



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Maria Deysiane Porto Araujo

Trajetórias de homens em busca do cuidado em saúde: desafios para a atenção primária em um contexto rural

Maceió-AL

2019

Maria Deysiane Porto Araujo

Trajetórias de homens em busca do cuidado em saúde: desafios para a atenção primária em um contexto rural

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em Rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma rede nacional.

Orientadora: Profa. Dra. Angélica Ferreira Fonseca

Coorientador: Prof. Dr. Michael Ferreira Machado

Maceió-AL

2019

Este trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código do Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

Título do trabalho em inglês:

Trajectories of men in seeking health care: challenges for primary care in a rural context.

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

A663 Araujo, Maria Deysiane Porto.
Trajetórias de homens em busca do cuidado em saúde: desafios para a atenção primária em um contexto rural / Maria Deysiane Porto Araujo. -- 2019.
52 f. : quad.

Orientadora: Prof.a Dra. Angélica Ferreira Fonseca.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2019. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma rede nacional.
1. Saúde do Homem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Itinerário Terapêutico. I. Título.

CDD – 23.ed.

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca de Saúde Pública/Icict/Fiocruz.

Responsável pela Biblioteca: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx – CRB-7: XXXX

Maria Deysiane Porto Araujo

Trajetórias de homens em busca do cuidado em saúde: desafios para a atenção primária em um contexto rural

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em Rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma rede nacional.

Aprovada em: 31 de maio de 2019.

Banca Examinadora

Dra. Maria Cecília Araújo Carvalho
Fiocruz/RJ

Dra. Angélica Ferreira Fonseca (Orientadora)
Fiocruz/RJ

Dr. Michael Ferreira Machado (Coorientador)
Universidade Federal de Alagoas/UFAL

Dr. Tulio Romério Quirino
Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

Maceió-AL

2019

Dedico este trabalho ao meu tio Jailson (*in memoriam*), que lutou contra um câncer de estômago durante seis longos meses. Era um homem que “guardava” seus sintomas e, quando descobriu a neoplasia, já estava com várias metástases e só fez, assim, tratamento paliativo, o que me parte até hoje o coração.

AGRADECIMENTOS

Chega o momento de reforçar a gratidão a todas as pessoas que contribuíram durante essa jornada. O primeiro é meu marido, um grande companheiro, presente em todos os momentos da minha vida, que sempre me deu forças para permanecer nessa árdua tarefa de conciliar estudos com trabalho. Tens todo meu amor para sempre. A segunda é minha princesa, minha pequena, que ainda nem sabe ler, mas que logo aprenderá e que irá ler essa mensagem, em algum momento, quando ler o trabalho de sua mãe. Saiba que, em muitos dias, tive que abdicar da sua companhia para dedicar-me aos estudos, mas, assim, quero ser um exemplo para ti, quero que você seja uma grande profissional, um dia, em qualquer área que escolher. Obrigada por ser essa doce menina que me ensina todo dia com seu sorriso a ser uma mãe forte e sensível ao mesmo tempo. Agradeço ainda aos meus pais, à minha irmã, à família do meu marido (minha segunda família), aos tios, tias, primos, primas e avós, toda força a mim sempre ofertada. Aos meus professores do mestrado, em nome de Divanise e Graça, duas grandes mulheres que me impulsionaram a estar aqui. E aos meus orientadores, Angélica e Michael, que pacientemente me guiaram nesse caminho. Obrigada por todos os ensinamentos. Ficarão para sempre marcados.

RESUMO

ARAUJO, M. D. P. **Trajetórias de homens em busca do cuidado em saúde: desafios para a atenção primária.** 52f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação Oswaldo Cruz, Maceió-AL, 2019.

Trata-se de um estudo no qual se procura compreender o percurso de homens em busca do cuidado em saúde. O objetivo final é propor ações que contribuam para a superação de barreiras que mantêm os homens, no contexto de estudo, afastados da unidade de atenção básica. A abordagem foi qualitativa. Foram entrevistados 20 homens, na faixa etária de 20 a 59 anos, residentes do povoado Laranjal, situado no município de Arapiraca/AL. Dentre esses 20, dez homens utilizaram o serviço de atenção primária em 2018 e os outros dez não fizeram uso desse serviço nesse período. A partir da discussão dos resultados das entrevistas, apoiada na análise de enunciação, aponta-se que esses homens não têm uma trajetória definida; recorrem, com frequência, à automedicação, fazem uma avaliação própria sobre a importância de sua situação clínica e buscam cuidados profissionais, seja na Unidade Básica de Saúde ou no hospital, quando identificam o agravamento de sintomas. A ideia de prevenção está quase ausente das falas. A Unidade Básica de Saúde não desenvolve nenhuma estratégia para incluí-los em sua rotina de serviço, o que necessita ser alterado para que seja aumentada sua efetividade na atenção em saúde a esse grupo populacional.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Atenção Primária à Saúde. Itinerário Terapêutico.

ABSTRACT

ARAÚJO, M. D. P. **Trajectories of men in seeking health care: challenges for primary care in a rural context.** 52f. Dissertation (Professional Master in Family Health) - Oswaldo Cruz Foundation, Maceió-AL, 2019.

This study aims to understand the path of men in seeking health care. The ultimate goal is to propose actions that contribute to overcoming barriers that keep men, in the study context, away from the primary care unit. The approach was qualitative. Twenty men, aged 20 to 59 years old, living in Laranjal village, located in Arapiraca / AL, were interviewed. Among these twenty, ten men used the primary care service in 2018 and the other ten did not use this service in this period. From the discussion of the interview results, supported by the enunciation analysis, it is pointed out that these men do not have a defined trajectory; often resort to self-medication, make their own assessment of the importance of their clinical situation, and seek professional care, whether at the Basic Health Unit or the hospital when they identify worsening of symptoms. The idea of prevention is almost absent from the lines. The Basic Health Unit does not develop any strategy to include them in its service routine, which needs to be changed to increase its effectiveness in health care for this population group.

Keywords: Men's Health. Primary Health Care. Therapeutic Itinerary.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF/AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	MARCO TEÓRICO.....	13
2.1	A QUESTÃO DE GÊNERO NA SAÚDE.....	13
2.2	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.....	14
2.3	INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE MASCULINA.....	15
2.4	OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....	17
3	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	18
4	METODOLOGIA.....	23
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	23
4.2	PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	23
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	24
4.4	LÓCUS DA PESQUISA.....	25
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	28
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
5.1	SERVIÇOS E RECURSOS DE SAÚDE ACESSADOS.....	31
5.2	SUJEITOS DO CUIDADO EM SAÚDE.....	36
5.3	EMOÇÕES E SENTIMENTOS.....	39
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
	REFERÊNCIAS.....	42
	APÊNDICES	49
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	49
	APÊNDICE B - Roteiro para entrevista 1.....	51
	APÊNDICE C - Roteiro para entrevista 2.....	52

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo os dados de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida dos homens e mulheres era, respectivamente, de 69,73 e 77,32 anos (BRASIL, 2010a). A taxa de mortalidade na faixa etária de 20 a 59 anos de idade é 2,3 vezes maior entre homens do que entre as mulheres, chegando a ser quatro vezes maior na faixa etária de 20 a 39 anos (BRASIL, 2010a). Como afirmaram Moura, Lima e Urbaneta (2012), a maior preocupação em relação a esses índices é a exposição aos atos violentos, aos quais, segundo Gomes et al. (2011a, p.984), se acrescentam outros problemas de saúde: “As principais causas destes índices são a violência, o alcoolismo, o tabagismo, as neoplasias, a hipertensão, a diabetes e a obesidade”.

Alguns estudos apontaram para o fato de que os homens buscam menos atendimento de saúde comparando-se às mulheres e há várias razões para esse fenômeno, tanto relativos aos modos de organização dos serviços quanto aos aspectos culturais que interferem nas relações dos homens com sua própria saúde e com os serviços (GOMES et al., 2011a). Vive-se em uma sociedade que ainda carrega muitos estereótipos, dentre eles, os papéis que homens e mulheres devem desempenhar em decorrência do gênero ao qual pertencem.

E, de acordo com esses estereótipos, ao homem cabe o papel de sujeito forte, inabalável, destemido, características que não o estimulam a reconhecer necessidades de cuidado em saúde, inclusive, de ações preventivas. Figueiredo e Schraiber (2011) relataram que isso contribui para que eles busquem auxílio médico predominantemente para atendimento ambulatorial de média e alta complexidades ou mesmo hospitalar, retardando o cuidado e podendo agravar os quadros de saúde.

Essa cultura promove comportamentos em relação ao cuidado à saúde e, na tentativa de promover mudanças, uma série de iniciativas foi criada, a exemplo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A PNAISH, lançada em 2008 pelo governo federal, tem como objetivo facilitar e ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde e está relacionada à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo Estratégia Saúde da Família (ESF) como espaço fundamental para o desenvolvimento de ações de saúde do homem.

A utilização de serviços de saúde pela população é definida por diferentes fatores, dentre eles: necessidade e disponibilidade de serviços de saúde, propensão da população em utilizá-los e facilidade de acesso, conforme informou Bastos et al. (2011). É possível dizer que esses fatores interagem, uns com os outros, modificando-os. Assim, a baixa frequência com que os homens buscam os cuidados preventivos relaciona-se à pouca oferta desses procedimentos,

sobretudo, se for feita uma comparação com aqueles direcionados para mulheres na Atenção Básica (AB).

Estudos sobre o acesso, de Giovanella, Escorel e Mendonça (2003), destacaram que os horários de funcionamento das unidades precisam ser repensados. Como médica de uma unidade básica, a pesquisadora constatou que muitos homens alegam que os horários de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) coincidem com o trabalho, corroborando os achados desses estudos. De fato, em grande parte, os serviços funcionam das 7h às 17h. Em Arapiraca (AL), município no qual foi desenvolvida esta investigação, que subsidiou a escrita desta dissertação, as quarenta unidades básicas de saúde do território funcionam neste regime de horário, de acordo com o site oficial da prefeitura da cidade (PREFEITURA DE ARAPIRACA, 2018). Isso define que a ida ao serviço de saúde implica ausentar-se do trabalho, fato agravado pelo longo tempo de espera nos serviços, contribuindo para o afastamento dessa população da AB.

Contudo, esse afastamento das unidades básicas de saúde não significa que os homens não criam suas formas de acessar cuidados de saúde. Esses cuidados podem ser institucionais, formais ou informais, perfazendo diferentes itinerários terapêuticos.

Segundo Burille (2012, p. 36):

Ao perceberem-se doentes e ao mobilizarem-se para buscar cuidados, os indivíduos podem desenhar múltiplas trajetórias em prol das necessidades de saúde, dependendo das disponibilidades de recursos sociais e da resolutividade almejada. Essas múltiplas trajetórias em busca de cuidado configuram os Itinerários Terapêuticos.

Motivada por essas questões, pretendeu-se analisar as trajetórias de homens tanto na busca de ações de prevenção à saúde quanto de tratamentos, no caso daqueles homens adoecidos. O intuito do estudo é compreender a trajetória percorrida por homens, desenhando o seu caminho e entendendo o seu fluxo, para discutir a efetividade da ESF. Com isso, pondera-se sobre os obstáculos e sobre os elementos facilitadores do acesso de homens aos seus serviços de saúde, em particular, da ESF. Com essa reflexão, pretende-se oferecer subsídios para que os serviços de saúde possam ser parte importante dos itinerários terapêuticos dos homens, investindo na lógica de um sistema que se articule em redes, com ênfase no papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003).

Em sociedades regidas por comportamentos específicos e com papéis pré-definidos para cada sujeito social, estabelecem-se normas sobre as quais se baseiam a dinâmica social e os comportamentos individuais. As questões que norteiam as relações com o processo saúde-

doença não são exceção.

Couto et al. (2010) afirmaram que a invisibilidade masculina, no campo da saúde, é uma barreira reconhecida para o avanço do acolhimento das demandas e necessidades masculinas.

Como citado acima, a PNAISH foi formulada com a intenção de incluir o homem como um grupo populacional ao qual se dirigem ações específicas com base em necessidades particulares. Muitos problemas de saúde que os acometem poderiam ser evitados ou ter seu agravamento reduzido com atendimento na AB. Além do benefício para os próprios usuários, evitar-se-iam prejuízos para o sistema de saúde.

Além de serem mais vulneráveis às doenças graves e crônicas, os homens, diferentemente das mulheres, não buscam os serviços de APS, e acabam adentrando no sistema de saúde nos níveis de cuidado ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem por consequências o agravamento da patologia gerado pela demora na busca por cuidado e a determinação de maior ônus para o sistema de saúde (BURILLE; GERHARDT, 2014, p. 671).

A PNAISH emerge com o compromisso de atrair o homem para a APS e está desenvolvida nas UBS, mais especificamente pela ESF, pois segundo Pereira e Barros (2015, p. 588) “se configura como uma maneira de organizar e efetivar as práticas de APS, por meio da territorialização, responsabilidade sanitária e longitudinalidade do cuidado, tendo como foco a família e a comunidade”.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 A QUESTÃO DE GÊNERO NA SAÚDE

Atualmente, as questões sobre gênero estão sendo amplamente debatidas em várias esferas da sociedade. E para auxiliar a compreensão, precisa-se, aqui, recuperar a diferença entre os conceitos de sexo e de gênero.

O conceito de gênero surgiu em meados dos anos 1970 [...] nos Estados Unidos, e se disseminou nas ciências sociais e na academia a partir dos anos 1980. Tal reformulação conceitual surgiu como o intuito de distinguir e separar definitivamente o sexo – uma categoria analítica marcada pela biologia e de uma abordagem especialmente da natureza e dos corpos sexuados – do gênero (MATOS, 2015, p. 153).

O termo gênero tem sido utilizado para o questionamento dos papéis destinados aos homens e às mulheres nas diferentes culturas. Roso (2017) afirmou que falar em gênero, em vez de falar em sexo, indica que não é a natureza, o determinismo biológico, que induz a maneira como homens e mulheres se relacionam e se comportam no mundo social.

Por serem regras e normas postas pela sociedade (construções histórico-sociais), são mutáveis de acordo com a época e lugar onde esses sujeitos estão inseridos. Além dos papéis acima citados, à mulher é permitido demonstrar fraqueza, emoções, sensibilidade; já, ao homem, não há essa liberdade de expor seus sentimentos ou se mostrar sensíveis, denotando àqueles que os demonstram críticas e dúvidas acerca de sua masculinidade, de acordo com Bento (2015).

Esses papéis designados a cada um são tão bem executados que se manifestam em várias dimensões sociais, como é o caso da saúde. Sabe-se, como já foi dito anteriormente, que a expectativa de vida feminina é maior que a masculina no Brasil, e que a taxa de morbimortalidade masculina é maior que a feminina, especialmente em fatores externos (como a violência); mas, mesmo assim, os homens são aqueles que menos buscam atendimento na APS, procurando auxílio profissional majoritariamente em casos mais graves (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011).

Compreender essa realidade requer considerar as questões de gênero e seus efeitos, pois as normas e valores socialmente difundidos com base em papéis de gênero produzem condições específicas de vulnerabilidade. No caso dos homens, ganha destaque o fato de que a produção social da ideia de força e poder (invulnerabilidade) os coloca em uma condição de vulnerabilidade no que diz respeito à saúde.

Percebe-se no cotidiano a resistência dos homens adultos saudáveis em procurar atendimento, com vista à prevenção de doenças, o que contribui para distanciá-los dos serviços de AB. Além disso, as ações da ESF estão baseadas no desenvolvimento de programas voltados para grupos específicos como crianças, adolescentes, mulheres e idosos, retratando uma lacuna de assistência que vise à prevenção de agravos à saúde

masculina (BRITO; SANTOS; MACIEL, 2010, p. 137).

Diante da necessidade de agir para reverter essa realidade e considerando que os grupos populacionais mais visados pelos programas nacionais de saúde (criança, adolescente, mulher e idoso) raramente têm o homem como alvo, foi que, em 2008, o Ministério da Saúde formulou e lançou a PNAISH, que será abordada no próximo tópico.

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Em seu discurso de posse, em 2007, o ministro José Gomes Temporão apresentou 20 objetivos para a gestão da pasta da saúde (TEMPORÃO, 2007). O objetivo de número dez foi instituir a PNAISH. Tal proposta surgiu da necessidade de inserir o homem na realidade de atendimentos de saúde, pois esse grupo tem histórico de pouca procura à APS e tende a buscar atendimento para solucionar doenças já instaladas, como justifica a própria PNAISH:

“O sistema de saúde deu-se conta de que o modelo básico de atenção aos quatro grupos populacionais – crianças, adolescentes, mulheres e idosos – não é suficiente para tornar o País mais saudável” (BRASIL, 2009, p.6).

A PNAISH enfatiza o papel da APS na mudança de paradigma necessário para novas relações de cuidado em saúde que envolvem o próprio homem, a família e a comunidade. Entre seus princípios, lê-se:

“A implementação da política deverá ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, em uma lógica hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a APS como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime” (BRASIL, 2009, p. 47).

Define a política, ainda, que, para cumprir os diversos princípios expressos na política, é necessário considerar elementos que dizem respeito diretamente às práticas desenvolvidas na APS. A saber:

Orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades do homem; captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e câncer entre outros agravos recorrentes (BRASIL, 2009, p. 74).

Justamente por manter proximidade maior com a vida no território, com os moradores e com o meio social é que a ESF se configura como espaço mais adequado para atrair o homem e estabelecer um vínculo que favorece a continuidade da atenção.

Entretanto, para criar esse vínculo, é importante que os serviços de saúde e os profissionais questionem que tipo de “homem” tem reconhecimento nos serviços de saúde? Que

métodos e estratégias são postos em prática juntamente com a política que pretende produzir a inserção masculina na APS?

Como disseram Pereira e Barros (2015, p. 593):

Para além de normas predeterminadas de funcionamento, devem ser objeto de problematização constante as práticas de cuidado da equipe, as relações existentes entre a ESF e os públicos masculinos, refinando, por conseguinte, olhares sobre os agenciamentos coletivos produzidos no território e nas práticas de cuidado, com vistas à produção de processos de singularização a partir das práticas de saúde.

Para além de campanhas como o Novembro Azul, sobre a conscientização a respeito do câncer de próstata, por exemplo, faz-se necessário construir formas de tornar o cuidado de si um fazer constante para os homens. Esse cuidado passa pela prevenção e pela perspectiva de melhoria da qualidade de vida e requer, dos serviços de saúde, a criação de novos modos de aproximação desses homens.

Pode-se citar algumas estratégias para avanço na prevenção e promoção da saúde dos homens: o deslocamento dos profissionais de saúde para o atendimento dos homens em seus locais de trabalho, atendimento à demanda específica por contracepção e educação em saúde com a elaboração de cartilhas educativas (CARNEIRO et al., 2016, p. 561).

Portanto, a inserção dos homens na AB passa pela educação em saúde necessária para compor uma consciência sobre a importância da prevenção para uma melhor qualidade de sua vida e também daqueles que convivem com eles; além de estabelecer um ambiente, em suas unidades, de acolhimento masculino. É necessário estar atento para não reproduzir, nesse processo educativo, uma responsabilização e uma “culpabilização” dos indivíduos pela sua saúde, em particular, e sim buscar integrar as dimensões individuais e coletivas da saúde.

2.3 INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE MASCULINA

Para refletir sobre a atuação necessária para promover melhores níveis de qualidade de vida e saúde entre homens, é pertinente conhecer o adoecimento e as causas de morte dessa população. Assim, realizou-se um levantamento dos indicadores de morbidade e mortalidade masculina no Brasil, buscando caracterizar suas incidências. Para isso, usar-se-ão dados disponibilizados pelo Perfil da Situação de Saúde do Homem no Brasil, um relatório técnico (BRASIL, 2012b) elaborado pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Nacional da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, fundamentado com dados dos Sistemas de Informações Nacionais (SIM, SINAN, entre outros).

A taxa de mortalidade geral, no Brasil, é igual a 3,5, porém, é 2,3 vezes maior em

homens, tendo o Estado de Alagoas a primeira colocação, com uma média de 6,0 óbitos por mil habitantes. As principais causas da mortalidade masculina no Brasil são, por ordem de ocorrência: causas externas, doenças do aparelho circulatório e neoplasias (BRASIL, 2012b).

Dentre essas causas externas, ganha destaque a violência. O homem, como uma forma de provar sua masculinidade, tem uma propensão maior a se envolver em eventos agressivos, que podem, como os dados sugerem, levar a óbito. Machado e Ribeiro (2012) afirmaram que os homens jovens são aqueles que apresentam maiores índices de internação e morte por causas externas - homicídio, violência e uso abusivo de drogas - diretamente relacionados aos processos de socialização que, em geral, estimulam comportamentos de risco em detrimento do cuidado de si e dos outros.

As doenças do aparelho circulatório inserem-se nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e têm a doença cardiovascular como a principal causa de óbitos entre os homens dessa categoria (BRASIL, 2009). As DCNT constituem um grande problema global de saúde e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos para famílias e comunidades e para a sociedade em geral. No Brasil, assim como em outros países, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude, sendo responsáveis por 72% das mortes, com destaque para os quatro grupos de causas de morte enfocados pela OMS: cardiovasculares; câncer; respiratórias crônicas e diabetes (MALTA et al., 2014). Em relação às neoplasias, a maior exposição a fatores de risco é uma questão a ser trabalhada pelo sistema de saúde, particularmente desenvolvendo ações de promoção e prevenção. Ainda segundo o perfil da Situação de Saúde do Homem:

[...] estima-se que 18% da carga de câncer são devidos à exposição a fatores de risco, como: tabagismo, dieta inadequada, prática insuficiente de atividade física, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, além de infecções como hepatites, papiloma vírus humano e *Helicobacter pylori*. Dentre os problemas relacionados ao aparelho geniturinário em homens, destaca-se o câncer de próstata, que corresponde à segunda causa mais comum de morte por câncer no Brasil, atingindo principalmente homens com 50 ou mais anos de idade (BRASIL, 2012b, p. 31).

Observa-se, nesses indicadores, que as questões de saúde são influenciadas pelo fator “gênero”. Dinâmicas de vida de homens e mulheres são diferentes e refletem em seu bem-estar e, por isso, devem ser empregados modos distintos para lidar com a saúde de homens e mulheres, começando com campanhas de conscientização e indo até à flexibilidade de horários para eliminar as dificuldades apontadas pelos homens para a não procura à AB.

2.4 OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Ao perceber-se doente, o indivíduo percorre um caminho para sanar a enfermidade; este caminho pode ir desde a automedicação, passando por tratamentos espirituais, até chegar (quando chega) ao atendimento profissional (MACHADO; RIBEIRO, 2012; MALTA et al., 2014).

De acordo com Burille e Gerhardt (2014, p. 666): “ao mobilizarem-se para buscar cuidados, os indivíduos podem desenhar múltiplas trajetórias em prol das necessidades de saúde, dependendo das disponibilidades de recursos sociais e da resolutividade almejada”.

A interpretação do itinerário terapêutico está atrelada à rememoração de eventos e a experiências anteriores que são evocadas, reorganizadas e ressignificadas. Por meio da narrativa, trazem-se à cena opções, negociações, pactos e processos decisórios que conduziram a um conjunto específico de ações, tornando-se possível reconstruir essa trajetória. Nesse processo, o itinerário torna-se uma unidade articulada quando o usuário tenta interpretar suas experiências passadas de acordo com suas circunstâncias atuais, de acordo com informação de Gerhardt (2006).

Os itinerários terapêuticos não seguem um padrão nos percursos, ou seja, são influenciados por fatores tanto de ordem socioeconômica quanto simbólicos. Assim, é necessário levar em conta a oferta e a facilidade de acesso aos serviços de saúde, bem como os elementos culturais. Esses aspectos são dinâmicos e situacionais e podem variar de acordo com a trajetória biográfica do indivíduo e com seu ambiente de vivência e convivência (CABRAL et al., 2011). Nesse sentido, conhecer e analisar os itinerários terapêuticos tem o propósito de gerar:

Suporte para a avaliação da efetividade das redes de serviços na garantia do acesso e para a detecção de necessidades a serem consideradas no desenvolvimento de programas educativos em saúde, capacitação de profissionais e adequação de fluxos (CABRAL et al., 2011, p. 4439).

No estudo desenvolvido, assume-se que os homens moradores de Laranjal, povoado de Arapiraca, vivem de um modo singular as questões simbólicas e objetivas que interferem nos seus percursos na busca por cuidados. Esses itinerários terapêuticos são trajetórias na tentativa para solucionar problemas de doença como movimentos para preservar ou recuperar a saúde. Trata-se de um conjunto de planos e ações que se sucedem, se mesclam ou se sobrepõem para lidar com a promoção da saúde, prevenção de doenças, a cura e a reabilitação.

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Pode-se dizer que, no Brasil, desde a Norma Operacional Básica (NOB) do Sistema Único de Saúde (SUS), de 1996 - NOB 96 (BRASIL, 1996), quando se estabelecem formas de financiamento específicas para o Programa de Saúde da Família, vem sendo feito um movimento para que a APS tenha um papel central na ampliação da cobertura e na reorientação do modelo assistencial do SUS. Mendonça et al. (2018) abordaram os principais aspectos da APS no Brasil, que tem como primeiro princípio o acesso, sendo porta de entrada do sistema de serviços de saúde. Contudo, pondera-se que a porta de entrada para o sistema é aquela que o paciente escolher (ou conseguir acessar).

A classificação de risco deveria indicar o serviço no qual cada problema de saúde pode ser melhor atendido, mas o paciente deve permanecer vinculado a uma unidade de APS para, assim, exercer o papel de longitudinalidade, acompanhando os pacientes ao longo do tempo e atendendo os usuários com base na integralidade, englobando ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Além disso, coordenar os cuidados na medida em que os pacientes forem encaminhados para outros locais e possam retornar ao serviço para continuar o acompanhamento.

O cuidado ofertado na APS estabelece-se com base em um território definido. Gondim e Monken (2018) afirmaram que é organizado por um processo de territorialização, que leva em conta não só os limites geográficos de um determinado local, mas a cultura e a forma como as pessoas vivem dentro das comunidades. A territorialização é a primeira diretriz para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e pressupõe a existência de população adscrita sob a responsabilidade de um conjunto de serviços em consonância com o modelo de atenção. Como fenômeno social, é ato de estar, fazer ou fixar no espaço geográfico, delimitando um território. O atendimento é local e realizado por equipe multiprofissional, que deve atuar de maneira articulada e coordenada.

Essa equipe multiprofissional pode ser composta por diferentes núcleos profissionais, como referiram Melo e Miranda (2018), a exemplo de médicos de várias especialidades, inclusive, de família e comunidade, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, profissionais de educação física, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros. Esses podem formar a equipe da ESF ou o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF/AB) que, antes da PNAB (BRASIL, 2017), se denominava Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ressalta-se que eles não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na APS). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto

com as equipes, atuar de forma integrada à RAS e aos seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias.

Os profissionais da ESF e do NASF/AB devem possuir Cartão Nacional de Saúde para alimentar o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), o antigo SIAB. Por meio desse sistema, Moreno (2018) afirmou que é possível reestruturar as informações de saúde na APS em nível nacional. A qualificação da gestão da informação é essencial para ampliar a qualidade no atendimento à população. Desde 2011, desenvolveu-se a estratégia do e-SUS AB. O nome, e-SUS, faz referência a um SUS eletrônico cujo objetivo é, sobretudo, facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população. Segundo a PNAB (BRASIL, 2017), informou que se deve ter o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), mas o que se conhece não corresponde à realidade em todos os locais do país (a exemplo do Laranjal – local da pesquisa).

Os PECs devem ser uma meta constante a ser alcançada e sua operacionalização deve estar em conformidade com o acompanhamento das condições de saúde da população. Esse sistema de informação em saúde deve ser utilizado como ferramenta de gestão útil à avaliação e ao monitoramento das ações de saúde no Brasil, além de servir de rico manancial de dados para a pesquisa em saúde. Fazer circular informações em saúde de qualidade, construindo caminhos para que elas cheguem ao usuário, é uma grande tarefa, uma vez que delas depende a expansão do controle social como preconizado pelo SUS (MORENO, 2018).

Outro fator importante no ensejo da APS é o controle social em saúde (por meio dos conselhos e das conferências de saúde) formado por instâncias válidas para apoio da população. Carvalho e Santos (2018) o reconheceram como o controle que é exercido pela sociedade sobre o governo, atuando como um setor de fiscalização de políticas públicas em que a sociedade é engajada no exercício das discussões e reflexões acerca das problemáticas que afetam a vida coletiva. É formado por usuários, pelas entidades não governamentais e por trabalhadores em geral, estabelecendo uma composição plural e paritária, de modo a exercer o papel de formular normativas e controlar a execução das políticas públicas setoriais.

Cruz e Brutsher (2018) afirmaram que o controle social consiste em acompanhar e conferir se as políticas e combinações estão sendo bem executadas pelos responsáveis, especialmente se estão atendendo ao interesse público. Deve controlar a política pública de saúde, inclusive, nos aspectos econômicos e financeiros. Desde a lei 8.142/1990, assegurou-se que a representação dos usuários seria paritária em relação aos demais segmentos. Estabeleceu-se que seja 50% dos usuários e 50% de representações de trabalhadores, de prestadores e de

gestores da saúde (BRASIL, 1990). No Laranjal (local da pesquisa), o conselho de saúde é bastante ativo, pois já modificou a agenda médica para os interesses da comunidade por meio de suas ações deliberativas, entre outras iniciativas/ações.

A agenda do médico da ESF deve se adaptar à realidade local. De acordo com Batista, Almeida e Trindade (2018), a semana-padrão ou cronograma do (a) médico (a) da ESF reflete o atributo de coordenação e gera consequências no acesso, pois é um instrumento que representa a capacidade do (a) médico (a) em realizar a gestão da clínica de acordo com as necessidades identificadas no planejamento local. É incoerente querer determinar uma atuação homogênea no dia a dia de cada médico (a) em diferentes cenários e contextos. A PNAB (BRASIL, 2017) incluiu um item recomendando que fosse evitada a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, gêneros e patologias, dificultando o acesso dos usuários, uma prática que era recorrente nas agendas anteriores de todos os médicos da ESF. A pesquisadora deste trabalho atualizou a sua agenda segundo esta diretriz e é ofertado um espaço ampliado para a demanda espontânea (pacientes não agendados), seguindo esse critério da política.

Os demais integrantes da equipe, a exemplo da enfermeira, também tiveram que se adaptar a essa diretriz. O trabalho da Enfermagem é essencial dentro da ESF. Os enfermeiros realizam atendimentos de puericultura, pré-natal, pacientes crônicos e também de demanda espontânea.

De acordo com David et al. (2018), a participação e a liderança de profissionais da Enfermagem nas ações de saúde pública têm sido descritas como eixo fundante da profissão. A Enfermagem é, em nível internacional, uma categoria profissional extremamente ativa e relevante para o acesso aos cuidados primários. Na rotina das UBS, os enfermeiros assumem atividades descritas formal e legalmente, conforme atribuições propostas tanto pelo Ministério da Saúde quanto por resoluções reguladoras emitidas pelos Conselho Federal de Enfermagem/Conselhos Regionais de Enfermagem. Dentre as atribuições, além das diretamente relacionadas com o nível assistencial, eles são responsáveis pela gestão da equipe (organização da porta de entrada, dos processos de trabalho e do fluxo de usuários), supervisão dos agentes comunitários de saúde (ACS), supervisão de programas e responsabilidade técnica de Enfermagem (auxiliares e técnicos de Enfermagem) e da sala de vacinas.

A supervisão dos ACS é realizada regularmente pelos enfermeiros (inclusive, na UBS Laranjal). Eles recolhem mensalmente a produção dos dados de visitas e educações permanentes na área por eles realizadas. A PNAB (BRASIL, 2017) reforçou a importância da microárea sob sua responsabilidade e afirma que a população por ela coberta não pode

ultrapassar 750 pessoas, mas que deve ser definida de acordo com a base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente. A atividade do ACS deve dar-se pela lógica do planejamento do processo de trabalho, a partir das necessidades do território, com priorização para a população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico (BRASIL, 2017).

Morosini e Fonseca (2018a) afirmaram que esse trabalhador tem sido considerado polivalente e flexível, depositando-se, sobre ele, várias atividades, algumas de elevada complexidade, como o acompanhamento de casos de violência, o uso de drogas entre jovens e outras de baixa complexidade, muitas vezes, associadas a desvios de função. Frequentemente, não se leva em conta o aumento do seu trabalho e as inconstâncias sobre suas funções, o que o torna um trabalhador bastante vulnerável.

O trabalho integrado da equipe básica, composta por médico (a), profissionais da Enfermagem e do ACS, tem grande influência no sucesso da ESF. No cenário atual do cuidado em saúde, caracterizado por uma parcela importante da população vivendo com multimorbidade, ou seja, múltiplas condições de saúde, essa situação torna-se um importante desafio para os sistemas de saúde ao redor do mundo, sobretudo nos países/locais de baixa e média rendas. O número de pessoas vivendo com múltiplas condições crônicas tem aumentado como resultado do envelhecimento populacional e há evidência de ocorrência precoce da multimorbidade em áreas de privação social, segundo Mendonça et al. (2018).

A maior chance para a redução de admissões hospitalares sem necessidade é o manejo proativo de pessoas com condições crônicas, sobretudo aquelas com múltiplas condições. Isso demanda, necessariamente, a efetivação de estratégias de uma robusta e efetiva coordenação do cuidado, de forma a potencializar o trabalho das equipes de APS e principalmente daquelas da ESF. Outro aspecto importante é a longitudinalidade, definida como uma relação contínua do usuário com um determinado profissional de saúde. Ela tem sido adotada como medida de qualidade da APS. Uma melhor continuidade do cuidado tem efeito na redução das internações hospitalares, na utilização de emergências, na maior chance de receber cuidados preventivos, no melhor controle das doenças crônicas e na redução da utilização de cuidados intensivos (MENDONÇA et al., 2018), fortalecendo, assim, a ESF e o cuidado ofertado ao usuário.

Os desafios da APS são inúmeros, bem como a necessidade constante de atualização dos processos de trabalho, levando em consideração a cultura de cada território de atuação. Assim, além de garantir a integralidade dos processos de cuidado em saúde, deve assegurar a universalidade do acesso com vistas à inclusão proativa de grupos tradicionalmente não usuários desse nível de organização do sistema de saúde, a exemplo dos homens.

Há muito a ser feito no que se refere à saúde do homem na APS para que este grupo populacional possa, cada vez mais, se tornar um sujeito de cuidados e com direito à saúde prestada por uma equipe multiprofissional e com vistas a um atendimento integral e contínuo.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório. Qualitativa, por buscar entender os diferentes itinerários terapêuticos adotados por uma quantidade específica de sujeitos estudados; exploratória, pois busca uma maior familiaridade com o objeto de estudo. Para a obtenção de dados, o levantamento foi realizado a partir de entrevistas com os sujeitos

escolhidos.

Em virtude do objeto do estudo, a pesquisa qualitativa é a mais adequada, pois permite abordar o tema de acordo com as características individuais que fazem uma coletividade (homens) se comportar de forma parecida no que tange à solução para as doenças que a acometem.

Entende-se tratar-se de uma pesquisa exploratória, pois busca uma maior familiaridade com o objeto de estudo no contexto em análise. Quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa terá um delineamento de estudo de campo.

Tipicamente, o estudo de campo focaliza uma comunidade, que não é necessariamente geográfica, já que pode ser uma comunidade de trabalho, de estudo, de lazer ou voltada para qualquer outra atividade humana. Basicamente, a pesquisa é desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo (GIL, 2002, p. 53).

Vê-se, então, o quanto o estudo de campo se configura como o mais adequado a esta pesquisa, pois foi selecionada uma amostra do grupo que se quer estudar de uma localidade específica, fazendo análises e comparações quanto ao resultado e às respostas obtidas.

4.2 PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Conforme Minayo (2000), a coleta foi realizada a partir da realização de entrevistas semiestruturadas. Elas são fundamentais quando se precisa mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados. Nesse caso, quando bem realizadas, elas permitem, ao pesquisador, fazer uma espécie de “mergulho em profundidade”, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permita descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados.

Na coleta de dados, a pesquisadora teve o auxílio de uma estudante - bolsista de projeto de pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) -, que foi treinada para realizar as entrevistas, e a pesquisadora esteve ao lado durante todos os procedimentos. Todas as entrevistas foram captadas em áudio e apenas um entrevistado, que tinha colocado seu nome para ser entrevistado, negou-se a realizar a entrevista, pois não queria se submeter à gravação de áudio.

As entrevistas (áudios) foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise dos discursos foi realizada pela pesquisadora por meio do estudo do tema, não dependendo de *software*. O processo de análise das falas foi inspirado na análise de enunciação.

Segundo Minayo et al. (2013), essa é uma estratégia analítica na qual a comunicação é interpretada como um processo, respeitando a lógica e a organização do discurso, analisando as figuras de retórica e as estruturas que estão inseridas, os jogos de palavras, lapsos e silêncios produzidos durante a fala.

A partir dessa compreensão, realizaram-se três etapas:

1) Sistematização das informações, com a catalogação de todos os textos que serão objetos de análise;

2) Criação das três categorias analíticas por meio da leitura do material organizado na fase anterior, a saber: (A) Serviços e recursos de saúde acessados (UBS, hospital, pronto atendimento, consultórios particulares e farmácias comerciais); (B) Sujeitos do cuidado em saúde (profissionais da Medicina, ACS e esposas) e (C) Emoções e sentimentos (o medo);

3) Análise final, que compreende a síntese das informações, com destaques para o que é consensual e divergente nas falas dos homens participantes da pesquisa.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Para este estudo, foram entrevistados 20 homens adultos, na faixa etária de 20 a 59 anos (mesmo público-alvo da PNAISH), residentes do povoado Laranjal, situado no município de Arapiraca/AL. Dentre esses 20, foram dez homens que buscaram atendimento na UBS da localidade e os outros dez que não utilizaram o serviço de APS nos últimos 12 meses.

Esses usuários foram convidados durante a realização de uma cerimônia religiosa em um domingo na comunidade. Após esse momento, foi realizada entrevista na casa de cada um deles, durante três dias seguidos, mediante o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A decisão de escolha do convite a esses homens na cerimônia religiosa deu-se a partir de conversas em reunião administrativa (que acontece mensalmente na UBS do Laranjal) com todos os funcionários com as ideias que poderiam atrair o maior número de homens e que acontecem frequentemente na comunidade. Todos os funcionários foram unânimes em afirmar que um local onde a pesquisadora encontraria vários homens seria na missa (religião católica) realizada aos domingos na comunidade. E, para que esses homens não ficassem esperando horas para ser entrevistados após a missa, foi decidido que se anotariam os seus nomes, indo, posteriormente, a suas casas com a ajuda dos ACS.

4.4 LÓCUS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no povoado Laranjal, situado no município de Arapiraca, em Alagoas. O conhecimento acerca da história da comunidade é de suma importância, visto que, dessa maneira, é possível identificar determinantes sociais em saúde que fazem parte das condições de vida dessa população. Além disso, um estudo da própria origem populacional contribui para uma melhor análise das situações de saúde e das necessidades da área de cobertura da UBS.

As pessoas que lá residem trabalham principalmente na agricultura, segundo relatos da própria comunidade. Existem culturas de fumo, feijão, abóbora, hortaliças, entre outras. Uma parcela da população da área é empregada pela empresa Luna Avícola e pela empresa Hortaliças São Pedro. Aposentadoria e Bolsa Família apresentam-se também como formas de obtenção de rendimentos. O povoado/sítio possui apenas uma escola de Ensino Fundamental, não possui centros de referência de assistência social, nem equipamentos públicos de lazer, como quadras esportivas, parques ou praças.

É uma localidade com boa acessibilidade por ter a AL-110 (rodovia) atravessando toda a sua extensão. Sua distância até o centro da cidade é de 13,9 km. O hospital de urgência, que atende pela rede do SUS, conveniado ao sistema, dista 14,8 km. A cidade não possui Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Existe um atendimento semelhante a uma UPA no 5º centro da cidade. Observa-se, na prática, que muitos homens procuram esse serviço do 5º centro pela comodidade de não precisar de marcação de consultas e ocorrer atendimento a problemas agudos diariamente, inclusive, nos finais de semana e feriados.

As ruas da comunidade não são pavimentadas (chão de terra batida) e apresentam esgoto a céu aberto. Há coleta de lixo regular, mas não há saneamento básico - coleta e tratamento de esgoto. Existe uma barragem (açude ou represa), que é poluída, pois há lixo e não há coleta regular e constante e, mesmo assim, é usada para fins variados, como lazer e economia. Há pouca poluição sonora e visual, uma vez que o trânsito da área é leve, sons altos não são constantes e a presença de *outdoors* ou similares não é presente na comunidade. O Sítio Laranjal surgiu com a expansão territorial do município de Arapiraca. A composição familiar na comunidade varia entre 3-4 pessoas por domicílio (segundo levantamento dos ACS), e ainda há a presença de muitos casamentos consanguíneos.

A UBS do Laranjal (Dolores de Almeida), presente no território, fica às margens da AL-110, sendo também de fácil acesso para a população. Essa unidade conta com uma equipe de

ESF recente (desde agosto 2017). Antes, era composta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e teve como sede, durante aproximadamente 20 anos, uma casa alugada. A nova unidade foi inaugurada dia 26 de dezembro de 2016. A equipe profissional, integrada à ESF, conta com 15 profissionais: uma médica; uma enfermeira; uma funcionária de arquivo e farmácia; seis ACS (oito microáreas, duas sem agentes); duas técnicas de Enfermagem e uma funcionária dos serviços gerais. Os povoados Bálsamo, Ingazeira e Lagoa Seca são próximos e também fazem parte da área de abrangência da UBS.

O horário de funcionamento da UBS Laranjal, diferentemente das outras UBS de Arapiraca, é reduzido. Atualmente, seu horário de funcionamento é de sete às 16h, pois já aconteceram assaltos na UBS. A partir de um acordo entre os funcionários e a Secretaria Municipal de Saúde, o turno foi alterado na busca de oferecer mais segurança para os funcionários. A UBS conta com serviço de guarda municipal pelo mesmo motivo (ausência de segurança e ocorrência de eventos traumáticos anteriores). Ressalta-se, aqui, que todos os funcionários internos são mulheres. Já houve até tentativa de estupro de uma funcionária dentro da UBS antes da chegada da guarda municipal.

Segundo a produção, o levantamento realizado na UBS mensalmente para o SISAB e o relatório da situação de saúde, de abril de 2019, a UBS abrange uma população de 2.998 pessoas, com 874 famílias cadastradas. Estão sendo acompanhados regularmente 95 crianças menores de dois anos, 28 gestantes, 89 pacientes diabéticos e 279 hipertensos. Os demais têm ingresso na UBS também por meio da demanda espontânea (casos agudos) ou marcação de consulta de demanda agendada nas sextas-feiras.

Quanto à estrutura física da UBS, esta possui: uma sala de atividades; uma sala de recepção; uma sala de arquivo; uma sala de enfermeiro; um consultório médico; uma dispensa; uma sala de estocagem/depósito de medicamentos; uma sala de consultas para técnicos de Enfermagem; uma sala de inalação; um consultório odontológico; uma sala de procedimentos; uma sala de vacinas; uma sala de esterilização; uma sala de expurgo; uma sala de administração e gerência; um almoxarifado; uma copa e um banheiro.

Quando o paciente chega à UBS, ele dirige-se à sala de espera/recepção e aguarda o momento de ser atendido pela funcionária do arquivo para sua identificação. Caso esteja com hora marcada para atendimento, é encaminhado para pré-consulta e, após esse momento, segue para atendimento da médica ou da enfermeira, de acordo com o agendamento previamente realizado. Todavia, se não houver consulta agendada, ele pode ser direcionado ao setor de pré-consulta para realizar uma avaliação do seu caso que, se for atendimento de demanda espontânea, pode ser atendido imediatamente ou aguardar, a depender de cada caso. Se não

houver uma necessidade iminente de atendimento, como apenas mostrar exames, ele pode ser direcionado para a marcação de consulta.

Após o atendimento, caso seja necessário o encaminhamento para um especialista, marcação de exames ou algum procedimento que seja externo à UBS, o paciente deverá procurar o setor de marcação para que o agendamento seja feito. Para as situações nas quais o agendamento não possa ser realizado no momento, o responsável pelo setor em questão irá realizá-lo posteriormente e o comprovante de agendamento será enviado por meio do ACS ao cidadão em sua residência.

Vale ressaltar também que os prontuários são guardados por família em um envelope. Contudo, prontuários de gestantes, crianças até dois anos, hipertensos e diabéticos e outros pacientes, como os que realizam uso de medicação psicotrópica, são guardados separadamente, tendo em vista o acompanhamento contínuo realizado a esses pacientes. Ao ser prescrito algum medicamento, o paciente dirigirá-se à Farmácia da UBS e solicitará o medicamento ao funcionário do setor (que não é farmacêutico). A médica e a enfermeira realizam visitas domiciliares duas vezes na semana, de acordo com as metas estabelecidas. A UBS não dispõe de NASF, nem de equipe odontológica por problemas de gestão em nível municipal e quem perde com isso é a comunidade.

A cidade de Arapiraca, segundo dados do IBGE (BRASIL, 2018), possui uma população estimada, em 2018, de 230.417 pessoas. No último censo do IBGE realizado em 2010, a população era de 214.006 pessoas (BRASIL, 2010b). A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 14,77 para mil nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 2,6 para cada mil habitantes. Comparada com todos os municípios do Estado, fica nas posições 56, de 102, e 14, de 102, respectivamente. Quando comparada a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2078, de 5570, e 1287, de 5570, respectivamente.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Arapiraca (2010) era de 0,649. Baixo, quando comparado com o da capital, Maceió (0,721), cujos bairros de IDH mais elevado, como Pajuçara, têm índices superiores a 0,9.

Segundo Dawalibi et al. (2014), o IDH é um indicador comparativo usado para segmentar os países desenvolvidos (elevado desenvolvimento humano), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo), que tem sido utilizado para comparar regiões menores – inclusive bairros – de uma mesma localidade. O cálculo do IDH é composto a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, sendo possível considerá-lo um indicador

de condições de vida. Pode-se entender que o baixo IDH de Laranjal aponta para uma situação de vulnerabilidade social de sua população.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa desenvolvida atendeu aos princípios de bioética, principalmente a autonomia e a não maleficência, com total respeito à dignidade humana. Asseguraram-se os direitos dos participantes e solicitou-se o consentimento livre e esclarecido para a sua participação. Eles foram esclarecidos sobre o caráter da pesquisa, seus procedimentos, os benefícios previstos e os riscos no seu envolvimento. Os danos às dimensões moral, social e cultural foram minimizados pelo apoio da pesquisadora a todos os participantes.

Antes, durante ou depois das entrevistas, os participantes puderam consentir ou não a sua participação. Foi realizada leitura cuidadosa individual do TCLE. O TCLE foi fornecido em duas vias em linguagem clara e acessível e apropriada para a escolaridade e faixa etária de todos os pesquisados. Os analfabetos não foram excluídos, pois foi lido o termo pela condutora das entrevistas e eles afirmaram o desejo de participar da pesquisa sem penalidade alguma para qualquer dos casos.

Conforme as Resoluções nº 466/2012 (BRASIL, 2012a) e 510/2016 (BRASIL, 2016) do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), nesse caso, o da UFAL, por meio da Plataforma Brasil e foi aceito sob o parecer 3.099.334. Os riscos da pesquisa aos participantes foram reduzidos pelo sigilo garantido a todos, e a participação não trouxe nenhum ônus financeiro aos participantes. Todos tiveram a garantia de que as informações extraídas das entrevistas foram utilizadas apenas para fins científicos e de melhoria do próprio serviço e de outros similares, e isso firmou o retorno social da pesquisa.

A pesquisa não apresentou riscos à biossegurança dos participantes. Contudo, alguns incômodos surgiram no decorrer das entrevistas, como o cansaço e o sentimento de vergonha. Nesse sentido, a pesquisa buscou contar com o suporte do Serviço de Psicologia UFAL/Campus Arapiraca. Caso algum entrevistado solicitasse, seria encaminhado a esse serviço. Os benefícios esperados com a participação no projeto de pesquisa foram: produção de conhecimentos e auxílio na compreensão dos itinerários terapêuticos dos homens nos serviços de saúde; contribuição para a melhoria da atenção à saúde masculina e o fortalecimento do princípio da equidade para a constituição do SUS. Um benefício indireto é provocar, junto aos entrevistados, um momento de reflexão sobre sua saúde e sobre a relação com os serviços.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, os dados e as reflexões sobre a busca dos homens por cuidado serão discutidos por meio do resultado de entrevistas realizadas em duas etapas. Na primeira, foram entrevistados dez homens, entre 20 a 59 anos, que compareceram à UBS de Laranjal – Arapiraca/AL no ano de 2018; na segunda, foram entrevistados dez homens, entre 20 a 59 anos, que não procuraram a UBS no último ano referido. A definição desses dois grupos foi feita com o objetivo de ter acesso a diferentes experiências de relacionamento com o serviço de saúde, além de oferecer um equilíbrio numérico entre os grupos. Os discursos dos homens foram

analisados na perspectiva da percepção dos indicativos para alcançar melhorias nos serviços de saúde, tornando-os capazes de atrair os homens na busca da sua saúde.

O quadro 1 mostra os dados gerais de perfil dos 20 homens entrevistados. Observa-se que todos os homens entrevistados moram há mais de cinco anos na comunidade, o que demonstra que houve tempo para o reconhecimento da UBS e sua relação com ela. Alguns entrevistados (seis deles) são agricultores e os demais têm ocupações distintas (vigilantes, motorista, serviços gerais, ajudantes e beneficiários). Percebe-se que são ocupações que podem ter horário flexível e podem se adaptar à jornada de trabalho da UBS (7-16h) e frequentar as consultas, quando necessário.

Quadro 1 – Dados gerais de perfil dos 20 homens entrevistados.

Compareceu à unidade no último ano (2018)?	Idade	Ocupação	Tempo de residência na comunidade (anos)
Sim	59	Agricultor/Pecuarista	20
Sim	43	Beneficiário	34
Sim	52	Agricultor	35
Sim	54	Vigilante	5
Sim	36	Trabalha em uma distribuidora	12
Sim	39	Vigilante	39
Sim	39	Funcionário público	39
Sim	37	Beneficiário	37
Sim	35	Agricultor	35
Sim	45	Agricultor	25
Não	57	Agricultor	41
Não	40	Serviços Gerais	15
Não	40	Microempresário	17
Não	33	Motorista	22
Não	34	Auxiliar de Produção	34
Não	46	Ajudante Geral	10
Não	56	Agricultor	46
Não	28	Autônomo	6
Não	26	Serviços Gerais	26
Não	34	Serviços Gerais	18

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Dessa forma, apresentando o processo analítico e as discussões realizadas, a primeira categoria analítica tem como objetivo os serviços e os recursos de saúde acessados pelos

homens, que foram tanto à UBS, como aos hospitais, à rede privada ou às farmácias comerciais; na segunda, discutiram-se os sujeitos do cuidado em saúde elencados pelos homens (profissionais da Medicina, ACS e esposas) e, na terceira, as emoções e sentimentos presentes no ensino do cuidado à saúde, como o medo.

5.1 SERVIÇOS E RECURSOS DE SAÚDE ACESSADOS

O acesso como atributo da ESF foi citado pelos homens nas entrevistas, estabelecendo-se como o serviço de primeiro contato ou porta de entrada do sistema de saúde. Para isso, ela deve ser acessível à população adscrita, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, temporais e culturais. Dois homens entrevistados, que buscaram a UBS no último ano, relataram que ela é o recurso disponível quando se sentem adoecidos. E outro homem ressaltou que sempre é atendido e de forma adequada.

Bastos e Fasolo (2013) referiram que a facilidade para conseguir a consulta e o fato de ter sido bem tratado pela recepcionista e pelo médico estão diretamente relacionados com uma maior satisfação do serviço de saúde.

1A: *Procuro o posto de saúde. É o meio que a gente tem aqui. [...]. É, todo tempo que eu procuro o posto, sou atendido.*

1E: *Procuro primeiramente o posto.*

1I: *Quando eu vou pro “laranjal” (UBS), sou atendido. Cheguei lá e fui atendido direito.*

A partir do momento que se fornece acesso na APS, melhores resultados na assistência à saúde são alcançados. No estudo de Escorel et al. (2007), foi observado que, nas cidades estudadas, a grande maioria das famílias adscritas à ESF (> 90%) afirmou conhecer o local da unidade de saúde da família e o utilizar com frequência, embora se tenha uma disparidade no uso entre homens e mulheres, fato que é percebido no cotidiano da ESF.

Figueiredo (2005) afirmou que os homens possuem mais dificuldade de buscar o serviço de saúde, seja devido à espera da assistência ou porque o espaço da UBS é mais frequentado por mulheres, usuárias e profissionais, causando uma sensação de não pertencimento àquele local. E até mesmo alguns profissionais de saúde não estão preparados para receber esses usuários e realizar um acolhimento eficaz.

2I: *Geralmente, a gente sempre procura, mas a dificuldade no atendimento é que faz a gente procurar outros meios de cuidar da saúde.*

1F: *Na última vez que eu fui pra lá, eu cheguei lá uma e meia com a garganta inflamada, não podia nem engolir a saliva nem nada, aí tinha bastante gente lá e acho que ela (técnica de Enfermagem) esqueceu e deu uma e meia, duas, três, quando foi umas quase quatro, aí a médica para, aí foi quando ela veio cá e falou que: “Olha, a gente bota um termômetro e, se passar dos 40 ou era 39, sei lá, se tiver com febre, nós atende, senão, você vai pra casa e volta no outro dia”; só que disse: “Rapaz, eu cheguei uma e meia e agora você vem falar isso?”. Não teve jeito não.*

Vieira et al. (2013) apontaram para o fato de que inquéritos populacionais e estudos de avaliação de demanda assinalam a baixa adesão da população masculina aos serviços de AB. Nesta pesquisa, os homens referiram realizar uma classificação própria de seu estado de saúde, distinguindo entre a situação que indica necessidade de buscar um serviço de saúde ou algo que pode ser resolvido por meio de automedicação ou de outros cuidados. A classificação de risco tradicionalmente necessita de embasamento técnico. Mas existe uma naturalização, na população, em torno desse ato, que é classificar o que sentem e deliberar sobre o que devem fazer a partir disso, seja tomar um medicamento por conta própria (automedicação) ou procurar um serviço de saúde. Tanto nas falas dos entrevistados que buscaram o serviço quanto nas dos que não buscaram, foi observada uma banalização da prática de automedicação. Isto vem associado a uma autorresponsabilização por avaliar e discriminar quando a situação de saúde requer a busca de cuidados profissionais.

1F: *Se for uma gripe ou uma coisa, assim, é chazinho, mas, se ver que é virose ou essas coisas que não resolve com remediozinho, assim, aí corre lá (UBS) pra ver o que é.*

1H: *Às vezes, é um dorzinha de cabeça, que a dor passa com um medicamento, aí, quando não dá, dou um pulinho no posto.*

2B: *É assim que, se a pessoa sentir que é coisa pouca, compra um remédio por conta própria na farmácia. Eu acho que, se a pessoa sentir dores fortes, né, alguma dor forte, a pessoa tem que procurar ajuda ligeiro. Uma gripe, a pessoa procura um xarope, toma e fica bom, né, mas, passado do prazo, aí tem que ir atrás da ajuda.*

O Brasil é um dos principais consumidores de medicamentos do mundo, cujo mercado de fármacos abarca mais de 20 bilhões de dólares por ano. A ampla disponibilidade de

medicamentos eleva a possibilidade do seu consumo irracional em decorrência da automedicação. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados e vendidos de modo incorreto (DOMINGUES et al., 2017).

Palodeto e Fisher (2018) afirmaram que, quando enfermos, homens tendem a procurar, inicialmente, farmácias e pronto-socorro. Neste sentido, a automedicação é considerada um meio de manutenção da saúde, de prevenção de enfermidades e de tratamento de afecções e sintomas percebidos em que não há a prescrição, a orientação ou o acompanhamento de um profissional de saúde. Dentre os medicamentos mais utilizados na automedicação, destacam-se os analgésicos e anti-inflamatórios, em decorrência da fácil aquisição por apresentarem venda livre, em que não é necessária receita médica. São destinados principalmente para o alívio da dor (ARAÚJO et al. 2015; PRADO et al., 2016).

Os usuários entrevistados relacionam, muitas vezes, os medicamentos com termos diminutivos (“remedinho”) para diminuir o peso da sua automedicação. E alguns medicamentos mais utilizados eles reconhecem pelo seu nome fantasia (Torsilax®/Histamin®), não utilizando o nome genérico da substância em si porque a prática de estímulo ao nome comercial é amplamente difundida nas propagandas e no comércio em geral.

2D: *Acho que o cara acha que é passageiro não vai, pode tomar um remedinho.*

1H: *Às vezes, é um dorzinha de cabeça que quando a dor passa com um Torsilax®, aí, quando não, dá um pulinho no posto.*

2C: *Dor de dente, dor de cabeça, dor muscular, né, os remédios, hoje em dia, qualquer remédio de dor passa. Isso resolve em casa.*

2H: *Comodismo. Toma um Histamin®, resolve, aí, pronto. Aí, a gente, né, não vai procurar.*

1I: *O cara fica em casa mesmo, toma um remedinho pra ver se fica melhor, né?*

Quanto ao conhecimento das atribuições ofertadas na APS, muitos desses usuários entrevistados entendem que, quando necessitam de outros tipos de cuidados, eles devem procurar outros níveis de atenção. Esses níveis têm como característica básica a diferença nas densidades tecnológicas da assistência à saúde. Pressupõe-se, assim, a existência de uma rede de serviços, em distintos níveis de complexidade e de competências, em que a integração entre as ações nos diversos níveis deve satisfazer o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo, segundo Oliveira e Pereira (2013). O reconhecimento de que nenhuma instância

isolada dos sistemas de saúde possui a totalidade dos recursos e competências necessárias para resolver as necessidades de saúde de uma população implica a constituição de redes integradas, que reconhecem a interdependência e, muitas vezes, os conflitos entre atores sociais e organizações distintas em situações de poder compartilhado (GIOVANELLA et al., 2009).

Nesse estudo de Giovanella et al. (2009, p.787), mais de 80% dos médicos e enfermeiros nas cidades estudadas concordaram com a afirmativa: “A população procura primeiro a Unidade de Saúde da Família quando necessita de atendimento de saúde”. Apesar de, neste estudo, não ter realizado entrevistas com os profissionais de saúde, essa afirmativa condiz com a experiência da pesquisadora, pela proximidade do serviço com a moradia dos usuários, principalmente em zonas rurais. A existência de um serviço de primeiro contato, procurado regularmente a cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de doença ou acompanhamento rotineiro, facilita a formação de vínculo e a coordenação dos cuidados.

A perspectiva de rede não deve ser esquecida, pois os usuários podem procurar qualquer nível de atenção quando necessitam de assistência, mas devem ser encaminhados ao nível referente ao seu problema agudo ou crônico por meio da classificação de risco em cada local. Ao observar que os homens apresentam baixa adesão às ações de promoção e prevenção e que os mesmos acessam o sistema de saúde por meio da atenção especializada, eles devem ser orientados na busca correta do serviço de saúde respectivo ao seu problema agudo ou crônico.

1C: Em primeiro lugar, eu busco o posto de saúde, mas, se acontecer de, no posto de saúde, não ter o recurso necessário, aí eu tenho que procurar o hospital, a unidade de emergência por aí.

1A: Tem que ir no posto procurar o doutor que esteja lá, né, pra ele dar alguma certificação se precisa sair pra outro canto, né?

1G: Sempre procurei auxílio no posto; aí, me passaram pra outros médicos, questão de coluna; aí, foi com outros médicos no centro (centro de referência de especialidades).

Outro potente fator que interfere na procura pelos serviços é a dificuldade de atendimento para os homens em idade produtiva e dependentes do mercado de trabalho, visto que os horários dispostos na AB são inconvenientes para eles, competindo com o expediente e outros compromissos. No estudo de Gomes et al. (2011a), observou-se o fato de que as unidades básicas são organizadas para o funcionamento em horários quase sempre incompatíveis com o "homem trabalhador", acoplado ao reconhecimento no mundo do trabalho de que apenas a mulher teria necessidades de uso regular dos serviços (GOMES et al., 2011b). A ampliação do

turno de funcionamento das UBS é um grande desafio para a ampliação do acesso e acolhimento dos homens por meio da expansão dos horários de funcionamento do serviço, que esbarra com a questão da segurança por muitos locais serem violentos no contraturno do expediente:

2D - *“É bem dependendo assim, né, porque nunca tá no horário que a pessoa pode ir, né. Mas, se for, com certeza é atendido”*.

Além dessas barreiras objetivas, tanto o acesso quanto a frequência nos serviços de saúde estão ligados ao fato de os homens também não se reconhecerem como doentes ou não buscarem os serviços, como afirmaram Oliveira et al. (2015). De acordo com a fala de alguns entrevistados, percebe-se o desinteresse ou o desestímulo que alguns têm em relação ao conhecimento das atividades prestadas pela UBS, assumindo sua responsabilidade em não a frequentar.

1G: *Fornece (acesso), só que o “caba” (homem) não vai lá, difícil.*

2E: *Rapaz, eu procuro, assim, quando é necessário, negócio de injeção mesmo. Mas não por...é por falta de vontade mesmo de ir. O posto, ele fornece tudo certinho.*

2G: *Eu acho que a gente relaxa um pouco, né, vai relaxando, vai ficando ali, achando que depois toma alguma coisa e acha que vai melhorar e não vai. Ai, quando der fé, tá que não pode nem ir, é os outros quem leva. A maioria aqui é assim.*

2H: *Sim (UBS fornece acesso). Apesar de eu nunca ter procurado, mas eu sei que oferece.*

Assim, os desafios do acesso à APS são inúmeros, necessitando de ações programáticas e estratégicas de saúde que dialoguem com o cotidiano dos homens, bem como rompa com as barreiras institucionais e culturais com vistas à inclusão da população masculina nos serviços de APS.

5.2 SUJEITOS DO CUIDADO EM SAÚDE

Iniciam-se as discussões acerca da segunda categoria analítica do estudo, tendo como bases os desafios da APS, sendo que a ESF é fundamental para o atendimento integral da população. O ACS tem um papel essencial, pois é ele quem faz a ligação entre a equipe de saúde e a população atendida, funcionando como agente multiplicador. Ele mora na comunidade e,

assim, a conhece intimamente, entendendo a particularidade de cada usuário e trazendo informações para dentro da UBS que são únicas, fortalecendo os diagnósticos individuais e comunitários.

Como afirmaram Morosini e Fonseca (2018b), é nesse contexto que o seu papel de mediador entre os serviços, os profissionais de saúde e os moradores dos territórios é exaltado, e a alusão ao ACS como ligação entre serviços e a comunidade torna-se uma ideia que, apesar de vaga, se propaga como uma síntese de seu papel no SUS, convergindo com a maioria dos perfis internacionais do trabalhador comunitário em saúde. Na rotina do ACS, a atividade preponderante é a Visita Domiciliar (VD), que consiste no acompanhamento das condições de saúde das famílias de sua microárea e na busca ativa de situações específicas. Nas VD, os agentes cadastram os membros da família (condição para o acesso às unidades), realizam orientações diversas, informam sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços, entre outras ações. As VD são a principal expressão da presença do ACS no território. Nas entrevistas deste estudo, a menção à relação com as ACS também está presente, mostrando sua atuação nessa aproximação entre o usuário homem e a unidade.

1G: *É questão de ir no posto, é mais quando a agente (ACS) aparece e diz: “Vá lá, que tem uma consulta”.*

1H: *De três em três meses, eu vou lá pegar o remédio. Vou lá e mando a menina (ACS) fazer a receita e, quando é com oito dias, eu pego a receita.*

Os ACS, além de outras atribuições, têm desenvolvido papel significativo no chamamento e na articulação da comunidade com os profissionais de saúde, pois são os principais elos entre as unidades de saúde e suas comunidades, sendo, muitas vezes, responsabilizados no sentido de facilitar o acesso a consultas, exames, medicamentos e outras ações. Na maioria das vezes, são eles que detectam as necessidades dos usuários e as levam ao conhecimento dos demais membros da equipe de saúde, de acordo com Julião e Weigelt (2011).

A PNAB (BRASIL, 2017), desvaloriza alguns avanços alcançados dentro da ESF, como o trabalho dos ACS, quando só os torna obrigatórios em 100% da área quando forem zonas de risco e vulnerabilidade social. Morosini, Fonseca e Lima (2018) afirmaram que isso faz com que sua presença e a continuidade, com regularidade, das ações por ele desempenhadas estejam em perigo. O ônus recai principalmente sobre as ações educativas e de promoção da saúde, pautadas pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada, que configuram bases importantes para a reestruturação do modelo de atenção à

saúde.

Os homens relatam, em muitas entrevistas, a ida ao hospital antes mesmo da busca da AB, desvalorizando, assim, o serviço próximo à sua casa. A visão hospitalocêntrica é percebida em diversas falas desses usuários. A ESF é uma estratégia de reorientação desse modelo para mudar a visão médico-centrada e focada em hospitais. Na estratégia, o foco da atenção é direcionado à família de um determinado território social, segundo Coelho e Jorge (2009). O programa propõe, ainda, uma mudança na organização do trabalho, que deve ser construído baseado em equipe, visando a práticas mais resolutivas e integrais, tomando, como eixo condutor, o modelo de vigilância à saúde. Na fala dos entrevistados, percebe-se esse discurso voltado para o hospital, que precisa ser desmitificado.

De acordo Moura et al. (2014) e Pereira et al. (2015), o uso dos serviços de saúde pelos homens direciona-se para a assistência a agravos e doenças em que se procura por atendimento, em geral, em situações de extrema emergência e/ou em nível especializado ou de urgência.

2A: Até hoje num fiquei doente pra não procurar, né, atendimento; geralmente, tem que ir no hospital, né. Às vezes que eu adoeci, fui pro hospital.

2D: Sempre a gente vai pro regional (hospital de urgência do município).

2G: Aqui, tem que procurar (auxílio médico) logo é na cidade, né. Vai no hospital, né?

Os homens, com as suas crenças de invulnerabilidades, tendem a adiar, ao máximo, sua busca por cuidado. Tal cenário é reflexo de modelos de masculinidade e da maneira como ocorre a socialização masculina, os quais tendem a afastar os homens das preocupações com autocuidado e, conseqüentemente, da busca dos serviços de saúde. Há, no ambiente familiar, uma marca cultural que não estimula o comportamento masculino de se cuidar, fazendo com que o homem busque serviços de saúde com intercorrências graves. Existe uma exigência, socialmente construída, de que o homem precisa ser forte, adiando tratamentos preventivos (GOMES et al., 2011a). Culturalmente, os homens vistos como corajosos, invulneráveis e protetores são treinados para suportar suas dores (físicas ou emocionais) sem se preocuparem com a saúde.

1F: Quando me adula [insiste] muito é que eu vou pro posto; só quando não tem mais jeito, aí é que eu vou pro posto ou hospital.

2H: Ah, primeiro, pergunto à mulher alguma coisa, informação. Depois, se for último caso, a gente procura, né? Ir pra um hospital, qualquer consultório.

Um homem ainda relatou que questiona a sua mulher sobre informações relativas à sua saúde antes de decidir qual serviço deve procurar. A esposa é uma grande aliada na busca de soluções de saúde dos usuários. Geralmente, ela os leva para os atendimentos, marca suas consultas e cobra a realização de exames periódicos.

No estudo de Arruda, Barreto e Marcon (2015), as esposas fizeram parte da rede de apoio masculina, tendo um papel importante no cuidado com a saúde, mais especificamente ajudando a lembrar do uso de medicamentos ou o dia de consultas.

Há ainda os homens que não procuram nenhum serviço da rede pública de saúde (UBS, centros de média complexidade ou hospitais) e vão direto a médicos particulares, realizando toda sua assistência por meio da Medicina privada, seja por meio de planos de saúde ou de consultas particulares. Algumas empresas fornecem plano de saúde aos seus funcionários. Outros procuram plano de saúde fora da empresa e pagam mensalmente para ter cobertura de serviços ambulatoriais e hospitalares. Três entrevistados (3/20) relataram procurar esses tipos de serviços por terem condições de pagar pelo mesmo; um ainda referiu que a dificuldade no atendimento público é o que o faz procurar esse tipo de serviço.

Para Paim (2004), a Assistência Médica Suplementar atua no sentido de acentuar as desigualdades no consumo de serviços de saúde por meio da mercantilização da doença. Observa-se que a assistência privada não faz promoção e, mesmo em termos de prevenção, é bastante limitada. Não está atenta a problemas de saúde que estão no território e não se tornam uma demanda. Os entrevistados não falam de questões como depressão e alcoolismo, que certamente tendem a ser mais invisíveis para a estrutura privada do que para o enfoque da APS em que a relação com a comunidade tem destaque.

2C: Eu mesmo não procuro o posto, vou diretamente no médico particular. Nunca procuro o posto porque tenho condição de pagar, então, procuro resolver logo pagando porque eu sei que eu vou lá e pago e resolve.

2E: É porque, assim, a unidade, na verdade, a gente paga o plano de saúde, né? Aí, através do plano, a gente faz pelo plano de saúde, né, a maioria das coisas, né?

2I: Geralmente, a gente sempre procura, mas a dificuldade no atendimento é que faz a gente procurar outros meios de cuidar da saúde. Geralmente, sempre é particular. A empresa que eu trabalho sempre manda periodicamente eu ir ao médico.

Em Arapiraca/AL (cidade da pesquisa), há um sindicato de saúde e um centro médico integrados com consultas e exames a preços populares, que dispõem de uma rede mínima de

consultas com especialistas focais e diversos tipos de exames, desde laboratoriais até de imagem, como ressonância magnética, o que facilita o acesso da população a essa Medicina privada.

Para Balestrin e Barros (2009), o modelo médico-assistencial privatista visa apenas ao lucro das empresas médicas, propiciando a capitalização da Medicina e privilegiando a produção privada desses serviços, valorizando a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento da saúde pública, devendo, assim, ser evitado.

5.3 EMOÇÕES E SENTIMENTOS

Muitos homens que participaram do estudo relatavam não buscar o serviço por medo. Na pesquisa de Quirino (2012), alguns argumentos dos entrevistados entrelaçam-se para justificar a falta de cuidados dos homens à própria saúde. Eles atribuem características ao homem em certas atitudes de negligência, entrelaçando-se com alguns motivos para a despreocupação do homem com a saúde e, ao mesmo tempo, pela não busca ao atendimento médico. Tais motivos acabam remetendo a possíveis sentimentos demonstrados pelos homens entrevistados no povoado Laranjal e que os fazem adotar tal postura, tais como a vergonha, o medo e a timidez.

2F: *Às vezes, é medo mesmo de médico, né? [...]. É isso que eu falei, é medo mesmo.*

2H: *Eu sou doente, tenho alergia, era pra ter feito umas consultas sobre essa alergia e eu fico deixando pra lá, acho que é com medo, sei lá.*

No trabalho de Quirino, Medrado e Lyra (2016), encontram-se relatos de reconhecimento de uma unidade de saúde que tem, como diferencial das demais, iniciativas da equipe de trabalhadores (as) que buscam contemplar os homens em seu cotidiano. Dentre estas iniciativas, as mais citadas são: 1) o “grupo de homens”, que consiste na realização de reuniões semanais em espaço extraserviço nas quais homens da comunidade são convidados a discutir temáticas diversas sob a mediação de algum trabalhador de saúde da unidade e orientadas nos princípios da educação popular em saúde e; 2) o “dia do homem”, atividade pontual realizada na própria unidade que tem por objetivo o atendimento exclusivo à população masculina, com o oferecimento de ações habituais do serviço (exames, consultas médicas, vacinação, orientações etc.). Essas estratégias fortalecem a participação dos homens no serviço de saúde e mostram o quanto os profissionais estão preocupados com sua inserção nele. Na UBS campo

desta pesquisa, ainda não há nenhuma estratégia como essa para abraçar a população masculina no serviço, fato que precisa ser revisto por toda a equipe.

Portanto, percebe-se a importância de se analisarem as singularidades da população masculina de cada região, reconhecendo a realidade de cada UBS e a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, para serem montadas estratégias para a inclusão do público masculino, sendo válida a criação de ações de saúde específicas e de melhor adesão, com o objetivo de conscientizar o homem ao autocuidado e a buscar mais pelos serviços de saúde, fazendo da UBS um espaço de acolhimento para o usuário masculino.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nessas discussões, pôde-se observar que os homens não têm trajetórias definidas (itinerários terapêuticos) quando estão doentes. No grupo que frequentou a UBS no último ano, os homens a têm como recurso disponível quando se sentem adoecidos e acreditam que é fornecido acesso nela. Já os homens que não frequentaram o serviço recorrem ao hospital ou ficam em casa e se automedicam. Com isso, pode ocorrer um agravamento dos sintomas, dificultando um atendimento efetivo, que pode acontecer no nível da AB, produzindo uma demanda para as unidades de pronto atendimento ou hospitais.

O interessante foi verificar que eles realizam uma própria classificação de risco e determinam o que seja necessário buscar um serviço de saúde ou o que pode ser resolvido em casa. Uma das hipóteses do estudo era que os homens buscavam alívio por meio de chás, orações ou rezadeiras/benedeiras, mas isso, em nenhum momento, foi citado pelos entrevistados, o que pode ser um erro do estudo ou que essa comunidade não busca mesmo esse tipo de refúgio.

Acreditava-se que aconteciam falhas na UBS em relação ao acesso dos homens, mas alguns entrevistados referem que eles não procuram esse serviço de saúde. É uma questão

cultural de não querer procurar o serviço, o que não impede que os profissionais da UBS busquem alternativas, como irem até a comunidade para conseguir uma maior adesão dos homens nas consultas, e que, assim, não retardem a busca de cuidados.

Foi relatado, nas entrevistas, por um usuário, que já aconteceu a procura, mas o serviço estava lotado, ele teve que esperar muitas horas e ainda foi orientado a retornar no outro dia, pois não teria como ser atendido naquele dia em que ele precisava. Isso afasta ainda mais os homens do serviço. É necessário treinar a equipe do acolhimento para que essas medidas não aconteçam, pois todo o esforço de atração do homem para se cuidar na UBS pode ser esvaír.

A única estratégia observada na UBS é o Novembro Azul, que já é uma campanha instituída nacionalmente para chamamento dos homens a atividades de prevenção, que deve ser transformada no rastreamento de câncer de próstata, para uma ação que vise à integralidade da saúde dos homens.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A. L. et al. Estudos brasileiros sobre automedicação: uma análise da literatura. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v. 96, n. 2, p. 1178-1201, 2015. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/699--Estudos-brasileiros-sobre-automedicacao-uma-analise-da-literatura---Formatado---Review-1178---1201.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.
- ARRUDA, G. O.; BARRETO, M. S.; MARCON, S. S. Percepção de homens adultos sobre suas práticas preventivas e redes de apoio em saúde. **Revista RENE**, v. 16, n. 3, p. 363-373, Maio/Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00429.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2019.
- BALESTRIN, M. F.; BARROS, S. A. B. M. A relação entre concepção do processo saúde e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. **Voos Revista Polidisciplinar eletrônica da Faculdade Guairacá**, Guarapuava, v. 1, p. 18-41, Jul. 2009. Disponível em: http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/view/17/02_Vol1_VOOS2009_CS. Acesso em: 24 jan. 2019.
- BASTOS, G. A. N. et al. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 475-484, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2332.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.
- BASTOS, G. A. N.; FASOLO, L. R. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 114-124, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0114.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

BATISTA, S. R.; ALMEIDA, M. M.; TRINDADE, T. G. Medicina de Família e Comunidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil: Potencialidades e desafios. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 313-336.

BENTO, B. **Homem não tece a dor: queixas e perplexidades masculinas**. 2. ed. Natal: UFRN, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 19 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Perfil da Situação de Saúde do Homem no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Perfil-da-Situa---o-de-Sa--de-do-Homem-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 23 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 12 mar. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábuas completas de mortalidade: o que é?**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 25 mar. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. Alagoas. **Arapiraca. População**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/arapiraca>. Acesso em: 19 maio 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Alagoas. **Arapiraca**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/arapiraca>. Acesso em: 25 jan. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 25 mar. 2019.

BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A.; MACIEL, P. S. O. Olhar masculino acerca do atendimento na Estratégia Saúde da Família. **Revista RENE**, Fortaleza, v, 41, n. 4, p. 135-142, Out./Dez. 2010; 41(4):135-142. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4635/3463>. Acesso em: 18 jan. 2019.

BURILLE, A. **Itinerários Terapêuticos de Homes em Situação de Adoecimento Crônico: (des) Conexões com o Cuidado e Arranhaduras da Masculinidade**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/49719>. Acesso em: 12 mar. 2019.

BURILLE, A.; GERHARDT, T. E. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 664-676, Abr./Jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0664.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2019.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>. Acesso em: 29 maio 2019.

CARNEIRO, L. M. R. et al. Atenção Integral à Saúde do Homem: um desafio na atenção básica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 4, p. 554-563, Out./Dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5301/pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

CARVALHO, M. G.; SANTOS, L. L. P. O Controle Social na Efetivação das Políticas Públicas com ênfase na Assistência Social. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Jaboatão dos Guararapes, v. 12, n. 41, p. 760-773, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1255/1835>. Acesso em: 16 abr. 2019.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. supl. 1, p. 1523-1531, Set./Out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a

partir da perspectiva de gênero. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, Abr./Jun. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a03v14n33.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.

CRUZ, P. J. S. C.; BRUTSCHER, V. J. Participação Popular e Atenção Primária à Saúde no Brasil: fundamentos, desafios e caminhos de construção. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 231-264.

DAVID, H. M. S. L. et al. O Enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 337-367.

DAWALIBI, N. W. et al. Índice de desenvolvimento humano e qualidade de vida de idosos frequentadores de universidades abertas para a terceira idade. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 496-505, Maio/Ago. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n2/a25v26n2.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2019.

DOMINGUES, P. H. F. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação em adultos no Distrito Federal: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 319-330, Abr./Jun. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/2237-9622-ress-26-02-00319.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2019.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt>. Acesso em: 12 mar. 2019.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, Jan./Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2019.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L.B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 935-944, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a25v16s1.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2019.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, Maio/Jun. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. Porta de entrada pela atenção

básica? Integração do PSF à rede. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, 2003. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/353183>. Acesso em: 26 abr. 2019.

GOMES, R. et al. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 113-128, 2011a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a06.pdf>. Acesso em: 12 maio 2019.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. supl. 1, p. 983-992, 2011b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a30v16s1.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. O uso do território na Atenção Primária à Saúde. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 143-175.

JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 1, n. 2, p. 144-152, Maio./Ago. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2400/1743>. Acesso em: 12 mar. 2019.

MACHADO, M. F.; RIBEIRO, M. A. T. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 343-356, Abr./Jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2912.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2019.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

MATOS, M. Gênero (verbetes). In: FLEURY-TEIXEIRA, E. M.; MENEGHEL, S. N. (org.). **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

MELO, E.; MIRANDA, L. Apoio Matricial na Atenção Básica e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família: das concepções e políticas aos desafios no cotidiano. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 425-449.

MENDONÇA, C. S. et al. A utilização do indicador internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 527-568.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 109.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São

Paulo: Hucitec, 2000.

MORENO, A. B. Muito Além do Básico: as bases de dados em saúde e a Atenção Básica à saúde no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 265-289.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan./Mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Configurações do Trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018a. p. 369-405.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 261-274, set. 2018b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0261.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

MOURA, E. C. et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00429.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2019.

MOURA, E. C.; LIMA, A. M. P.; URDANETA M. Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2597-2606, Out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/09.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2019.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. esp., p. 158-164, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2019.

OLIVEIRA, M. M. et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 273-278, Jan. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00273.pdf. Acesso em: 16 dez. 2018.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 15-44. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Saude.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2019.

PALODETO, M. F. T.; FISCHER, M. L. Representação da medicação sob a perspectiva da bioética. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 252-267, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n1/1984-0470-sausoc-27-01-252.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2019.

PEREIRA, M. C. A.; BARROS, J. P. P. Públicos masculinos na estratégia de saúde da Família: estudo qualitativo em Parnaíba-PI. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p. 587-598, Set./Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n3/1807-0310-psoc-27-03-00587.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2019.

PEREIRA, M. M. M. et al. Saúde do homem na atenção básica: análise acerca do perfil e agravos à saúde. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 1, n. 9, p. 440-447, Jan. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10357/11079>. Acesso em: 16 mar. 2019.

PRADO, M. A. M. B. et al. Uso de medicamentos prescritos e automedicação em homens. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 594-608, Jul./Set., 2016; 19(3): 594-608. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n3/1980-5497-rbepid-19-03-00594.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

PREFEITURA DE ARAPIRACA. Secretaria e Órgãos. **Secretaria Municipal de Saúde**. Arapiraca: Prefeitura de Arapiraca, 2018. Disponível em: <http://web.arapiraca.al.gov.br/secretarias-e-orgaos/secretaria-municipal-de-saude/>. Acesso em: 15 dez. 2018.

QUIRINO, T. R. L. **A produção de cuidados no cotidiano de um serviço de atenção à saúde do homem**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/11217>. Acesso em: 29 abr. 2019.

QUIRINO, T.; MEDRADO, B.; LYRA, J. Atenção em saúde aos homens no cotidiano da atenção básica: diálogos com usuários e profissionais. **Athenea Digital**, Bellaterra, v. 16, n. 3, p. 481-506, Nov. 2016. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v16-n3-quirino-medrado-lyra/2023-pdf-pt>. Acesso em: 29 mar. 2019.

ROSO, A. **Crítica e dialogicidade em Psicologia Social**. Santa Maria: UFSM, 2017.

TEMPORÃO, J. G. **Discurso de posse do Dr. José Gomes Temporão no cargo de Ministro da Saúde em 19 de março de 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq5068.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2019.

VIEIRA, K. L. D. et al. Atendimento da População Masculina em Unidade Básica de Saúde da Família: Motivos Para a (não) Procura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 120-127, Jan./Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/17.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa **TRAJETÓRIAS DE HOMENS EM BUSCA DO CUIDADO EM SAÚDE: DESAFIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA**, das pesquisadoras Maria Deysiane Porto Araújo e Angélica Ferreira Fonseca. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação à sua participação neste projeto:

1. O estudo destina-se a analisar os itinerários terapêuticos de homens moradores do povoado Laranjal situado em Arapiraca/AL;
2. A importância deste estudo é a de entender a relação dos homens com a Unidade Básica de Saúde localizada no sítio Laranjal e o que se pode fazer para melhorá-la, assim como outras similares;
3. O resultado que se deseja alcançar é: fomentar a melhoria na atenção à saúde dos homens do sítio Laranjal;
4. A coleta de dados começará em janeiro de 2019 e terminará em fevereiro de 2019;
5. O estudo será feito da seguinte maneira: por meio da realização de entrevistas com 20 homens, entre 20 a 59 anos, sendo dez que utilizaram os serviços de saúde nos últimos 12 meses e dez que não utilizaram os serviços de saúde no mesmo período de tempo;
6. A sua participação será na seguinte etapa: entrevistas semiestruturadas;
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: a pesquisa não promoverá nenhum tipo de risco biofísico ou mental aos participantes. Contudo, alguns incômodos, como o cansaço e o sentimento de vergonha, poderão surgir no decorrer das entrevistas. Para tanto, contar-se-á com o suporte do Serviço de Psicologia da UFAL/Campus Arapiraca;

8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente, são: auxiliar na compreensão dos itinerários terapêuticos dos homens nos serviços de saúde;
9. Você poderá contar com a seguinte assistência: Serviço de Psicologia Aplicada da UFAL/Campus Arapiraca;
10. Você será informado do resultado final do projeto e, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
11. A qualquer momento, você poderá recusar-se a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo;
12. As informações conseguidas por meio da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização;
13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você;
14. Você será indenizado por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal);
15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada por todos.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e, para isso, eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE, PARA ISSO, EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do (s) (a) (s) responsável (is) pela pesquisa:
 Instituição: Universidade Federal de Alagoas – Curso de Medicina/Campus Arapiraca
 Endereço: Avenida Manoel Severino Barbosa, s/n, Bom Sucesso
 Complemento:
 Cidade/CEP: Arapiraca – AL/ 57309-005
 Telefone: (82) 3482-1843
 Ponto de referência: campus da UFAL

Contato de urgência: Sr. (a) Maria Deysiane Porto Araujo
 Endereço: Campus UFAL/Arapiraca. Avenida Manoel Severino Barbosa, s/n, Bom Sucesso
 Complemento: Cidade/CEP: Arapiraca – AL/ 57309-005
 Telefone: (82) 3482-1843
 Ponto de referência: Coordenação do Curso de Medicina da UFAL Arapiraca

ATENÇÃO

O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa (número do parecer: 3.099.334). Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa e/ou informar sobre ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:
 Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
 Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
 Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8h às 12h.
 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Arapiraca (AL), _____ de _____ de _____ .

<hr/> <p>Assinatura ou impressão datiloscópica do voluntário ou responsável legal e rubricar as demais folhas</p>	<hr/> <p>Nome e assinatura do pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)</p>
---	--

APÊNDICE B - Roteiro para entrevista 1

Sujeitos pesquisados: homens moradores do povoado Laranjal que utilizaram o serviço nos últimos 12 meses.

Nome:

Idade:

Telefone de contato:

Ocupação:

Tempo em que reside na comunidade:

- 1) Ao perceber-se doente, qual o caminho que o senhor percorre em busca por cuidado? Conte-me sua trajetória.
- 2) Se não busca por cuidado ao sentir-se adoecido, qual a motivação que o leva a não buscar?
- 3) A Unidade Básica de Saúde do seu território fornece acesso ao senhor quando se encontra adoecido?
- 4) Em sua opinião, quais doenças necessitam de um maior cuidado que o mobilize a sair do seu domicílio e qual doença o senhor resolve sem procurar ajuda?
- 5) O senhor busca a prevenção de doenças? A UBS o ajuda nesses aspectos?
- 6) O senhor gostaria de contar algo mais sobre sua trajetória em busca de cuidado?
- 7) Como foi o cuidado ofertado na UBS na sua última visita? Retornaria para a mesma caso fosse necessário?

APÊNDICE C - Roteiro para entrevista 2

Sujeitos pesquisados: homens moradores do povoado Laranjal que não utilizaram o serviço de saúde no último ano.

Nome:

Idade:

Telefone de contato:

Ocupação:

Tempo em que reside na comunidade:

- 1) Ao perceber-se doente, qual o caminho que o senhor percorre em busca por cuidado? Conte-me sua trajetória.
- 2) Se não busca por cuidado ao sentir-se adoecido, qual a motivação que o leva a não buscar?
- 3) A Unidade Básica de Saúde do seu território fornece acesso ao senhor quando se encontra adoecido?
- 4) Em sua opinião, quais doenças necessitam de um maior cuidado que o mobilize a sair do seu domicílio e qual doença o senhor resolve sem procurar ajuda?
- 5) O senhor busca a prevenção de doenças? A UBS o ajuda nesses aspectos?
- 6) O senhor gostaria de contar algo mais sobre sua trajetória em busca de cuidado?
- 7) Por que o senhor nunca procurou a UBS para cuidar da sua saúde?

