processo ocorre de maneira gradual, com avanços e retrocessos, isto porque ainda existe uma resistência quanto o desenvolvimento dessa prática.

As pessoas com deficiências físicas têm como todo e qualquer ser humano, o direito de ser respeitado e do acesso ao trabalho. A inclusão social é um meio de atingir igualdade, dando a eles o direito a saúde, educação e acessibilidade, o que conseqüentemente melhora a qualidade de vida desses sujeitos.

Conforme França, Pagliuca e Baptista (2008) o Estado pensando em mobilizar todos os segmentos da sociedade em função do desenvolvimento humano das pessoas com deficiência, criou políticas públicas como responsabilidades cívicas destinadas a atender as necessidades encontradas nesse grupo social.

Contudo, as autoras mencionadas acima revelam que mesmo com a criação de políticas, as pessoas com deficiência ainda reclamam das dificuldades encontradas em usufruir seus direitos assegurados pela própria política.

Dessa maneira, as práticas assistenciais oferecidas no âmbito da saúde são inclusivas quando garantido e respeitado o direito aos fatores necessários para vida do homem com necessidades especiais.

Por outro lado, a falta de conhecimento da sociedade, faz com que a deficiência seja vista como uma doença crônica, um peso ou um problema. Algumas ações são realizadas como forma de solucionar e mascarar as questões problemáticas, entretanto, as mudanças se tornam falhas por não haver a participação e a opinião dos próprios sujeitos que estão expostos a estes serviços e ao emprego correto de tais soluções:

[...] A lei diz que toda pessoa com deficiência tem que andar pela porta dianteira, e a gente passou a ter a porta traseira [...] (POSÊIDON).

[...] Simplesmente eles chegaram lá, fizeram um pacto no ministério público e acabou! E a gente é carregado como animal dentro do ônibus, num tem o mínimo respeito! Nós só somos cidadãos [...] na hora de [...] depositar o voto na urna [...] (HERMES).

Contradizendo aos relatos, Nagem e Silva (2013) afirmam que a formulação de políticas públicas envolve níveis de decisão e atores variáveis, culminando na participação social, onde os diferentes atores possam negociar de forma transparente e em igualdade de condições os seus interesses pensados na relação com a coletividade, desenvolvendo e avaliando dessa maneira as políticas.

Com a asseveração anteriormente mencionada e mediante os antigos pressupostos da sociedade, assegura-se que os direitos e deveres da população, perante a lei, são iguais para todos. No entanto, pessoas com deficiência possuem necessidades diferentes, o que as tornam especiais, sendo assim, é importante a existência de direitos específicos que compensem, na medida do possível, as suas limitações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Fonte: Internet, 2014.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa partiu do pressuposto que a população masculina desconhece a relevância dos serviços de prevenção à saúde e que dessa maneira se mostram resistentes a procura de tais serviços. Nessa premissa, pressupõe-se que se para o homem visto como sadio a inserção na Atenção Primária à Saúde se mostra escassa, então, para o homem trabalhador com deficiência física essa procura pelos serviços de saúde torna-se ainda mais difícil, tendo em vista a pouca acessibilidade e a ausência de campanhas de saúde direcionadas a eles.

No decorrer deste estudo surgiu a oportunidade de escutar homens com deficiência física para melhor compreendê-los quanto a sua baixa presença na Atenção Primária a Saúde através das necessidades expressas por eles, assim como dos obstáculos encontrados na inserção dos mesmos nestes serviços de saúde.

Desta maneira, confirmou-se a hipótese que norteou esta pesquisa, aparecendo como um dos destaques à afirmação por parte dos sujeitos entrevistados, de que os mesmos mantêm pouco contato com os serviços primários de saúde, devido sentirem dificuldades de locomoção e a implementação ainda insuficiente das propostas assistenciais voltadas para esse grupo populacional nas Unidades Básicas de Saúde.

Apesar dos entrevistados referirem pouca participação na Atenção Primária à Saúde, eles afirmaram que essa atenção se mostra primordial na saúde de todos que compõe a sociedade. Entretanto, alguns enfatizaram a Estratégia de Saúde da Família como serviços curativos, centrados apenas na figura médica, mostrando assim o déficit de conhecimento acerca da relevância na prevenção de doenças e na promoção à saúde.

As dificuldades vivenciadas pelos homens com deficiência física denominadas por obstáculos para a resistência estão relacionadas com as barreiras arquitetônicas, com a utilização dos transportes coletivos públicos e com a carência de serviços, provocando atendimentos insatisfatórios.

Voltando-se para esse segmento, a pesquisa revelou que apesar da criação da PNAISH e da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, o homem trabalhador com deficiência física se sente muitas vezes excluído, tendo em vista que as propostas assistenciais tornam-se falhas, pois para as mesmas serem inclusivas socialmente, existe a necessidade destas propostas serem efetivadas na prática.

Outro ponto relevante encontrado no estudo, é que ora as propostas assistenciais existem na teoria e inexistem na prática, ora a pessoa com necessidades físicas pode não querer ser excluído. A fim de se evitar essa exclusão, percebe-se que o homem trabalhador

com necessidades físicas se elimina, ou seja, passam a conhecer menos as propostas assistenciais, e assim não percebem que eles necessitam, acarretando desse modo o desconhecimento de serviços de saúde.

Isso revela o quanto à homogeneidade é subjetiva, pois talvez pelo fato da deficiência física ser uma condição ampla e diferenciada, o deficiente físico especialmente o cadeirante, refere possuir mais dificuldades de acessibilidade do que um indivíduo que tenha um membro amputado ou que claudica.

Com base no que foi abordado, percebe-se que a divulgação da PNAISH e de políticas voltadas para a pessoa com deficiência não foram suficientes para inserir o homem deficiente no contexto de saúde. Desse modo, evidencia que a equipe que compõe a atenção primária à saúde possui forte influência para fazer com que as políticas sejam cumpridas, juntamente com a população referida.

Em vista disso, por ser uma temática ainda pouco discutida na literatura, acredita-se que essa pesquisa torna-se de grande valia por contribuir para promover qualificação e embasamento científico para os profissionais da área, bem como para incentivar os próprios sujeitos do estudo em buscar as práticas assistencialistas direcionadas à eles, estabelecendo consequentemente estratégias e ações eficazes.

REFERÊNCIAS



Fonte: Internet, 2014.

9 REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C. G. et al. Interferências socioculturais e institucionais no acesso do homem aos serviços de atenção primária à saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 1, p. 381-390, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1383/pdf_122>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M. C.; NEVES, J. B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste**, Minas Gerais, v. 3, n. 2, nov/dez, 2010. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/08-desafios-para-inclusao-dos-homens-em-servicos-primarios-de-saude.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2013.
- ARAÚJO, M. R. M et al. Transporte público coletivo: discutindo acessibilidade, mobilidade e qualidade de vida. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 3, p 574-582, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2014.
- ÁVILA-VITOR, M. R. C.; CARVALHO-FREITAS, M. N. Valores organizacionais e concepções de deficiência: a percepção de pessoas incluídas. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, n, 4, p. 792-807, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n4/v32n4a03.pdf>> Acesso em: 11 ago. 2014.
- AYRES, R. C. V. et al. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **O mundo da saúde**, v. 30, n. 2, p. 306-311, 2006. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/35/acolhimento_psf.pdf> Acesso em: 09 ago. 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed revista e actualizada. Portugal: Edições 70, 2011.
- BARRIOS, S. G.; PROCHNOW, A. G.; SCHIMITH, M. D.; BRÊTAS, A. C. P. Tendências históricas no conhecimento da enfermagem e o Sistema Único de Saúde. **R. Enferm-UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 1, p. 133-141, jan/abr, 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewArticle/2148>>. Acesso em: 20 nov. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em: 16 nov. 2013.
- _____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm>. Acesso em: 02 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério do Trabalho e Emprego. Ministério da Previdência Social. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST)**. Brasília: MS/TEM/MPS, 2004. Disponível em: <
http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, 2008. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2013.

_____. **Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para promoção de acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 2000. Disponível em: < [http:// www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L10098.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L10098.htm)>. Acesso em: 8 ago. 2014.

_____. **Resolução nº466/2012**. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2014.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300006>. Acesso em: 19 nov. 2013.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, 2010. Disponível em: <
<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29683/0>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

CARVALHO-FREITAS, M. N. **A inserção de pessoas com deficiência em empresas brasileiras** – Um estudo sobre as relações entre concepções de deficiência, condições de trabalho e qualidade de vida no trabalho. 2007. 314f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <
http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/CSPO-72UKVU/maria_nivalda.pdf?sequence=1>. Acesso em: 28 set 2013.

- CARVALHO, A. J. M.; GRANDE, A. A. B. Perfil das atividades de vida diária dos atletas paraolímpicos de alta performance elaborado através do questionário HAQ (Health Assessment Questionnaire). **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 20, n. 2, p. 273-278, 2012. Disponível em: < <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2012.030>>. Acesso em: 11 ago. 2014.
- CAVALCANTI, A. et al. Acessibilidade em transporte coletivo urbano na perspectiva dos motoristas e cobradores. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 21, n. 1, p. 19-24, 2013. Disponível em: < <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2013.004>>. Acesso em: 11 ago. 2014.
- CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200005>. Acesso em: 02 nov. 2013.
- CASTRO, S. S. et al. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.8, p. 1773-1782, ago, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/06.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2014.
- CECILIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p.2893-2902, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2014.
- CORDEIRO, M. P. et al. Deficiência e Teatro: Arte e Conscientização. **Psicologia ciência e profissão**, v. 27, n 1, p. 148-155, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932007000100012&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, Botucatu, v. 14, n.33, p. 257-70, abr./jun, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 out. 2013.
- DURANTE, A. L. T. C.; POZ, M. R. D. Saúde global e responsabilidade sanitária brasileira: o caso da erradicação da poliomielite. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 129-138, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0129.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2014.
- FERREIRA, J. A. et al. Efetivação da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino: fatores influenciadores. **Rev. Enferm. UFPE [online]**, Recife, v. 7, n. 2, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3467/5415>>. Acesso em: 27 nov. 2013.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16 (Supl. 1) p. 935-944, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a25v16s1.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 15 dez. 2013.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 430-33, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/20.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. **Ver EscEnferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 178-85, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reusp/v43n1/en_23.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2013.

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F.; BAPTISTA, R. S. Política de inclusão do portador de deficiência: possibilidades e limites. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 112-6, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_17.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2014.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-53, out/dez, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 881-892, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a20v16s1.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16 (Supl. 1) p.983-992, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a30v16s1.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2013.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar, 2007. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. [S.l.: s.n], 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

LAMÔNICA, D. A. C. et al. Acessibilidade em ambiente universitário: identificação de barreiras arquitetônicas no campus da USP de Bauru. **Rev. Bras. Ed. Esp**, v.14, n.2, p.177-188, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbee/v14n2/03.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867- 874, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2013.

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/10.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2013.

LIMA JUNIOR, E. A.; LIMA, H. S. Promoção da Saúde Masculina na Atenção Básica. **Pesquisa em foco**, Maranhão, v.17, n.2, p.32-41, 2009. Disponível em: <http://ppg.revistas.uema.br/index.php/PESQUISA_EM_FOCO/article/viewFile/224/253%20%20> Acesso em: 10 nov. 2013.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T.; PRÁ, K. R. D. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 93-104, jan./jun, 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1048/3234>>. Acesso em: 26 dez. 2013.

LOURENÇO, E. A. S. **Na trilha da saúde do trabalhador**: a experiência de Franca/SP.2009. 427f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP, São Paulo, 2009. Disponível em <<http://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/edvania.pdf>>. Acesso em: 06 dezembro 2013.

MACHADO, M. F.; RIBEIRO, M. A. T. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, São Paulo, v.16, n.41, p.343-55, abr/jun, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop2912.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 173-186, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/16.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

- NAGEM, F. A.; SILVA, S. P. Institucionalização e execução das políticas Públicas de economia solidária no Brasil. **Revista de sociologia e política**, v. 21, n 46, p. 159-175, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n46/10.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2014.
- NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010. Disponível em: < http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.
- NASCIMENTO, D. R. As campanhas de vacinação contra a poliomielite no Brasil (1960-1990). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p 501-511, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a13.pdf>>. Acesso em: 08 de ago. 2014.
- NERY, A. A. et al. Saúde da família: visão dos usuários. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n 3, p 397-402, 2011. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a10.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2014.
- OLIVEIRA, C. B. et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 635-644, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a32v14n2.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2013.
- OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Comunicação Saúde e Educação**, v. 13, n. 28, p. 177-88, jan/mar, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a15.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2013.
- PEREIRA, C. S.; PRETTE, A. D.; PRETTE, Z. A. P. D. Habilidades sociais de trabalhadores com e sem deficiência física. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n.3, p. 339-346, jul/set, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n3/a07v25n3.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2013.
- PINHO, de L. B et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.09, n.03, p.835-846, 2007. Disponível em:< http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n3/pdf/v9n3a22.pdf>. Acesso em: 23 out. 2013.
- REIS, D. C. et al. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 663-674, 2012. Disponível em:< http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 02 nov. 2013.
- ROCHA, E. F.; SOUZA, C. C. B. X. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 36-44, 2011. Disponível em:< <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14118>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SANTORUM, J. A.; CESTARI, M. E. A educação popular na práxis da formação para o SUS. **Tra. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 223-240, jul/out, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/04.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2013.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, São Paulo, v.13, n.31, p.303-14, out/dez, 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400006>. Acesso em: 05 nov. 2013.

SCHWARZ, E. et al. Política de saúde do homem. **Rev Saúde Pública**, v.46 (Supl) p.108-116, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700015>. Acesso em: 24 out. 2013.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 39-44, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a09v14n1.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2014.

SILVA, M. E. D. et al. Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v.3, n.3, p.21-25, jul/ago/set, 2010. Disponível em:< http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v3n3/pesquisa/p3_v3n3.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2013.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2013.

SOUZA, L. P. S. et al. Conhecimento de uma equipe da estratégia saúde da família sobre a política de atenção à saúde masculina. **Trab. Educ. Saúde**, v. 12 n. 2, p. 291-304, 2014. Disponível em:< <http://bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-710486>>. Acesso em: 09 ago. 2014.

SOUZA, M. T. Saúde do Homem Trabalhador. **Saúde Coletiva**, v. 36, n. 6, p. 294, 2009. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/842/84212105002.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2013.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014. Disponível em:< <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/182>>. Acesso em: 09 ago.2014.

VASCONCELOS, F. D. O trabalhador com deficiência e as práticas de inclusão no mercado de trabalho de Salvador, Bahia. **Rev. bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 41-52, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n121/06.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

VASCONCELOS, L. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 494-500, dez, 2006. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a19.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, jun, 2008. Disponível em:<
http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI2008102909345.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2013.

APÊNDICES



Fonte: Internet, 2014.



APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1-CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO	
1.1 Faixa Etária	18– 30 () 31 – 40 () 41 – 50 () 51 – 59 () > de 60
1.2 Estado Civil	Solteiro () Casado () Viúvo () Outros ()
1.3 Escolaridade	Ensino Fundam. Completo () Ensino Médio Completo () Ensino Fundam. Incompleto () Ensino Médio Incompleto () Ensino Superior Completo () Ensino Superior Incompleto ()
1.4 Profissão	
1.5 Causas da Deficiência Física	

2 - IDENTIFICAÇÃO DOS OBJETOS DO ESTUDO	
2.1 O senhor acredita que a atenção primária é importante no cuidar da sua saúde?	
2.1.1 Por quê?	
2.2 O senhor acha que existem fatores que dificultam a sua procura pelos serviços de atenção primária à saúde?	
2.2.1 Se sim, quais?	

2.3 O senhor conhece alguma proposta assistencial específica para o atendimento de suas necessidades especiais?

2.3.1 Se sim, qual?

2.3.2 Se não, o senhor já se informou sobre a existência dela?

2.4 O senhor acredita que essa (s) proposta (s) contribui para a sua inclusão social?

2.4.1 Se sim ou se não, por quê?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: A saúde do trabalhador com deficiência física: uma questão de gênero e de inclusão social

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, profissão _____, residente na _____ e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF/MF.....nascido em ____ / ____ / _____, abaixo assinado, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário do estudo: “A saúde do trabalhador com deficiência física: uma questão de gênero e de inclusão social”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

I) O estudo se faz necessário para que se possa: Identificar a importância da atenção primária à saúde para os homens trabalhadores com necessidades especiais; Investigar quais são os obstáculos existentes para a resistência dos homens trabalhadores com necessidades especiais procurarem a atenção primária à saúde; Verificar o conhecimento dos homens trabalhadores com necessidades especiais sobre as propostas assistenciais oferecidas na atenção primária à saúde para o atendimento de suas necessidades; e Revelar se as propostas assistências contribuem para a inclusão social dos homens trabalhadores com necessidades especiais.

II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;

III) Deve-se buscar o momento, a condição e o local mais adequado para que o esclarecimento seja realizado, considerando, para isso, as minhas peculiaridades e privacidade;

IV) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;

V) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;

VI) A entrevista será gravada a partir de um gravador de voz digital da marca Sony. Durante a realização da pesquisa, o pesquisador utilizará um diário de campo, a fim de registrar suas impressões.

VII) O participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

VIII) Os resultados obtidos durante esta pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;

IX) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

X) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC¹, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, a Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cuité e a Delegacia Regional de João Pessoa.

João Pessoa, _____ de _____ de 2014.

() Sujeito da pesquisa: _____
(Assinatura)

Testemunha 1: _____
(Assinatura/RG/Telefone)

Testemunha 2: _____
(Assinatura/RG/Telefone)

Pesquisador Responsável: _____
(Jocelly de Araújo Ferreira. Professora Assistente I da UFCG, *Campus* Cuité. Enfermeira COREN 110230/PB. Telefone (83) 9624-5958, e-mail jocellyaferreira@hotmail.com)

Pesquisador Colaborador: _____

¹Endereço do Comitê de Ética do HUAC: R. Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande-PB. CEP: 58.107-670. E mail: cep@huac.ufcg.edu.br. Telefone: (83) 2101-5545

(Ana Cláudia Macêdo Dantas de Lima. Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG, *Campus* Cuité. Endereço: R. Antônio Bezerra, 96, Centro, Currais Novos/RN CEP: 59380-000. Telefone: (83) 9655-0079, e-mail: anaclaudiamdlima@hotmail.com)

ANEXOS



Fonte: Internet, 2014.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr. Ramilton Marinho Costa
Diretor do Centro de Educação e Saúde (CES) da UFCG no *campus* Cuité/PB

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Enfermagem. Nesse contexto, a graduanda Ana Cláudia Macêdo Dantas de Lima, matrícula nº 509220075, CPF nº 090.465.864.30, está realizando uma pesquisa intitulada por: “A saúde do trabalhador com deficiência física: uma questão de gênero e de inclusão social”, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto aos Acadêmicos da UAS, no município de Cuité-PB.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida graduanda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 24 de Janeiro de 2014.

Ana Cláudia Macêdo Dantas de Lima

Ana Cláudia Macêdo Dantas de Lima
(Orientanda - Pesquisadora)

Jocelly de Araújo Ferreira

Jocelly de Araújo Ferreira
(Orientadora - Pesquisadora)

Ramilton Marinho Costa

Ramilton Marinho Costa
Diretor do Centro de Educação e Saúde – Cuité/PB



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro que darei acesso a realização da Pesquisa: **“A saúde do homem trabalhador com deficiência física: uma questão de gênero e de inclusão social”**, nesta Instituição. A pesquisa está sendo realizada sob a responsabilidade da **Prof^a MSc. Jocelly de Araújo Ferreira**, juntamente com a aluna **ANA CLÁUDIA MACÊDO DANTAS DE LIMA**, acadêmica do Curso bacharelado em Enfermagem/UFCG e será realizada através de uma abordagem qualitativa dos dados que serão coletados a partir do relato dos homens trabalhadores com deficiência física.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 4.166/12 CNS/MS;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.
- 5) Comprometimento de ser apresentado os resultados da referida Pesquisa diante do profissionais/usuários/familiares que participaram da Pesquisa em foco.

João Pessoa, 27 de Janeiro de 2014.


Rosa Helena Soares R. de Vasconcelos
Chefe da Divisão de Capacitação

ROSA HELENA SOARES R. DE VASCONCELOS
Divisão de Capacitação de Recursos Humanos/FUNAD



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “A saúde do trabalhador com deficiência física: uma questão de gênero e de inclusão social” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que revisa e atualiza a Resolução 196/96, e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, 24 de Janeiro de 2014.

Jocelly de Araújo Ferreira
Jocelly de Araújo Ferreira
Autora da Pesquisa

Ana Cláudia Macêdo Dantas de Lima
Ana Cláudia Macêdo Dantas de Lima
Orientanda



ANEXO D

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

**PESQUISA: “A SAÚDE DO TRABALHADOR COM DEFICIÊNCIA FÍSICA:
UMA QUESTÃO DE GÊNERO E DE INCLUSÃO SOCIAL”**

Eu, Jocelly de Araújo Ferreira, Enfermeira, docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: 2224229 SSP/PB e CPF:007.949.254-13, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que atualiza a 196/96 do mesmo órgão, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humano.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, 24 de Janeiro de 2014.

Jocelly de Araújo Ferreira
Orientadora



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 30962414.1.0000.5182 intitulado: **A SAÚDE DO TRABALHADOR COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: UMA QUESTÃO DE GÊNERO E DE INCLUSÃO SOCIAL.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.


Profª. Sheila Milena Pessoa dos Santos Fernandes
Coordenadora *Pro Tempore* CEP/HUAC/UFPG

Campina Grande - PB, 11 de Julho de 2014.



Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br