



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

JOSEANE DA ROCHA DANTAS CAVALCANTI

**ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM:
NECESSIDADES, OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO**

**CUITÉ-PB
2012**

JOSEANE DA ROCHA DANTAS CAVALCANTI

**ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM:
NECESSIDADES, OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO**

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

ORIENTADORA: Jocelly de Araújo Ferreira

CUITÉ-PB
2012

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

C376r Cavalcanti, Joseane da Rocha Dantas.

Assistência integral à saúde do homem: necessidades
obstáculos e estratégias de enfrentamento. / Joseane da
Rocha Dantas Cavalcanti. – Cuité: CES, 2012.

77 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) –
Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2012.

Orientadora: Jocelly de Araújo Ferreira.

1. Saúde do homem. 2. Humanização. 3. Atenção
primária. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 614-005.1

JOSEANE DA ROCHA DANTAS CAVALCANTI

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

Aprovado em: ____/_____/2012.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Ms.: Jocelly de Araújo Ferreira
(Orientadora)
Universidade Federal de Campina Grande

Prof^ª. Ms.: Gilvânia Smith da Nóbrega Morais
(Membro Interno)
Universidade Federal de Campina Grande

Prof^ª. Ms.: Janaína von Söhsten Trigueiro
(Membro Interno)
Universidade Federal de Campina Grande

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”

Paulo Freire

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu amado esposo **Cavalcanti**, que sempre esteve presente apoiando-me nas conquistas diárias, incentivando-me a batalhar para alcançar meus ideais e por acreditar no meu potencial.

Em especial aos meus queridos filhos, **Giuseppe, Giulia e Giovanna**, pois aqui estou dando mais uma resposta para a vida: além de optar por ser mãe, optei também por esta profissão de enfermeira.

Dedico-lhes pela alegria e carinho em todos os momentos dessa importante etapa acadêmica, onde foram muitas as dificuldades e vocês mesmo perante a minha ausência, sempre foram a minha maior motivação.

AGRADECIMENTOS

É chegada a hora não só de comemorar, mas também de agradecer...

A **Deus**, que esteve comigo em todos os momentos e por ter permitido que eu chegasse até aqui, mesmo diante dos desafios da vida, fazendo-me acreditar que sou capaz de vencer e que com serenidade e discernimento, eu consigo enfrentar com tranquilidade os caminhos do futuro, exercendo a minha profissão com dedicação.

Aos meus **pais**, José Lúcio e Bernadete, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, honestidade e respeito.

Ao meu **esposo** Cavalcanti, pelo incentivo constante, pelo seu apoio e cooperação.

Aos meus **filhos** Giuseppe, Giulia e Giovanna, pelo amor incondicional, que me inspira cada vez mais a buscar o crescimento pessoal e profissional.

Aos meus **avôs**, Santa e Marcolino, por todo carinho a mim dedicado.

Aos **professores**, que através de seus ensinamentos contribuíram para minha formação profissional, deixando a verdadeira essência do aprendizado.

À constante orientação e dedicação de minha **orientadora** Jocelly, pela partilha do saber e condução à construção do conhecimento.

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

Aos **colegas**, pelo convívio, e em especial a minha **amiga** Amanda pela amizade verdadeira construída.

Ao grupo dos **72 Discípulos** por ter permitido a realização da pesquisa, e em especial, aos que aceitaram participar contribuindo com suas experiências.

A todos que colaboraram, direta ou indiretamente, para a concretização deste trabalho.

Venci, mas não cheguei ao fim, apenas ao início de uma longa caminhada, onde hoje trago comigo a certeza de que nada é fácil, mas tudo se torna possível quando buscamos.

Obrigada Senhor, por esse momento tão especial em minha vida.

RESUMO

CAVALCANTI, J. R. D. **Assistência integral à saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento.** Cuité, 2012. 75 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2012.

A população masculina percebe a atenção em saúde como algo que não é peculiar a sua condição de masculinidade, uma vez que, os homens ignoram a importância da prevenção de agravos à sua saúde, assim como a forma com que o serviço de saúde se coloca, provocando sentimentos de intimidação e distanciamento. Tal atitude faz com que esses homens desconheçam as potencialidades da Estratégia Saúde da Família enquanto promotora de saúde, o que acarreta numa população masculina vulnerável aos altos índices de mortalidade. Não obstante, pressupõe-se que a humanização é o instrumento para a captação e apreensão deste homem. Desta forma, o presente estudo, em linhas gerais, teve como objetivo conhecer as necessidades de saúde, os obstáculos e as estratégias de enfrentamento para uma assistência integral e humana ao ser homem. A fim de alcançar os objetivos propostos, esse estudo foi de cunho descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido com 10 homens do grupo dos 72 discípulos da igreja católica de Cuité-PB, a partir de uma entrevista semiestruturada elaborada pela pesquisadora. A coleta só foi iniciada no mês de fevereiro do corrente ano após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa seguindo os princípios éticos estabelecidos pela resolução nº 196/96. Após a coleta de dados, as falas foram analisadas à luz do referencial teórico por meio da técnica de Análise do Conteúdo, proposta por Bardin (2009). Os resultados apontam que a população masculina expõe suas necessidades de forma retraída, enfatizando muito a procura de serviços de saúde curativa, centrada apenas na figura do médico, desconhecendo a importância da prevenção e promoção da saúde. As dificuldades apreendidas nesta pesquisa, denominadas por obstáculos para a não adesão da população masculina na atenção primária à saúde estão relacionados à cultura masculina e a não resolutividade de suas necessidades, expostos através da vergonha de se expor e a impaciência enfrentada por eles, durante a espera por atendimento. As estratégias de enfrentamento propostas por eles foram especificadas a partir da humanização em saúde, através do acesso, do acolhimento, da comunicação e do vínculo entre equipe e usuários. Diante do exposto, foi possível identificar que a criação da Política de Atenção Integral a Saúde do Homem não foi suficiente para inserir o homem no contexto de saúde. Desse modo, propõe-se mudanças no modelo assistencial, pois fica evidente que a equipe que compõe a Estratégia Saúde da Família detém forte influência e importância para fazer a política acontecer, em conjunto com a população masculina.

Descritores: Saúde do Homem; Atenção Primária a Saúde; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

CAVALCANTI, J. R. D. **Comprehensive health care of man: needs, barriers and coping strategies.** Cuité, 2012. 75 f. Completion of course work (undergraduate Nursing) - Academic Unit of Health, Education and Health Center, Federal University of Campina Grande, Cuité-PB, 2012.

The male population perceive health care as something that is not peculiar to their condition of masculinity, since men ignore the importance of prevention of harm to their health, as well as the way the health service arises, causing feelings of intimidation and alienation. Such an attitude makes these men unaware of the potential of the Family Health Strategy as a promoter of health, resulting in a male population vulnerable to high mortality rates. Nevertheless, it is assumed that humanization is the instrument for the capture and arrest of this man. Thus, the present study broadly aimed at knowing the health needs, barriers and coping strategies for comprehensive health care and human to be a man. To achieve the proposed objectives, this study was a descriptive, exploratory qualitative approach, developed with 10 men in the group of 72 disciples of the Catholic Church Cuite-PB, from a semistructured interview developed by the researcher. The collection was started only in February this year after approval by the Research Ethics Committee following the ethical principles established by Resolution No. 196/96. After collecting data, the lines were analyzed in the light of the theoretical framework using the technique of content analysis proposed by Bardin (2009). The results show that exposes the male population needs so retracted, emphasizing much demand for curative health services, focusing only on the doctor, knowing the importance of prevention and health promotion. The difficulties apprehended in this research, called for barriers to non-compliance of the male population in primary health care are related to the male culture and needs of resolvability not exposed through the shame of being exposed and impatience faced by them, while waiting for attendance. Coping strategies proposed by them were specified from the humanization of health through access, hosting, communication and relationship between staff and users. Given the above, it was identified that the creation of the Policy for Integral Health of Man was not enough to put the man in the context of health. Thus, it is proposed to change the health care model, since it is evident that the team that makes up the Family Health Strategy has strong influence and importance to the policy occurs, together with the male population.

Descriptors: Men's health; Primary Health Care; Humanization of Assistance.

LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

AC – Análise do Conteúdo

APS – Atenção Primária em Saúde

CESED – Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

PNH – Política Nacional de Humanização

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

LISTA DE TABELAS

TABELA I – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o sexo.

TABELA II – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a faixa etária.

TABELA III – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o estado civil.

TABELA IV – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a escolaridade.

TABELA V – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a renda familiar.

TABELA VI – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a profissão.

TABELA VII – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a jornada de trabalho.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Representação esquematizada da categoria temática I.

FIGURA 2 – Representação esquematizada da categoria temática II.

FIGURA 3 – Representação esquematizada da categoria temática III.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA	17
3 HIPÓTESES	19
4 OBJETIVOS	21
4.1 Geral.....	21
4.2 Específicos	21
5 REFERENCIAL TEÓRICO	23
5.1 Aspectos históricos das políticas de saúde no Brasil e atenção primária a saúde do homem	23
5.2 Masculinidade e sua política a serviço de uma saúde melhor	26
5.3 Humanização como estratégia para o cuidar integral a saúde do homem	29
6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	34
6.1 Tipo de pesquisa	34
6.2 Cenário da pesquisa	34
6.3 População e amostra	34
6.5 Critérios de inclusão e exclusão	35
6.6 Procedimento de coleta de dados	35
6.8 Processamento e análise dos dados	36
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES	40
7.1 Caracterização dos sujeitos	40
7.2 Identificação dos objetivos do estudo	45
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	66
ANEXOS	73

INTRODUÇÃO



1 INTRODUÇÃO

Atenção à saúde representa o cuidado com o ser humano, desde ações de promoção, prevenção até os serviços de reabilitação e tratamento de doenças. No Brasil, o campo da saúde alcançou um avanço significativo com o Movimento da Reforma Sanitária que teve início a partir da década de 1970, com reivindicações por uma assistência melhor (BRASIL, 2009). Esse movimento, segundo Pinho *et al.* (2007), destacou a descentralização dos cuidados e teve como a maior conquista a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado a partir da Constituição de 1988, onde estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, visando assim uma melhor programação e planejamento das ações e serviços de saúde.

O SUS definiu princípios e diretrizes inovadores, como a universalidade, equidade e a integralidade, cujo objetivo centra-se no melhoramento do acesso aos serviços em todos os níveis de atenção à saúde, devendo ser de maneira igualitária, respeitando as diferenças, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e propondo uma visão holística do ser humano (MACIEL, 2009). Ratificando o exposto, Alves (2005), ressalta que a abordagem do profissional de saúde não deve se restringir à assistência curativa, mas aos fatores de risco à saúde, assim como, a execução de ações contínuas de serviços preventivos e de promoção à saúde, desta forma assistindo a população nos diversos níveis de complexidade.

Na expectativa de implementar os princípios e diretrizes do SUS, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), composto por uma equipe multidisciplinar, formada por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, e agentes comunitários de Saúde. Contemporaneamente, reconhecido não mais como um programa, mas como uma estratégia, pois o termo programa é designado para uma atividade com início, meio e fim; enquanto a estratégia não prevê finalização, contudo uma expansão que tem como um dos seus fundamentos possibilitar serviços de saúde contínuos e com qualidade (COSTA, TRINDADE, PEREIRA, 2010).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) grandes resultados voltados para atenção à saúde da mulher, da criança e do idoso já foram alcançados. Tal efeito não foi observado no que se refere à população masculina, provavelmente pelo número reduzido dos que procuram os serviços de atenção primária, contribuindo para o perfil significativo de morbimortalidade que acomete os homens (BRASIL, 2009).

Vale ressaltar como justificativa pela escassa procura de homens aos serviços de saúde, o fato da cultura machista ainda ser predominante em nossa sociedade. Desse modo, observa-se o teor da invulnerabilidade como fator adotado pelo homem em relação a sua saúde. Como consequência da influência cultural, no processo saúde-doença, a população masculina vive, em média, sete anos menos do que as mulheres e tem maior incidência de doenças do coração, diabetes, colesterol, hipertensão arterial e cânceres, principalmente do aparelho respiratório e na próstata (BRASIL, 2008).

Em consonância aos dados do Ministério da Saúde (MS), dentre as estatísticas que mais matam os homens até os 40 anos, estão as causas externas, representadas por: acidentes de trânsito e de trabalho, violência, agressões, muitas vezes oriundas das exposições a fatores de risco como o alcoolismo, tabagismo entre outros vivenciados pela população masculina (BRASIL, 2009).

Mesmo diante de todas essas evidências, o homem se considera imbatível, inabalado e, devido a esse pensamento equivocado, eles são alvo da maior taxa de mortalidade. Tal situação poderia ser superada e agravos seriam evitados, todavia isso não ocorre em consequência da escassa presença dos mesmos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são a porta de entrada no serviço de saúde.

Nesse cenário, mesmo com o avanço das políticas de saúde, torna-se necessário transformar a cultura da população masculina, sensibilizando-a para a importância das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Em março de 2008 foi criada a Área Técnica de Saúde do Homem no âmbito do Departamento de Ações Programáticas, a qual lançou em 28 de agosto de 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), tendo como objetivo, facilitar e ampliar o acesso aos serviços de saúde e melhorar a assistência com vistas a reduzir a morbimortalidade masculina (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009; BRASIL, 2009).

Como observado no próprio nome da Política, a atenção à saúde masculina deve ser integral, ratificando essa afirmativa, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), refere que o surgimento da abordagem holística na atenção à Saúde do Homem também perpassa aos princípios da humanização, que tem por finalidade melhorar a qualidade de vida da população masculina, além de prever que os mesmos reconheçam à saúde como um direito.

Priorizando-se a política a fim de cumprir esses princípios, faz-se necessário o acolhimento nos serviços, em busca de espaço para uma captação precoce desses indivíduos, onde sejam realizadas atividades permanentes de prevenção primária relativa aos agravos e enfermidades que possam acometê-los, redefinindo as estratégias e recursos que se fizerem indispensáveis para propiciar uma melhor atenção à saúde.

A partir do pensamento supracitado, a Política Nacional de Humanização (PNH) que foi criada com o intuito de nortear princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS, está alinhada com a PNAISH, a qual apresenta um plano dividido em eixos de ações que deveriam ter sido executadas até o final do ano de 2011, na qual a humanização se faz presente por meio do acolhimento, fortalecendo a Atenção Primária em Saúde (APS) e melhorando o atendimento através da qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde, sensibilizando a população masculina, incentivando o autocuidado através de educação em saúde, assim, garantindo a adequada atenção à população masculina (BRASIL, 2009).

Obstante a PNAISH, percebe-se que ainda existe a necessidade iminente de criação e intensificação de estratégias na atenção primária que contemple de maneira singular a figura masculina. Para tanto, as mudanças são imperativas, iniciando pela qualificação da equipe, a fim de prepará-los melhor para receber, acolher e atender essa população, haja vista, que o homem necessita de cuidado humanizado, sendo oportuno que ele sinta-se acolhido para que possa adquirir vínculos com os profissionais da atenção primária e passar a frequentar esses serviços assiduamente.

JUSTIFICATIVA



2 JUSTIFICATIVA

Diante do exposto, e para a realização dessa proposta, faz-se necessário abordar e discutir essa temática. Para tanto, é importante ouvir os próprios homens para melhor compreender a percepção deles sobre a atenção à sua saúde, identificando as causas que os levam a não comparecerem nos serviços de saúde, visando assim, buscar estratégias para que possa ser realizado um atendimento integral e humanizado, com o intuito de mudar a atual situação apontada pelos dados do Ministério da Saúde.

Desta forma, este estudo trata de uma temática muito importante, especialmente no que concerne a população masculina, considerando a relevância social conferida pela incidência de agravos e pelo aumento da vulnerabilidade às doenças relacionadas a essa população, assim como para os profissionais de saúde que trabalham na atenção primária, principalmente a enfermagem, repercutindo sobre a importância da assistência preventiva, sugerindo que intervenções sejam feitas no processo de acolhimento, com o objetivo de contribuir com subsídios para o planejamento de ações voltadas a saúde masculina.

Mediante as considerações apresentadas, somadas a oportunidade de ter cursado disciplinas como Humanização em Saúde e Enfermagem na Atenção a Saúde do Homem, além da minha vivência enquanto estagiária em Unidade de Saúde da Família (USF), sendo perceptível que a PNAISH ainda não se encontra implementada efetivamente na prática bem como do meu papel enquanto filha, esposa e mãe vinculada a esboço masculino, emergiu em mim, enquanto estudante de graduação em enfermagem, o interesse em realizar uma pesquisa voltada as reais necessidades masculinas e as estratégias humanizadas de enfrentamento para uma atenção integral à saúde desse homem.

HIPÓTESES



3 HIPÓTESES

O presente estudo parte do pressuposto de que os homens percebem a atenção à saúde como algo que não é peculiar a sua condição masculina, uma vez que os mesmos ignoram a importância da prevenção de agravos a sua saúde, assim como a forma com que o serviço de saúde se coloca, provocando sentimentos de intimidação e distanciamento. Tal atitude faz com que os homens desconheçam as potencialidades da ESF enquanto promotora de saúde, gerando maior vulnerabilidade e altos índices de mortalidade a esse público específico.

Não obstante, pressupõe-se que a assistência humanizada é um recurso para a captação e apreensão desse homem. Assim, acredita-se que há premência de estudos que revelem as principais necessidades de saúde do homem e os obstáculos que impedem o atendimento de tais necessidades, buscando estratégias de enfrentamento a serem utilizadas para atender a essa população, de forma que apreciem mais acesso e sintam-se acolhidos na ESF.

OBJETIVOS



4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Conhecer as necessidades de saúde, os obstáculos e as estratégias de enfrentamento para uma assistência integral e humana ao ser homem.

4.2 Objetivos Específicos

Caracterizar as necessidades de saúde referenciadas pelo homem;

Identificar os obstáculos que impedem o atendimento das necessidades de saúde do homem;

Apresentar estratégias para atender as necessidades de saúde do homem.

REFERENCIAL TEÓRICO



5 REFERENCIAL TEÓRICO

Com o intuito de buscar a compreensão do assunto e subsidiar as discussões a respeito da temática, apresenta-se neste capítulo uma breve revisão de literatura acerca dos aspectos históricos das políticas de saúde no Brasil e atenção primária à saúde do homem, masculinidade e sua política a serviço de uma saúde melhor, e a humanização como estratégia para o cuidar integral à saúde do homem.

5.1 Aspectos históricos das políticas de saúde no Brasil e atenção primária a saúde do homem

Em uma breve retrospectiva histórica, pode-se observar que as reformas do Sistema de Saúde no Brasil, alcançou um avanço com um movimento amplo de redemocratização e busca de cidadania denominado Reforma Sanitária, onde uma nova proposta de atenção à saúde começou a ser debatida, destacando como marco desse movimento a criação do SUS a partir da Constituição Federal de 1988 (PINHO *et al.*, 2007).

Torna-se oportuno ressaltar que, antes da criação do SUS, a saúde não era considerada um direito de todos, onde apenas os segurados pela Previdência Social tinham direito à saúde pública; assim como os que podiam pagar pelos serviços privados de saúde, e os demais não possuíam direito algum.

Nesse cenário, o SUS foi criado para ser o sistema de saúde dos brasileiros, com objetivo de oferecer um atendimento igualitário, promovendo a saúde de toda a população brasileira, reconhecendo a saúde como um direito de todos independente de sexo, raça e posição social, objetivando diminuir as desigualdades, considerando as pessoas como um todo e de acordo com suas necessidades, sendo organizado em níveis de assistência, que se divide em primária, secundária e terciária, onde cada nível de assistência incorpora uma distribuição crescente de complexidade (BRASIL, 2006; ELIAS, 2008).

Assim sendo, na década de 1990 o MS com objetivo de regulamentar a implementação do SUS no âmbito nacional, cria a Lei n.º 8080/90 chamada Lei Orgânica da Saúde e a Lei n.º 8.142/90, referente à participação da população na gestão do SUS. As referidas leis têm o propósito de modificar a situação de desigualdade na

assistência à Saúde, reconhecendo a saúde como um direito igualitário, assegurando os princípios da universalidade, equidade e integralidade para toda população brasileira, sendo viabilizado por meio dos princípios organizativos de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de implementar e corroborar com os princípios e diretrizes do SUS, segundo o autor supracitado, foi criado em 1994 o PSF e com ele o fortalecimento do nível de atenção básica, assumida pelo SUS como sua porta de entrada para os outros níveis de atenção. De um modo geral, o PSF, que passou a ser definido como ESF, surgiu para substituir o modelo tradicional, centrado na doença conduzindo a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população.

A reorientação proposta pela ESF prevê que o objeto de atenção não se resume apenas ao indivíduo, mas a família, embora esse acontecimento tenha propiciado mudanças significativas na atenção à saúde, o homem adulto, mesmo inserido no contexto familiar, não acessa a saúde predominantemente através da atenção primária (BRASIL, 2008). Nesta perspectiva, Figueiredo (2005) afirma que é propagada de maneira acentuada, a ideia de que as UBS são serviços destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos, sendo perceptível a inferioridade da demanda dos homens por esse tipo de atendimento, quando comparadas as mulheres, contudo, apontando a prevalência masculina na procura pelos serviços emergenciais.

Maciel (2009) concorda que é notória a ausência de estratégias específicas na atenção básica voltadas para o homem em idade adulta, especialmente no que diz respeito à prevenção de agravos e à promoção de sua saúde. Na realidade, os homens são menos propensos a visitar as UBS, e conseqüentemente, as ações desempenhadas na atenção primária, as quais são limitadas a grupos específicos, tais como a saúde da mulher, criança, adolescente, idoso, hipertensos e diabéticos (JULIÃO, WEIGELT, 2011).

Dessa forma, a organização do serviço deixa uma lacuna com relação à saúde do homem, que apenas é considerado quando acometido por alguma doença, principalmente a hipertensão e o diabetes. Assim, os homens que não se enquadram nessa situação e continuam sem ações de atenção à sua saúde, especialmente no que diz respeito à prevenção e promoção.

Nesse cenário, associa-se a ausência dos homens nesses serviços, a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização (FIGUEIREDO, 2005). Apesar dos avanços ocorridos nos serviços de saúde, é percebida a falta de conscientização quanto à prevenção, promoção e adesão ao serviço primário de saúde, assim como o nível de conhecimento da população masculina sobre os fatores de risco das patologias que mais o acomete (LIMA-JUNIOR; LIMA, 2009).

Segundo Schraiber *et al.* (2010), a percepção masculina em relação a atenção primária revela que embora sintam necessidades e reconheçam de algum modo a importância dessa assistência, evidenciam a ausência de vínculos apropriados com os mesmos. Na visão de Julião e Weigelt (2011); Couto *et al.* (2010), a organização e a rotina dos serviços têm uma influência importante na inserção do homem nos serviços, uma vez que a presença masculina ainda é muito tímida, principalmente no que se refere a consulta de enfermagem e aos grupos educativos. Sendo assim, a UBS deve ser transformada em um local mais diversificado, que atende a todos os cidadãos sem exclusão.

Corroborando com este pensamento, Albano, Basílio e Neves (2010), afirmam que um importante papel pode ser desenvolvido nesse contexto, através do profissional enfermeiro que atua de forma direta na educação à saúde, através de grupos específicos, nos quais se desenvolvem ações educativas de promoção e prevenção à saúde; esclarece dúvidas bem como incentiva a população a reconhecer a importância do cuidado, uma vez que a atenção básica é considerada a porta de entrada do SUS e o principal contato dos usuários com os serviços de saúde, independente de sexo ou idade.

Na perspectiva de realizar um cuidado voltado às necessidades do homem na atenção básica, faz-se necessário inserir o mesmo no contexto do atendimento, de forma que ele sinta-se atraído para comparecer aos serviços de atenção primária com regularidade, contribuindo para que muitos agravos possam ser evitados, através da prevenção (ALBANO, BASILIO, NEVES, 2010).

Desta forma, a ESF engloba desafios complexos a serem superados, com a finalidade de consolidar-se enquanto estratégia. Esses desafios podem ser superados na medida em que os serviços vão se organizando, através da identificação das necessidades e demandas dos usuários, enfatizando que a atenção à saúde é um direito de todas as pessoas, independente de raça, sexo, religião e dos papéis sociais que cada um desenvolva (JULIÃO, WEIGELT, 2011).

5.2 Masculinidade e sua política a serviço de uma saúde melhor

A formação da masculinidade foi conduzida por um processo histórico através da cultura patriarcal desde os primórdios da humanidade, em que se estabelecia uma hierarquia entre homens e mulheres. Sendo assim, enquanto a mulher tinha um papel de dirigir a casa e cuidar dos filhos, o homem apresentava uma supremacia, visto como invulnerável, com potencialidade para a violência e o legítimo uso da força, considerado o provedor da família, aprendeu a não chorar e a reprimir suas emoções, argumentando a masculinidade como sinônimo de virilidade. (MACHADO, 2008).

Conforme o autor acima referenciado, a partir do século XX a mulher começou a repensar o seu papel e conquistar posições de independência antes vistas como funções masculinas. O homem, por sua vez, ainda não se despreendeu do pensamento enraizado do que é ser homem, focado na importância da virilidade imposto a eles desde a infância, e com essa influência cultural vem às consequências para a vida adulta, principalmente no que concerne ao processo saúde e doença.

A procura pelos serviços de saúde, mesmo que em uma perspectiva preventiva, não condiz com as características atribuídas ao homem, podendo ser assimilada a sinais de fraqueza, medo e insegurança, o que não se permite ao conceito de masculinidade socialmente instituído (FERREIRA, 2011). Nesse sentido, a procura por serviços de saúde se encontra intimamente relacionada ao que se entende por ser homem.

Em consonância com Lima Junior e Lima (2009) fica evidente que há uma ponderação muito grande voltada à construção do gênero que permeiam as concepções de masculinidade, no entanto, alcançar o homem com ações de prevenção e promoção à sua saúde demanda mudanças principalmente culturais, e mudar a cultura, é um desafio.

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) apontam que o ilusório de ser homem é sinônimo de invulnerabilidade, força e virilidade, particularidade incompatíveis com a demonstração de fraqueza representada através da procura dos serviços de saúde. A masculinidade também está associada a episódios de violência e agressividade, muitas vezes oriundas das exposições a fatores de risco como o alcoolismo, o que consequentemente expõe os homens a outros riscos (BRASIL, 2009).

Diante do exposto, é perceptível que o imaginário do que é ser homem, é muito mais do que pertencer ao sexo masculino, existe papéis hegemônicos e

estereotipados de gênero que padronizam o comportamento das pessoas, podendo aprisionar o masculino em amarras culturais, o que torna difícil a adoção de práticas de autocuidado (FERREIRA, 2011).

Na cultura machista, segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007), o cuidado não é uma prática masculina, na qual os homens mascaram sua fragilidade, sendo evidenciada pela não adesão às consultas realizadas periodicamente por profissionais de saúde. Mesmo que alguns homens reconheçam a importância do autocuidado e sintam essa necessidade, existem fatores que dificultam a procura dos mesmos por serviços de saúde, tais como: horários de atendimento das UBS, que coincide com a carga horária de trabalho; ausência de acolhimento voltado para essa população nos serviços de saúde; e até mesmo, o medo de descobrirem outras doenças (SHARAIBER, 2010).

Somando aos fatores listados, Gomes, Nascimento, Araújo (2007) explicam com propriedade que os serviços de atenção primária costumam ser compreendidos como um espaço feminino, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais em sua maioria, também mulheres. Essa condição pode suscitar nos homens a sensação de não pertencimento a esse ambiente, o que resulta na pouca demanda masculina na atenção primária, contribuindo para que o homem não tenha chances de diagnósticos precoces, aumentando assim o alto índice de mortalidade masculina.

No Brasil, por um longo período, a saúde do homem se mostrou carente de uma política de incentivo que visasse à prevenção de doenças e a promoção da saúde. Nessa premissa, Mendonça, Andrade (2010), declararam que a PNAISH ganhou destaque no cenário nacional, a partir da 13ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, no ano de 2007, em que na oportunidade foram discutidos eixos em consonância com a criação desta política.

Nesse cenário, pela primeira vez ao longo da história das políticas de saúde, o homem ganhou um espaço próprio tendo seus agravos reconhecidos como problemas de Saúde Pública, através da criação da Área Técnica de Saúde do Homem no âmbito do Departamento de Ações Programáticas, concebida em março de 2008, a qual criou a PNAISH lançada em 28 agosto de 2009, com previsão de ser colocada em prática até o final de 2011, objetivando qualificar a atenção à saúde da população masculina, na perspectiva de linhas de cuidado em defesa de uma atenção integral (BRASIL, 2009).

A PNAISH, segundo Brasil (2009), foi formulada e embasada nos indicadores de mortalidade masculina, objetivando orientar as ações e serviços de saúde, com integralidade e equidade, para a população masculina. Essa política está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e com as estratégias de humanização em saúde, enfatizando a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua própria saúde, visando o aumento da expectativa de vida e redução da morbimortalidade por causas evitáveis.

Conforme Brasil (2009), a PNAISH apresenta um plano dividido em nove eixos de ações: Eixo I: Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – objetivando inserir estratégias e ações voltadas para a saúde masculina; Eixo II: Promoção de saúde – visando aumentar a demanda dessa população aos serviços de saúde; Eixo III: Informação e comunicação – que tem como objetivo sensibilizar os homens, incentivando o autocuidado e hábitos saudáveis, através da educação em saúde; Eixo IV: Participação, relações institucionais e controle social - associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de efetivar a atenção integral à saúde do homem. Eixo V: Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem – que tem como finalidade corroborar a atenção básica, melhorando o atendimento, a qualidade e a resolubilidade dos serviços; Eixo VI: Qualificação de profissionais da saúde – Com o propósito de educação permanente para os profissionais, para que possam melhor atender as necessidades do homem; Eixo VII: Insumos, equipamentos e recursos humanos – com o intuito de proporcionar a adequada atenção à população masculina; Eixo VIII: Sistemas de informação - Analisando de forma articulada esses sistemas; Eixo IX: Avaliação do Projeto-piloto - realizando estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações.

Percebe-se que nos últimos três anos, após a criação da PNAISH, esse tema está em evidência, considerando o alto índice de doenças crônicas detectadas em homens, acrescido a elevada estatística de morte em adultos jovens. De acordo com Lima Junior e Lima (2009), tal estatística pode ser superada na medida em que se coloca na prática a política de saúde voltada à prevenção e promoção da saúde masculina.

Albano, Basílio e Neves (2010) legitimam que o maior desafio das políticas públicas é sensibilizar os homens sobre a importância do cuidado e da inexistência de invulnerabilidade, sendo fundamental pesquisas mais avançadas em todo o contexto no

qual o homem está inserido, para que se torne mais fácil incluir o gênero masculino nos serviços de atenção primária à saúde.

Nesse panorama, Mendonça e Andrade (2010) atentam para o fato de que não basta existir a PNAISH, é preciso adaptar à realidade local, adequando as diretrizes e normas às necessidades da população em foco. Lima Junior e Lima (2009) ratificam que é imperativa a conscientização dos riscos e suscetibilidade do sexo masculino às doenças, intensificando esse processo com a criação de programas específicos na APS, abrindo portas para uma presença maior dos homens nas UBS, o que favorecia a redução da morbimortalidade masculina.

5.3 Humanização como estratégia para o cuidar integral a saúde do homem

Para Simões *et al.* (2007) humanização é uma palavra muito difícil de conceituar, considerando seu caráter subjetivo, complexo e que apresenta muitas dimensões. O mesmo autor complementa que: “dicionários da língua portuguesa definem a palavra humanizar como: tornar humano, civilizar, dar condição humana”. (SIMÕES *et al.*, 2007, p.440).

No decorrer dos 20 anos da criação do SUS, esse sistema continua passando por processos de mudanças e organização, cada vez mais, inovando e adotando medidas importantes para uma melhor assistência, a exemplo da temática de humanização, vinculada à garantia de acesso e da qualidade da atenção à saúde. A humanização no âmbito da saúde, tem se tornado um tema bastante discutido, porém, os estudos têm feito alusão ao atendimento hospitalar, dando pouca ostentação à relevância dessa temática nos atendimentos de atenção básica, em que na maioria das vezes, o sujeito não é um cliente adoecido, mas que também necessita e tem direito a um atendimento de qualidade e, portanto, humanizado (SIMÕES *et al.* 2007).

Existem vários conceitos para a palavra humanizar, principalmente quando esse termo é utilizado para qualificar a atenção em saúde. Dentre as definições pode-se destacar a de Backe, Koerich e Erdmann (2007, p.3):

[...] A humanização é, em suma, um processo de transformação da cultura organizacional que necessita reconhecer e valorizar os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais dos clientes e profissionais, para melhorar as condições de trabalho e a qualidade da

assistência, por meio da promoção de ações que integrem valores humanos aos valores científicos.

Ainda nesse contexto, Coelho e Jorge (2009) elucidam que, para as ações de saúde se tornarem mais acolhedoras e resolutivas, faz-se necessário obedecer aos princípios da humanização, entre os quais estão os recursos tecnológicos, o acesso através do acolhimento e vínculo, a forma de se relacionar entre trabalhadores e usuários.

Nesse sentido, a PNH lançada desde 2003, busca dispor em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2009). Nessa conjuntura, a criação da PNH traz como um dos seus principais enfoques a premência de melhorar o atendimento para que a demanda e as necessidades da população venham a ser atendidas satisfatoriamente (SOUZA, MOREIRA 2008).

Assim, Santos Filho (2007) explica que a proposta da PNH corresponde aos princípios do SUS, enfatizando a importância e a necessidade de assegurar uma atenção de forma integral a toda população, buscando estratégias para expandir a condição de direitos e de cidadania. Ainda é objetivo desta política, obter redução de filas e do tempo de espera, assim como ampliar o acesso através do atendimento acolhedor e resolutivo, baseando-se em critérios de risco e na garantia dos direitos dos usuários (BRASIL, 2009).

Maciel (2009) ressalta que a PNH se encontra vinculada com a PNAISH, na tentativa de assistir a saúde do homem de maneira integral, para tanto é necessário desenvolver estratégias com enfoque no oferecimento de uma qualidade melhor de vida e na diminuição nos riscos de adoecimento para a população masculina. É essencial que além dos aspectos educacionais, os serviços de atenção básica estejam organizados de forma que venha a acolher e fazer com que o homem sinta-se parte integrante deles, principalmente através da ambiência, da comunicação e do acolhimento (BRASIL, 2009).

Em consonância com o autor supracitado, a ambiência pode proporcionar aos usuários uma sensação de espaço confortável, de maneira que tenha sua privacidade respeitada. Vale ressaltar que a humanização não se resume apenas no atendimento em local confortável, agradável e com profissionais educados, envolve também a resolutividade das ações e a qualificações dos profissionais (SOUZA *et al.* 2008). Em contrapartida, na percepção de Simões (2007), as instituições não oferecem um

ambiente adequado, nem tão pouco recursos humanos e materiais suficientes, muitas vezes sem condições de prestar um atendimento com qualidade, o que acaba por deixar o profissional desmotivado para realizar uma mudança de atuação e como consequência, ocorre o afastamento dos usuários.

Diante do exposto, Oliveira *et al.* (2008), explicam que um dos pilares sustentadores da ESF é a relação entre as pessoas envolvidas durante o acolhimento nos serviços de saúde, dessa forma, os usuários explicitam suas expectativas de contar com profissionais qualificados para uma receptividade acolhedora. No tocante aos profissionais é fundamental o conhecimento sobre o processo de acolhimento, para que possa ser concedida uma atenção digna, equânime, resolutiva e universal.

Assim, é notório que, através da capacidade de diálogo, escuta qualificada e acolhimento entre profissionais da saúde e usuários, torna-se possível construir uma assistência resolutiva atendendo as reais necessidades do homem, bem como relações que produzam a autonomia dos mesmos, buscando subsídios para garantir o acesso oportuno desses usuários, garantindo atendimento com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

Acesso e acolhimento são elementos indispensáveis ao atendimento, numa reflexão efetiva sobre o estado de saúde do sujeito. Contudo, urge destacar que este deve ser tratado como uma técnica de conversa passível que pode ser realizada por qualquer profissional e em qualquer momento de atendimento, identificando, elaborando e discutindo as necessidades que podem vir a serem resolvidas (TEIXEIRA, 2005).

No que diz respeito à APS, o enfermeiro é um dos profissionais mais envolvidos com a população, pois, além da atenção individualizada nos momentos de acolhimento, de consultas e práticas assistenciais também apresenta um papel fundamental no que concerne a ações educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças, esclarecendo dúvidas e sensibilizando a população masculina a cuidar melhor de sua saúde. Portanto, também compete a este profissional, identificar as reais necessidades dos usuários, para que se possa trabalhar de maneira a atendê-las, gerando um contentamento esplendoroso no usuário masculino (COELHO, JORGE, 2009; ALBANO, BASILIO, NEVES, 2010; JULIÃO, WEIGELT, 2011).

Nesse sentido, é necessário entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, sendo norteadas

pelo princípio da humanização e pela qualidade da assistência, acatando suas peculiaridades socioculturais, nos diferentes níveis de atenção, logo, priorizando a atenção básica através da ESF (BRASIL, 2009).

O termo humanização, segundo Corbani (2009), tem sido usado sem a compreensão plena de seu significado, pois, humanizar na atenção à saúde é compreender cada pessoa em sua particularidade, gerando o vislumbamento da implementação das ações e das metas constituintes da PNH e da PNAISH, no sentido de melhorar a qualidade de vida da população masculina, além de prever que os mesmos reconheçam à saúde como um direito e passem a frequentar os serviços de atenção primária, diminuindo assim, os índices de morbimortalidade masculina.

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS



6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. De acordo com Gil (2008), o estudo descritivo tem como finalidade conhecer as características de um determinado grupo e no que concerne ao estudo exploratório, objetiva propiciar uma visão geral, acerca de determinado fato.

No tocante a abordagem qualitativa, Minayo (2004, p.21) elucida que tal abordagem

“[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Diante dos conceitos acima descritos, a presente pesquisa possibilitou conhecer aspectos referentes ao homem no contexto da atenção à sua saúde.

6.2 Cenário da pesquisa

O cenário da pesquisa situa-se na cidade de Cuité, que está localizada no Curimataú paraibano, a 230 Km da Capital João Pessoa. Conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) este município possui um contingente populacional de aproximadamente 19.978 habitantes, dos quais 9.833 são do sexo masculino (IBGE, 2010).

A rede de saúde nos serviços de atenção básica no município encontra-se composta por nove UBS, sendo que cinco destas estão na Zona Urbana e quatro na zona rural, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), funcionando com seis especialidades: psicologia, fonoaudiologia, nutrição, educação física, fisioterapia e serviço social (CUITÉ, 2011).

6.3 População e amostra

O estudo foi realizado com um grupo de homens da Igreja Católica do município de Cuité-PB, fundado em 16 de maio de 2001, intitulado “72 Discípulos”. O

mesmo surgiu devido à ausência dos homens na igreja católica, sendo assim, na perspectiva de inseri-los na igreja foi criado o referido grupo, o qual é composto atualmente por 52 integrantes que se reúnem semanalmente nas quartas-feiras a partir das 19:00h, tendo sua sede situada a Rua Napoleão Laureano, S/N Centro, Cuité.

A escolha desse local para realização do estudo foi determinada pelo fato da existência do referido grupo, o qual promove encontros semanais e por seus integrantes abranger várias equipes de ESF.

A população da pesquisa foi composta pelos homens que participam do grupo 72 Discípulos, contudo, deste universo dez homens compuseram a amostra desse estudo, adotando-se o tipo de amostragem por intencionalidade que, segundo Gil (2008, p.94), “consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população”.

6.4 Critérios de inclusão e exclusão

Nesta pesquisa foram adotados os seguintes critérios de inclusão: os homens que possuíam acima de 21 anos de idade, alfabetizados, participam assiduamente do grupo – frequência de pelo menos 50% de participação – e que se dispuseram a participar livremente do estudo. Foram adotados como critérios excludentes, aqueles homens que não obedeceram aos critérios supracitados.

6.5 Instrumentos de coletas de dados

A coleta de dados, realizou-se mediante uma entrevista com questões elaboradas pela orientadora e orientanda (APENDICE B), utilizando gravador de voz, onde os depoimentos foram gravados mediante a anuência dos entrevistados. De acordo com Gil (2008), a entrevista consiste na conversação face a face, na qual a informação é expressa verbalmente e permitindo revelar valores.

O roteiro da entrevista foi composta por 12 perguntas objetivas e discursivas, sendo estruturado em duas partes, cuja primeira, apresentou questões socioeconômicas e educativas, com o intuito de caracterizar os sujeitos, e a segunda, questões específicas, pertinentes aos objetivos do estudo. Também se fez necessário o uso de um diário de campo que serviu de instrumento auxiliar, para que a pesquisadora

pudesse registrar suas impressões, as quais não foram verbalizadas pelos sujeitos da pesquisa.

6.6 Procedimento de coleta de dados

Para realizar a coleta de dados foram seguidos os seguintes passos: solicitou-se o requerimento através do Termo de Autorização Institucional (ANEXO A) para realizar a pesquisa com os homens do Grupo dos 72 discípulos, ligados a Igreja católica no município de Cuité-PB. Solicitou-se autorização ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED).

Após a autorização do CEP, foi agendada a visita da graduanda através de contato com o coordenador do referido grupo, com a finalidade de apresentar a pesquisa ao grupo alvo e de convidá-los a participarem da pesquisa; promoveu-se informações aos sujeitos da pesquisa sobre a proposta, a relevância do estudo, assim como os objetivos do mesmo; explicou-se o motivo da coleta de dados, o modo como irá ser efetuada a entrevista, a garantia do seu anonimato e a possibilidade da desvinculação da pesquisa sem danos pessoais a qualquer momento; em seguida os participantes foram convidados para a realização da leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A); solicitou-se a assinatura do TCLE e em seguida prosseguiu-se com o início da entrevista.

A coleta dos dados foi realizada em fevereiro de 2012, a mesma prosseguiu de acordo com a disponibilidade de cada sujeito, em local e horário que garantiram a privacidade dos depoentes.

6.7 Processamento e análise dos dados

Após a coleta de dados foi possível à análise dos mesmos, no primeiro momento realizou-se a caracterização dos sujeitos da pesquisa, e posteriormente obteve-se as respostas dos objetivos do estudo, através da interpretação dos dados por meio da técnica de Análise de Conteúdo (AC) proposta por Bardin (2009, p. 33), como sendo: “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações” caracterizado por uma diversidade de formas e adaptação às comunicações.

Ainda de acordo com a autora supracitada, a AC divide-se em quatro fases as quais são necessárias para analisar os dados: 1ª Fase – pré-análise: é uma fase de organização, que utilizou-se vários procedimentos, tais como: leitura exaustiva, determinação das palavras-chaves e recortes dos depoimentos; a 2ª Fase – exploração ou codificação do material: implicou na transcrição dos dados e agrupamentos em unidades de registros, o que proporcionou uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo; 3ª Fase – categorização: possibilitou a construção de categorias temáticas respondendo ao objetivo do estudo e por ultimo a 4ª Fase – tratamento e interpretação dos resultados obtidos: que constituiu-se através da análise dos depoimentos dos participantes e interpretados de acordo com a percepção da pesquisadora e da literatura pertinente.

6.8 Aspectos éticos

Em se tratando de uma pesquisa realizada com seres humanos, foram observados os princípios éticos, estabelecidos pela resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que preconiza no 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 1.a.) a necessidade do TCLE (APÊNDICE A) dos indivíduos-alvo. Para atender a este princípio, foi explicado aos participantes o objetivo da pesquisa e a garantia do anonimato, bem como o direito do participante de desistir a qualquer momento da pesquisa sem riscos de qualquer penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro. Para aqueles que aceitaram participar, apresentou-se o TCLE, que depois de lido e assinado, em duas vias, ficou uma com o participante da pesquisa e a outra com a orientadora e orientanda do estudo.

Ainda com o propósito de atender a Resolução 196/96, submeteu-se o estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED) e após a autorização do mesmo, mediante parecer nº 2249.0.000.405-11(ANEXO B), aprovado em 1º de dezembro de 2011, iniciou-se a coleta de dados. Com o desígnio de garantir o anonimato dos participantes, estes foram intitulados por nomes de discípulos, devido a sua representatividade diante da simbologia que esse grupo possui.

A palavra discípulos se refere a um aprendiz ou seguidor Segundo a Bíblia, os discípulos eram homens comuns a quem Deus usou de maneira extraordinária. Dessa forma, foram elencados os seguintes nomes de discípulos, a fim de garantir o anonimato dos entrevistados:

Pedro - Foi mártir na cidade de Roma em cerca de 64 d.C., durante a perseguição dos cristãos pelo imperador Nero.

André - É considerado o fundador da igreja em Bizâncio (Constantinopla e, atualmente, Istambul), motivo pelo qual é considerado o primeiro Patriarca de Constantinopla.

Mateus - O coletor de impostos e escritor de um dos Evangelhos, ministrou na Pérsia (atual Irã) e na Etiópia.

Tomé - Foi provavelmente o mais ativo dos apóstolos ao leste da Síria.

Filipe - Possivelmente teve um ministério muito poderoso em Cartago, no Norte da África.

Bartolomeu-Fez viagens missionárias para muitas partes do mundo.

Tiago - Foi um dos primeiros discípulos de Jesus.

Simão -Teria ministrado na Pérsia e martirizado naquela região.

João - Ele era o líder da Igreja na região da cidade de Éfeso.

Paulo - Perseguidor dos discípulos do Senhor, em uma das suas práticas converteu-se no caminho para Damasco.

RESULTADOS E DISCUSSÕES



7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em conformidade com a análise da pesquisa, realizada através da aplicação do instrumento de coleta de dados, que foi dividido em duas partes: a caracterização dos sujeitos e a identificação dos objetivos do estudo, junto aos homens do grupo dos 72 discípulos que se dispuseram a participar da referida pesquisa. O estudo permitiu caracterizar os sujeitos da pesquisa e identificar o contexto no qual se insere a saúde masculina e suas necessidades, bem como os obstáculos encontrados pelos homens e as estratégias de enfrentamento apontadas pelos mesmos.

7.1 Caracterização dos sujeitos

Para caracterização da população entrevistada, foi utilizado um roteiro abrangendo perguntas sobre o sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, profissão e jornada de trabalho. Essas informações tiveram o propósito de identificar os participantes deste estudo.

Participaram da pesquisa 10 homens na faixa etária de 42 a 68 anos. Dentre os entrevistados, 08 eram casados e 02 solteiros. A renda familiar variou entre menos de um salário mínimo e mais de três salários mínimos, relacionada com o baixo nível de escolaridade. Nesse sentido, 07 dos depoentes afirmaram ter cursado apenas o Ensino Fundamental Incompleto e apenas 03 afirmaram ter cursado o Ensino Médio Completo. No que se refere à profissão, 07 disseram ser agricultores, 01 aposentado, 01 pedreiro e 01 comerciante. A jornada de trabalho semanal descrita por eles varia entre 20 a 52 horas.

TABELA I–Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo o sexo.

SEXO					
MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
Nº	%	Nº	%	Nº	%
10	100%	0	0	10	100%

Fonte: Característica da pesquisa.

A tabela I está relacionada ao sexo dos participantes, disposto por exclusividade masculina (100%). Fato singular que se deve a um dos critérios de inclusão da pesquisa, por se tratar de uma população diretamente ligada à temática abordada e por acreditar na importância da expressão dos próprios homens, no que se refere a sua saúde.

Para tanto, este estudo tornou-se relevante, visto que a população masculina no Brasil, segundo o IBGE (2010), chega a um total de 93.390.532, e em consonância com a PNAISH, essa população não está efetivamente inserida no contexto de saúde, fato esse que atribui para o alto índice de mortalidade masculina, quando comparado com as mulheres, que vivem em média 7 anos mais que os homens (BRASIL, 2009).

TABELA II– Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo a faixa etária.

FAIXA ETÁRIA									
20-30		31-40		41-60		>60		TOTAL	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	0	0	0	09	90%	01	10%	10	100%

Fonte: Característica da pesquisa

De acordo com a tabela II, a idade dos participantes variou entre 41 anos, a mais de 60, dos quais quase a totalidade (90%) dos entrevistados possuíam idade menor ou igual a 60 anos. Nesse cenário, considerou-se que a maioria dos entrevistados, ainda estão inseridos no mercado de trabalho, o que dificulta a participação dos mesmos nos serviços de atenção primária a saúde, devido a não compatibilidade do horário de funcionamento dos serviços quando comparada a disponibilidade masculina.

TABELA III- Distribuição dos participantes a pesquisa, segundo o estado civil.

ESTADO CIVIL							
SOLTEIRO		CASADO		OUTROS		TOTAL	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
02	20%	08	80%	0	0	10	100%

Fonte: Característica da pesquisa

O estado civil dos participantes, disposto na tabela III, evidencia que (80%) dos entrevistados são casados e (20%) desses, solteiros. Nessa premissa, estima-se que a maioria dos entrevistados é provedora do lar e que na ótica deles não podem se afastar do trabalho para cuidar da saúde. O que não percebem é que, quando a sua saúde encontra-se fragilizada, repercutirá na continuidade de seu papel enquanto provedor. Ainda no que se refere ao pequeno número de solteiros, expressos na referida tabela, a falta de cuidado com a saúde, pode interferir no seu processo de crescimento e desenvolvimento enquanto homem.

Acredita-se que esse pensamento traz consequências negativas no âmbito da saúde do homem, pois o mesmo, movido pelo sentimento de provedor, argumentam a falta de tempo para cuidar da sua própria saúde. O que será confirmado mais adiante nos discursos dos sujeitos como um dos obstáculos exposto por eles.

TABELA IV - Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo a escolaridade.

ESCOLARIDADE					
FUND.INCOMPLETO		ENSINO MÉDIO COMPLETO		TOTAL	
Nº	%	Nº	%	Nº	%
07	70%	03	30%	10	100%

Fonte: Característica da pesquisa

Quanto ao nível educacional dos participantes da pesquisa, a tabela IV revela que (70%) dos entrevistados cursaram o ensino fundamental incompleto e apenas (30%) deles cursaram o ensino médio completo. Considera-se que o baixo nível de escolaridade está relacionado com a falta de conhecimento e esclarecimento a cerca da temática abordada.

No caso dos sujeitos com maior grau de escolaridade constataram-se algumas mudanças na percepção deles em relação à saúde dos mesmos. O que pode estar associado um obstáculo conexo à cultura masculina no processo de educação, que será observado posteriormente nas falas dos entrevistados.

O nível de educação influencia bastante na percepção de saúde, por parte da figura masculina. Essa afirmativa pode ser evidenciada por Gomes, Nascimento e Araújo (2007) quando asseveram que o homem instigado pelo protótipo hegemônico de masculinidade pode dificultar a adesão de hábitos e convicções mais saudáveis. É

importante pontuar que a masculinidade hegemônica conceitua-se por modelo cultural que promove constante luta pela posição de preponderância (FIALHO, 2006).

TABELA V- Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo a renda familiar.

RENDA FAMILIAR									
<1 SALARIO		1-2		2-3		> 3 SALARIOS		TOTAL	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
02	20%	06	60%	01	10%	01	10%	10	100%

Fonte: Característica da pesquisa

No tocante a renda familiar dos entrevistados, a tabela V demonstra que (20%) destes possuem uma renda familiar equivalente a menos de 1 salário mínimo vigente no país, (60%) tem uma renda entre 1 e 2 salários mínimos, (10%) variam entre 2 e 3 salários e (10%) possuem uma renda familiar de mais de 3 salários mínimos.

Nesse sentido, verifica-se que a maioria dos entrevistados não possuem condições socioeconômicas que lhes permitam procurar por atendimento de saúde privado, restando à população masculina os serviços oferecidos pelo SUS, uma vez que a grande maioria encontra-se em condições socioeconômicas de baixa renda, estando estes impossibilitados de adotar os serviços da rede particular de saúde, associados aos planos de saúde, bem como os serviços particulares e as vezes de exames especializados disponibilizados em pequena quantidade pelo SUS. Essa afirmativa pode ser visualizada adiante, através das falas dos participantes do estudo, quando referenciaram que não dispõe de agilidade nos serviços, tendo que enfrentar filas enormes e com isso desperdiçando o tempo de sua vida.

TABELA VI- Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo a profissão.

PROFISSÃO									
AGRICULTOR		PEDREIRO		COMERCIANTE		APOSENTADO		TOTAL	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
07	70%	01	10%	01	10%	01	10%	10	100%

Fonte: Característica da pesquisa

A tabela VI reporta o perfil profissional dos sujeitos da pesquisa. Assim, percebe-se que a maioria destes são agricultores, equivalente a (70%) da amostra, e os (30%) restante, pedreiro, comerciante e aposentado. Dessa forma, considerou-se que a referida amostra possui um grupo de profissionais que não estão inseridos no mercado de trabalho formal, deste modo, não ofertando programas e serviços de saúde ao trabalhador, dificultando ainda mais o acesso destes aos serviços de saúde.

Nessa conjuntura, aliando-se a falta de incentivo por parte de uma política aos trabalhadores do mercado informal, Gomes *et al.* (2011) destacam que a cultura masculina não permite que essa população procure os serviços de saúde como prevenção, fazendo com que o homem mencione como justificativa, a falta de tempo relacionada ao trabalho, comparecendo aos serviços de saúde quando acometidos por intercorrências graves.

TABELA VII - Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo a jornada de trabalho.

JORNADA DE TRABALHO							
NÃO TRABALHA		< 40h SEMANAL		40h SEMANAL		> 40h SEMANAL	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
01	10%	03	30%	04	40%	02	20%

Fonte: Característica da pesquisa

A tabela VII retrata a jornada de trabalho vivenciada pelos sujeitos da pesquisa. Nela constata-se que apenas (10%) dos entrevistados não trabalham, o mesmo referiu ser aposentado, (30%) destes sujeitos apresentam uma carga horaria de menos de 40 horas semanais, (40%) trabalham 40 horas por semana e (20%) mais de 40 horas.

Diante do exposto, faz-se necessário a realização de uma conexão pertinente entre a jornada de trabalho e a indisponibilidade do tempo, referida pelos homens para com o cuidado à sua saúde.

Corroborando o exposto acima, Gomes *et al.* (2011), enfatiza que os serviços prestados na atenção básica estão dispostos em horários quase sempre inconvenientes com o homem que exerce uma atividade laboral. Os autores supracitados ainda afirmam que os homens associam as necessidades de cumprir a jornada de trabalho e seus compromissos como justificativa para não procurar os serviços de saúde.

7.2 Identificação dos objetivos do estudo

Considerando a análise do material coletado, emergiram três categorias temáticas provenientes da transcrição e interpretação das falas dos entrevistados, expressas por: Expressando as reais necessidades de saúde do homem; Revelando os obstáculos apresentados pelos homens nos serviços de saúde e Desvendando a visão masculina sobre as estratégias de enfrentamento para adesão aos serviços de atenção primária à saúde. As respectivas categorias serão abaixo representadas por figuras esquematizadas e em seguida discutidas.

CATEGORIA I - Expressando as reais necessidades de saúde do homem



Fonte: Característica da pesquisa.

FIGURA 1 – Representação esquematizada da categoria temática I

Esta categoria vem confirmar que a população masculina tem necessidades de saúde a serem atendidas e são expressas nos discursos em unanimidade pelos entrevistados, conforme trechos das entrevistas expostos abaixo:

Tem! Todos eles têm, mas tem muitos que tem vergonha de se apresentar, né. **(TIAGO)**.

Tem. Precisa sim! **(PEDRO)**

É claro que sim! Tem! É só procurar né **(MATEUS)**.
 Tem, tem quem correr atrás tem. **(TOMÉ)**.
 Com certeza né! **(SIMÃO)**.
 Com certeza! Tem! Tem! **(JOÃO)**.
 Com certeza né! Com certeza! **(ANDRÉ)**.
 Tem. Tem e muita né! **(FILIPE)**.
 É que tem, tem né. **(PAULO)**.
 Sim **(BARTOLOMEU)**.

Através dos discursos supracitados, percebe-se o reconhecimento por parte dos homens em relação à necessidade de saúde. Essa ocorrência é considerada um marco de grande relevância no que se refere à saúde do homem, pois neste momento admitem que precisam se cuidar, o que não é comum escutar entre a população masculina, devido o estigma vinculado a cultura masculina que ainda predomina em nossa sociedade. Nesse enfoque a PNAISH declara: “os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer” (BRASIL, 2009, p.06).

Em consonância com Gomes, Nascimento e Araújo (2007), a maioria dos homens mascaram sua fragilidade, por considerar que o cuidado não é uma prática masculina. É importante ressaltar que mesmo diante da manifestação de reconhecimento de necessidades de melhorar sua saúde e da importância do auto cuidado, existem vários fatores que interferem na busca por serviços de saúde, principalmente no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção de doenças (SHARAIBER, 2010).

Em presença das considerações feitas pelos sujeitos da pesquisa, os mesmos foram convidados para melhor elucidar as reais necessidades de saúde do homem. Assim sendo, percebe-se com as informações obtidas diante das falas dos entrevistados, que a saúde preventiva do homem, ainda encontra-se vinculada ao exame preventivo de câncer de próstata, o qual foi citado por eles, como uma das necessidades de saúde masculina.

O fato acima relatado pelos sujeitos pesquisados está expresso nos trechos das falas abaixo citados:

Precisa de tudo, principalmente fazer o exame de próstata, que mais necessita e muitos não tem coragem de se apresentar **(TIAGO)**.

É sempre porque os homens se descuida mais né [...] sobre esse problema de próstata né que tá acontecendo assim, só que é difícil esses exames pelo SUS né, custa muito né isso! **(SIMÃO)**.

É porque o homem toda vida é vergonhoso pra essas coisas né. Hoje não, que disse que mudou o modo de fazer o teste né, mais quando era na moda do dedo, ai todo mundo [...] (MATEUS).

Conforme os discursos descritos acima, estes acreditam que a saúde do homem está relacionada unicamente ao exame de prevenção do câncer de próstata, dificultando a procura por serviços de saúde, quando se trata de outras enfermidades ou necessidades. Constata-se que um dos vários fatores que interferem na adesão dos homens aos serviços, é esta vinculação que eles fazem em relação à realização do exame preventivo do câncer de próstata, o que ocasiona constrangimento, medo e preconceito.

Destarte, Gomes *et al* (2008), afirma que devido ao modelo hegemônico da masculinidade, o exame preventivo do câncer de próstata pode estar associado à violação do ser masculino, impossibilitando esses homens de cuidar da sua própria saúde.

Nesse cenário, outra necessidade apontada por eles foi o aumento do quantitativo de médicos, para assistirem a todos os pacientes que procurem pelos serviços, conseqüentemente essas diminutas de profissionais acaba superlotando o ambiente e dificultando a agilidade do serviço para atender ao homem que no momento da consulta se encontra ausente de suas atividades laborativas. Corroborando com o descrito acima, Gomes *et al.* (2011) afirma que a demanda cresce, mas o número de profissionais não, gerando uma sobrecarga nos serviços.

Eu acho sabe o que? Mais médico, mais médico porque um médico só pra atender meio mundo de gente, é claro que dá problema [...] (JOÃO).

Bom ai cada cá tem um problema né. O que sente e o que sentir, é que deve procurar um médico pra cuidar da saúde (PEDRO).

É o horário do atendimento. [...] é justamente a necessidade era, por exemplo, como a maioria dos homens trabalha de dia, ter opção à noite né. Ter médico, ter uma equipe que atendesse a noite, porque ai seria bem melhor para os homens né (FILIPE).

Diante estas afirmativas, observou-se que os homens visualizam apenas a figura do médico e a procura de serviços de saúde curativa, desconhecendo a saúde preventiva e o papel da enfermagem na atenção básica. Ao constatar tal realidade, reporta-se ao entendimento de que essa população necessita de esclarecimento

configurada pela falta de informação em relação à saúde do homem, para que passem a visualizar a assistência à saúde de maneira holística.

Assim, como os sujeitos da pesquisa, outros homens, bem como pacientes de uma maneira geral, possuem esta mesma visão, o que pode ser constatado por Ogata, Machado e Catoia, (2009), quando diz que: os serviços de saúde são procurados na maioria das vezes para ações curativas ou busca de medicamentos, realizados através de consultas médicas. O modelo assistencial curativo, centrado na figura do médico ainda permanece nos dias atuais, principalmente sob a visão da população masculina. Para tanto, é necessário educar e sensibilizar os homens para a importância das medidas de prevenção e manutenção da saúde, para que possam transformar-se em sujeitos cuidadores de sua própria saúde (SILVA et al, 2010).

CATEGORIA II – Revelando os obstáculos apresentados pelos homens nos serviços de saúde



Fonte: Característica da pesquisa

FIGURA 2 – Representação esquematizada da categoria temática II

Esta categoria vem proclamar e discutir às falas dos homens que expressam os obstáculos encontrados nos serviços de saúde, por parte deles. Entre os obstáculos referenciados, faz-se revelar a vergonha de se expor e a impaciência enfrentada por eles,

durante a espera por atendimento. Ambos os obstáculos estão relacionados à cultura masculina e a inexistência de tempo pra dedicar-se a sua saúde, atribuída ao regime de trabalho e, por último, a falta de resolutividade das necessidades de saúde.

Segundo Figueiredo (2005), na cultura masculina ser homem está associado à invulnerabilidade, dessa forma, os homens sentem vergonha em procurar por serviços de saúde, uma vez que na percepção dos mesmos seria uma demonstração de fraqueza perante os profissionais. A expressão vergonha, utilizada como refúgio pelos sujeitos do estudo, vem justificar o comportamento masculino de não aderir às medidas de prevenção e promoção da saúde:

Acho que muitos têm vergonha, sente vergonha, fica acanhado, não querem se apresentar né. É. Muitos diz só vou na ultima hora, quando tão em cima de uma cama, não pode mais andar, fica se amarrando pra ir. (TIAGO).

É porque o homem toda vida é vergonhoso pra essas coisas né (MATEUS).

[...] até a vergonha né que agente tem [...] agente tem aquela vergonha né de ir é pra certas coisas, que sempre pra uma consulta não, porque isso é normal [...] (JOÃO).

Certamente eles tem um certo preconceito né a medicina , aos médicos né, tem muitos exames né que são feitos e não querem passar por esses exames né. Acho que é isso né (ANDRÉ).

Da minha parte não, eu acho até que tem a cultura do homem, o homem nordestino, que não é muito chegado a medico, essas coisas não é. (BARTOLOMEU).

Na cultura machista, segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007) o cuidado não é uma prática masculina, na qual os homens mascaram sua fragilidade, sendo evidenciada pela não adesão às consultas realizadas periodicamente por profissionais de saúde.

Diante o exposto, fica evidente que os homens são mais tímidos que as mulheres, dificultando assim a procura de atenção na saúde, por vergonha de se expor, uma vez que sentem dificuldade de verbalizar possíveis problemas de saúde, para não demonstrar fraqueza, característica essa incongruente com a cultura machista que o homem carrega em sua origem.

Neste eixo de discussão, também se destaca como obstáculo a impaciência relatada pela figura masculina, no que se refere à espera por atendimento:

É porque muita gente vai e não tem paciência também né.[...] quando demorava chegar os médicos ou demorava fazer a ficha [...] e as vezes quando chega no posto tem já aquela limitação já de fichas, ai pronto, se não for naquele dia, ai depois já não vai mais. É esses são os obstáculos. (PAULO).

Sei lá, eu acho que é a maçada né, ai fica meio...(Sorriu) é mais é assim mesmo não é. (SIMÃO).

[...] e outra coisa também é quando agente chega é o atendimento né, que agente fica esperando muito tempo, muito tempo agente fica numa fila, esperando pra fazer uma consulta, muita gente né, ai... Olhe eu sou uma pessoa que eu sou assim, eu gosto das minhas coisas tudo rápido, não gosto de esperar. (JOÃO).

É porque a tal da maçada não é comigo não. O homem é diferente da mulher. A mulher aguenta maçada e o homem não aguenta maçada não. Eu mermo sou dum que não aguento maçada. (TOMÉ).

[...] as grandes filas, eu sou né... detesto fila né, chegar e ficar esperando e a espera é muito grande [...] a espera é que atrapalha um pouquinho né (ANDRÉ).

[...] É como eu digo né, todo mundo não tem paciência, chega num canto, você vai ser atendido, ai já chega outra pessoa é atendido primeiro do que a pessoa, ai por ai não vai gostando. Eu tenho visto muito isso ai acontecer aqui dentro, nessa região da gente, aqui no hospital, no posto (PAULO).

As informações obtidas transparecem que as esperas por atendimento são muito longas, apontado por eles devido aos atrasos oriundos dos profissionais, assim como filas muito grandes, ocasionando com que os homens deixem de procurar por esses serviços, evidenciando a impaciência e destacando que o homem diferentemente da mulher, não consegue esperar por atendimento.

Nesta perspectiva, fica evidente que a vergonha de procurar por serviços de saúde, assim como a impaciência referente ao atraso que os homens expressam para serem atendidos, estão relacionados aos entraves culturais, fazendo com que estes só venham a procurar por serviços de saúde quando acometidos por alguma enfermidade, tornando-se desmotivador a procura por serviços de prevenção de doenças, quando precisam conviver com a longa espera por atendimento, desta forma gerando a evasão dos mesmos nestes serviços, bem como, a ausência de retorno dos homens, dificultando cada vez mais a inserção da população masculina nos serviços de saúde primária.

Ratificando o exposto, Ferreira (2011); Gomes, Nascimento e Araújo (2007), reconhecem que é comum o homem não enxergar a necessidade pela procura das unidades de saúde para ações de prevenção, assim como, não suportam a espera por atendimento.

Outro obstáculo destacado pelos sujeitos pesquisados foi à inexistência de tempo para dedicar a saúde, atribuída ao regime de trabalho:

É eu acho assim, que porque os homens assim a maioria passa o tempo todo trabalhando também né e não tem hora disponível né pra cuidar da saúde, mais eu acho que todos tem necessidade de procurar né. (PEDRO).

Primeiro, é o problema de trabalho, que agente se apega muito ao trabalho né, trabalhar muito e esquece da saúde [...] O problema do tempo que agente fica se apegando com o trabalho então(JOÃO).

[...]Pode ser também porque o homem tem uma atividade muito grande, a atividade do campo, outras atividades e acaba deixando de lado não é, e não indo. (ANDRÉ).

Nesse contexto, percebem-se diante dos posicionamentos assumidos pelos participantes, que as atividades laborais sempre estão citadas como prioridade para a população masculina, deixando a saúde sempre para resolutividades posteriores. Estas considerações apresentadas nos relatos são reflexos da ideologia que vem alicerçada na identidade masculina que se encontra vinculada ao papel de provedor, implicando na ausência dos homens na atenção básica para cuidar da sua própria saúde, através das ações de promoção e prevenção de doenças.

Autores como Silva *et al.* (2010), explicam com propriedade que o homem traz consigo a responsabilidade de provedor, papel esse atribuído a eles historicamente, tornando-se prioridade para os mesmos, por possibilitar o cumprimento de suas obrigações, dessa forma, demonstram inconveniência em procurar cuidar de sua saúde, mencionando a falta de tempo relacionado ao trabalho.

Outro aspecto observado diz respeito à falta de resolutividade das necessidades de saúde, analisada a partir da percepção dos entrevistados:

[...] acaso quando agente chega assim num posto que não tem atendimento [...] se pessoa tiver condição pra gastar, ele é atendido,

hoje em dia tem essa opção né, se não tiver, for assim como o problema do SUS aí a limitação é grande [...] (PAULO).

[...] agente vai fazer um exame, uma coisa, como essa daqui (exemplificou referindo se a esposa) passou três meses pra receber, três meses pra receber né, agora fez uma chapa agora passou dois meses e assim agente tem aquela dificuldade (MATEUS).

[...] o caba esperar pelo SUS dá uma mão de obra grande (TIAGO).

Os depoimentos analisados apontam como obstáculo a falta de resolutividade na assistência, sob o enfoque de dificuldades de acesso a exames e a demora por atendimento, ambos pautadas na morosidade do SUS. Nesta perspectiva, Rosa, Pelegrini e Lima (2011), afirmam que a opinião do usuário é a melhor ferramenta para avaliar a qualidade da atenção na saúde pública, o que poderá contribuir para a reorganização deste sistema, que muito ainda precisa ser feito para que as demandas e necessidades dos usuários sejam atendidas.

Turrini, Lebrão e Cesar (2008), enfatizam que a resolutividade na assistência a saúde envolve diferentes enfoques como: a satisfação do cliente, as tecnologias dos serviços, a acessibilidade, os recursos humanos e os aspectos culturais. Para tanto, Gomes et al (2011), acreditam que são essas dificuldades com funcionamento em rede de saúde, de forma pouco resolutiva, contribuem para a evasão dos usuários do sistema.

CATEGORIAS III – Desvendando a visão masculina sobre as estratégias de enfrentamento para adesão aos serviços de atenção primária à saúde



Fonte: Característica da pesquisa

FIGURA 3 – Representação esquematizada da categoria temática III

Dentre os fatores apresentados nesta categoria como estratégias de enfrentamento para a falta de adesão da população masculina aos serviços de saúde na atenção primária, foram especificados: a acessibilidade – através da ampliação nos horários de atendimento e resolutividade das necessidades – ; o acolhimento – através do bom atendimento –; a comunicação – através de informações –; e a formação de vínculo – através da instabilidade profissional e da visita domiciliar. Nesse contexto é evidente que as estratégias expostas pelos homens, estão todas relacionadas com a humanização nos serviços de saúde:

É o horário do atendimento. [...] como a maioria dos homens trabalha de dia, ter opção à noite né. Ter médico, ter uma equipe que atendesse a noite, porque ai seria bem melhor para os homens né (FILIPPE).

Segundo Gomes *et al.* (2011), os homens justificam sua ausência nas unidades de saúde, relatando que os serviços prestados na atenção básica estão dispostos em horários quase sempre inconvenientes com aqueles que exercem uma atividade laboral.

Dessa forma foi proposto pelos homens, sujeitos da pesquisa, a ampliação desse atendimento, como uma estratégia para inseri-los no contexto de saúde, fazendo

com que tenham mais acesso aos serviços oferecidos, bem como, maior resolutividade de suas necessidades, que foram citadas anteriormente como sendo obstáculos a serem vencidos.

Ainda de acordo com os sujeitos do estudo, o acolhimento e a comunicação são duas estratégias que deveriam ser adotadas pelas equipes de saúde para que os usuários sintam-se motivados para procurar esses serviços. Esta elucidação pode ser observada nos discursos abaixo:

Bom atendimento né! E quando as pessoas chega nos postos o povo faz que nem você existe [...] As vezes o cara não vai pro posto através do atendimento e o povo chega e não atende a pessoa que nem é pra ser atendido né (TOMÉ).

Se a pessoa, se tiver algum bom atendimento né. As vezes encontra, as vezes não encontra não [...] se a pessoa chegar num canto e não ser bem acolhido, tem muita gente que não gosta né, seja no posto, no hospital [...] ai tudo vai estimulando as pessoas se abusando [...] ter um bom atendimento, acolhimento [...] ai a pessoa deveria melhorar também essa coisa ai. O acolhimento é. É, eu acho que eles iam mais, porque quando não é bem atendido já passam pra outro né.[...] ai chega lá uma pessoa que não sabe atender direitinho, ai vou dizer quando outra pessoa perguntar (PAULO).

As vezes você fica em casa toma um chá , um negocio, já pra não ir enfrentar essas coisas. Chega lá, “ah só urgência”, a pessoa volta com mais raiva ainda (BARTOLOMEU).

As falas dos entrevistados evidenciam que as equipes deveriam ser mais preparadas para atender e acolher, desde o primeiro contato do usuário, que é na recepção, até o atendimento pelos profissionais de saúde, desta forma, fazendo com que os mesmos sintam-se acolhidos e estimulados a frequentarem o ambiente. Ainda de acordo com os entrevistados, a qualidade do atendimento é fator preponderante e este repercute tanto de maneira positiva quanto negativa.

Conforme Ramos e Lima (2003), o acesso e o acolhimento são elementos essenciais para a qualificação dos serviços de saúde, que podem favorecer a reorganização dos serviços, proporcionando a satisfação do usuário e conseqüentemente contribuem para que este se inclua na procura pelos serviços de atenção a saúde.

Uma comunicação mais eficaz entre profissionais e usuários, foi tida como outra estratégia de resolutividade. Neste enfoque, Potter & Perry (2009) afirmam que a

comunicação é fundamental nos serviços de saúde, pois permite ao profissional criar condições de suprir as necessidades de saúde dos usuários. Considerando que a comunicação é ferramenta importante na atenção à saúde, é preciso compreendê-la como uma prática que considere os diversos contextos dos sujeitos, para que se perceba a individualidade e as necessidades de cada um (OLIVEIRA et al, 2008). Nesse contexto, Ferreira (2011), afirma que a comunicação é instrumento fundamental para a captação e adesão do homem aos serviços de atenção primária.

Diante as falas descritas abaixo, é perceptível a falta de comunicação entre os profissionais e os usuários:

Eu sou positivo a dizer eu já fiz cinco operações né, eu não sei que sangue é o meu, o tipo do meu sangue. Fazer exame eu faço, agora nunca me deram assim pra eu saber qual é o tipo do meu sangue, eu não tô sabendo, eu não sei [...] informar direitinho, como é que é necessário fazer aquilo ali, dá as explicações primeiro, mais chegar assim [...] (MATEUS).

Mais informação, [...] as informações por exemplo em termo de sistema de saúde pra o homem ainda é pouco não é. Eu acho que é pouco em termo de informação pra o homem né (FILIPE).

O acolhimento e a comunicação em serviços de saúde implicam na transformação do modo como a população vem tendo acesso à saúde. Esta comunicação deve informar e orientar sobre as ações e os serviços destinados a saúde de maneira integral, uma vez que é proposto como um dos princípios norteadores da política de saúde do homem (MENDONÇA, ANDRADE, 2010).

Nesse sentido, os entrevistados explicitaram que a falta de um atendimento acolhedor, assim como a falta de comunicação, dificulta a adesão dos mesmos nos serviços de atenção primária. Para ratificar o descrito acima, Coelho e Jorge (2009) ressaltam que a falta de comunicação nos serviços de saúde, prejudica as relações ente profissionais e usuários, interferindo na dinâmica do serviço.

A capacidade de comunicação entre trabalhadores da saúde e destes com os usuários, contribui para a construção de um serviço de saúde resolutivo que atenda as necessidades de todos os sujeitos (OLIVEIRA et al. 2008).

Também foi relatada pelos sujeitos da pesquisa que o vínculo é outra estratégia importante para adesão dos mesmos aos serviços de saúde:

[...] Chega lá encontra outras pessoas, que os anos vão passando e [...] vão mudando de empregado, essas coisas assim (PAULO).

[...] visitas nas casas, alguém que trabalha na saúde que possa visitar as casas, que possa fazer. Num tem...como é que se diz...prevenção pras mulheres, então deveria ter para os homens também, por exemplo todo ano não tem pra mulher fazer exame disso, exame daquilo, então deveria ter do mesmo jeito para os homens. (FILIPE).

De acordo com o contexto descrito acima, os sujeitos remetem a importância do vínculo formado entre a equipe e o usuário. Relatam que a instabilidade dos profissionais incomoda os usuários, que muitas vezes estão acostumados com aqueles profissionais e repentinamente ocorrem mudanças na equipe. É sabido, que a formação de vínculo não é construído com facilidade, é preciso adquirir a confiança da comunidade através do respeito e compromisso com a mesma, dessa forma, a rotatividade de profissionais dificulta essa formação de vínculo e conseqüentemente a procura pelo serviço.

Observa-se no relato de Filipe, quando o mesmo compara as campanhas de prevenção feitas para as mulheres, que o homem precisa de incentivo para se sentir mais motivado a comparecer nas USF, entende-se também que a partir do momento que o profissional busca pelo usuário no seu domicílio, está promovendo uma aproximação entre ambos, e isso faz parte da criação do vínculo, sendo também uma forma de valorizar mais a figura masculina.

Segundo Mandú (2008), a visita domiciliar é um artifício excepcional que permite uma aproximação entre usuários e a USF, propiciando a construção de novas relações, a formação de vínculo entre usuários e equipe, e conseqüentemente o acesso aos serviços de saúde. Integralizando o descrito acima, Ogata, Machado e Catoia (2009) ressaltam que os profissionais que compõe a USF devem buscar estratégias para melhorar a relação entre a equipe e os usuários.

Destarte, a falta de humanização nos serviços de saúde é caracterizada pela falta de acesso, de acolhimento, de comunicação e vínculo, estando explícita nas falas dos entrevistados, e encontra-se como estratégias de enfrentamento para que os homens efetivamente se incluam nos serviços de saúde.

Perante toda a explanação da categoria III, é notório que a humanização em saúde predomina como estratégia de enfrentamento, através do acesso, do acolhimento, da comunicação e do vínculo. Pautado nesta afirmativa, Ferreira (2011), resalta que a

humanização através dos recursos supracitados favorece a relação entre profissionais e usuários, facilitando a ampliação da adesão aos serviços de saúde, E, portanto, fundamental para que as ações sejam mais ágeis e resolutivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo partiu do pressuposto que a população masculina desconhece a importância dos serviços de prevenção à saúde, uma vez que acreditam que não condiz com a sua condição de masculinidade, o que acarreta numa população vulnerável aos altos índices de mortalidade. Nessa premissa, pressupõe-se que a humanização é o instrumento para a captação e apreensão deste homem, aos serviços de atenção primária à saúde.

Nesta pesquisa existiu a oportunidade de ouvir os homens para melhor compreender o universo masculino, assim como o olhar dos mesmos sobre sua saúde através das necessidades expressas por eles, bem como os obstáculos encontrados nos serviços de saúde e as estratégias de enfrentamento.

Nesse sentido, foi confirmado o pressuposto que norteou este estudo, aparecendo como um dos destaques da pesquisa a confirmação por parte dos homens entrevistados, de que os mesmos necessitam de prevenção de doenças e promoção da sua saúde, essa aprovação representa um avanço diante da supremacia masculina.

Apesar dos mesmos afirmarem que tem necessidades de saúde para serem atendidas, é perceptível também que expressam pouco sobre elas, bem como, expõe de forma retraída e enfatizam muito a procura de serviços de saúde curativa, centrada apenas na figura do médico, desconhecendo a importância da prevenção e promoção, assim como o papel de outros profissionais, principalmente da enfermagem, na atenção básica.

As dificuldades apreendidas nesta pesquisa, denominadas por obstáculos para a não adesão da população masculina na atenção primária à saúde, estão relacionadas à cultura masculina e a não resolutividade de suas necessidades. Os sujeitos entrevistados deixaram transparecer que as estratégias de enfrentamento estão pautadas na humanização, exposto através de: acessibilidade, acolhimento, comunicação e vínculo entre equipe e usuários.

Diante do exposto, identificou-se que a criação PNAISH não foi suficiente para inserir o homem no contexto de saúde, visto que a mesma teria uma previsão para estar implantada efetivamente até dezembro de 2011, o que pôde-se afirmar que não foi realizado. Cumpre ressaltar que a partir dos resultados obtidos neste estudo, fica

evidente que a equipe que compõe a ESF detém forte influência e importância para fazer a política acontecer, em conjunto com a população referida, principalmente o profissional enfermeiro que detém autonomia quando atuante nas USF.

Nesse contexto, percebe-se que ainda faz-se necessário a intensificação de mudanças na atenção básica, uma vez que as estratégias expostas pelos sujeitos pesquisados fazem parte dos eixos da PNAISH, que apesar de recente está alinhada as políticas mais antigas como a PNAB e a PNH, demonstrando que a ESF não avançou como deveria, que a mesma ainda não atingiu a eficiência para com os princípios propostos pelo SUS, pela PNH e pela própria PNAB, dificultando a qualidade dos serviços prestados por nem sempre conseguir oferecer um atendimento humanizado, para a captação e adesão da população masculina aos serviços de atenção primária.

Cumprir destacar, que essa mudança poderá partir da capacitação da equipe, para que possam melhor acolher essa população, bem como solucionar os seus problemas de saúde, através de atendimento humanizado, construído em conjunto com a população, proporcionando qualidade e resolutividade no atendimento, que se propaga entre a população causando resultado positivo e propiciando maior inserção nos serviços de saúde primária, ficando evidente neste estudo que humanização predomina como estratégia de enfrentamento.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam somar subsídios à organização dos serviços e planejamento das ações de saúde voltadas ao homem, para que de fato esta política venha a ser implantada junto aos homens, inserindo-os no contexto da atenção primária, e desta forma, mudando o perfil de morbimortalidade masculina encontrado no país.

REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS

ALBANO, B. R.; BASILIO, C. M.; NEVES, J. B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária. **Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste-MG, v.3, n.2, nov./dez. 2010.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem** 2007 jan.-fev.; v.15, n.1.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed revista e actualizada. Portugal: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm. Acesso em: 03/09/2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. Disponível em <http://www.conass.org.br/arquivos/file/conassdocumenta18.pdf> Acesso em: 27/09/2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf. Acesso em 22/08/2011

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. O Humaniza SUS na atenção básica. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Editora do Ministério da Saúde, 2ª edição. Brasília – DF, 2010.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo 2010. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20/08/2011.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem. Disponível do Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **IPhysis**, v. 19, n.3, p.659-678, 2009.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.1523-1531, 2009.

CORBANI, N. M. S.; BRÊTAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.62, n.3, P.349-354, mai./jun. 2009.

COSTA, F. B.; TRINDADE, M. N.; PEREIRA, M. L. T. a inserção do biomédico no Programa de Saúde da Família. **Rev. Eletron. Novo Enfoque**, v.11, n.11, p.27-33, 2010.

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.

ELIAS, P. E. Uma visão do SUS. **Em Associação Paulista de Medicina**. SUS: o que você precisa saber sobre o sistema único de saúde (pp. 11-22). São Paulo: Atheneu, 2008.

FERREIRA, J. A. de. **Comunicação dos enfermeiros com usuários do gênero masculino**: um estudo representacional. Natal, 2010. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2011.

FIALHO, F. M. **Uma crítica ao conceito de masculinidade hegemônica**. Instituto de Ciências sociais da Universidade de Lisboa, 2006. Disponível em http://www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers/wp2006/wp2006_9.pdf. Acesso em: 05/05/2012.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, jan./mar. 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, R *et al.* Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16 (Supl. 1) p.983-992, 2011.

GOMES, R. *et al.* As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.6, p.1975-1984, nov./dez., 2008.

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.

JULIÃO, G. G; WEIGLT, L. D. Atenção a Saúde do Homem em Unidades de Estratégia de Saúde da Família. **R. Enferm. UFSM**, v.1, n.2, p.144-152, mai./ago. 2011.

LIMA JUNIOR, E. A. ; LIMA, H. S. Promoção da Saúde Masculina na Atenção Básica. **Pesquisa em foco**, v.17, n.2, p.32-41, 2009.

MACHADO, F. R. Grupo de Homem: Repensando o papel masculino na sociedade contemporânea. **Rev. Científica de Psicologia**, Alagoas, v.1, n.2, jan. 2008.

MACIEL, P.S. O. **O homem na Estratégia de Saúde da Família**. 2009. 81f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

MANDÚ, E. N. T. *et al.* Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, v.17, n.1, p.131-140, mar. 2008.

MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, A. N.A política Nacional de Saúde do Homem: necessidades ou ilusão? **Psicologia Política**. v.10, n.20, p. 215-226. Jul./dez. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OGATA, M.N.; MACHADO, D.L.T.; CATOIA, E.A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.4, p.820-829, 2009.

OLIVEIRA, A. *et al.* A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, São Paulo. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p.749-62, out./dez. 2008.

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**, v.09, n.03, p.835-846, 2007.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 6. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.27-34, jan-fev, 2003.

ROSA, R.B.; PELEGRINI, A.H.W.; LIMA, M.A.D.S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n.2, p.345-351, jun., 2011.

SANTOS FILHO, S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.999-1010, 2007.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p.961-970, mai. 2010.

SILVA, M.E.D.C. *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.

SIMÕES, A. L. A. *et al.* Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.3, p.439-444, jul./set. 2007.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde. **Gerencia da Atenção Básica**. Ana Tereza Lacerda. Cuité-PB, 2011.

SOUZA, J. C.; LIMA, J. O. R.; MUNARI, D. B.; ESPERIDIAO, E. Ensino do cuidado humanizado: evolução e tendências da produção científica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.61, n.6, p. 878-882, 2008.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M.C.N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.327-38, abr./jun. 2008.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. v.10, n.3, p. 585-97, jul./set, 2005.

TURRINI, R.N.T.; LEBRÃO, M.L.; CESAR, C.L.G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.663-674, mar. 2008.

APÊNDICES



APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, abaixo assinado, concordei em ser entrevistado na pesquisa de campo intitulada por: **Assistência integral a saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento**, que objetiva conhecer as necessidades de saúde, os obstáculos e as estratégias de enfrentamento para uma assistência integral e humana ao ser homem. Justifica-se por ser uma temática muito importante, especialmente no que concerne a população masculina, considerando a relevância social conferida pela incidência de agravos e aumento da vulnerabilidade às doenças.

A mim caberá a autorização da pesquisa, respondendo ao roteiro de coleta de dados com questões elaboradas pela orientadora e orientanda, portanto, minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de observação e entrevista semiestruturada, onde os depoimentos serão gravados. A entrevista contará com 11 perguntas objetivas e discursivas, sendo estruturado em duas partes, onde a primeira apresentará questões sócias econômicas e educativas e a segunda constarão questões específicas, que responderão aos objetivos do estudo.

As pesquisadoras caberão o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados se assim desejar.

Afirmo ainda que aceitei participar, por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui também esclarecido de que os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e eventos científicos.

Fui informado de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo ou constrangimento, e que toda dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, ainda poderei perguntar diretamente a responsável pela pesquisa, Jocelly de Araújo Ferreira através do endereço: Rua Edvaldo Bezerra Cavalcanti Pinho, 320, Cabo Branco, João Pessoa-PB ou pelo telefone (83) 9624-5958 ou e-mail jocellyaferreira@hotmail.com ou mesmo com a orientanda Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti, através do endereço: Rua Onaldo Venâncio dos Santos, s/n, Basílio Fonseca, Cuité-PB ou pelo telefone (83) 9622-8204 ou ainda por e-mail josyenfermagem@hotmail.com.

Declaro estar ciente das informações que recebi sobre a pesquisa, ficando claro para mim quais são os objetivos da minha participação neste estudo, as garantias de sigilo e de esclarecimento das dúvidas sempre que eu precisar.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Cuité, ____ de _____ de 2012.

Jocelly de Araújo Ferreira
Pesquisadora (orientadora)

Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti
Pesquisadora (orientanda)

Voluntário

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1 – CLASSIFICAÇÃO DO SUJEITO			
1.1 Sexo	Masculino ()		Feminino ()
1.2 Faixa Etária	20 – 30 ()	31 – 40 ()	41 – 60 () > de 60 ()
1.3 Estado Civil	Solteiro ()	Casado ()	Viúvo () Outros ()
1.4 Escolaridade	Ensino Fundam. incompleto () Ensino Médio incompleto () Ensino Fundam. Completo () Ensino Médio completo () Ensino Superior incompleto () Ensino superior completo ()		
1.5 Renda familiar	Menos de um salário mínimo () 01 a 02 salários mínimos () 02 a 03 salários mínimos () Mais de três salários mínimos ()		
1.6 Profissão	_____		
1.7 Jornada de trabalho	T 20 ()	T 40 ()	Outros () _____

2 – IDENTIFICAÇÃO DOS OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 O senhor acha que os homens têm necessidades de melhorar sua saúde?

2.2 Caso ele responda que sim e não expresse quais. Deve perguntar: Então, quais são essas necessidades?

2.3 O senhor acha que existe obstáculos que impeça o homem de ter as suas necessidades de saúde atendidas?

2.4 Caso ele responda que sim e não expresse quais. Deve perguntar: Então, quais são esses obstáculos?

2.5 O que o senhor acha que deveria ser feito para que os homens tenham as suas necessidades de saúde atendidas, de uma maneira com mais acesso e que eles possam se sentir acolhidos na ESF?

APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)**TÍTULO DA PESQUISA: ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM: NECESSIDADES, OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO.**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente orientador e orientando da pesquisa intitulada, “As reais necessidades de saúde e estratégias humanizadas de enfrentamento: a visão masculina”, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo decreto nº. 93833 de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade, ao (s) sujeito (s) da pesquisa, ao estado e à resolução CEP/CESED 09/2008.

Reafirmamos, igualmente, 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 cinco anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CEP/CESED (Comitê de Ética em Pesquisa/ Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/CESED, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, _____ de _____ de 2011.

Jocelly de Araújo Ferreira
Orientador (a) da Pesquisa

Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti
Orientando (a)

APÊNDICE D - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

TÍTULO DA PESQUISA: ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM: NECESSIDADES, OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO.

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 declaro estar ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos.

Cuité, _____ de _____ de 2011.

Jocelly de Araújo Ferreira
Orientador (a) da Pesquisa

Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti
Orientando (a)

ANEXOS



Associação dos 72 Discípulos de Cuité

CNPJ: 05.565.076/0001-88

Rua: Napoleão Laureano, s/n, Centro.

CEP: 58175-000 Cuité-PB

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Cuité, 07 de Novembro de 2011.

Tendo lido e estando de acordo com a metodologia proposta, a instituição autoriza a execução da pesquisa intitulada ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM: NECESSIDADES, OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO, desenvolvida pela pesquisadora Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti, sob orientação da professora Jocelly de Araújo Ferreira neste serviço.

Destaco que é de responsabilidade do discente e do orientador a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 196/96. Sendo necessário após o término da pesquisa o encaminhamento de uma cópia para o serviço.

Responsável (Assinatura e carimbo)

ANEXO B –PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Andamento do projeto - CAAE - 2249.0.000.405-11

Título do Projeto de Pesquisa
AS REAIS NECESSIDADES DE SAÚDE E ESTRATÉGIAS HUMANIZADAS DE ENFRENTAMENTO: A VISÃO MASCULINA

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	17/11/2011 12:49:05	01/12/2011 10:35:07		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	17/11/2011 12:49:05	Folha de Rosto	2249.0.000.405-11	CEPV
3 - Protocolo Aprovado no CEP	01/12/2011 10:35:07	Folha de Rosto	2249.0.000.405-11	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	03/11/2011 21:36:04	Folha de Rosto	FR476626	Pesquisador

Voltar


Profª Chirlaine Cristine Gonçalves
Coordenadora do CEP/CESED