



UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JÂINA CAROLINA MENESES CALÇADA

MUITO ALÉM DA BARBA, CABELO E BIGODE:
O PENSAR E O AGIR DE HOMENS FRENTE AOS CUIDADOS COM A SAÚDE

SOBRAL-CE
2019

JÂINA CAROLINA MENESES CALÇADA

MUITO ALÉM DA BARBA, CABELO E BIGODE:
O PENSAR E O AGIR DE HOMENS FRENTE AOS CUIDADOS COM A SAÚDE

Dissertação apresentada à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Professora Dr^a. Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes.

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

SOBRAL - CE

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Calçada, Jaina Carolina Meneses

Muito além da barba, cabelo e bigode: o pensar e o agir de homens frente aos cuidados com a saúde [recurso eletrônico] / Jaina Carolina Meneses Calçada. -- Sobral, 2019.

1 CD-ROM: il. ; 4 ³/₄ pol.

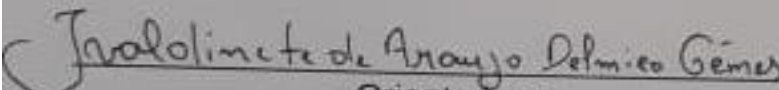
CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 81 folhas.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes.

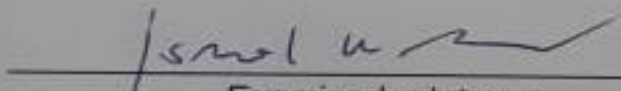
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

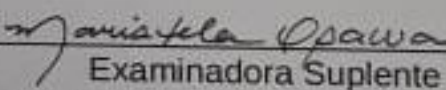
1. Autocuidado. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Saúde do Homem. I. Título.

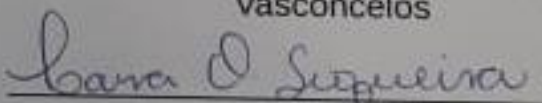
banca examinadora reuniu-se reservadamente a fim de avaliar o desempenho da candidata. A banca examinadora **APROVOU** o trabalho da aluna. Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada às 17:00, e eu, Lara Oliveira Siqueira, secretária do Mestrado Profissional em Saúde da Família, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.


Orientadora
Profa. Dra. Ivaldinete de Araújo Delmiro
Gemes


Examinador Externo
Prof. Dr. Percy Antonio Galimberti
Catania


Examinador Interno
Prof. Dr. Israel Rocha Brandão


Examinadora Suplente
Profa. Dra. Maristela Inês Osawa
Vasconcelos


Secretária
Lara Oliveira Siqueira

Dedico este trabalho a todos os homens, em especial os que participaram e contribuíram para a realização deste estudo e a todos os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde.

AGRADECIMENTOS

A Deus, inteligência suprema e causa primária de todas as coisas, por ser soberanamente justo e bom, infinito em todas as perfeições, por todas as bênçãos concedidas e pela força, auxílio e iluminação diária.

A Doutrina Espírita pela oportunidade de aperfeiçoamento moral.

Aos meus pais Salete e Jaime, meu alicerce, que com muito amor sempre me apoiaram para alçar voos e alcançar meus objetivos. O carinho e respeito contínuos não representarão oferta compatível com a amorosa e dedicada assistência recebida desde antes do berço.

Ao meu esposo Dario, meu companheiro e amigo, pelo apoio, incentivo e auxílio não só nesta fase de minha vida, mas durante todos os dias. Obrigada pelo seu abraço caloroso, por suas palavras de incentivo, seu cuidado e dedicação com nossa filha, principalmente nos momentos em que precisei me ausentar para as viagens quinzenais e os momentos em que precisei me debruçar nos estudos.

A minha filha Lívia, meu maior presente e minha fonte de inspiração para ser alguém melhor e mais forte a cada dia. Tão pequenina, mas tão compreensiva e iluminada. Obrigada, meu amor! Mamãe Te Ama muito.

Ao meu Tio Francisco das Chagas e sua esposa Terezinha pelo apoio a mim e a minha família, mas, principalmente, pelo cuidado e carinho dedicados a minha filha, sempre que precisei.

A minha amiga Priscila por sua amizade e pelo aconchego do seu lar todas as vezes que precisei estar em Sobral para as aulas do mestrado.

A Secretaria Municipal de Saúde de Cajueiro da Praia-PI, na pessoa do Secretário de Saúde Carlos Barros, por ter autorizado minha participação no processo seletivo que permitiu meu ingresso neste mestrado e por me liberar de minha atividade laboral todas as vezes que precisei me ausentar para os encontros dos módulos do mestrado.

A minha equipe da Estratégia Saúde da Família de Árvore Verde (em especial meus Agentes de Saúde: Antônia, Francisco, Kamila e Socorro) por embarcarem comigo nessa pesquisa e não medirem esforços em colaborar com todas as atividades propostas pelo mestrado.

Aos homens, participantes da pesquisa, que prontamente aceitaram colaborar com esse trabalho.

A minha orientadora, Prof. Ivaldinete de Araújo Delmiro Gemes, pelo privilégio de ser sua orientanda, por sua generosidade, alegria e energia positiva. Obrigada pelas palavras de apoio e incentivo. Obrigada pela paciência, dedicação e cuidado. Obrigada pelas valorosas orientações e por inspirar o amadurecimento dos meus conhecimentos que me levaram a execução e conclusão desta pesquisa.

A UVA e a RENASF por oportunizarem a realização do sonho de cursar um Mestrado, principalmente na área da Saúde da Família.

A todos os mestres pela gama de conhecimentos ofertados e por inspirarem, com seus exemplos, o caminho que trilharei daqui para frente.

A Turma III do Mestrado Profissional em Saúde da Família, por ser uma turma tão especial. Especial por saber acolher, se preocupar e pensar no outro, por permitir que cada etapa desse mestrado fosse concluída com satisfação e alegria.

As amizades que conquistei neste mestrado (em especial Samy, Rayane e Jéssica: companheiras de sala, de quarto, de refeições, de caronas e “festas”) que levarei por toda vida.

Enfim, a todos que acreditaram no meu potencial e que vibraram com essa conquista... Muito Obrigada!!

“Cada homem é uma casa espiritual que deve estar, por deliberação e esforço do morador, em contínua modificação para melhor.”

Emmanuel

RESUMO

É perceptível a resistência que os homens possuem quanto aos cuidados com a saúde. Os modelos de masculinidade estabelecidos e a maneira como se dá a socialização masculina podem ser os responsáveis por fragilizar ou mesmo afastar os homens das preocupações com o autocuidado e a busca dos serviços de saúde. A compreensão das singularidades masculinas pode proporcionar ganhos tanto para a saúde do homem, como para os serviços de saúde. Esta pesquisa teve como objetivo geral compreender o sentido de cuidados à saúde atribuído pelos homens, e específicos: entender o que os homens pensam sobre cuidados à saúde; conhecer os motivos que levam a pouca procura dos homens aos serviços de saúde; compreender como o homem se sente dentro do estabelecimento de saúde; e desenvolver atividade educativa para produção de conhecimento nos homens sobre os cuidados com a saúde. Tratou-se de uma pesquisa-ação, descritiva, com abordagem qualitativa, que teve como recorte espacial o município de Cajueiro da Praia, localizado no Estado do Piauí. A pesquisa foi realizada na área da Estratégia Saúde da Família de Árvore Verde, zona rural do município, com homens de 25 a 59 anos, residentes e cadastrados na área supracitada e que não procuraram a Unidade Básica de Saúde do seu território no ano de 2018. Os dados foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada e possibilitaram a realização de atividade educativa com os homens. A análise dos dados se deu pela transcrição na íntegra das respostas e sua organização em categorias. Os resultados encontrados demonstraram que o homem, no que concerne aos cuidados com a saúde, tem uma postura muito peculiar. O estereótipo masculino e a cultura de invulnerabilidade ainda criam resistência à adoção de práticas de autocuidado. Logo, faz-se necessária a responsabilização dos homens para as práticas individuais de cuidado e uma transformação de práticas, com o intuito de desconstruir estereótipos e fortalecer a adoção de ações para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos na saúde do homem.

Palavras-chave: Autocuidado; Estratégia Saúde da Família; Saúde do Homem.

ABSTRACT

Men's resistance to health care is perceptible. The models of established masculinity and how male socialization takes place may be responsible for weakening or even alienating men from concerns about self-care and the pursuit of health services. Understanding male singularities can provide gains for both men's health and health services. This research had a general objective to understand the sense of health care attributed by men. Research' specific goals were to understand what men think about health care. We search to know the reasons for men's low demand for health services and to know how the man feels inside the health facility. Besides, we developed an educational activity for the production of knowledge in men about health care. It was action research, descriptive, with a qualitative approach, that had as spatial cut the municipality of Cajueiro da Praia, located in the State of Piauí. The study was carried out in the area of the Árvore Verde, Family Health Strategy Unity, in the rural area of the municipality. We studied men aged between 25 and 59 years old, resident, and registered in the aforementioned area who did not seek the Basic Health Unit in the year 2018. The data were produced through a semistructured interview and enabled the accomplishment of educational activity with men. We performed the data analysis through the full transcription of the answers and their organization into categories. The results showed that the man, concerning health care, has a very peculiar posture. The male stereotype and the culture of invulnerability still create resistance to the adoption of self-care practices. Therefore, it is necessary to make men responsible for individual practices of care and a transformation of methods to deconstruct stereotypes. We need to strengthen the adoption of actions for the promotion of health and prevention of diseases and diseases in human health.

Keywords: Family Health Strategy; Men's Health; Self-care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Gráfico de distribuição dos entrevistados por faixa etária	34
Figura 2 – Gráfico de distribuição dos entrevistados por escolaridade	35
Figura 3 – Gráfico de distribuição dos entrevistados por atividade laboral	35
Figura 4 – Definição de “Ser Homem” baseado nos relatos dos entrevistados	38
Figura 5 – Definição de Saúde com base nos relatos dos entrevistados	40
Figura 6 – Concepção de Cuidados a Saúde de acordo com relatos dos entrevistados	43
Figura 7 – Motivos da busca aos Serviços de Saúde segundo relatos dos entrevistados	47
Figura 8 – Motivos da resistência dos homens em procurar os Serviços de Saúde, com base nos relatos dos entrevistados	51
Figura 9 – Registro da Atividade Educativa realizada com homens da ESF – Módulo IV	57
Figura 10 – Registro da 2ª Atividade Educativa realizada com homens da ESF – Módulo IV	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Contextualização	13
1.2 Motivação e Relevância	16
2. REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 O Cuidar da Saúde	19
2.2 Marcadores de Ser Homem	20
2.3 Saúde Masculina em Foco	22
2.4 O SUS e A ESF	24
2.5 A Presença Masculina na Atenção Primária	26
2.6 Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem	28
3. PERCURSO METODOLÓGICO	31
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1 Caracterização dos Sujeitos Entrevistados	34
4.2 Definição de “Ser Homem”	36
4.3 Compreensão dos Homens sobre Saúde	39
4.4 Busca aos Serviços de Saúde	44
4.5 Como os Homens usam o Tempo Livre?	52
4.6 Desenvolvimento da Atividade Educativa	55
4.6.1 Atividade Educativa	55
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

A saúde, mais do que fruto da genética, é consequência das escolhas e hábitos de vida. Hábitos saudáveis e acompanhamento de saúde preventiva são caminhos para um envelhecimento com qualidade de vida. No entanto, os homens, em todo o tempo, foram criados e educados para serem os mantenedores da família, os chefes de casa, os trabalhadores da empresa, os funcionários padrões, enquanto que a sua saúde era deixada de lado.

Um levantamento do Centro de Referência em Saúde do Homem de São Paulo mostra que 70% das pessoas do sexo masculino, que procuram atendimento médico, tiveram a influência da mulher ou de filhos. O estudo também revela que mais da metade desses pacientes adiaram a ida ao médico e já chegaram com doenças em estágio avançado (ROCHA, 2015).

Os homens brasileiros vivem, em média, 7,2 anos a menos do que as mulheres. Entre as causas de morte prematura estão: a violência e acidentes de trânsito, além de doenças cardiovasculares e infartos. Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado que a mortalidade nos homens é maior que nas mulheres, o que tem gerado preocupação do poder público e da sociedade em geral (MOURA, 2012; COURTENAY, 2007; LUCK; BAMFORD; WILLIAMSON, 2000; NARDI; GLINA; FAVORITO, 2007).

A identificação precoce de doenças aumenta as chances de um tratamento eficaz sendo, portanto, importante ficar atento aos sinais enviados pelo corpo. O cuidado com a saúde não é valorizado nas vivências masculinas, pois os homens ocultam suas necessidades de saúde e têm dificuldades para demonstra-las, procurando os serviços de saúde com uma menor frequência que o público feminino (BATISTA; SALDANHA; FURTADO, 2017).

Os homens, de forma geral, habituaram-se a evitar o contato com os espaços de saúde, sejam os consultórios médicos, sejam os corredores das unidades de saúde pública. O homem é visto como um ser invulnerável, com força e virilidade, no qual essas características seriam abaladas ao procurarem pelos serviços de saúde. É comum que os homens apresentem resistência à prevenção e ao autocuidado, adiando a procura de atendimento, permitindo que os casos se

agravem e ocasionando, ao final, maiores problemas e despesas para si e para o sistema de saúde, que é obrigado a intervir nas fases mais avançadas das doenças (BRASIL, 2009a).

Santos e colaboradores (2016) afirmam que os homens não se veem como alvo do atendimento dentro de um estabelecimento de saúde por considerarem que o cuidado é uma prática feminina. Essa resistência e percepção quanto ao autocuidado geram repercussões negativas na saúde, uma vez que a procura pelos serviços de saúde só ocorrerá quando o desconforto se tornar insuportável.

Os homens, também apresentam dificuldade em expressar aos profissionais suas necessidades, já que acreditam estar se expondo e demonstrando fraqueza (SANTOS et al., 2016). A legitimação, socialização e repetição dessas práticas estão ligadas ao que se compreende por masculinidades como comportamentos, práticas, atitudes e regras atribuídas, socialmente, aos homens. Para Bento (2015, p. 99): “a masculinidade é um processo de aprovação social masculina. Admitindo-se que a masculinidade é uma provação social, sua emoção dominante é o medo”. Medo em ser confundido com mulher e receio de que os outros homens percebam a sensação de insuficiência.

Pode-se afirmar que a construção da masculinidade se insere na vida social em vários campos e hábitos: o medo de ficar doente, de ser chamado de fraco, de perder o emprego, de ser impotente (corpo social e corpo físico), de ficar incapacitado para as atividades físicas e sociais revelam aos homens o seu fazer-se homem. Para os sujeitos, que correspondem à identidade de gênero masculino, doença é sinal de fragilidade e é difícil reconhecer que essa condição esteja intrínseca à condição biológica. Ademais, o próprio sistema tradicional de saúde apresenta as mulheres, as crianças e os idosos como os mais frágeis da sociedade (MIRANDA et al., 2018).

Por isso os homens se submetem ao sofrimento do medo e da vergonha. E, nesse sentido, devido às cobranças, aos estigmas e aos rótulos, os homens reproduzem um comportamento caricaturado de superpotentes, homens valentes, “cabra” forte, “cabra” macho, que nunca se fragilizam em nenhum dos aspectos da vida. Como aborda Bento (2015, p. 111): “o homem aprende, desde os primeiros momentos de sua vida, a estruturar seu comportamento de tal forma que não demonstre qualquer sinal de sensibilidade, afetividade, inclusive com os filhos, pois pode ser rotulado como um fraco”.

Para que se tenha uma população mais saudável, faz-se necessário que todos os grupos sejam inseridos no cuidado à saúde. Em decorrência do número reduzido de atendimentos ao público masculino, o Ministério da Saúde elaborou a Política Social, que deve orientar as ações de saúde do homem, visando incentivar o autocuidado e, sobretudo, o entendimento de que a saúde é um direito básico de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2009a).

Baseado na Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, o Ministério da Saúde estabeleceu no Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que objetiva promover melhores condições de saúde à população masculina brasileira, contribuindo para a diminuição da sua morbimortalidade, por meio do enfrentamento consciente dos fatores de risco, possibilitando o acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

É estabelecido, também, que a PNAISH deve ser alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Desse modo, a rede básica deve ser a porta de entrada da população masculina nos serviços de saúde, fortalecendo ações e cuidados em saúde, e ampliando o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades, que mais os atingem (BRASIL, 2009b).

A Atenção Primária à Saúde (APS) encontra dificuldades na inserção do público masculino nas ações e serviços de saúde. Os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) acabam por descrever o homem na Unidade Básica de Saúde (UBS) como um acompanhante, ou seja, aquele que apenas acompanha a mulher gestante, que traz as crianças e/ou pais ao médico. Raramente, eles são descritos como usuários em busca de atendimento para suas próprias necessidades de saúde (RAMALHO et al., 2014).

Segundo Barboza (2014), a estrutura das Unidades Básicas de Saúde não satisfaz às necessidades de saúde da população masculina, uma vez que são feminilizadas, ou seja, a maioria do público que é atendido e os profissionais de saúde que atuam nesse local são compostos essencialmente pelo sexo feminino. De acordo com Santos e Dal Prá (2015), questões de gênero dificultam, ou evitam, o acesso dos homens aos serviços de saúde. Estratégias de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde devem considerar as mudanças comportamentais, tendo em vista as diferentes identidades de gênero, construindo novas questões

para pensar homens e mulheres, como sujeitos com necessidades concretas a serem consideradas na sua integralidade.

O maior desafio não é somente inserir os homens nos serviços de Atenção Primária a Saúde, mas sensibilizá-los quanto à importância do cuidado. Faz-se necessário que os serviços de saúde identifiquem as necessidades do público masculino para que ações de prevenção de doenças ou agravos e promoção da saúde sejam direcionadas a eles (SANTOS; DAL PRÁ, 2015).

Nas unidades de ESF fazem-se necessárias reflexões que contribuam para a criação de mecanismos para a melhoria da atenção dispensada à população masculina, devendo ser transformada em um espaço mais diversificado, facilitando a inclusão do homem, pois o cuidar de si e do corpo não são assuntos que fazem parte da cultura masculina. Um importante indicador para nortear as ações e apontar as condições e possibilidades de mudanças culturais é o contexto vivido pelos próprios usuários dos serviços de saúde (OITICICA, 2016).

1.2 Motivação e Relevância

A área da saúde sempre me encantou. Desde cedo, sentia o desejo de seguir uma profissão que me oportunizasse ajudar outras pessoas. Inicialmente, pretendia seguir o caminho da medicina, talvez por achar que só ela pudesse atender às minhas expectativas. Foi então, que em contato com alguns colegas que já cursavam enfermagem e, conhecendo melhor essa área da saúde, pude perceber que ela, verdadeiramente, é a “arte do cuidar”.

Adentrei no meio acadêmico no ano de 2006, cursando enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí, campus Parnaíba. Durante a graduação, sempre me identifiquei com a Saúde Pública por me permitir estar mais próxima da comunidade, das pessoas, das famílias e, dessa forma, prevenir doenças e promover saúde. À medida que, durante o curso, entrava em contato com outras áreas e adentrava em diferentes campos de estágio, percebia que atuar na Saúde Pública, mais especificamente na Atenção Primária à Saúde, era o que me “enchia os olhos”.

Sentia uma grande empolgação e satisfação quando os estágios eram voltados para a Saúde da Família. Percebia, por exemplo, o quantitativo de atividades, ações que eram realizadas pelas equipes de profissionais atuantes nas

Estratégias Saúde da Família e que esses tinham a oportunidade de levar saúde e atender a diversos públicos, sendo os mais presentes nas unidades de saúde: crianças, mulheres e idosos.

Durante toda minha trajetória de acadêmica até exercer a profissão como enfermeira da APS, onde atuo há 8 (oito) anos, procurei me especializar em algumas áreas, dentre elas a Saúde da Família. Durante essa pós-graduação, me identifiquei ainda mais com a área e, atualmente, a vivência na Saúde Pública traz à tona questionamentos, inquietações e reflexões sobre algumas temáticas, dentre elas, a saúde do homem.

O despertar para a saúde do homem veio com maior impacto no exercício da profissão, pois enquanto acadêmica ainda entusiasmada com tantas novidades e cheia de expectativas, algumas coisas eram percebidas, contudo acabavam por ser encaradas com naturalidade, como, por exemplo, a reduzida presença masculina nas ESF. No entanto, no trabalho diário como enfermeira de uma ESF da zona rural do município de Cajueiro da Praia-PI, onde tenho a possibilidade de estar mais próxima da realidade, pude observar que, de todos os públicos que frequentam os serviços de saúde e participam de ações em saúde, os homens são os que menos usufruem e buscam por esses serviços, sendo os mais resistentes.

A partir dessa observação, sentiu-se a necessidade de fazer um levantamento na base de dados E-SUS (2018) do quantitativo de homens atendidos nas 4 (quatro) ESF do município, no ano de 2017 e o resultado encontrado foi a confirmação da pouca presença masculina nas unidades de saúde do município. De acordo com o Censo 2010 (IBGE, 2018), a população total do município de Cajueiro da Praia-PI aproxima-se de 7.500 habitantes, dos quais 52,62% dos indivíduos são homens na faixa etária de 25 a 59 anos. Todavia, a quantidade de atendimentos realizados em 2017 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município representou apenas 27,91% do total de atendimentos na mesma faixa etária. Importante salientar que muitos desses atendimentos podem ter sido realizados no mesmo indivíduo mais de uma vez, o que diminui, consideravelmente, o número de homens atendidos.

Fez-se ainda um levantamento na Unidade de Saúde de Árvore Verde (módulo IV – zona rural), onde atuo como enfermeira, do quantitativo de homens que não procuraram o serviço de saúde no ano de 2017. A partir de dados apresentados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da área supracitada e registros dos

atendimentos realizados nessa Unidade de Saúde, percebeu-se que do total de 282 homens na faixa etária de 25 a 59 anos, cadastrados nessa ESF, 61,34% dos homens não procuraram o serviço de saúde.

A partir dessa percepção e experiência vivida diariamente em meu ambiente de trabalho e com o ingresso no Mestrado Profissional em Saúde da Família, vi uma oportunidade de trabalhar essa temática de forma a responder os seguintes questionamentos: O que os homens pensam sobre cuidados à saúde? Quais os processos que levam os homens a não cuidarem de sua saúde? Por que os homens buscam menos os serviços de saúde? Como o homem se sente dentro do estabelecimento de saúde?

Mediante esses questionamentos, este trabalho objetivou compreender o sentido de cuidados à saúde atribuído pelos homens. A partir dessa compreensão, desenvolver atividade educativa para produção de conhecimento nos homens sobre os cuidados com a saúde, gerando reflexões quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças na população masculina, e possibilitando maiores cuidados com a saúde e adesão a esses serviços.

O presente trabalho também oportunizou um entendimento do que os homens pensam sobre cuidados à saúde, um conhecimento dos motivos que ocasionam a escassa procura dos homens aos serviços de saúde e uma compreensão de como o homem se sente dentro do estabelecimento de saúde. Importante destacar que o Mestrado Profissional em Saúde da Família contribuiu com as discussões e propostas para execução desta pesquisa, trazendo melhorias na área da saúde do homem em meu ambiente de trabalho.

Esta pesquisa também trouxe, em sua essência, o desejo de contribuir com os profissionais da área da Saúde Coletiva, especialmente os da Estratégia Saúde da Família, fornecendo subsídios para uma melhor compreensão de algumas questões e aspectos que envolvem a saúde do homem. Dessa forma, possibilitar o desenvolvimento de atividades e ações com a população masculina, fazendo-a despertar e realizar cuidados com a saúde. Espera-se, também, que este trabalho possa potencializar outros estudos sobre a temática.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O Cuidar da Saúde

Compreende-se saúde como o resultado de um equilíbrio que envolve dimensões físicas, emocionais e a consequência de interações com o ambiente natural e social. Para cuidar da saúde, seja de alguém ou de um grupo, é importante considerar o contexto em que estão inseridos, suas práticas e seus saberes (ALMEIDA et al., 2018). Para Boff (1999), tudo que se opõe ao descaso e ao descuido é o cuidado e o cuidar é uma atitude.

O termo cuidado provém do latim *cogitatu* e tem sua origem com o surgimento da vida. Toda espécie, principalmente a humana, sobrevive, reproduz-se, mantém-se e transforma-se porque há o cuidado mútuo (BUDÓ, 2002). O ser humano nasce com potencial de cuidado e isso significa que todas as pessoas são capazes de cuidar e precisam de cuidados. Cuidar diz respeito a comportamentos, atitudes, valores e princípios que são vividos diariamente pelas pessoas em diversas circunstâncias. E, dentro desse contexto, existem dois termos que precisam ser compreendidos, com o intuito de serem usados de forma correta: o autocuidado e cuidado de si (WALDON; BORGES, 2008).

O autocuidado é uma prática de cuidados executados pela própria pessoa com o objetivo de manter a saúde e o bem-estar. Esses cuidados são voluntários e intencionais, envolvem a tomada de decisões, e têm o propósito de contribuir de forma específica para o viver saudável (SILVA et al., 2009). Para Bub e colaboradores (2006, p. 05), o cuidado de si se refere ao “modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de relacionar-se com o outro e consigo mesmo; de agir de si para consigo, de modificar-se, purificar-se e se transformar.”

Lyra e colaboradores (2005) compreendem que as práticas de cuidado devem ser consideradas dentro de contextos específicos de cada grupo. Referem, por exemplo, que a relação entre homens e o cuidado pode ser representada em três fases: Na primeira fase, os homens dispensavam atenção à saúde, pois não eram vistos como alvo de doenças. Na segunda fase, passou-se a considerar importante o envolvimento dos homens nos cuidados à saúde, porém, torna-los parte desse processo era algo muito difícil, pois os homens eram pouco cooperativos e irresponsáveis com sua saúde. Atualmente, considerada terceira

fase, ainda são presentes as dificuldades de se trabalhar com homens no quesito cuidados com a saúde, por isso, é preciso desenvolver uma abordagem em saúde que modifique o que ainda é observado.

Pensar o cuidado como algo fora do universo masculino, é fazer generalizações e se equivocar. Essas generalizações tendem a se tornar perigosas porque podem levar ao desenvolvimento de estereótipos e preconceitos. Faz-se necessário planejar e implementar cuidados em saúde que sejam adequados às necessidades específicas dos sujeitos ao seu modo de vida (SILVA, 2010). Para Nogueira da Silva (2014, p. 420), a prática do cuidado se destina a “dar voz a dor, ao riso, ao encantamento do homem com a tarefa de cuidar de si, onde há a possibilidade de reinventar a vida, o adoecer e o morrer.”

2.2 Marcadores de Ser Homem

Em uma abordagem crítica sobre gênero, Swain (2002) mostra o feminismo como condutor da desconstrução de um sujeito universal masculino, apontando para a necessidade de afastarmos as determinantes biológicas essencializadas, que atribuem ao feminino à inferioridade. Refere que as relações de poder entre o masculino e o feminino são marcadas pela ideia de uma superioridade natural dos homens sobre as mulheres, ou seja, as representações dominantes são apresentadas como naturais e inquestionáveis.

Estudos apontam que é mais complexo “construir” um homem do que uma mulher, em decorrência das mudanças que o gênero masculino passa na construção de sua identidade e subjetividade, desde a concepção até a vida adulta (Braz, 2005). Historicamente, os homens são criados para aprender a “ser homem”. Connell (1987) refere que existem concepções teóricas que definem masculinidade, mas ainda incompletas. Dentre elas, destaca-se: a que define masculinidade a partir dos atributos biológicos, ou seja, o fato de ter pênis e a que toma como referência o padrão comportamental (atitudes e expectativas).

Algumas culturas, menos evidentes na atualidade, trazem os ritos como importantes para transformação do menino em homem, expressando no corpo e no comportamento sinais de virilidade. Logo, a masculinidade é percebida como culturalmente construída, variando segundo as sociedades e/ou diferentes períodos históricos (Dutra, 2002).

Meninos e meninas são criados de formas diferentes. Os meninos são educados para serem provedores, protetores e são treinados, desde cedo, para suportar suas dores físicas e emocionais, isto é, “homem não chora”. Para Duby (1990), dor é “coisa” de mulher, sob esse viés, o homem deve ignorá-la como forma de não ser rebaixado à condição feminina.

De acordo com Bento (2015), uma das marcas da masculinidade é a ausência de choro ou de qualquer manifestação de sensibilidade. Para os homens, admitir que eles sentem vontade de chorar e que possuem inseguranças de diversas naturezas (profissionais, emotivas e sexuais), é atestar o seu “lado feminino”. É comum, também, os homens necessitarem de aprovação de outros homens, o que faz com que sintam medo de serem percebidas suas vulnerabilidades, já que o medo provoca uma sensação de vergonha.

Segundo Braz (2005), a violência também é estimulada na educação dos homens: o menino é ensinado a revidar se apanhar, como também incentivado a praticar esportes em que a violência esteja presente. Desse modo, os homens trazem a imagem de ser forte, capaz, protetor, violento, decidido e corajoso, porém, essa representação prejudica na função de autoconservação.

Existem opiniões que referem os homens como aqueles que detêm um lugar de privilégios na sociedade, os que alcançam cargos importantes, os que são melhor remunerados, são líderes políticos e/ou chefes da família. Ainda na infância, são idealizados como o “homenzinho” que vai defender as irmãs, enfrentar os perigos, vencer disputas, sobressair nos esportes e profissão. De acordo com Lyra e colaboradores (2005, p. 88):

O poder social dado aos homens possui então uma dupla face, pois ainda que seja fonte de privilégios e poderes individuais, é também fonte de sofrimento, dor, alienação – alienação de seus sentimentos, de seus afetos, de um potencial para estabelecer relacionamentos humanos de cuidado para com os filhos, com os outros, com si mesmo.

Manter uma posição de destaque na sociedade traz consequências para os homens, pois os colocam numa situação de vulnerabilidade física e psíquica já que não podem demonstrar fragilidade ou adoecer. Essa questão de gênero que move a conduta e os hábitos masculinos produz efeitos não somente na forma de viver, como também no adoecer (LOURO, 1998).

O conceito de gênero adquire um caráter político, além de histórico e analítico. Mantém-se a concepção do gênero constituído sobre corpos sexuados, contudo, a ênfase dada ao fundamentalmente social destaca a construção social e histórica produzidas sobre as características biológicas. Dessa forma, evidencia-se que é no campo social que se constroem e se reproduzem relações entre mulheres e homens, notadamente desiguais (CARLOTO, 2001).

Dentro do contexto social, superam-se as justificativas para as desigualdades baseadas nas diferenças biológicas, uma vez que essas desigualdades são explicadas segundo Louro (1998, p. 22), “nos arranjos sociais, na história, nas condições de acesso aos recursos da sociedade, nas formas de representação”. Nesse sentido, o conceito de gênero passa a destacar o caráter relacional, ou seja, embora continuem priorizando as análises sobre as mulheres, os estudos passam explicitamente a referir-se também aos homens. Quando se emprega o conceito gênero, deve-se considerar que as condições femininas e masculinas têm um tempo histórico e um espaço cultural.

2.3 Saúde Masculina em Foco

Pesquisar e debater sobre a saúde dos homens é falar da construção dos valores culturais, da organização da moral, das relações de gênero, de poder e de saúde. É, acima de tudo, abordar de forma crítica os fenômenos da vida cotidiana nos trilhos do cuidado e do afeto. Ademais, não deixa de ser um assunto delicado e que gera bastante discussão. E quando se trata do cuidar da saúde do homem, existem questões e discussões repletas de tabus implícitas nesse holograma social.

Na década de 1970 surgiram os primeiros estudos norte-americanos sobre a saúde do homem que abordaram, principalmente, os riscos para a saúde masculina. Nos anos 1990, apareceram novas discussões sobre a saúde do homem que relacionaram o ser saudável e o ser doente em uma perspectiva de gênero (MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016).

McKinlay (2005), em um estudo sobre a saúde do homem, explica que as diferenças entre os gêneros, ao se tratar de morbidade, mortalidade e expectativa de vida, estão relacionadas: às especificidades biológico-genéticas de homens e mulheres; de diferenças e desigualdades sociais; expectativas sociais de homens e mulheres; à busca e uso de serviços de saúde por parte dos homens; e de cuidados

de saúde voltados para homens. Segundo Moura, Gomes e Pereira (2017), no decorrer dos anos, pesquisadores brasileiros viram a necessidade de se aprofundar nas relações de masculinidade com o processo saúde-doença, de forma a promover saúde também para os homens, pois estes pouco utilizam os serviços de saúde, principalmente, da Atenção Básica.

Os homens costumam se julgar, potencialmente, suficientes e independentes quanto aos cuidados com sua saúde, visto que se apropriam da sua força e virilidade. Essa postura interfere no cuidado, de forma que passam a cuidar menos da saúde, acreditando que cuidar da saúde possa ser visto como sinal de fragilidade e, por se sentirem invulneráveis, acabam se expondo mais, o que os tornam vulneráveis (CAMPOS, 2013). Como cita Machin e colaboradores (2011, p. 4504): “demandar cuidados de saúde é algo que desmerece sujeitos criados para assistir e prover”.

Para Moreira, Fontes e Barboza (2014), o quesito masculinidade está diretamente relacionado à vulnerabilidade dos homens às doenças graves e crônicas e, principalmente, à morte prematura, pois são os que mais apresentam taxas de mortalidade comparada as mulheres. Essas taxas poderiam ser evitadas se não houvesse a resistência masculina aos serviços de saúde, principalmente, da Atenção Primária a Saúde.

No trabalho de Laurenti (1998) é observada, em vários países das Américas, a existência de uma diferença entre os sexos no quesito mortalidade. Seus dados evidenciaram que os homens tinham uma expectativa de vida ao nascer menor em relação às mulheres. A maioria dos indicadores de saúde retrata a existência de diferenciais de saúde entre os sexos. Dessa forma, os indicadores de mortalidade refletem uma situação de saúde desfavorável para os homens, que merece ser considerada e enfrentada pelos serviços de saúde e o Brasil segue o mesmo padrão.

Em relação às causas de mortalidade nos homens, destacam-se mortes por doenças do aparelho circulatório, cardiovasculares, neoplasias malignas, violências, acidentes, sobretudo os de veículo, e os homicídios. Entretanto, existem agravos de saúde, relacionados a comportamentos específicos do homem e da mulher, que vão depender de fatores culturais e sociais. A menor sobrevida masculina, ainda é pouco discutida e vista, apenas, como decorrência de fatores biológicos (SANTOS; DAL PRÁ, 2015).

Embora venha se discutindo sobre a saúde do homem, ainda são insuficientes os estudos sobre prevenção de doenças e promoção da saúde masculina. Para que se obtenha êxito nessa discussão é essencial “dar voz” aos homens a fim de melhor compreender os fatores que estão relacionados à reduzida presença masculina nos serviços de saúde.

2.4 O SUS e A ESF

O Sistema Único de Saúde, criado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), traduz o princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o qual abrange desde o simples atendimento até o mais complexo. Considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988 que procura garantir o acesso universal de seus cidadãos aos cuidados em saúde, a equidade, a integralidade e a qualidade dos cuidados em saúde prestados. Com a construção do SUS, novas demandas assistenciais, gerenciais e intersetoriais foram criadas. Os serviços de saúde, portanto, assumiram significado estratégico na consolidação das políticas do SUS e na reorganização dos processos de trabalho para o atendimento das necessidades da população (SULTI et al., 2015).

Nos primeiros anos de existência do SUS, vários modelos assistenciais foram implantados, tais como a Vigilância em Saúde, Ações Programáticas de Saúde e a Estratégia Saúde da Família, entre outros. Desde a iniciativa e o incentivo do Ministério da Saúde, assiste-se a expansão da Saúde da Família, criada como Programa, em 1994, e denominada Estratégia Saúde da Família, em 2003, de modo que as ações da Atenção Básica têm sido estrategicamente para ela orientadas (SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014).

Segundo a PNAB (2012), a Atenção Básica é:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde,

desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A Estratégia Saúde da Família configura-se como uma proposta de referência que emergiu na década de 1990, no Brasil, para incentivar mudanças no modelo assistencial em saúde, com o objetivo de atender ao prescrito pela Constituição de 1988 e aos princípios do SUS (FERTONANI et al., 2015). A ESF visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS, e é entendida pelo Ministério da Saúde e pelos gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2012).

A Estratégia Saúde da Família caracteriza um modelo assistencial em que as práticas são orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, promovendo assistência integral e contínua às famílias, em seu espaço social. Realiza ações multiprofissionais construindo relações de vínculo, compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população da área de abrangência da unidade de saúde, intervindo sobre os fatores de risco (BRASIL, 2012).

De acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, funcionando por meio de equipes de saúde da família compostas no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Também podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

A Atenção Básica é a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Geralmente, as pessoas buscam a APS por diversos motivos, dentre eles: uma solicitação burocrática, um anseio, um desconforto, o medo de uma doença, além de sinais e sintomas de doenças estabelecidas. Para Mendes (2015, p. 46), a APS “deve estar preparada para

solucionar a quase totalidade dos problemas mais frequentes que se apresentam no nível dos cuidados primários.”

2.5 A Presença Masculina na Atenção Primária

Tem-se observado na prática cotidiana dos serviços de Atenção Primária à Saúde que a presença dos homens nos corredores desses serviços é menor do que a das mulheres. Para Moreira e Carvalho (2016), o acesso às ações e serviços de saúde pelo público masculino é proporcionado, muitas vezes, pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, configurando uma falha na captação desse público pelo nível básico de cuidado.

Entende-se que a entrada dos homens nos serviços de saúde, pelos níveis de alta e média complexidade, dá-se pela necessidade de se obter cuidados mais específicos e quando seu estado de saúde já está agravado, não podendo mais ser solucionado pelo nível básico de atenção. Esses cuidados mais específicos e complexos podem se justificar pela ausência de medidas preventivas que poderiam ter sido adotadas, quando da procura da rede de atenção básica.

Para Campanucci e Lanza (2011), as ações de saúde da realidade brasileira que chegam aos homens, não são, exclusivamente, destinadas a eles, mas ao público em geral. Observa-se que o pequeno público masculino, que utiliza os serviços primários em saúde é representado, principalmente, por idosos acompanhados pelo programa de hipertensos e diabéticos. Identifica-se, portanto, que a população jovem masculina, ainda está em modo de espera nos serviços de saúde tanto públicos, como privados.

Os programas em saúde da Atenção Primária direcionam as ações para medidas de promoção a saúde, tornando a assistência mecanizada e focada em agravos. Como forma de ultrapassar as barreiras, que dificultam a integralidade do cuidado ao homem, deve-se, inicialmente, manter a igualdade de direitos e serviços, respeitando-se as necessidades e particularidades dos gêneros (COUTO et al., 2010).

Para Macedo e colaboradores (2016), a ESF é a porta de entrada para os serviços de saúde, devendo atender à demanda da população em suas queixas físicas, psicológicas ou sociais. Entretanto, incluir os homens na Atenção Primária é um desafio, pois se trata de um assunto pouco abordado ao longo dos anos e que

apresenta inúmeras justificativas e suposições para a escassa presença masculina nas unidades de saúde.

Estudos de Gomes, Nascimento e Araújo (2007) e Figueiredo (2005) retratam que o pudor na exibição corporal, a falta de tempo disponível e a preferência por buscar outros serviços relacionados à saúde, como prontos-socorros e farmácias, por responderem mais objetivamente às suas demandas, justificam a escassa presença masculina na atenção básica.

O espaço físico das UBS também pode ser fator de interferência na adesão masculina, devendo ser repensado. Estudos apontam que os homens não se reconhecem como público alvo desse espaço devido às ações preventivas serem quase, exclusivamente, direcionada às mulheres (KALCKMANN, et al.; SCHRAIBER, 2005). As UBS geralmente são vistas como um espaço frequentado, principalmente, pelo sexo feminino e com equipe de profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes de saúde, etc.) composta, em sua maioria, também, por mulheres, o que gera nos homens uma impressão de não pertencimento ao ambiente.

Nesse sentido, a concepção dos serviços de saúde como um espaço feminino surgiu pelo fato do corpo da mulher ser visto, na maioria das vezes, como corpo reprodutivo e objeto de estudo da medicina, enquanto o corpo masculino caracterizou-se como reprodutor e, por alusão ao domínio da reprodução, não foi investido como objeto de práticas na saúde (ROHDEN, 2001).

Quanto à abordagem do corpo, Mauss (2011) apresenta um corpo dotado de controle e técnicas, trabalhadas desde a infância e aplicadas pela sociedade. A expressão do corpo é algo cultural e social. O controle do corpo representava uma forma de domínio sobre as pessoas. No entanto, faz-se necessária uma mudança na ideia pré-estabelecida de que os espaços de atendimento à saúde são feminizados, para que possam ser incluídas as necessidades de saúde do homem.

As Unidades Básicas de Saúde, encarregadas de executar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, têm adquirido uma imagem de que seus serviços são ofertados quase que, exclusivamente, para crianças, mulheres e idosos. Ocorre que crianças, mulheres e idosos são o público mais comum de se observar nas ações realizadas pelas equipes e os que possuem programas de saúde mais específicos. Como consequência, Cardoso (2016) refere que a presença masculina acaba sendo restrita dentro das UBS.

O homem é atendido de forma genérica nos serviços de atenção à saúde pública no Brasil. A oferta de serviços direcionados de forma exclusiva aos homens de 25 a 59 anos é precária. As ações ofertadas são, geralmente, as que já ocorrem para o público feminino ou aquelas em que se enquadram nos programas já existentes (MACÊDO et al., 2016). Sob esse viés, Machin e colaboradores (2011, p. 4507) afirmam que: “as diferenças existentes entre homens e mulheres nos serviços de saúde são tratadas pelos profissionais como características da dimensão cultural no ser homem e ser mulher”.

Incluir os homens nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio, visto que questões como o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde não fazem parte da sua educação. Logo, faz-se necessária uma visão ampliada dos profissionais acerca da saúde masculina, de forma que possibilite o acesso e acolhimento desses usuários, por meio de ações para melhoria da qualidade de vida e que possibilite a elaboração de concepções próprias quanto à importância do autocuidado.

2.6 Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH)

No ano de 2009 foi lançada no Brasil a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, uma política pública que tem como objetivo atender homens com faixa etária entre 20 e 59 anos, público que não era inserido como prioridade pelas políticas pré-existentes (BRASIL, 2009a). Na PNAISH são propostas melhorias às condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo com a redução da morbimortalidade desse público, por meio do enfrentamento dos fatores de risco e facilitando o acesso às ações e serviços de saúde (CARVALHO et al., 2014).

A PNAISH é o resultado de amplas discussões e análises entre setores da sociedade civil e científica, profissionais de saúde, gestores da saúde e pesquisadores. O surgimento dessa política deu-se pelo reconhecimento do quadro epidemiológico dos usuários homens no Brasil e a sua maior vulnerabilidade a mortes prematuras e a doenças graves e crônicas, quando comparados às mulheres e às crianças (CHAKORA, 2014).

Para Martins e Malamuti (2013), as políticas públicas lançadas pelo governo são criadas com o intuito de cumprir as demandas da população, visando solucionar

problemas e beneficiar os cidadãos. Muitas dessas políticas são direcionadas ao público feminino e idoso, enquanto que para os homens ainda são escassas, em detrimento de não serem vistos, socialmente, como frágeis. Após o lançamento da PNAISH, houve um aumento nas produções científicas que abordam a saúde do homem.

Com o surgimento da necessidade de se trabalhar a saúde do homem, o Brasil se tornou, na América, o segundo país a estabelecer uma política de saúde voltada para o público masculino, ficando atrás do Canadá (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012). A PNAISH propõe que os serviços de saúde atendam 27% do público que não era atendido pelas políticas de saúde já em vigor no país e enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas (BRASIL, 2009a).

Cuidar da saúde deveria ser um hábito adotado por todos, sejam homens ou mulheres, todavia, os homens não possuem o hábito de frequentar de forma preventiva os serviços de saúde. Faz-se necessário que esses tenham uma atitude mais ativa com os cuidados para si e que os serviços públicos de saúde sejam organizados de forma a acolher e integrá-los.

Moura e Fonseca (2018) afirmam que os homens, na faixa etária contemplada pela PNAISH, encontram dificuldades em procurar pelos serviços de atenção básica, pois os horários de acesso coincidem com os horários em que se encontram ativos no mercado de trabalho. Uma das estratégias que poderia ser instaurada para facilitar o acesso é a adequação nos horários de funcionamento das UBS, mas é algo que vai além do simples desejo dos profissionais ou dos usuários do serviço, já que envolve toda uma logística na organização dos serviços.

Em locais onde a PNAISH ainda não é trabalhada, a ausência dos homens nos serviços básicos de saúde é notória, indicando que a estrutura do SUS para o atendimento das suas necessidades é falha e que as peculiaridades do homem e do serviço de saúde devem ser levadas em questão (BRASIL, 2009a). Pensando nisso, a PNAISH foi desenvolvida a partir de cinco eixos temáticos (BRASIL, 2016):

1. Saúde sexual e reprodutiva: permite ao homem o direito de expressar sua orientação sexual, sua vontade individual de planejar a constituição ou não de sua família, assim como a vulnerabilidade da sua saúde sexual a doença e agravos.
2. Acesso e acolhimento: possibilita que o homem seja incluído nos serviços de saúde, de forma a contribuir com a melhoria das suas condições de saúde e

possam se sentir acolhidos e reconhecidos como sujeitos que, também, precisam de cuidados.

3. Paternidade e cuidado: busca conscientizar e envolver os homens em todo o processo de gestação, pré-parto, parto, puerpério e cuidados com o filho, dando oportunidade para a criação de vínculos mais fortes e saudáveis entre pais, mães e filhos.
4. Agravos e condições crônicas na população masculina: destaca as doenças que são mais comuns à população masculina e busca aproximar os homens dos serviços de atenção básica para prevenir e diagnosticar, precocemente, as doenças que mais os acometem.
5. Prevenção de violências e acidentes: propõe aproximar os homens da esfera da saúde e do cuidado e envolvê-los em ações que tenham como foco a promoção da saúde e prevenção da violência.

Esses cinco eixos temáticos abordados na PNAISH não excluem outros assuntos relativos à saúde do homem, como saúde do trabalhador e saúde mental, que, também, são trabalhados e abordados de forma transversal trazendo mais integralidade a essa ação política (BRASIL, 2009a). Os eixos prioritários da Saúde do Homem devem atingir a população masculina em suas reais e diversas condições de existência, de forma a garantir resolubilidade às suas demandas em saúde.

Faz-se necessário que os temas abordados no cotidiano das equipes de saúde sejam baseados em uma visão biopsicosociocultural do usuário, incentivando o diálogo entre gênero, saúde e cultura. Para Chakora (2014), deve-se ter uma discussão pautada nas especificidades da saúde dos homens, incluindo determinantes sociais do processo de adoecimento e os estereótipos de gênero que induzem, direta ou indiretamente, à morbimortalidade masculina.

Compreender as barreiras que dificultam os cuidados na saúde do homem é necessário para a elaboração de medidas que permitam o acesso e estabeleçam a prevenção e a promoção como eixos fundamentais para o cuidado. Entretanto, mobilizar a população masculina para a garantia de seu direito à saúde é um dos desafios dessa política, tendo em vista que se pretende tornar os homens protagonistas do cuidado.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Tratou-se de uma pesquisa-ação, descritiva, com abordagem qualitativa. Segundo Marconi e Lakatos (2017, p. 81): “A ação não significa um simples atuar, mas uma reflexão e investigação sobre a realidade, visando não só conhecê-la, mas também transformá-la”. Segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2015), a pesquisa qualitativa trata de questões muito particulares e aborda uma realidade que não pode ser quantificada. Esse tipo de pesquisa não se preocupa com dados estatísticos, mas sim com dados sobre crenças, história de vida, opiniões, conceitos, significados, entre outros.

Usou-se como recorte espacial o município de Cajueiro da Praia, localizado no Estado do Piauí, a 300km da capital Teresina, possuindo uma área de 283,86km² e uma população de 7.500hab (IBGE, 2018). Conta com as potencialidades de quatro Estratégias Saúde da Família, atuando em quatro Unidades Básicas de Saúde: UBS – Sede/Zona Urbana, UBS - Barra Grande/Zona Urbana, UBS - Boa Vista/Zona Rural e UBS - Árvore Verde/Zona Rural, que se configuram como porta de entrada da população aos serviços de saúde do município.

A pesquisa foi realizada na área da Estratégia Saúde da Família de Árvore Verde (UBS – módulo IV), zona rural do município, que conta com uma equipe de profissionais composta por: 1 (uma) enfermeira, 1 (uma) dentista, 1 (um) médico, 1 (uma) técnica em enfermagem, 1 (uma) técnica em saúde bucal e 4 (quatro) Agentes Comunitários de Saúde. Possui um total de 361 famílias acompanhadas e um quantitativo de 282 homens de 25 a 59 anos cadastrados. Escolheu-se a área dessa equipe por se tratar do território de minha atuação profissional o que favorece para um conhecimento mais aprofundado da realidade, além de se ter um vínculo e aproximação com os sujeitos da pesquisa.

Os participantes do estudo foram homens de 25 a 59 anos, residentes e cadastrados na área adscrita da ESF de Árvore Verde que estavam em condições físicas e mentais de participar do proposto pela pesquisa e que não procuraram a Unidade Básica de Saúde do seu território no ano de 2018. De acordo com o manual de Atenção Integral a Saúde do Homem, publicado pelo Ministério da Saúde, o recorte etário de homens de 25 a 59 anos é uma estratégia metodológica que visa focar na faixa etária de homens adultos que correspondem a 41,3% da população masculina ou a 20% do total da população brasileira (BRASIL, 2009a).

A pesquisa foi realizada em dois momentos, a saber:

- 1) Inicialmente, foi aplicado aos homens que se enquadraram no perfil da pesquisa um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A) contendo perguntas abertas durante visita domiciliar.

A coleta das informações por meio de entrevista semiestruturada é aquela caracterizada como um diálogo com dois ou mais interlocutores que enfatiza as questões e teorias descritas no estudo, de forma a proporcionar inúmeras interrogativas surgidas à medida que se recebe as informações do sujeito da pesquisa (MINAYO, 2010).

Escolheu-se a entrevista para coleta dos dados, pois, segundo Marconi e Lakatos (2017), essa técnica de coleta pode ser utilizada com todos os segmentos da população (analfabetos ou alfabetizados), além de proporcionar ao entrevistador repetir ou esclarecer perguntas e permite avaliar atitudes (o entrevistado é observado naquilo que diz e como diz).

Foi realizada uma previsão do quantitativo de 25 homens para participarem da entrevista, mas esta foi realizada somente com 15 homens, pois se observou uma repetição nas respostas dos sujeitos, ou seja, ocorreu a saturação dos dados. Segundo Gil (2017, p. 98): “A seleção dos participantes de uma pesquisa fenomenológica não requer a utilização do processo de amostragem probabilística nem um número elevado de informantes”. Constata-se que a maioria das pesquisas fenomenológicas utiliza de 10 a 20 participantes ou faz uso do processo “saturação teórica” que consiste na realização progressiva das entrevistas até o ponto em que os dados vão se tornando repetitivos (MORSE, 2000).

Esses homens foram selecionados pelos Agentes Comunitários de Saúde e convidados diretamente pela pesquisadora a participarem da pesquisa e, após aceitação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no Anexo A. As entrevistas foram gravadas com aparelho de áudio com a devida autorização dos sujeitos e transcritas na íntegra pela própria autora desse estudo, utilizando-se de nomes fictícios (nomes masculinos bíblicos) na identificação das falas dos entrevistados.

Após conclusão das entrevistas, os dados coletados foram analisados de acordo com o proposto por Minayo (2010) nos seguintes passos: i) ordenação dos dados (etapa de transcrição das observações, releitura do material e organização dos relatos); ii) classificação dos dados (processo de leitura repetida dos textos,

constituição de um corpus de comunicação, leitura transversal de cada corpo como recorte de unidade de registro); iii) análise final e elaboração das categorias analíticas (fase em que se levam em conta os objetivos da pesquisa, os temas que emergem das observações e da articulação das informações com o referencial teórico, definindo-se assim as categorias analíticas).

- 2) A partir da análise das entrevistas, foi possível obter informações suficientes que subsidiaram o planejamento e a realização de atividade educativa para produção de conhecimento nos homens sobre os cuidados com a saúde.

De acordo com Mallmann e colaboradores (2015, p. 1764), a Educação em Saúde é compreendida como: “prática para a transformação dos modos de vida dos indivíduos e da coletividade e, conseqüentemente, promover qualidade de vida e saúde”.

Utilizou-se como estratégia de Educação em Saúde a Roda de Conversa como forma de incentivar a participação de todos os envolvidos. Segundo Moura e Lima (2014), as Rodas de Conversa possibilitam a socialização de saberes e a troca de experiências entre os envolvidos na perspectiva de construir e reconstruir novos conhecimentos sobre a temática proposta.

A Roda de Conversa foi previamente planejada e agendada com os demais profissionais que compõem a equipe da ESF de Árvore Verde e teve como público alvo 10 (dez) homens que são residentes e cadastrados na área supracitada dessa ESF. A atividade foi realizada em horário e local que facilitou o comparecimento dos envolvidos e os ACS ficaram encarregados de comunicar e convidar os homens a participarem da atividade.

Esta pesquisa foi realizada de acordo com as determinações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 e foi submetida (CAAE: 06982818.0.0000.5053) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (CEP-UVA), obtendo como número do parecer: 3.241.770 (Anexo C).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

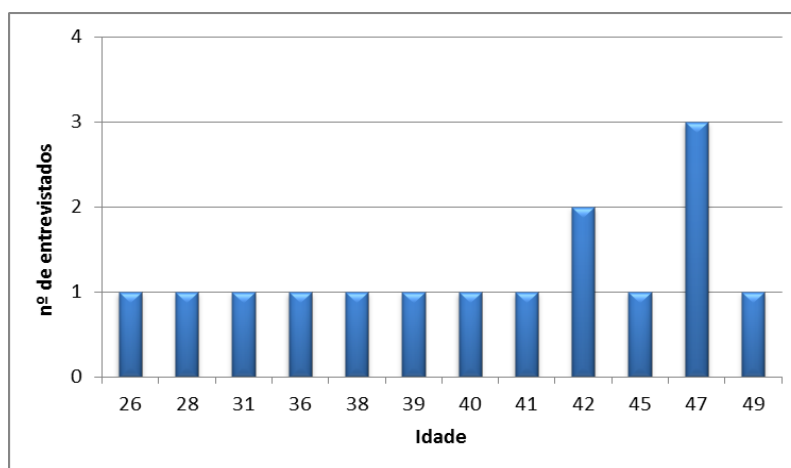
Neste capítulo, apresentam-se as características e principais relatos dos homens entrevistados e como se desenvolveu a atividade educativa realizada. Com a interpretação e análise das entrevistas, surgiram quatro categorias: Definição de “Ser Homem”; compreensão dos homens sobre saúde; busca aos serviços de saúde e como os homens usam o tempo livre.

Faz-se necessário esclarecer que, durante as entrevistas realizadas, foi possível observar uma certa dificuldade dos homens em relatar com maior profundidade, riqueza de detalhes, o que estava sendo questionado. Em vários momentos, durante as entrevistas, tentou-se obter maiores informações, mais detalhes para enriquecer os relatos, mas muitos se tornavam repetitivos ou mesmo não se permitiam aprofundar nas respostas.

4.1 Caracterização dos Sujeitos Entrevistados

Para obtenção e análise dos dados, foram entrevistados 15 homens pertencentes à área adscrita da ESF de Árvore Verde, zona rural do município de Cajueiro da Praia-PI, selecionados por seus respectivos ACS. A média de idade dos entrevistados foi de 39,86 anos, sendo distribuídas conforme o apresentado na Figura 1. Destes, 53,33% se consideraram casados, 33,34% em união estável e apenas 13,33% solteiros.

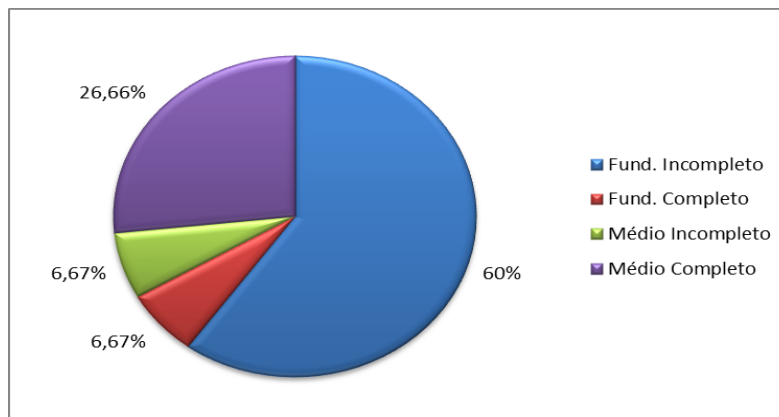
Figura 1 – Gráfico de distribuição dos entrevistados por faixa etária



Fonte:própria autora

Quando indagados acerca da religião, 73,33% se consideraram católicos e 26,67% afirmaram não pertencer a nenhuma crença religiosa. No tocante ao nível de escolaridade, 6,67% dos homens entrevistados afirmaram ter concluído o ensino fundamental, 60% estão com ensino fundamental incompleto, 26,66% tem ensino médio completo e 6,67% relataram não ter concluído o ensino médio (Figura 2).

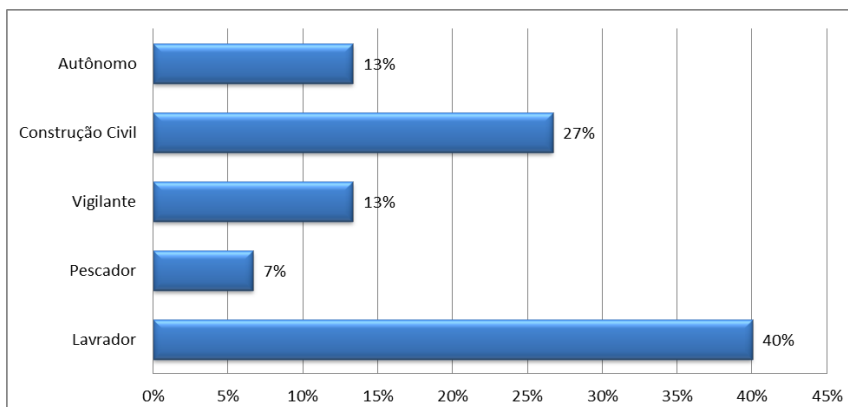
Figura 2 – Gráfico de distribuição dos entrevistados por escolaridade



Fonte:própria autora

Ao serem interrogados sobre sua atividade laboral, todos os entrevistados afirmaram possuir alguma profissão/ocupação: 40% exercem a função de lavrador, 26,67% trabalham em construção civil, 13,33% são vigilantes, outros 13,33% se consideram autônomos e 6,67% pescadores (Figura 3). Em relação aos horários de trabalho, a maioria dos entrevistados executam suas funções em todos os dias da semana, nos dois turnos (manhã e tarde), com exceção dos vigilantes que exercem função noturna.

Figura 3 – Gráfico de distribuição dos entrevistados por atividade laboral



Fonte:própria autora

4.2 Definição de “Ser Homem”

Homens e mulheres, desde o nascimento, são preparados para responderem às expectativas sociais referentes aos papéis que devem desempenhar. Segundo Moraes e Prudkin (2016), existem vertentes do movimento feminista que acreditam que a identidade de homem e de mulher se origina de sua base social e cultural adquirida por meio da socialização.

Culturalmente, a construção do “ser homem” é sustentada pelo antagonismo do “ser mulher” e delimitada por características que definem o universo masculino, como: virilidade, heterossexualidade, força, fonte de sustento material e moral da família e sexualidade liberal (CONNEL; MESSERCHMIDT, 2013). Especificamente, em relação aos homens, Gomes (2008, p. 70) refere que a masculinidade pode ser entendida como: “um espaço simbólico que serve para estruturar a identidade de ser homem modelando valores, funções e condutas que se espera que um homem tenha numa determinada cultura”.

Os homens, foco deste estudo, ao serem indagados sobre “o que é ser homem?”, inicialmente, refletiram sobre a pergunta demonstrando um pouco de insegurança no que poderiam responder. Percebendo-se esse comportamento, tentou-se tranquiliza-los e orienta-los quanto à pergunta realizada. Após obtenção das respostas, percebeu-se que os homens relacionaram o “ser homem” com o desempenho de papéis na família, sobretudo, o de serem responsáveis pelo sustento e cuidado familiar, conforme apresentado nas falas a seguir:

“Ser homem? (pausa) Ser homem pra mim é trabalhar, cuidar da família, dar conta do dia a dia da casa, né? Porque a gente todo dia tem que trabalhar, tem que botar o de comer em casa, cuidar dos filhos, da mulher.” (Zacarias)

“Ser homem é cumprir as obrigações de homem: dar de comer a família, né? Ser um bom pai, bom esposo.” (Simeão)

“É o cabra trabalhar e sustentar a família.” (João)

“Ser homem é ter responsabilidade: ter uma esposa, construir uma família, ter filhos, trabalhar para sustentar.” (Gabriel)

“Ser homem pra mim é arcar com as responsabilidades, trabalhar pra manter a família.” (Moisés)

Nos discursos apresentados foi possível constatar que o trabalho e a família, constituem-se como referências para a inserção e o reconhecimento de ser homem.

Os homens se veem como executores do trabalho e fonte de renda para manutenção familiar, ou seja, o universo masculino é caracterizado como a fonte de sustento material e moral da família. É na família, bem como fora dela, que a identidade masculina é associada ao valor do trabalho.

Segundo Santana (2010), o trabalho perpassa a função de ferramenta da sobrevivência material, uma vez que ele determina a essência da identidade masculina, mostrando um jeito de ser homem. Assim, o valor do trabalho respalda e oferta autonomia moral ao homem de autoafirmar-se. Para Bourdieu (1990), ser homem é estar numa posição que implica poderes e privilégios, mas também deveres e todas as obrigações inscritas na masculinidade.

Na maioria dos relatos, percebeu-se que o ser homem, ser trabalhador e responsável pelo sustento e cuidado da família são condições constituintes da identidade, dos costumes e hábitos masculinos. Para Moraes e Prudkin (2016), essas condições são estabelecidas ainda na infância, quando os meninos são orientados a seguirem os passos do pai, se separando da mãe e das qualidades femininas, e as meninas a se identificarem com a mãe.

Dessa forma, compreende-se que a identidade e “funções” de cada gênero são construções sociais iniciadas na infância do sujeito, mas que podem ser reorientadas a partir do processo de socialização a que são submetidos durante a vida. Apenas em uma das respostas obtidas fez-se referência à função sexual como um dos determinantes do papel do homem na sociedade, como observado no relato abaixo:

“Ser homem é fazer o trabalho de homem: sou casado, vivo com minha mulher como homem, ser o dono da casa.” (Timóteo)

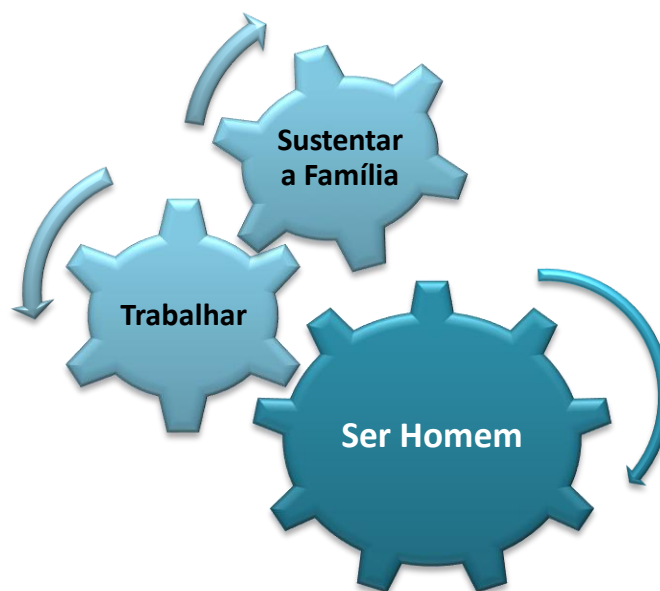
Com este relato, observa-se que há uma fusão da identidade de gênero com a identidade sexual, ou seja, ser homem é praticar sexo com mulher e ser sexualmente ativo. De acordo com Amaral e colaboradores (2017), o homem, pressionado pela sociedade, deve ter vida sexual ativa e receber de uma mulher o “atestado” ou a prova de que se é verdadeiramente homem, condição para afirmar sua masculinidade.

Percebe-se que os padrões culturais da sociedade impõem comportamentos considerados adequados para os homens, ou seja, o homem deve ser

heterossexual, machista, provedor e chefe de família. Fica explícito que a heterossexualidade é outra identidade atribuída à masculinidade, isto é, o ser homem é definido a partir do momento em que ele se interessa sexualmente por uma mulher. Se, por ventura, houver uma “inversão de valores” o homem poderá ser classificado com outra identidade que não é a masculina.

Contudo, pode-se constatar nesta categoria que a maioria dos relatos obtidos coloca os homens numa posição importante dentro do contexto familiar, ou seja, o papel do homem é percebido, por ele mesmo, como o responsável pela satisfação de necessidades do grupo familiar, garantida pela reprodução da força do trabalho (Figura 4). Em suas falas, os homens apresentam a ideia de que a identidade de ser homem se ancora na sustentabilidade fornecida pelo trabalho.

Figura 4 – Definição de “Ser Homem” baseado nos relatos dos entrevistados



Fonte:própria autora

Foi possível observar também, nesta categoria, a posição dominadora que os homens exercem, em relação às mulheres, dentro do contexto familiar. Aos homens cabe a tarefa de realizar as atividades que exigem força e que proporcionam o sustento material da família, não considerando a responsabilização ou a possibilidade da execução dessas tarefas pelas mulheres/esposas. Observa-se, com isso, uma divisão sexuada de tarefas que demarca o lugar de homens e mulheres na vida social e econômica, construindo uma identidade masculina dominadora.

Ficou subentendido nas falas dos entrevistados que há um domínio dos homens sobre as mulheres. E para Nascimento e Gomes (2008), essa ideia é fortalecida, pois o poder existente nas relações de gênero tende culturalmente a se concentrar no masculino por conta do que permanece no imaginário social. Isso se torna tão significativo, que a co-participação da mulher na provisão das famílias, chefiadas por homem, tem pouca visibilidade social.

4.3 Compreensão dos homens sobre saúde

O Conceito de Saúde foi sendo desenvolvido ao longo do tempo, primeiro com uma larga abrangência e, posteriormente, mais restrito a uma visão biomédica, despertando novamente para um entendimento da pessoa na sua integralidade, no seu ambiente físico, psíquico e social.

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou agravos”, e ainda reconheceu a saúde como um dos direitos fundamentais de todo ser humano, independente de sua condição social e econômica ou sua crença religiosa ou política (OMS, 1946). A Conferência de Alma Ata, em 1978, não considerou a saúde como uma finalidade, mas um recurso que deve estar ao alcance de todos para o seu desenvolvimento progressivo.

Com o reconhecimento da importância da saúde para o bem-estar e bom desempenho social do indivíduo, tendo como base o conceito de saúde ao longo dos anos e levando em consideração que a percepção individual sobre a saúde é que conta, foi questionado aos homens qual a concepção deles sobre saúde e obteve-se as seguintes respostas:

“Pra mim, saúde é eu não sentir nada, ficar trabalhando, não sentir dor, nem nada, não ser doente, né?!” (Timóteo)

“Saúde é o que a gente tem que ter pra poder trabalhar.” (Simeão)

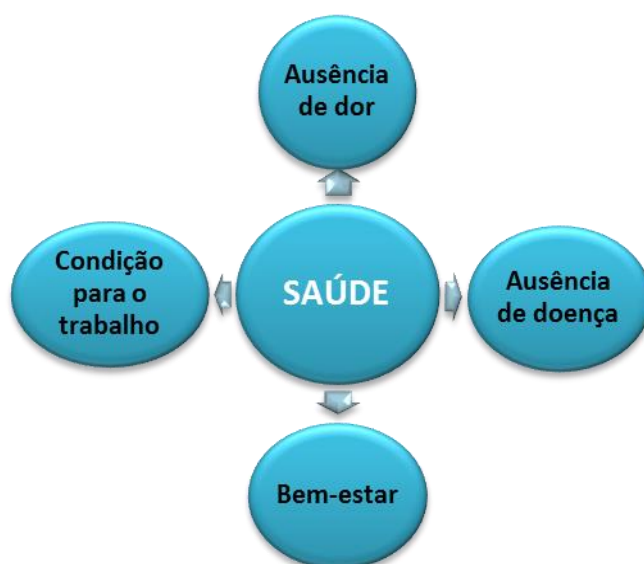
“Saúde é fundamental, né?! A gente sem saúde ninguém faz nada, ninguém tem condição de trabalhar.” (André)

“É um bem-estar com tudo.” (Samuel)

“Saúde é o bem-estar da gente. É estar bem, viver bem, se alimentar bem, fazer exercício, não extravasar nas coisas.” (Moisés)

Segundo Dalmolin e colaboradores (2011), o conceito de saúde tem significados distintos para cada pessoa dependendo do contexto social, econômico, político, cultural e religioso de cada indivíduo. Nessa perspectiva, percebe-se que a saúde é referenciada nas falas tanto como um recurso para o dia a dia (condição para o trabalho), como produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo: ausência de dor, de doenças, um padrão adequado de alimentação e um estilo de vida responsável (Figura 5).

Figura 5 – Definição de Saúde com base nos relatos dos entrevistados



Fonte:própria autora

Com as falas, percebeu-se que há um entendimento da população masculina no que concerne ao processo saúde doença, mas faz-se necessário observar os diversos perfis e padrões típicos de saúde e doença que se manifestam nesse grupo social de forma a compreender os determinantes que atuam sobre ele, pois a saúde é silenciosa, geralmente só a percebemos em sua plenitude quando adoecemos.

Do ponto de vista técnico, o processo saúde-doença pode ser definido como uma experiência de vida, vivenciada pelo corpo individual. Por conseguinte, ouvir o próprio corpo é uma boa estratégia para assegurar uma saúde de qualidade, pois não há um limite preciso entre a saúde e a doença, mas uma relação de reciprocidade entre elas, pois os mesmos fatores que permitem ao homem viver, também podem causar doença.

Cavalcanti (2016) refere que nem sempre a ausência de doenças indica uma boa condição de saúde. Essa concepção de saúde desconsidera o ser humano enquanto sujeito de sua saúde focalizando apenas em seus sintomas e desprezando sua singularidade. Percebe-se, também, que os determinantes de saúde, nesses relatos, estão caracterizados entre o biológico e comportamental. Considerando-se estes determinantes, Martins, Santos e El-Hani (2016) afirmam que a saúde deixa de ser vista como um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido.

Ainda dentro da abordagem sobre saúde, foi perguntado aos entrevistados se eles cuidavam da saúde e, praticamente todos, responderam negativamente seguido de justificativas, como se pode comprovar nos discursos abaixo:

“Cuido. Na verdade eu já tô mentindo! Eu não cuido bem da minha saúde não, porque eu não vou no médico pra mim saber o que é que eu tenho.” (Timóteo)

“Rapaz, às vezes. Eu cuido quando eu tô doente e tem que tomar remédio.” (Simeão)

“Só quando eu tô muito doente.” (Lucas)

“Não. Já tá com um bocado de tempo que nem vacina eu tomei mais, porque a gente é ocupado demais e também tem vergonha. Teve até um tempo que eu tinha um dente pra arrancar e nem fui.” (João)

“Normalmente, pra lhe falar a verdade, não! Porque a gente vai sentindo as coisas e não vai no médico...vai passando.” (Pedro)

“Só o básico. Pra falar a verdade, eu quase não procuro médico pra fazer uma avaliação, porque a gente acha que não tem nada e se a gente procurar tem até medo de ter alguma coisa.” (Paulo)

É perceptível nesses discursos como o cuidar da saúde é negligenciado pelos homens. Essa negligência, relutância com a própria saúde, expressa raízes culturais que muitas vezes está associada à ideia de que admitir a possibilidade de doença é uma "fraqueza" incompatível com a masculinidade. É nítida a ideia que se tem de cuidar da saúde somente quando se está doente ou o pouco caso que se faz dela em decorrência da falta de tempo, vergonha ou medo.

Sabe-se que o principal responsável por manter a saúde em dia é o próprio indivíduo e, muitas vezes, suas escolhas não são as mais apropriadas. Com os relatos, observou-se que o homem ignora os sinais de alarme acionados pelo seu corpo, apresentando uma postura que difere do comportamento feminino no que se

refere ao cuidado com a saúde. O homem precisa conhecer-se, saber avaliar as transformações sofridas por seu corpo e identificar os sinais expressos por ele.

De acordo com Araújo (2016), os homens procuram ajuda médica quando já estão num estágio mais avançado da doença ou da dor, evitando as consultas preventivas, reprimindo, dessa forma, suas necessidades de saúde. No entanto, as mulheres são mais compromissadas com seu bem-estar: falam com clareza sobre seus problemas de saúde, não sentem vergonha de se exporem e demonstrarem fragilidades.

Segundo Costa-Júnior, Couto e Maia (2016), os homens se consideram resistentes, negam a possibilidade de adoecimento, são preconceituosos quanto à prevenção e arredios ao tratamento, possuem vergonha de procurar ajuda e se sentem inferiorizados por estarem adoecidos. Procuram passar a imagem de homens ativos, fortes e bem dotados fisicamente, recusando a vulnerabilidade.

Para finalizar essa compreensão de saúde por parte dos entrevistados, foi perguntado aos homens o que eles entendiam por cuidados com a saúde, e se obteve as seguintes respostas:

“É ir no médico, fazer exame de alguma coisa, contar o que sente, né?! O médico explicar, passar remédio, é isso.” (Zacarias)

“É procurar um posto de saúde, ir no médico.” (Simeão)

“É quando você vai atrás de um médico, procura recurso quando tá sentindo alguma coisa.” (André)

“É fazer algum exame pra saber o que tem.” (João)

“Ah, acho que cuidado com a saúde é sempre a gente procurar um posto de saúde, um médico. Às vezes a gente só procura quando tá doente. Eu, por exemplo, não sinto problema nenhum, por isso não procuro.” (Judas)

Com as falas acima, é possível notar que a compreensão dos homens sobre cuidados com a saúde está diretamente relacionada com a presença de doença, a procura de profissional médico e a realização de exames diagnósticos. Desta forma, tem-se uma dimensão profissional do cuidado com uma crescente dependência e submissão ao conhecimento técnico-científico do médico, bem como a perda da autonomia dos indivíduos no cuidado à própria saúde.

Em outras respostas, fez-se menção a uma dimensão individual do cuidado no sentido de que é possível ter autonomia nos processos de cuidar de si e de

viver a vida de forma mais plena. Para esses homens, ter um estilo de vida com aquisição e manutenção de hábitos saudáveis direcionados à melhoria da qualidade de vida, é uma opção importante para manter a saúde, mesmo que as ações nem sempre sejam condizentes ao discurso:

“Cuidado com a saúde seria procurar cuidar da alimentação, praticar esporte, ter o lazer.” (Samuel)

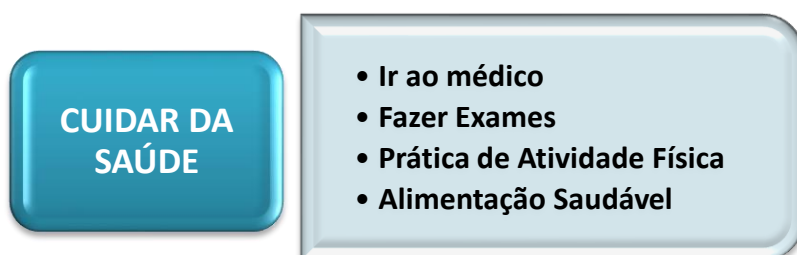
“Pra mim é não extravasar nas coisas, fazer exercício regularmente, evitar comida que faz mal (refrigerante, comida gordurosa).” (Moisés)

O entendimento de cuidado com a saúde, nessas falas, faz relação com o cotidiano e é subjetivado a partir do contexto de vida e da realização das atividades que valorizam. A prática de atividade física e uma alimentação saudável aparecem como fundamentais para o cuidado com a saúde. Nesse sentido, o cuidar da saúde tem um aspecto subjetivo que se dirige para a importância de reconhecer a individualidade de cada pessoa.

No estudo de Cavalcanti (2016), o cuidado com a saúde é abordado como uma busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividade.

Diante dos relatos apresentados, fica explícito que, para boa parte dos homens, a concepção de cuidados à saúde se resume a cuidados médicos, realização de exames para detecção de doenças e agravos, mudança de hábitos alimentares e prática de atividade física (Figura 6). No entanto, os cuidados à saúde devem ir além do saber profissional e das tecnologias necessárias, devolvendo a esses indivíduos o poder de julgar quais são suas reais necessidades de saúde.

Figura 6 – Concepção de Cuidados à Saúde de acordo com relatos dos entrevistados



4.4 Busca aos Serviços de Saúde

Não demonstrar sinais de vulnerabilidade, não pedir ajuda, ser autossuficiente e exibir força, controle e resistência são concepções que se perpetuam na saúde do homem desde a infância. Essas convicções dificultam o reconhecimento de necessidades de atenção à saúde e tornam os homens mais propensos a condutas e hábitos de vida que podem interferir em suas condições de saúde.

Muitos homens ainda consideram a doença como sinal de fragilidade, vulnerabilidade e não como estado biológico. Essas barreiras contribuem para que o homem não reconheça suas necessidades e procure menos os serviços de saúde. A partir dessa realidade, buscou-se ter conhecimento da frequência e dos motivos que levam os homens a procurarem um serviço de saúde e as respostas encontradas foram:

“Eu quase não procuro o posto não. Eu nem lembro mais...tá com mais de ano. Eu não vivo doente, não me sinto doente, por isso que eu não procuro.” (Zacarias)

“Rapaz, só procuro quando eu tô sentindo alguma coisa mesmo. E faz mais de ano que eu procurei o posto e foi só uma vez. E eu procurei porque tava sentindo uma dor embaixo da costela.” (Simeão)

“Só procuro quando eu tô muito ruim mermo. No Posto de saúde daqui eu não fui nenhuma vez não, porque nunca adoeci pra mim ir.” (Davi)

“Só quando eu tô doente e é muito difícil. A ultima vez que eu procurei um médico foi quando eu perdi esse dedo da mão, mais ou menos uns seis anos.” (Paulo)

“É difícil! A ultima vez que eu procurei acho que já tá com uns dois anos ou mais. Na época, eu tava com queda de pressão, mas depois disso não procurei mais.” (Daniel)

Com os relatos acima, percebe-se que a procura dos homens aos serviços de saúde se dá quando já existe algum problema de saúde instalado. Fica claro, também, que a prevenção não é uma prática culturalmente adotada pelos homens, pois, no imaginário masculino, procurar um serviço de saúde em uma perspectiva preventiva implicaria em desconfiar acerca dessa masculinidade socialmente instituída, pois esta conduta é, geralmente, associada ao universo feminino.

Segundo Aguiar, Santana e Santana (2015), os homens só procuram um serviço de saúde quando a dor se torna insuportável ou quando o estado de saúde o

impossibilita de trabalhar. Percebe-se, que os homens possuem uma dificuldade em reconhecer suas próprias necessidades de saúde, rejeitando a possibilidade de uma doença, mantendo seu papel social de “herói”. Dessa forma, uma das maiores dificuldades no cuidado de saúde com os homens é fazê-los chegarem aos serviços antes de estarem doentes.

O fato de que o homem não procura os serviços de saúde relaciona-se à historicidade do homem contemporâneo e isso gera comportamentos danosos à saúde. A procura acaba sendo algo raro, ficando restrita apenas aos casos em que são impedidos de realizar suas funções diárias, limitando-os e deixando-os incapacitados (Solano et al., 2017). É preciso permitir e auxiliar os homens na perda dessa prática e ajuda-los a desconstruir a concepção de invulnerabilidade que têm sobre si mesmo, para que, dessa forma, busquem pelos serviços de prevenção à saúde.

Também foram encontrados relatos que mostram que o homem, quando procura um serviço de saúde, ocupa o papel de acompanhante, apoio, visitante, aparecendo sempre como coadjuvante do processo:

“Eu nunca fui no posto de saúde atrás de nada pra mim. Só vou no posto quando eu tenho que levar alguma das meninas.” (Ananias)

“Ah, raramente! Já fui levando meu filho, minha esposa, mas pra mim mesmo não. A ultima vez nem lembro... faz tempo.” (Moises)

Considerando esses relatos, faz-se necessário que os profissionais de saúde vislumbrem e operacionalizem estratégias inclusivas para o público masculino, no momento em que esses homens adentrarem no serviço de saúde como acompanhante, de forma que sejam acolhidos, incluídos como usuários e se tornem parte do processo de cuidar da saúde. Para isso, os serviços de saúde precisam ter disponíveis programas, atividades e se utilizem de uma metodologia assistencial que contemple essa população.

De acordo com Silva e colaboradores (2012), há uma precariedade dos programas voltados especificamente para a saúde do homem. Em decorrência disso, os profissionais não se sentem preparados para assistir as especificidades de saúde desse público, pois reconhecem que precisam ter um conhecimento epidemiológico dos problemas que os acometem ou podem acometê-los, para

assim, realizar uma escuta atenta e poder realizar medidas que atendam as suas necessidades de saúde.

Outro fato comum que faz com que o homem busque um serviço de saúde é quando ele precisa de um atestado ou um exame para o trabalho. Desse modo, não está preocupado em prevenir doenças ou agravos à saúde e, nem mesmo, participar espontaneamente de ações que promovam saúde:

“Pra lhe falar a verdade, tem um bom tempo, você acredita?! Sempre eu passava pelos médicos na época que eu viajava pra trabalhar pra fora. Nas empresas a gente sempre tinha que fazer os exames pra poder entrar e fazer o periódico de seis em seis meses. Mas de 2015 pra cá eu não viajei mais, aí nunca mais eu fui.” (Judas)

Essa procura ao serviço de saúde, ainda que seja algo que ocorra por uma exigência do trabalho, torna-se uma circunstância oportuna para a prevenção e cuidados com a saúde dos homens. Nesse sentido, pode-se aproveitar o momento para se investir no desenvolvimento de ações que favoreçam um maior envolvimento dos sujeitos na prevenção de doenças e agravos, não se tornando, apenas, uma prática de medicalização.

Um entrevistado trouxe a ideia de que quando os homens sentem alguma coisa, eles procuram outras opções para tratamento, como se automedicar, ou procurar e pedir a orientação de algum farmacêutico. A farmácia é mencionada, na fala abaixo, como um estabelecimento de saúde onde se pode “fazer uma consulta” e aliviar a dor sem precisar enfrentar filas:

“Muuuuito difícil! A última vez que eu procurei o posto tá com mais de ano. Não procuro porque quando a gente sente uma dorzinha de cabeça, a gente se automedica, vai em qualquer farmácia comprar remédio...só em caso grave que a gente procura.” (Gabriel)

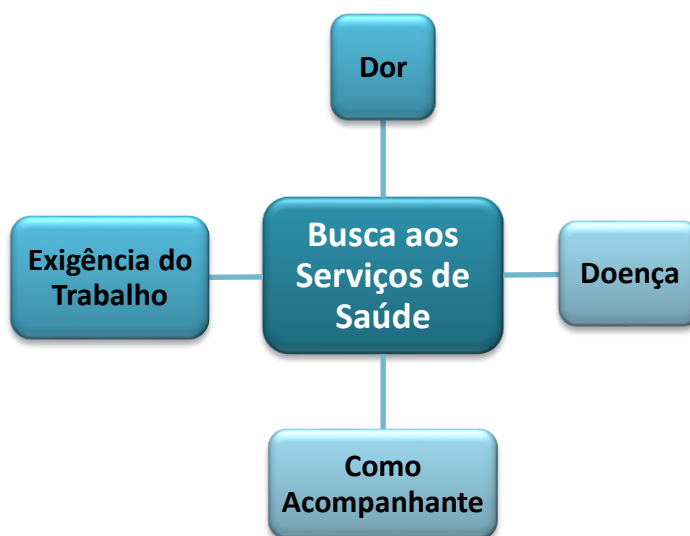
Com essa fala, percebe-se que a presença de dor influencia diretamente na tomada de decisão em procurar algum serviço de saúde, pois a dor tem o grande potencial de causar sofrimento e incapacidade. De acordo com Dias e Brito (2002), a utilização dos serviços produtores de cuidados de saúde por parte dos homens depende, sobretudo, da percepção deles em relação à dor e a intensidade com que ela se apresenta, mas depende também da cultura enraizada, de fatores socioeconômicos e da forma como a dor afeta as atividades diárias.

O estudo de Brito e colaboradores (2016) mostra que há uma predominância masculina na procura por serviços de emergência, tais como farmácia e pronto-socorro. Tal fato pode se justificar, pois nesses espaços os homens seriam rapidamente atendidos e poderiam revelar, de forma breve e superficial, seus problemas de saúde. Observa-se também, com o relato, que os homens preferem se automedicar a procurar por um serviço de saúde, mesmo sendo conhecedores de que a automedicação pode ser potencialmente prejudicial à saúde.

Musial, Dutra e Becker (2007) enfatizam que o ato de se automedicar pode acarretar reações de hipersensibilidade, resistência bacteriana, dependência do medicamento, hemorragias digestivas, dentre outros. Além disso, o alívio momentâneo dos sintomas pode mascarar a doença de base, podendo esta se agravar.

Nesta categoria, todos os relatos obtidos demonstraram visivelmente e reforçam a ideia de que o homem tem resistência em procurar um serviço de saúde e, quando o buscam, são por motivos específicos, como representados na Figura 7.

Figura 7 – Motivos da busca aos Serviços de Saúde segundo relatos dos entrevistados



Fonte: própria autora

Levando em consideração esse quesito da busca aos serviços de saúde, foi perguntado aos entrevistados se eles consideravam os homens resistentes em procurar por atendimentos de saúde e encontrou-se as seguintes respostas:

“Tem! Não sei, o homem é diferente. Acha que não sente nada, não precisa de nada. O homem é assim! (risos). O homem quer ser sempre durão, não quer se mostrar fraco, nem nada. Às vezes, por trás disso, sente as coisas, mas não mostra, né?!” (Zacarias)

“Tem! Porque o homem tem um lado machista. É ignorante com ele mesmo, entendeu?! Eu sou um desses...acho que nunca vou adoecer.” (Samuel)

“Tem! Muitos têm por vergonha, preconceito, receio. Por exemplo, quando tem que fazer o exame de próstata...muitos só procuram quando já está bem avançado.” (Judas)

Todos os entrevistados concordaram que os homens procuram menos por atendimentos de saúde. Para o homem, procurar serviços de saúde representa sinal de fraqueza, gerando medo, ansiedade e vergonha, o que vai de encontro à ideia que se faz do homem forte, invulnerável e viril. Por exemplo, quando citado em uma das falas acima o exame de próstata, percebe-se que existe um preconceito para a sua realização, pois, para os homens, esse exame “fere” suas crenças, infringindo sua masculinidade.

Segundo Souza, Silva e Pinheiro (2011), o exame de toque retal é permeado por aspectos simbólicos que o transformam em um evento traumático para os homens, indo além de um simples procedimento físico. Os homens tendem a associar esse exame ao ato sexual, trazendo o sentimento de que serão penetrados e perderão sua masculinidade. Nesse sentido, a procura por serviços de saúde se encontra diretamente relacionada ao que se compreende por ser homem, pois os comportamentos interpessoais adotados e esperados pela sociedade influenciam na forma como os homens percebem e lidam com seus corpos.

Para Costa-Júnior e Maia (2009) a sociedade define o corpo masculino como um corpo resistente que enfrenta qualquer dificuldade. Dessa forma, a necessidade em cuidar da saúde revela-se como um hábito feminino que se distancia do cotidiano masculino. O corpo masculino passa a ser visto erroneamente como preservado de problemas orgânicos ou psicológicos, ou seja, um corpo que não necessita de cuidados.

Compreende-se que um dos motivos para o homem ser menos presente nas Unidades Básicas de Saúde está ligado aos aspectos culturais ou baseado nas atitudes dele em relação à saúde. Entretanto, não é necessariamente a cultura, mas sim, a forma como ela se encontra enraizada na sociedade, daí a negação, omissão ou ocultação sobre as necessidades de cuidados em saúde e consequente diminuição da busca por serviços de saúde.

Outra explicação para a pouca procura masculina aos serviços de saúde, se relaciona ao medo de descobrir que algo não vai bem. O medo de descobrir algo relacionado à saúde é um sentimento natural nas pessoas, independente do gênero. Existe um temor nos homens em buscar um serviço de saúde, para saber se a saúde vai bem e ser surpreendido com diagnóstico de uma doença. O relato que segue é ilustrativo desse sentimento:

“Sim! Acho que seja mais por preconceito. Mas eu, por exemplo, não vou porque tenho medo de saber alguma coisa, de descobrir alguma coisa.”
(Ananias)

Segundo Oliveira (2016), o medo é uma das justificativas que leva os homens a não procurarem os serviços de saúde para se prevenirem, pois esse sentimento influencia os modos de agir e ser de um indivíduo. O medo pode se justificar pelo fato do homem, devido a sua natureza, não se considerar apto a lidar com uma enfermidade e perceber que as mulheres têm melhores condições emocionais em lidar com o diagnóstico de uma doença. O estudo de Costa-Júnior e Maia (2009) vem corroborar com esse pensamento, pois afirma que as mulheres aprendem, ainda na infância, a serem mais cuidadosas, otimistas e, diante de um problema de saúde, são mais responsáveis na adesão ao tratamento.

Os Homens, ao serem surpreendidos por uma doença, utilizam-se de mecanismos de defesa como a negação, fuga e racionalização do seu estado de saúde (TOFANI; VAZ, 2007). Essa atitude reflete negativamente nas possibilidades de tratamento, reabilitação e cura, pois retarda o reconhecimento dos sintomas levando a uma procura dos serviços de saúde em estado já avançado da doença.

A vergonha de se expor a outro homem ou a uma mulher também é algo que favorece para a resistência em buscar cuidados médicos por parte dos homens. Esse fator foi citado como um dos que limitam o acesso masculino aos serviços de saúde:

“Tem! Porque no caso muitos deles têm “cerimônia” em fazer certos tipos de exames, aí ficam com vergonha de aparecer pro médico, uma médica, aí não vai atrás.” (André)

Provavelmente, essa vergonha se vincula à falta de hábito que os homens têm em se expor a um profissional de saúde. Ao contrário, a mulher sempre se

expôs mais, principalmente, após o surgimento da ginecologia (RODHEN, 2001). Esse olhar diferenciado da medicina para o corpo masculino e feminino pode ter favorecido para que a exposição da mulher seja encarada com mais naturalidade do que a do homem.

É notável que os homens sentem-se inferiorizados, demonstrando medo e vergonha quando necessitam se expor a algum profissional, principalmente quando esse profissional é do sexo feminino. A forma como os homens se comportam ao terem que expor seu corpo ou deixa-lo ser manipulado e examinado por um profissional, revela o quanto às questões corporais ocupam um importante lugar na constituição da identidade e no exercício da masculinidade.

Segundo Lavoura e Machado (2007), a vergonha pode comprometer o relacionamento do indivíduo socialmente e seu equilíbrio interior, pois se manifesta como um sentimento de inferioridade, indignidade, diminuição. Porém, a vergonha é um regulador de nossos comportamentos sociais, servindo para proteger a nossa identidade no grupo, impedindo-nos de transgredir determinadas normas.

Constata-se, que por vergonha de realizarem determinados exames e procedimentos, os homens colocam sua saúde em risco. Esse sentimento pode, também, gerar uma sensação de impotência, falta de proteção e perda do domínio sobre o próprio corpo. Diante disso, faz-se necessário que os profissionais de saúde procurem maneiras para tentar minimizar esse sentimento, visto que, ao sentir vergonha, o homem deixar de recorrer aos serviços de saúde para se cuidar. Por isso, deve-se demonstrar maior empatia e fazer com que o homem se sinta o mais à vontade possível.

Outra justificativa dos entrevistados em relação à procura pelos serviços de saúde se refere ao tempo disponível. Para alguns, principalmente àqueles que são responsáveis pelo sustento familiar, às atividades laborais são prioritárias na lista de preocupações masculinas, ou seja, o trabalho se apresenta como um impeditivo da busca por cuidados de saúde:

“Acho que a maioria tem resistência. No meu caso é por conta de tempo mesmo. Eu trabalho todo dia, de manhã e de tarde, não tenho tempo pra ir no posto.” (Gabriel)

Para Domingues e colaboradores (2019) os horários de funcionamento das UBS não são condizentes com a carga horária de trabalho. Essa incompatibilidade

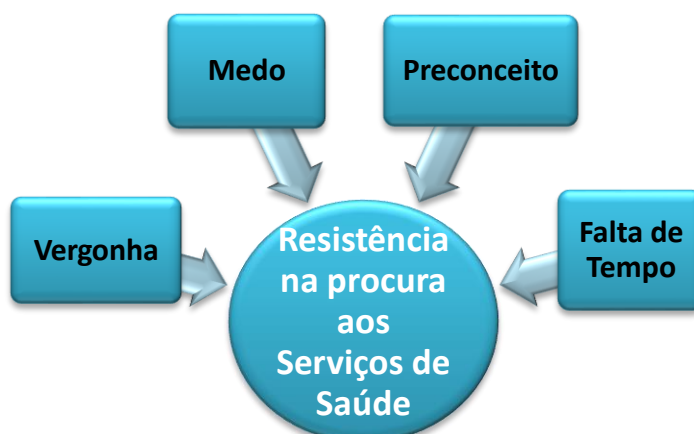
de horário entre o funcionamento das UBS e as atividades laborais dos homens é um dos argumentos usados para justificar a pouca procura aos serviços de saúde. Entretanto, deve-se destacar que, apesar dessa ser uma barreira importante, grande parte das mulheres, atualmente, também estão inseridas no mercado de trabalho e, nem por isso, deixam de procurar os serviços de saúde e tem tempo para se cuidar.

Por outro lado, essa dificuldade em conciliar a jornada de trabalho com o cuidado da própria saúde é uma realidade vivenciada pelos homens, pois ainda encontram dificuldades de liberação dos gestores para ausentar-se do trabalho e exercer os cuidados com a saúde. Entretanto, Modena e colaboradores (2014) afirmam que as mulheres, reconhecidas como sujeitos de cuidado, são autorizadas a abdicar da sua atividade laboral e exercer a sua “condição de cuidadora”.

Infelizmente, nem sempre os horários de funcionamento dos serviços de saúde pública poderão se adequar aos horários das pessoas que se encontram inseridas no mercado de trabalho formal, independentemente de serem homens ou mulheres, pois este quesito vai muito além de um simples desejo, requer estratégias de funcionamento e custeio, recursos e incentivos aos profissionais.

De uma forma geral, os relatos apresentados quanto à procura dos homens aos serviços de saúde, revelam uma resistência decorrente da influência de diversos fatores (Figura 8). Os homens demonstram ser resistentes na busca por serviços de saúde devido a sentimentos de medo, vergonha e por causas comportamentais, como o preconceito e suas prioridades de vida (falta de tempo em virtude de suas atividades laborais).

Figura 8 – Motivos da resistência dos homens em procurar os Serviços de Saúde, com base nos relatos dos entrevistados.



Fonte: própria autora

Para finalizar, indagou-se aos entrevistados como eles se sentem quando estão dentro de um estabelecimento de saúde e a grande maioria afirmou sentir-se um pouco nervoso, envergonhado, apreensivo, como observado nos relatos abaixo:

“Ah, me sinto um pouco nervoso se for fazer alguma coisa lá.” (Timóteo)

“Dependendo do que a gente vai procurar lá a gente se sente bem ou não. Por exemplo, se é um problema de saúde mais complicado, a gente fica com vergonha.” (Lucas)

“A gente fica apreensivo com medo de descobri alguma coisa, que tá com uma doença complicada, que vai precisar de tratamento longo.” (Gabriel)

“Eu fico tímido! Porque o homem procurar médico, é porque o negócio não tá bom não!” (Daniel)

Nesses relatos, nota-se que os sentimentos expressos pelos homens, quando estão em um estabelecimento de saúde, são diretamente ligados ao tipo de procedimento que poderão ser submetidos ou a algum problema de saúde encontrado. Logo, a maneira com a qual os homens se comportam nesses ambientes exprime certo receio, desconfiança, incômodo, o que revela pouca familiaridade com o espaço e a rotina dos serviços.

Analisando o ambiente dos postos de saúde, percebe-se a necessidade de uma melhor organização da APS de tal modo que os homens se sintam integrados nesse serviço. Mas há a necessidade, também, de uma mudança na própria cultura, mentalidade dos homens no que diz respeito ao cuidado do próprio corpo. Para Knauth, Couto e Figueiredo (2012), uma ação educativa pode dissipar esse pensamento mágico que os homens possuem e que os desorientam e os tornam vítimas de seus próprios preconceitos.

Acredita-se que essa mudança de comportamento e dos sentimentos da população masculina em relação aos serviços de saúde pode ser reforçada pelas redes de apoio (família, comunidade, profissionais de saúde), dessa forma, favorecendo a socialização das necessidades masculinas, permitindo assim, diminuir as barreiras pessoais capazes de limitar o cuidado na saúde do homem.

4.5 Como os Homens usam o Tempo Livre?

Geralmente, os termos saúde e qualidade de vida se relacionam, uma vez que a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e esta é

fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde. Para a OMS (1998), a definição de qualidade de vida é “a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Para garantir uma boa qualidade de vida, deve-se ter hábitos saudáveis, cuidar bem do corpo, ter uma alimentação equilibrada, relacionamentos saudáveis, ter tempo para o lazer e vários outros hábitos que façam o indivíduo se sentir bem. Na contemporaneidade, o tempo para o lazer, por exemplo, é algo que se almeja, mas ao mesmo tempo é deixado em segundo plano por ir de encontro às exigências do mundo do trabalho.

A Constituição Federal de 1988, em seu Art. 6, classifica a educação, o trabalho e o lazer como direitos sociais. Contudo, imersos em um mundo onde a produtividade é a única razão de subsistência, como o homem poderá desfrutar do tempo de lazer se não foi educado também para tal? Nesse sentido, nessa última categoria, foi perguntado aos homens o que eles fazem no tempo livre, isto é, em seu momento de lazer, e as respostas que mais chamaram atenção foram as que seguem abaixo:

“Ah, eu só vivo no mundo fazendo qualquer coisa: é procurando uma coisa pra ajeitar... qualquer coisa.” (André)

“Geralmente eu não tenho tempo livre. Eu me viro para um lado e pro outro. Sempre tem alguma coisa pra mim fazer, até no final de semana. Eu só paro mesmo quando eu digo que não vou fazer nada naquele dia, mas se eu tiver disposição, sempre tem alguma coisa.” (Gabriel)

“Eu praticamente não tenho tempo livre... só trabalhando.” (Daniel)

“Mesmo em casa eu trabalho, faço “bico”.” (Moisés)

Em seu tempo livre, observou-se que o homem se mantém em constante ligação com o trabalho, seja na execução da sua atividade laboral diária ou na realização de outros tipos de trabalho. Para Max Weber (1983), o pensamento incorporado é de que o homem não pode perder tempo, o trabalho é tido como racionalidade voltada à obtenção do máximo lucro.

Para Domingos e Rechia (2016, p. 05): “o homem está para o trabalho, assim como para a glorificação a Deus. Se assim difere, é um ser imoral, não digno de receber os benefícios supremos.” A vida não permite ao homem tempo suficiente

para ter escolhas, logo, deve estar sempre em atividade. Entretanto, compreende-se que desfrutar do tempo livre é algo que deve estar presente na vida das pessoas, mas muitos ignoram seus benefícios para uma qualidade de vida.

Desde a infância, os homens são preparados para a necessidade do trabalho, isto é, são orientados para uma vida adulta moldada pelo trabalho. Porém, não há uma orientação nesse processo para o uso adequado e a necessidade do tempo livre, um fator de vital importância para a edificação de um indivíduo equilibrado. Isso ocorre devido à valorização do modelo da produção industrial, em que a atividade social dominante e determinante da configuração social é o trabalho.

O trabalho e os tempos livres deveriam ser uma fonte de saúde para as pessoas. No entanto, as mudanças a que a sociedade tem estado sujeita, passaram a exigir do indivíduo uma grande capacidade de adaptação física, mental e social. Competitividade, pressão para obter resultados, acúmulo de informações e tarefas, falta de tempo para o lazer, entre outros fatores, pautam o mundo moderno e acarretam, inevitavelmente, consequências.

Um dos problemas observados, atualmente, que dificultam o melhor aproveitamento do tempo livre pelos homens, é o fato de afirmarem não ter tempo para a prática do lazer e, muitas vezes, nem fazerem questão desse tempo. Como afirmam Júnior, Sferra e Bottcher (2012), alguns indivíduos gastam suas energias no dia a dia do trabalho e, na oportunidade que teriam para o lazer, o esgotamento físico e mental anseia por descanso e com isso não se propõem a fazer nada. Logo, muitos ficam restritos e se isolam no ambiente doméstico:

“Fico em casa descansando um pouco.” (Timóteo)

“Eu fico em casa. É até difícil eu sair pra me divertir.” (Pedro)

“Eu procuro relaxar, fico em casa. Não sou de sair não.” (Samuel)

Baseado nos relatos percebe-se que os homens não utilizam o tempo livre de que dispõem para a prática efetiva do lazer, pois não percebem que esse momento é de crucial importância para a qualidade de vida do ser humano e que afeta diretamente na saúde e desenvolvimento pessoal do indivíduo. Para Maciel, Saraiva e Martins (2018), o lazer é um importante elemento cultural que serve como forma de recuperação das energias psicofisiológicas para retornar ao trabalho e com isso contribui diretamente para o desenvolvimento intelectual do ser humano.

Os homens devem procurar um equilíbrio entre os tempos sociais, ou seja, o tempo de trabalho e o tempo livre, pois a qualidade de vida está diretamente relacionada à boa relação existente entre esses dois aspectos. Os bons hábitos, os bons relacionamentos e fazer aquilo que dar prazer, proporcionam ao indivíduo melhores condições para se ter uma boa qualidade de vida.

4.6 Desenvolvimento da Atividade Educativa

De acordo com Nascimento e colaboradores (2018), a estratégia da Educação em Saúde estabelece uma relação dialógico-reflexiva entre profissional de saúde e paciente, em que este procure conscientizar-se sobre sua condição de saúde-doença e perceba-se como sujeito de transformação de sua própria vida.

A partir das informações encontradas com a coleta e análise dos dados, vislumbrou-se a importância de se investir em alguma ação direcionada à promoção da saúde masculina e que oportunizasse a criação de estratégias futuras direcionadas a esse público na área de atuação da ESF onde atuo como enfermeira.

Diante do contexto da pesquisa, sentiu-se a necessidade de realizar uma ação que pudesse motivá-los aos cuidados com a saúde e, dessa forma, cultivar e preservar uma qualidade de vida com responsabilidade e autonomia. Com a contribuição da equipe da ESF, foi possível o planejamento de uma atividade educativa direcionada a esse público:

4.6.1 Atividade Educativa

A Atividade Educativa agendada foi realizada no Salão Paroquial de Árvore Verde, no período da tarde, das 14h às 15h 30min (horário e local escolhido pelos homens no momento do convite feito a eles, pelos ACS). Em sua grande maioria, as ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde da ESF de Árvore Verde são realizadas neste local por não haver burocracia para consegui-lo e por ser mais bem localizado e com bom espaço, facilitando o acesso dos participantes.

No horário e dia marcado, fez-se a acolhida aos homens que chegavam dando as boas vindas e solicitando que sentassem em roda. Inicialmente, foi feita uma pequena e rápida apresentação de todos os participantes solicitando que cada

um dissesse o nome e a qual microárea pertencia, como forma de promover uma aproximação entre os participantes, bem como deles com a pesquisadora.

Compareceram a ação 10 (dez) homens das diferentes microáreas da ESF e 3 (três) dos 4 (quatro) ACS da equipe de saúde autora da atividade. Iniciou-se a roda de conversa fazendo uma breve explanação da finalidade daquele momento, explicando a importância da atividade e da participação deles na roda, trazendo suas dúvidas, experiências e possibilitando uma troca de saberes. Em seguida, fez-se uso de um roteiro elaborado anteriormente em notebook e apresentado em Datashow com tópicos e gravuras relacionados aos cuidados que os homens devem ter, de uma forma geral, com a saúde. Importante salientar que esse recurso foi utilizado apenas para nortear e impactar as discussões.

À medida que o diálogo fluía, observou-se que comentários, relatos de experiências, dúvidas e queixas surgiam, ou seja, os homens manifestaram interesse a respeito do que estava sendo discutido e demonstravam estar bem à vontade (muitos brincavam entre si sobre o que estava sendo abordado). Os ACS também contribuíram nas discussões da roda, trazendo orientações, relatos de casos e informações.

Ao final da roda, fez-se uma breve avaliação oral do momento e todos os homens relataram ter sido muito bom e de grande importância. Foram solicitados, pelos próprios participantes, novos encontros como esse. Em virtude disso, após essa avaliação positiva ficou acordado com todos que outros encontros/atividades como essa seriam realizadas a cada 2 (dois) meses para o público masculino, pelos profissionais da equipe de saúde da área, podendo haver a participação, também, de outros profissionais, como por exemplo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Aos participantes foi solicitado que sugerissem uma nova temática para o próximo encontro, algo de interesse deles, e ficou decidido que a próxima roda de conversa abordaria sobre “Alimentação Saudável” e teria a participação da Nutricionista do NASF.

Para finalizar, agradeceu-se a presença de todos e fez-se o registro da atividade na ficha de atividade coletiva do E-SUS (Anexo D) e foi pedido, também, autorização, por meio do Termo de Autorização do Uso da Imagem (Anexo B), para utilizar e expor os registros por fotos (Figura 9), feitos durante toda a atividade educativa (todos assinaram o termo autorizando).

Após esse momento, em avaliação com os ACS participantes e compartilhando a experiência com demais membros da equipe, percebeu-se como essa atividade foi significativa para o público masculino presente, fato que impulsionou e fortaleceu o empenho da equipe em caminhar rumo à construção de saberes e práticas na área da saúde do homem.

Essa atividade também foi essencial para a motivação da enfermeira/autora desse trabalho, pois os homens, além de acreditarem que poderiam aprender e compartilhar algo naquela oportunidade, também viram nossa proposta como um espaço de lazer e descontração.

Figura 9 – Registro da Atividade Educativa realizada com homens da ESF – Módulo IV



Fonte: própria autora

Essa primeira atividade educativa realizada, como proposta deste estudo, obteve resultado positivo e uma segunda Roda de Conversa foi realizada. Ocorreu no mês de Junho de 2019, dois meses após a primeira, como acordado, com tema previamente escolhido pelos homens: a alimentação a favor da saúde do homem.

Nesta segunda Atividade Educativa desenvolvida (Figura 10), se fizeram presentes 11 (onze) homens convidados pessoalmente por seus respectivos ACS. Do total de onze homens participantes, 8 (oito) estiveram presentes na primeira roda

realizada. Também se fizeram presentes todos os ACS, além da Dentista e Técnica em Saúde Bucal da equipe da ESF de Árvore Verde.

Essa segunda roda de conversa ocorreu no mesmo local e horário da primeira e, em decorrência da temática solicitada para este segundo encontro, fez-se presente a Nutricionista do NASF que abordou sobre os cuidados com a alimentação, além de ricas orientações e relatos de experiências. Todos participaram ativamente (fazendo perguntas, tirando dúvidas, exemplificando) e muito foi discutido em relação aos alimentos mais indicados e às restrições para àqueles que são hipertensos e diabéticos (a maioria dos presentes o é).

Ao final da atividade, fez-se uma avaliação oral do momento e, assim como a primeira atividade, escolheu-se uma nova temática para o próximo encontro (Os cuidados com a saúde bucal dos homens) e que contará com a participação da equipe de saúde bucal da ESF.

Em virtude do êxito obtido com a atividade educativa proposta, a partir dessa pesquisa, essa roda de conversa com o grupo de homens da área adscrita e a equipe da ESF de Árvore Verde, se tornou algo contínuo na rotina das ações de saúde da equipe, efetivando os primeiros passos para a inserção dos homens nas ações de saúde e tornando-os protagonistas nos cuidados com a saúde.

Figura 10 – Registro da 2ª Atividade Educativa realizada com homens da ESF – Módulo IV



Fonte: própria autora

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto profissional de saúde da APS, olhar o cuidado na perspectiva dos homens, a partir dessa pesquisa, foi, no mínimo, um desafio, uma vez que as ações em saúde que são direcionadas na UBS onde atuo englobam com maior frequência às mulheres, crianças e idosos, não se detendo aos homens em sua plenitude. No simples contato que se obteve com os homens, durante as entrevistas, foi notória a importância desse momento para eles e para mim, por possibilitar um espaço de fala e escuta como forma de se valorizar e acolher as dimensões da subjetividade masculina.

No estudo em questão, os resultados encontrados demonstraram visivelmente que o homem, no que concerne aos cuidados com a saúde, tem uma postura muito peculiar. O estereótipo masculino e a cultura de invulnerabilidade ainda criam resistência à adoção de práticas de autocuidado. Ainda existem concepções conservadoras que destacam o ser homem como o provedor, que possui responsabilidades financeiras para com a família e que tem como rotina o trabalho.

Relacionando o ser homem com a prática de cuidados à saúde ficou evidente a não priorização da saúde em decorrência da rotina do trabalho e da concepção preconceituosa e “machista” de que os homens não necessitam de cuidados preventivos. Contudo, também foi possível notar concepções diferentes de homens que vislumbram possibilidades de cuidado pela organização pessoal para manutenção de hábitos saudáveis.

Para as possibilidades de cuidado à saúde do homem, os resultados encontrados permitem pensar a perspectiva de responsabilização dos homens para as práticas individuais de cuidado e uma necessidade de transformação de práticas. Faz-se necessário incluir e acolher os homens nos serviços de saúde para que se sintam participantes do cuidado e que haja uma reorganização das práticas de saúde com o intuito de desconstruir estereótipos e permitir a adoção de ações para prevenção de doenças e agravos e promoção na saúde do homem.

Poder planejar, executar e vivenciar a experiência de uma atividade educativa voltada para homens da Estratégia Saúde da Família permitiu constatar que é possível realizar ações em saúde que envolvam a população masculina de forma que este público exercite seu lugar de sujeitos ativos e protagonistas do

cuidar. Além disso, o desenvolvimento deste estudo e a ação desenvolvida contribuíram com os primeiros passos para as descobertas envolvendo a saúde do homem e, ainda, o estreitamento de vínculo com os sujeitos do gênero masculino da área de abrangência da ESF na tentativa de adequar as ações em saúde da equipe aos valores, crenças e necessidades reais dos homens.

Como limite desse estudo é possível elencar a impossibilidade de generalizar os resultados aqui apresentados, pois foram baseados em relatos obtidos a partir de um grupo de homens pertencentes à zona rural de um município específico do estado do Piauí. Saliencia-se que não se teve a pretensão de esgotar a temática com essa pesquisa, pois, além de ter sido voltada mais para a concepção de cuidados a saúde que os homens possuem, faz-se necessário que outras pesquisas dirijam seus olhares para outras vertentes que envolvem a saúde do homem.

Espera-se que este estudo propicie aos demais profissionais de saúde que atuam na APS, aos gestores da saúde e aos futuros profissionais de saúde habilidades e competências necessárias para elaborar e desenvolver outras ações de intervenção na saúde da população masculina. Acredita-se que esta pesquisa trouxe e trará maiores contribuições para a saúde do homem, de forma que a assistência a esse público seja exitosa e que possibilite novas práxis para incentivar na população masculina a autonomia e o protagonismo para os cuidados com sua saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. S.; SANTANA, D. C.; SANTANA, P. C. A percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre a saúde do homem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 5, n. 3, 2015.

ALMEIDA, C.; LOPES, C. V.; RIBEIRO, M. V.; OLIVEIRA, A. S. C.; BARBIERI, R. L. Contribuições da teoria sistêmica na pesquisa qualitativa em saúde/Contributions of systemic theory in qualitative health research. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 1, n. 1, p. 46-50, 2018.

AMARAL, A. M. S.; SANTOS, D.; PAES, H. C. S.; DANTAS, I. S.; SANTOS, D. S. S. Adolescência, gênero e sexualidade: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 1, p. 62-67, 2017.

ARAÚJO, F. N. **O toque que pode salvar vidas**: A dificuldade dos homens aceitarem assistência preventiva em um bairro da cidade de Bayeux–PB. 58 f. Universidade Estadual da Paraíba, 2016.

BARBOZA, C. J. L. Saúde do homem na atenção primária: Mudanças necessárias no modelo de atenção. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 6, n. 3, p. 99-114, 2014.

BATISTA, A. T.; SALDANHA, A. A. W.; FURTADO, F. M. F. Auto conceito masculino e auto cuidado em saúde. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 3, p. 859-869, 2017.

BENTO, B. **Homem não tece a dor**: queixas e perplexidades masculinas. Natal: Editora da UFRN, 2015.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis, RJ. Vozes, 1999.

BOURDIEU, P. A dominação masculina. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, 84, set. 1990. (Tradução de Guacira Lopes Louro - Faculdade de Educação/ UFRGS).

BUB, M. B. C.; MEDRANO, C.; SILVA, C. D.; WINK, S.; LISS, P.; SANTOS, E. K. A. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, p. 152-157, 2006.

BUDÓ, M. L. D. **A. prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**. Florianópolis, UFSC/PEN, 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** - Princípios e Diretrizes. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Portaria nº 1944, de 27 de Agosto de 2009**, 2009b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria nº Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**, 2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 97-104, 2005.

BRITO, A. K. O. L.; SILVA, E. M.; FEITOSA, N. L. S.; ALMEIDA, A. F. V.; PESSOA, R. M. C. Motivos da ausência do homem às consultas na atenção básica: uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saberes-Facema**, v. 2, n. 2, p. 191-195, 2016.

CAMPANUCCI, F. S.; LANZA, L. M. B. A atenção primária e a saúde do homem. **Anais do II Simpósio Gênero e Políticas Públicas, Londrina (PR)**, 2011.

CAMPOS, M. L. P. **Algumas reflexões sobre a saúde do homem**: a resistência aos cuidados de saúde primária associada à ausência de atenção integral. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luis, 2013.

CARDOSO, A. E. F. **Saúde do homem**. Rio de Janeiro: Universidade Aberta do SUS, 2016.

CARLOTO, C. M. O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais. **Serviço Social em Revista, Londrina**, v. 3, n. 2, p. 201-213, 2001.

CARVALHO, F. P. B; SILVA, S. K. N; OLIVEIRA, L. C; FERNANDES, A. C. L; SOLANO, L. C; BARRETO, E. L. F. Conhecimento acerca da política nacional de atenção integral à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Revista de**

APS, v. 17 16, n. 4, 2014.

CAVALCANTI, J. R. D. **A tenda do conto na atenção primária à saúde: um espaço possível para o cuidado integral à saúde masculina?**. 2016. 149 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

CONNELL, R. W. **Masculinities**. Berkeley: University of califórnia Press, 1987.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282, 2013.

COSTA-JÚNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, p. 55-63, 2009.

COSTA-JÚNIOR, F. M.; COUTO, M. T.; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 23, p. 97-117, 2016.

COURTENAY, W. H. **Constructions of masculinity and their influence on men's well-being**: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*, n. 50, p. 1385 - 1401, 2007.

COUTO, M. T.; PINHEIRO, T. F.; VALENÇA, O.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, jun 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200003>.

CHAKORA, E. S. National policy for full attention to men's health. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 559-561, 2014.

DALMOLIN, B.B.; BACKES, D.S.; ZAMBERLAN, C.; SCHAURICH, D.; COLOMÉ, J.S.; GEHLEN, M.H. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 389-394, 2011.

DIAS, M. R.; BRITO, J. A. A. No cotidiano da dor: a procura dos cuidados de saúde. **Análise Psicológica**, v. 20, n. 1, p. 91-105, 2002.

DOMINGUES, T.; RECHIA, S. A. Trabalho e lazer: oposição ou composição. **Licere, Belo Horizonte**, v. 19, n. 3, 2016.

DOMINGUES, E. A. R.; SOUZA, R. H. J.; CARVALHO, M. R. F.; CARVALHO, A. F. S.; GOMES, N. S. Acessibilidade do homem jovem/adulto trabalhador rural na saúde pública. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 16, n. 3, 2019.

DUBY, G. **Male moyen age**. Champs-Flammarion. Paris, 1990.

DUTRA, J.L. **Onde você comprou esta roupa tinha para homem?** A construção de masculinidades nos mercados alternativos de moda. Record: Rio de Janeiro, 2002.

E-SUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório de Atendimento Individual do Município de Cajueiro da Praia-PI.** Dados processados em 09 de julho de 2018.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 105-109, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de Pesquisa.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **População estimada:** Estimativas da população residente com data de referência 2017. <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/cajueiro-da-praia/panorama>> Acesso em: 18 de julho de 2018.

JÚNIOR, M. A. B. T.; SFERRA, L. F. B.; BOTTCHEER, L. B. A importância do lazer para a qualidade de vida do trabalhador. **Revista Conexão Eletrônica**, v. 9, n. 1-2, p. 1-15, 2012.

KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E.; SOUZA, L. C. F. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. **Adorno R, Alvarenga A, Vasconcelos MP, organizadores. Jovens, trajetória, masculinidades e direitos.** São Paulo: Edusp, p. 199-217, 2005.

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

LAVOURA, T. N.; MACHADO, A. A. A vergonha e sua relação com a prática esportiva: um estudo de caso. **Motriz. Journal of Physical Education. UNESP**, p. 64-71, 2007.

LAURENTI, R. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas:** Uma contribuição para o enfoque de gênero. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1998.

LYRA, J; LEÃO, L. S., LIMA, D. C., TARGINO, P., CRISÓSTOMO, A., SANTOS, B. Homens e cuidados: uma outra família? In: Acosta, R. Ana; Vitale, F.A.Maria.

Família, Redes, Laços e Políticas Públicas. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação** – uma perspectiva pós-estruturalista. 2ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

LUCK, M.; BAMFORD, M; WILLIAMSON, P. **Men's health: perspectives, diversity and paradox.** Wiley-Blackwell, 2000.

MACÊDO, M. A.; RIBEIRO, M.T. A. M.; OLIVEIRA, F. B.; BEZERRA, M. P. E.; LIMA, M. F. P.; SOUSA, P. G. B. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Percepção dos Profissionais da Atenção Básica. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, vol. 10, n. 31, Supl 2, p. 01-16, 2016.

MACIEL, M. G.; SARAIVA, L. A. S.; MARTINS, J. C. O. Semelhanças e especificidades entre os estudos do ócio e os estudos do lazer. **Revista Subjetividades**, v. 18, n. 2, p. 13-25, 2018.

MACHIN, R.; COUTO, M. T; SILVA, G. S. N.; SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; FIGUEIREDO, W. S.; VALENÇA, O. A.; PINHEIRO, T. F. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4503-4512, 2011.

MALLMANN, D. G.; NETO, N. M. G.; SOUSA, J. C.; VASCONCELOS, E. M. R. Educação em saúde como principal alternativa para promover à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1763-1772, 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa.** 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARTINS, A. M.; MALAMUT, B. S. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 429-440, 2013.

MARTINS, L.; SANTOS, G. S.; EL-HANI, C. N. Abordagens de saúde em um livro didático de biologia largamente utilizado no ensino médio brasileiro. **Investigações em Ensino de Ciências**, v. 17, n. 1, p. 249-283, 2016.

MAUSS, M. As técnicas do corpo. **Sociologia e Antropologia.** São Paulo, EDUSP. 2011.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MCKINLAY, E. **Men and health: a literature review.** Wellington School of Medicine and Health Sciences; 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde (12ª Ed.) São Paulo, SP: Hucitec. 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MIRANDA, T. N; TEIXEIRA, J. C; OLIVEIRA, A. C. R; FERNANDES, R. T. P. Fatores que influenciam negativamente na assistência integral ao usuário da atenção básica na saúde do homem. **Journal of health connections**, v. 2, n. 1, 2018.

MODENA, C. M.; MARTINS, A. M.; RIBEIRO, R. B. N.; ALMEIDA, S. S. L. Os homens e o adoecimento por câncer: um olhar sobre a produção científica brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 644-660, 2014.

MORAES, T. C.; PRUDKIN, G. O ser mulher e o ser homem no blog testosterona. **Revista UNINTER de Comunicação**, v. 4, n. 7, 2016.

MOREIRA, R. L. S. F.; FONTES, W. D. De; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 615–621, 2014.

MOREIRA, M. C. N.; GOMES, R.; RIBEIRO, C. R. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. 0006-0015, 2016.

MOREIRA, M. A; CARVALHO, C. N. Atenção integral à saúde do homem: Estratégias utilizadas por enfermeiras (os) nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 7, n. 3, p. 121-132, 2016.

MORSE, J. M. Determining sample size. **Qualitative Health Research, Thousand Oaks**, v. 10, n. 1, p. 3-5, 2000.

MOURA, E. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MOURA, A. R; FONSECA, D. G. P. A importância da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem na Atenção Primária à Saúde na visão de enfermeiros em uma cidade do interior de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 6, n. 3, 2018.

MOURA, E. C; GOMES, R.; PEREIRA, G. M. C. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 291-300, 2017.

MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A reinvenção da roda: Roda de conversa: Um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, v. 23, n. 1, p. 98-106, 2014.

MUSIAL, D. C.; DUTRA, J. S.; BECKER, T. C. A. A automedicação entre os brasileiros. **SaBios-Revista de Saúde e Biologia**, v. 2, n. 2, 2007.

NASCIMENTO, E. F.; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1556-1564, 2008.

NASCIMENTO, I. M., MOREIRA, L. A., RIBEIRO, W. A., CORDEIRO, R. M. S. A Saúde do Homem: Um estudo reflexivo na ótica das ações de promoção à saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 9, n. 2, p. 41-46, 2018.

NARDI, A.; GLINA, S.; FAVORITO, L. A. Primeiro estudo epidemiológico sobre câncer de pênis no Brasil. **International Braz J Urol**, v. 33, p. 1-7, 2007.

NOGUEIRA DA SILVA, G. S. A Humanização do Cuidado diante da Morte: “Quando a prática queima os dedos”. **Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso**, v. 1, p. 405-427, 2014.

OITICICA, R. M. B. **Proposta de intervenção para aumento da procura da população masculina por atendimento nas Unidades de Saúde da Família de Campo Grande-AL**, 2016.

OLIVEIRA, C. P. **Saúde do homem**: um desafio para os serviços de saúde. 22 f. Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO), 1946.

_____. Promoción de la Salud. **Ginebra: OMS**, 1998.

RAMALHO, M. N. A.; ALBUQUERQUE, A. M.; MAIA, J. K. F.; PINTO, M. B.; SANTOS, N. C. C. B. Dificuldades na implantação da Política Nacional de Atenção Integral à saúde do homem/Difficulties in the implantation of the national policy of integrated health care of man. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 642-649, 2014.

ROCHA, G. **Saúde do homem**: prevenção é fundamental para uma vida saudável. Blog da Saúde – Ministério da Saúde, [S.l.], 2015. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/50308-saude-do-homem-prevencao-e-fundamental-para-uma-vida-saudavel>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.

SANTANA, A. M. Mulher mantenedora/Homem chefe de família: uma questão de gênero e poder. **Revista Fórum Identidades**, Itabaiana: GEPIADDE, Ano 4, v. 8, 2010.

SANTOS, P.H. B; DAL PRÁ, K. R. **A invisibilidade da saúde do homem nos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Seminário Nacional de Serviço Social: Trabalho e Política Social – UFSC. Florianópolis, 2015.

SANTOS, R. O; FERREIRA, L. S; CARVALHO, F. L. O; SOARES, A. P. G; PEREIRA, R. S. F. Fatores que influenciam a baixa adesão masculina ao atendimento prestado pela estratégia de saúde da família sede II do município de Sítio do Quinto/BA. **Revista de Saúde UniAGES**, v. 1, n. 1, p. 58-87, 2016.

SOLANO, L. C.; BEZERRA, M. A. C.; MEDEIROS, R. S.; CARLOS, E. F.; CARVALHO, F. P. B.; MIRANDA, F. A. N. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 2, p. 302-308, 2017.

SOUZA, L. M.; SILVA, M. P.; PINHEIRO, I. S. Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 151, 2011.

SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. **Saúde da família nos municípios brasileiros**: os reflexos dos 20 Anos no Espelho do Futuro. Campinas: Saberes Editora, 2014.

SILVA, I.; OLIVEIRA, M.; SILVA, S.; POLARO, S.; RADÜNZ, V.; SANTOS, E.; SANTANA, M. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SILVA, S. O. **Cuidado na perspectiva dos homens**: um olhar da enfermagem. 2010. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2010.

SILVA, P. A. S.; FURTADO, M. S., GUILHON, A. B., SOUZA, N. V. D. O.; DAVID, H. M. S. L. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 561-8, 2012.

SCHRAIBER, L. B. **Equidade de gênero e saúde**: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. Rio de Janeiro: ABRASCO/Brasília: Fundo de População das Nações Unidas; 2005.

SWAIN, T. N. "A invenção do Corpo Feminino" In: SWAIN, Tânia Navarro (org.) **Textos de História-Dossiê**: Feminismo, teorias e perspectivas. Brasília: UnB, 2002.

SULTI, A. D. C.; LIMA, R. C. D.; FREITAS, P. S. S.; FELSKY, C. N.; GALAVOTE, H. S. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 172-182, 2015.

TOFANI, A. C. A.; VAZ, C. E. Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos ante os cartões IV e VI do Rorschach. **Interamerican Journal of Psychology**, v. 41, n. 2, p. 197-204, 2007.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 765-771, 2008.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. 3. ed. São Paulo, 1983.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada para Homens de 25 a 59 anos**1. Dados de Identificação**

Idade:

Estado Civil:

Escolaridade:

Religião:

Profissão/Ocupação:

Horário de Trabalho:

2. Para você, o que é ser homem?**3. O que é saúde para você?****4. Você cuida da sua saúde? Se SIM, De que forma? Se NÃO, Por quê?****5. O que você entende sobre cuidados com a saúde?****6. Com que frequência você procura os serviços de saúde? Qual (s) e quando foi à última vez que procurou? Por qual (s) motivo (s)?****7. Você acha que os homens têm resistência em procurar os serviços de saúde? Por quê?****8. Como você se sente dentro de um estabelecimento de saúde?****9. O que você faz no seu tempo livre?**

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

O respeito devido à **dignidade humana** exige que toda pesquisa se processe após **consentimento livre e esclarecido dos sujeitos**, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (RESOLUÇÃO CNS Nº466/ 2012, MS).

Você, na qualidade de sujeito de pesquisa, está sendo consultado para participar de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer autorizar ou não sua inclusão como sujeito da pesquisa.

Para melhor esclarecer, sujeito de pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012, do CNS, é o participante pesquisado, individual ou coletivamente, **de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração**.

Por favor, não se apresse em tomar a decisão.

Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pela pesquisa sobre qualquer dúvida que tiver.

Após ser **esclarecido** sobre as informações a seguir, no caso de autorizar sua participação como sujeito de pesquisa, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Você poderá recusar sua participação de imediato e a qualquer tempo sem que com isto haja qualquer penalidade.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:

Pesquisa intitulada: Muito além da barba, cabelo e bigode: O pensar e o agir de homens frente aos cuidados com a saúde.

Pesquisador Responsável: Ivaldinete de Araújo Delmiro Gemes

Telefone/email para contato: (88) 99695-9274/ ivaldinetedelmiro@gmail.com

Pesquisador Participante: Jâina Carolina Meneses Calçada

Telefone/email para contato: (86) 99402-0509/ jainacarol@hotmail.com

Esta pesquisa tem por Objetivo Geral: Compreender o sentido de cuidados à saúde atribuído pelos homens. Vale ressaltar que as informações colhidas por meio do instrumento de coleta, elaborado e aplicado nesta pesquisa, serão mantidas em sigilo, assim como não haverá a divulgação dos dados, a fim de preservar sua identificação. Seus dados somente serão liberados com a sua permissão. Contudo, você terá liberdade para se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma consequência e não haverá desconforto

ou riscos previsíveis. O termo de consentimento livre e esclarecido será apresentado e assinado pelo voluntário e em qualquer etapa da pesquisa você terá acesso ao pesquisador responsável e participante para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora responsável: Dra. Ivaldinete de Araújo Delmiro Gemes, no telefone (88) 99695-9274 ou email: ivaldinetedelmiro@gmail.com ou contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), localizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS), campus do Derby | Av. Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, 150 - Bairro Derby Clube. CEP: 62.042-280/ Sobral-CE. Telefone: (88) 3677-4255. E-mail: comite_etica@uvanet.br.

Nome e Assinatura do pesquisador responsável:

Ivaldinete de Araújo Delmiro Gemes

Nome e Assinatura do pesquisador participante:

Jâina Carolina Meneses Calçada

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____ RG: _____
 _____, CPF: _____, residente _____
 _____ fone(s) _____

_____, abaixo assinado, concordo em autorizar minha participação como sujeito da pesquisa intitulada, **“Muito além da barba, cabelo e bigode: O pensar e o agir de homens frente aos cuidados com a saúde”**, que tem como pesquisadora responsável **Prof. Dra. Ivaldinete de Araújo Delmiro Gemes** e pesquisadora participante **Enf. Esp. Jâina Carolina Meneses Calçada**. Declaro que tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa, tudo em conformidade com o estabelecido na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Declaro, ainda, que discuti com o pesquisador participante sobre a minha decisão em participar nesse estudo como sujeito de pesquisa e sobre a minha possibilidade de a qualquer momento (antes ou durante a mesma) recusar-me a continuar participando da pesquisa em referência, sem penalidades e/ou prejuízos, retirando o meu consentimento. Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, a ausência (e/ou presença) de riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso à pesquisa em qualquer tempo. Concordo, **voluntariamente**, em participar desta pesquisa.

Cajueiro da Praia, _____ de _____ de _____.

 Nome e Assinatura do sujeito ou responsável

Observações Complementares:

Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), localizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS), campus do Derby | Av. Comandante Maurocílio Rocha Pontes, 150 - Bairro Derby Clube. CEP: 62.042-280/ Sobral-CE. Telefone: (88) 3677-4255. E-mail: comite_etica@uvanet.br.

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Neste ato, e para todos os fins e direito admitidos, autorizo expressamente a utilização da minha imagem, em caráter definitivo e gratuito, constante em fotos e filmagens decorrentes da minha participação na pesquisa intitulada, **“Muito além da barba, cabelo e bigode: O pensar e o agir de homens frente aos cuidados com a saúde”**, objetivando compreender o sentido de cuidados à saúde atribuído pelos homens e que tem como pesquisadora responsável **Prof. Dra. Ivaldinete de Araújo Delmiro Gemes** e pesquisadora participante **Enf. Esp. Jâina Carolina Meneses Calçada**.

As imagens poderão ser exibidas: nos relatórios parcial e final do referido estudo, na apresentação audiovisual do mesmo, em publicações e divulgações acadêmicas, em festivais e premiações nacionais e internacionais, assim como disponibilizadas no banco de imagens resultante da pesquisa e na Internet, fazendo-se constar os devidos créditos.

Os pesquisadores ficam autorizados a executarem a edição e montagem das fotos e filmagens, conduzindo as reproduções que entenderem necessárias, bem como a produzirem os respectivos materiais de comunicação, respeitando sempre os fins aqui estipulados.

Por ser esta a expressão de minha vontade, nada terei a reclamar a título de direitos conexos a minha imagem.

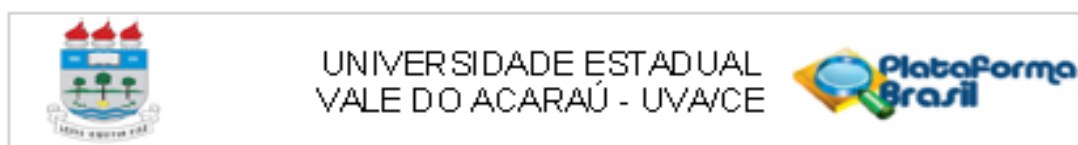
Cajueiro da Praia , _____ de _____ de 2018.

Assinatura

Nome: _____

RG.: _____ CPF: _____

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Pensar e Agir de Homens frente aos cuidados com a saúde

Pesquisador: JAINA CAROLINAMENESES CALCADA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06982818.0.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.241.770

Apresentação do Projeto:

O Pensar e Agir de Homens frente aos cuidados com a Saúde. Projeto de Dissertação submetido à banca examinadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Orientadora: Professora Dr^a. Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes.

Objetivo da Pesquisa:

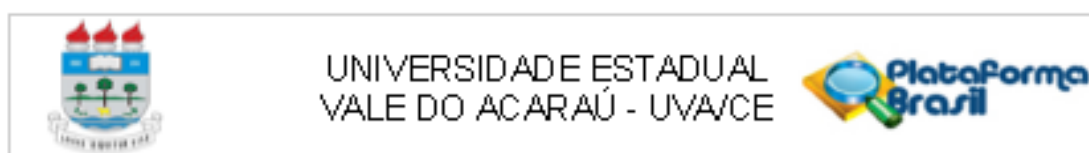
Compreender o sentido de cuidados à saúde atribuído pelos homens; Entender o que os homens pensam sobre cuidados à saúde; Conhecer os motivos que levam a pouca procura dos homens aos serviços de saúde; Compreender como o homem se vê dentro do estabelecimento de saúde; Desenvolver atividade educativa para produção de conhecimento nos homens sobre os cuidados com a saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa apresenta riscos mínimos podendo gerar desconforto e/ou constrangimento com a realização das entrevistas e da atividade educativa.

Benefícios: A pesquisa oferece como contribuição a possibilidade de refletir sobre as questões de saúde que envolvem a população masculina, de forma a permitir maiores cuidados com a saúde do homem e adesão destes aos serviços de saúde. Além de contribuir com os profissionais da área da Saúde Coletiva, especialmente os da Estratégia Saúde da Família, fornecendo subsídios para uma

Endereço: Av. Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 620-1-0-40
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (82)3577-4255 Fax: (82)3577-4242 Email: uva_comiteetica@bolmail.com



Continuação do Parecer - 2.261 / 10

melhor compreensão das questões e aspectos (culturais, sociais e subjetivos) que envolvem a saúde do homem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tratar-se de uma pesquisa-ação, participativa, descritiva, com abordagem qualitativa. Ocorrerá no município de Cajueiro da Praia, localizado no Estado do Piauí. A pesquisa será realizada na área da Estratégia Saúde da Família de Árvore Verde (UBS – módulo IV), zona

rural do município. Os participantes do estudo serão homens de 25 a 59 anos, alfabetizados, residentes e cadastrados na área adscrita da ESF de Árvore Verde, que estejam em condições físicas e mentais de participar do proposto pela pesquisa e que não procuraram a Unidade Básica de Saúde do seu território no ano que antecederá a coleta da pesquisa. A pesquisa será realizada em duas etapas, a saber: inicialmente, será aplicado

aos homens que se enquadrarem no perfil da pesquisa, um roteiro de entrevista semiestruturada, contendo perguntas abertas, durante visita domiciliar. Será feita uma previsão do quantitativo de 25 homens para participarem da entrevista, mas a mesma será realizada até que ocorra à saturação dos dados, ou seja, à medida que forem se repetindo as respostas dos sujeitos. Esses homens serão selecionados pelos Agentes Comunitários de Saúde e convidados diretamente pela pesquisadora a participar da pesquisa e deverão, em caso de aceitação, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas deverão ser gravadas com aparelho de áudio com a devida autorização dos sujeitos e, após, serem transcritas na íntegra pela própria autora desse estudo. No segundo momento, os resultados das entrevistas serão analisados de forma a proporcionar informações que subsidiarão a realização da atividade educativa por meio do Círculo de Cultura. Participarão dos encontros do Círculo de Cultura 20 homens, dos que se enquadram nos critérios da pesquisa estabelecidos anteriormente, selecionados pelos ACS. As ações do Círculo de Cultura deverão ser realizadas em horário e local sugeridos pelos homens participantes. A estes, também serão solicitadas assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Uso de Imagem. Serão realizados três encontros (quinzenais, com duração média de uma hora), com o objetivo de incentivar a troca de experiências e ideias no grupo de homens, mobilizando-os a identificarem e produzirem

conhecimento sobre os cuidados com a saúde. O Círculo será coordenado pela pesquisadora que assumirá a função de "animador", intermediando a participação e entrosamento dos interessados. As temáticas serão definidas coletivamente e ao final de cada encontro será realizada uma avaliação da atividade, pelos participantes. De posse dos dados coletados, estes serão analisados

Endereço: Av Comandante Maurício Rocha Pente, 160
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SO BRAL
 Telefone: (88)3577-4255 Fax: (88)3577-4242 E-mail: uva_comitedecia@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer - 9.241 / 10

de acordo com o proposto por Minayo nos seguintes passos: Ordenação dos dados (etapa de transcrição das observações, releitura do material e organização dos relatos); Classificação dos dados (processo de leitura repetida dos textos, constituição de um corpus de comunicação, leitura transversal de cada corpo como recorte de unidade de registro); Análise final e elaboração das categorias analíticas (fase em que se levam em conta os objetivos da pesquisa, os temas que emergem das observações e da articulação das informações com o referencial teórico, definindo-se assim as categorias analíticas). A pesquisa deverá estar em consonância com as determinações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 e ser submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (CEP-UVA).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória estão presentes e redigidos de acordo com os preceitos éticos da Resolução 466/2012.

Recomendações:

Recomenda-se enviar para este CEP relatório final após a conclusão da pesquisa, através da Aba Notificações dessa Plataforma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1280009.pdf	28.01/2019 23:30:12		Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	28.01/2019 23:29:32	JAINA CAROLINA MENESES	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA.pdf	28.01/2019 23:25:30	JAINA CAROLINA MENESES	Aceito
TCLE/Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28.01/2019 23:24:55	JAINA CAROLINA MENESES CALCADA	Aceito

Endereço: Av. Comendante Maurício Rocha Pente, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SO BRAL
Telefone: (85)3677-4255 Fax: (85)3677-4242 E-mail: uva_comiteeticos@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer - 2.241 / 10

Orçamento	Orçamento.pdf	21/12/2018 16:26:44	JAINA CAROLINA MENESES	Aceito
Outros	Ofício.pdf	21/12/2018 16:23:24	JAINA CAROLINA MENESES	Aceito
Outros	Termo_Uso_de_Imagem.pdf	21/12/2018 16:22:35	JAINA CAROLINA MENESES	Aceito
Outros	Entrevista.pdf	21/12/2018 16:21:37	JAINA CAROLINA MENESES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	21/12/2018 16:21:07	JAINA CAROLINA MENESES CALCADA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	21/12/2018 16:19:33	JAINA CAROLINA MENESES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	21/12/2018 16:03:23	JAINA CAROLINA MENESES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	21/12/2018 15:19:01	JAINA CAROLINA MENESES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 03 de Abril de 2019

Assinado por:
Maria do Socorro Melo Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: Av Comandante Maurício Rocha Pente, 150
Bairro: Derby CEP: 62041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3577-4255 Fax: (88)3577-4242 E-mail: uva_comitedeeticos@hotmail.com

ANEXO D – FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA DO E-SUS

e-SUS Atenção Básica		FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

DATA DE ATIVIDADE*	HORA INÍCIO	HORA FIM	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO
/ /	:	:	_____	____-____
Nº INEP (ESCOLA / CRECHE)		PROGRAMAÇÃO DE Nº DE PARTICIPANTES	_____	____-____
_____		_____	_____	____-____
LOCAL DE ATIVIDADES:			_____	____-____
			_____	____-____
			_____	____-____

ATIVIDADE (Opção Único)*		TEMAS PARA REUNIÃO (Opção Múltipla)*	
01	Reunião de Equipe	01	Questões Administrativas / Funcionamento
02	Reunião com outras Equipes de Saúde	02	Processos de Trabalho
03	Reunião Intersetorial / Conselho Local de Saúde / Controle Social	03	Diagnóstico do Território / Monitoramento do Território
		04	Planejamento / Monitoramento das Ações da Equipe
		05	Discussão de Caso / Projeto Terapêutico Singular
		06	Educação Permanente
		07	Outros

ATIVIDADE (Opção Único)*	
04	Educação em saúde
05	Atendimento em Grupo
06	Avaliação / Procedimento Coletivo
07	Mobilização Social

PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)*		PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)*	
01	Comunidade em geral	01	Alimentação Saudável
02	Criança 0 a 3 anos	02	Aplicação tópica de flúor
03	Criança 4 a 5 anos	03	Saúde Ocular
04	Criança 6 a 11 anos	04	Autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas
05	Adolescente	05	Cidadania e Direitos Humanos
06	Mulher	06	Saúde do Trabalhador
07	Gestante	07	Dependência Química (Tabaco, Alcool e Outras drogas)
08	Homem	08	Envelhecimento (Climatério, Andropausa, etc.)
09	Famíliares	09	Escovação Dental Supervisionada
10	Idoso	10	Plantas Medicinais / Fitoterapia
11	Pessoas com Doenças Crônicas	11	Práticas Corporais / Atividade Física
12	Usuário de Tabaco	12	Práticas Corporais e Mentais em PIC
13	Usuário de Alcool	13	Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz
14	Usuário de Outras Drogas	14	Saúde Ambiental
15	Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental	15	Saúde Bucal
16	Profissional de Educação	16	Saúde Mental
17	Outros	17	Saúde Sexual e Reprodutiva

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL*	Cód. CNEB UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	RÚBRICA / CARIMBO DO PROFISSIONAL
_____	_____	_____	_____	_____	

Nº	Nº CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para Antropometria		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
				PESO (kg)	ALTURA (cm)	Cessou o hábito de fumar	Abandonou o Grupo
1		/ /	☐			☐	☐
2		/ /	☐			☐	☐
3		/ /	☐			☐	☐
4		/ /	☐			☐	☐
5		/ /	☐			☐	☐
6		/ /	☐			☐	☐
7		/ /	☐			☐	☐
8		/ /	☐			☐	☐
9		/ /	☐			☐	☐
10		/ /	☐			☐	☐
11		/ /	☐			☐	☐
12		/ /	☐			☐	☐
13		/ /	☐			☐	☐
14		/ /	☐			☐	☐
15		/ /	☐			☐	☐
16		/ /	☐			☐	☐
17		/ /	☐			☐	☐
18		/ /	☐			☐	☐
19		/ /	☐			☐	☐
20		/ /	☐			☐	☐
21		/ /	☐			☐	☐
22		/ /	☐			☐	☐
23		/ /	☐			☐	☐
24		/ /	☐			☐	☐
25		/ /	☐			☐	☐
26		/ /	☐			☐	☐
27		/ /	☐			☐	☐
28		/ /	☐			☐	☐
29		/ /	☐			☐	☐
30		/ /	☐			☐	☐
31		/ /	☐			☐	☐
32		/ /	☐			☐	☐
33		/ /	☐			☐	☐