



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Experiências de homens em busca de cuidado  
Na Unidade Básica de Saúde da Pedreira em Belém/Pará**

DOROTÉA ALBUQUERQUE DE CRISTO

Belém, 2014

DOROTÉA ALBUQUERQUE DE CRISTO

**Experiências de homens em busca de cuidado  
Na Unidade Básica de Saúde da Pedreira em Belém/Pará**

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Federal do Pará, como  
requisito para a obtenção do título de  
Mestre em Psicologia Clínica e Social.

Linha de Pesquisa: Psicologia, Sociedade  
e Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adelma Pimentel

Belém, 2014

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

Cristo, Dorotéa Albuquerque de, 1967-

Experiências de homens em busca de cuidado na Unidade Básica de Saúde da Pedreira em Belém/Pará / Dorotéa Albuquerque de Cristo. - 2014.

Orientador: Adelma do Socorro Gonçalves Pimentel.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2014.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Homens Aspectos da saúde Belém (PA). 3. Cuidados médicos ambulatoriais Belém (PA). 4. Saúde pública Belém (PA). I. Título.

CDD 22. ed. 362.1098115

DOROTÉA ALBUQUERQUE DE CRISTO

**Experiências de homens em busca de cuidado  
Na Unidade Básica de Saúde da Pedreira em Belém/Pará**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia, Sociedade e Saúde.

Conceito: \_\_\_\_\_

Aprovado em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Adelma do Socorro Gonçalves Pimentel (UFPA) - Orientadora

---

Prof. Dr. Luiz Alfredo Lilienthal (IGSP) - Membro

---

Profa. Dra. Airle Miranda de Souza (UFPA) – Membro

---

Profa. Dra. Ivany Pinto Nascimento (UFPA) - Suplente

Aos meus pais, Laércio e Ivanosk, pelo amor, apoio e confiança incondicionais.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço de modo especial à minha orientadora, Dra. Adelma Pimentel, pela incansável orientação científica e pela paciência em escutar minhas inúmeras inquietações. A ela, pela amizade, competência e carinho, devo esta dissertação.

À diretora da UBS Pedreira, Socorro Cavalcante, pelo imenso apoio e auxílio que tornaram possível a realização deste estudo.

Agradeço aos servidores públicos da Unidade Básica de Saúde da Pedreira, pela atenção com que sempre me receberam durante a realização da pesquisa. Num momento pouco favorável ao SUS, no qual muitos não trabalham com satisfação por conta dos salários precários e pela falta de condições estruturais, em que a mídia procura denegrir o serviço público brasileiro. Num período em que os servidores não contam com o reconhecimento social pelos seus esforços, é muito gratificante encontrar pessoas que permanecem comprometidas, entendendo a importância do seu trabalho para essa população carente, sobretudo num país com tantas misérias, como o nosso.

Aos usuários que participaram desta pesquisa, pois nenhuma dessas páginas estaria completa sem eles.

À equipe de mestrandos e do NUFEN, que representaram um grande diferencial, uma oportunidade única e privilegiada para a troca de conhecimento.

Aos amigos e amigas da Universidade da Amazônia, pelo carinho e apoio. Em especial à Elizabete Ribeiro, amiga e grande incentivadora.

Aos meus familiares que sempre me deram amor, força e apoio em todos os meus projetos, a meus queridos e amados pais Laércio de Cristo e Ivanosk de Cristo, sempre ao meu lado, a vocês, minha eterna gratidão! Às minhas queridas irmãs e irmãos, Ana Cristina Vizeu, Márcia Silva, Sônia Aderneira, Solange de Cristo, Laércio Júnior e Adriano de Cristo, agradeço o companheirismo e os momentos de aprendizagem. Com todos compartilho a alegria de mais uma etapa vencida.

Agradecimento muito especial aos meus queridos sobrinhos, Ana Beatriz, Ana Clara, Ana Maria, Cristelli Cristo, Laércio Neto, Marcelo e Joaquim, presenças constantes e alegres. Minha gratidão a essas pessoinhas tão queridas. Para vocês, meu amor incondicional!

**José**

E agora, José?  
A festa acabou,  
a luz apagou,  
o povo sumiu,  
a noite esfriou,

e agora, José?  
e agora, você?  
você que é sem nome,  
que zomba dos outros,  
você que faz versos,  
que ama, protesta?

e agora, José?

Está sem mulher,  
está sem carinho,  
está sem discurso,  
já não pode beber,  
já não pode fumar,  
cuspir já não pode,  
a noite esfriou,  
o dia não veio,  
o bonde não veio,  
o riso não veio,  
não veio a utopia  
e tudo acabou  
e tudo fugiu  
e tudo mofou,  
e agora, José?

Sua doce palavra,  
seu instante de febre,  
sua gula e jejum,  
sua biblioteca,  
sua lavra de ouro,  
seu terno de vidro,  
sua incoerência,  
seu ódio – e agora?

Com a chave na mão  
quer abrir a porta,  
não existe porta;  
quer morrer no mar,  
mas o mar secou;  
quer ir para Minas,  
Minas não há mais.  
José, e agora?

Se você gritasse,  
se você gemesse  
se você tocasse  
a valsa vienense,  
se você dormisse,  
se você cansasse,  
se você morresse...  
Mas você não morre,  
você é duro, José!

Sozinho no escuro  
qual bicho-do-mato,  
sem teogonia,  
sem parede nua  
para se enconstar,  
sem cavalo preto  
que fuja a galope  
você marcha, José!  
José, para onde?

(Carlos Drummond de Andrade)

## RESUMO

**Cristo, D.A. (2014).** Experiências de homens em busca de cuidado na Unidade Básica de Saúde da Pedreira em Belém/Pará. f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Belém.

Este estudo investigou as percepções de homens, de 19 a 59 anos, acerca de sua saúde, a partir da reflexão sobre os cuidados recebidos na Unidade Básica de Saúde da Pedreira. Através de abordagem qualitativa, de enfoque fenomenológico- hermenêutico, o trabalho priorizou compreender a experiência relacional sobre saúde e atendimentos. Os sujeitos foram 10 homens, atendidos no setor da clínica médica. Foram realizadas entrevistas semidirigidas e gravadas em áudio que, após transcrição, foram transformadas em textos e analisadas, considerando atos e funções de linguagem. Os resultados mostraram que entre os motivos da procura de atendimentos clínicos na UBS estão: os agravos; a recomendação de atendimento por esposa. Quanto à percepção do serviço, a UBS Pedreira é apreendida como eficaz por atender suas demandas médicas. Também foram apontados determinados fatores de entrave para a saúde: 1) referente ao atendimento: demora nos procedimentos da Unidade; 2) alusivos às práticas pessoais: o descuido com a própria saúde antes da instalação dos sintomas, o desgaste com o trabalho e a responsabilidade com os filhos. Concluímos que tais resultados corroboram, em parte, o que apontam as pesquisas do Ministério da Saúde para nortear a elaboração da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, ou seja, que a ausência dos homens na Atenção Primária se deve à cultura que ainda impera na sociedade brasileira, e alude que os homens se sintam invulneráveis, sem necessitarem de cuidados. A discordância dos achados da pesquisa se dá no desvelamento que os informantes demonstraram ao expressarem receio de ter contato com sua vulnerabilidade, que chega a reconhecer, porém evitam abordá-la até o limite da fronteira de contato com a saúde.

**Palavras-chave:** Homens, Saúde, Atenção Primária, pesquisa qualitativa, fenomenologia.

## ABSTRACT

**Christ, D.A. (2014).** Experiences of men in search of care in basic health Unit of the quarry in chotomow. f. dissertation (maester) – Federal University of Pará in Belém

This study investigated the perceptions of men, from 19 to 59 years, about your health, from the reflection on the care received in basic health Unit of the quarry. Through a qualitative approach, phenomenological approach-hermeneutic, work prioritized understand the relational experience on health and care. The subject foram10 men, met in the clinical sector. The data collection interviews were conducted and recorded on audio, after transcription, were transformed into text and analyzed, considering acts and language functions. The results showed that among the reasons for searching for clinical care at UBS are: the compounded; the recommendation service for wife. As regards the perception of the service, the UBS quarry is seized as effective by medical meet their demands. Were also singled out certain hindrance factors for health: 1) concerning attendance: delay in the procedures of the unit; 2) depicting personal practices: the carelessness with the own health prior to installation of symptoms, wear with the work and the responsibility with the children. We conclude that these results corroborated, in part, that link research from the Ministry of health to guide the elaboration of Integral Attention to health policy, namely, that the absence of men in primary care is due to the machismo that still reigns in Brazilian society, and alludes that men feel invulnerable, without the need of care. The disagreement of the findings of the research takes place at the unveiling that informants have demonstrated to express fear of contact with their vulnerability, which comes to recognize, but avoid approach her to the edge of the border of contact with the health

**Keywords :** Men, health, primary care, qualitative research, phenomenology.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**APS-** Atenção Primária à Saúde

**CAPS-** Centro de Atenção Psicossocial

**CEO-** Centro de Especialidade Odontológica

**CRP10-** Conselho Regional de Psicologia 10ª Região

**DATASUS-** Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

**ESF-** Estratégia Saúde da Família

**HIPERDIA-** Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IPEA-** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

**IDHM-** Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

**INAMPS-** Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**LGBT-** Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

**NOB-** Norma Operacional Básica

**NUFEN-** Núcleo Fenomenológico de Pesquisas e Práticas Clínicas

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**OPAS-** Organização Pan-Americana da Saúde

**PNUDS-** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

**PNAD-** Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

**SBU-** Sociedade Brasileira de Urologia

**SESPA** – Secretaria Executiva de Saúde Pública do Estado de Pará

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UNICEF**- Fundo das Nações Unidas para a Infância

**TABELA**

Tabela 1. Proporção da população adulta exposta a fatores de risco seccionados em algumas capitais brasileiras- 2010

## SUMÁRIO GERAL

Resumo

Abstract

Lista de Siglas e Abreviaturas

Lista de Figuras

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1. O SUS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE</b> .....	22
1.1. O Sistema Único de Saúde.....	22
1.2. A Atenção à Saúde em Belém.....	30
1.3. A Unidade Básica de Saúde da Pedreira .....	34
<b>2. A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO</b> .....	37
<b>3. REFERENCIAL METODOLÓGICO</b> .....	54
3.1. Tipo de estudo .....	54
3.2. Local e sujeitos do estudo .....	56
3.3. Levantamento, registro e análise dos resultados .....	58
3.3.1. Conhecendo a realidade e delimitando o problema de estudo.....	58
3.3.2. Conhecendo e compreendendo a realidade.....	59
3.3.3. Realização das entrevistas.....	59
3.3.4. Registro e fase inicial da análise .....	60
3.3.5. Análise final dos resultados.....	61
3.4. Dificuldades no processo da pesquisa .....	62
<b>4. PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE SUAS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO E DO ATENDIMENTO PRESTADO NA UNIDADE DE SAÚDE DA PEDREIRA</b> .....	63
4.1. Percepções sobre necessidades de saúde .....	64
4.2. Percepções sobre o atendimento da UBS Pedreira .....	67
4.3. Percepções sobre práticas de autocuidado.....	72
4.4. Percepções sobre a importância da Atenção Primária para sua saúde ..	80
<b>5. REFLEXÕES FINAIS</b> .....	85
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	93
<b>ANEXOS</b> .....	99

## INTRODUÇÃO

Minha trajetória inicial como psicóloga que atuou em serviço público de Saúde Mental me levou a questionar, informalmente, os modos com que as relações interpessoais entre equipe de saúde e usuários eram constituídas. Este foi o início da inquietação para ingressar no Mestrado em Psicologia e mergulhar no processo de compor a questão da pesquisa nesta dissertação. Assim, construí o projeto da pesquisa cujo contexto foi um dos serviços de saúde desenvolvido na Unidade de Atenção Básica da Pedreira, município de Belém.

Durante seis anos, atuei em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e percebi, nesse espaço, um grande avanço em relação à participação e o envolvimento do usuário com sofrimento mental no seu tratamento, isto é, aqueles que expressavam estabilidade no seu quadro de sintomas eram inseridos na construção do seu projeto terapêutico, juntamente com a equipe. Dessa forma, assumiam corresponsabilidade pela sua terapêutica e aderiam com muito mais espontaneidade ao projeto.

No CAPS, estive à frente de um grupo de terapia composto por 10 homens. Todos diagnosticados como portadores de transtornos mentais e que possuíam histórico de práticas de violência (urbana ou doméstica). O grupo foi criado para atender uma demanda crescente de homens, que não tinham inserção em outros grupos devido ao seu histórico.

Os demais usuários eram vítimas de violência e, assim como vários trabalhadores do serviço, não aceitavam com facilidade aqueles usuários e os mesmos ficavam muito tempo em acompanhamento psicológico e psiquiátrico individual, sem poder usufruir de outros recursos do Centro. Com o aumento da demanda e o número insuficiente de

profissionais da Psicologia,<sup>1</sup> a fila de espera foi crescendo e a estratégia foi criar um grupo que pudesse reunir usuários com esse histórico.

Esta experiência nos permitiu compreender que as intervenções psicológicas individuais não davam conta de reduzir o sofrimento daqueles sujeitos. Assim, a criação do grupo psicoterapêutico reuniu os usuários que puderam compartilhar com os demais e com a profissional da Psicologia suas angústias, seus pensamentos e os significados pessoais das questões abordadas em uma escuta especializada sem julgamentos, o que favoreceu a reflexão conjunta e possibilitou a ressignificação das vivências de violência.

Também a escuta empática contribuiu na atuação facilitadora com relação à compreensão dos sentidos apresentados, assim como favoreceu a autenticidade na relação e a aceitação do grupo enquanto um sistema organizado em que cada participante era visto como pessoa também em busca de crescimento. A segurança dessa relação de aceitação facilitou a emergência dos significados, inclusive dos conteúdos psicóticos (delírios e alucinações) e a possibilidade de transformação.

Nesse processo, as experiências de violência se apresentaram da forma como eram percebidas pelos usuários: muitas vezes negadas ou mesmo distorcidas, possibilitando a simbolização das mesmas e a oportunidade de atribuir novos significados às suas vivências. As relações construídas no grupo se sobrepuseram à sintomatologia.

Dentro de uma relação de facilitação, o poder adquiriu nova configuração: de fluxo, isto é, transitando da pessoa com sofrimento mental e de suas necessidades para a equipe que a acompanhava, e vice-versa, compartilhando o poder, a responsabilidade

---

<sup>1</sup> Um profissional por turno.

e as tomadas de decisão. Em seis anos, vários usuários passaram pelo grupo. Uns saíam após alta e novos integrantes passavam a usufruir do atendimento.

A conjuntura institucional da Secretaria de Saúde determinou minha transferência e a assunção das funções de Psicóloga na Unidade Básica do bairro da Pedreira. A minha saída do CAPS conduziu a transferência do grupo ao encargo de outros profissionais.

Refletindo acerca do histórico de atendimentos aos usuários em saúde mental em nossa sociedade, pode-se constatar que os CAPS são instituições de saúde mental, mas também espaços políticos, que oferecem novos significados para a existência dos sujeitos que viveram anos de exclusão social. Na instituição em que atuei, os profissionais dialogavam entre si e favoreciam a participação do usuário nas assembleias de usuários e conselhos dentro do serviço.

Ao iniciar minha prática psicológica na Unidade Básica de Saúde da Pedreira, após o primeiro mês de atuação, pude perceber algumas características da dinâmica da equipe de saúde: os profissionais trabalhavam de forma isolada dos demais; os usuários se apresentavam de modo passivo ante o cotidiano do serviço. Tais observações sugeriam que a atenção à saúde estava sendo exercida de forma muito afastada das premissas preconizadas pelo SUS.

As percepções iniciais foram transformadas em inquietações e objeto de pesquisa. Assim, os homens que recorriam aos serviços da Unidade Básica de Saúde da Pedreira (UBS) passaram a ser sujeitos desta pesquisa de mestrado em Psicologia.

A experiência masculina de autocuidado e a busca dos homens pelos serviços oferecidos na UBS foi o objeto da pesquisa de orientação qualitativa e enredo fenomenológico hermenêutico. Portanto, ao situar o autocuidado e a procura do serviço,

dialogamos com os elementos que estão à sombra: o autodescuido e as ausências da procura pelos serviços da UBS.

As motivações para o estudo foram:

a) inserção no debate sobre a condição masculina contemporânea que o Núcleo Fenomenológico de Pesquisas e Práticas Clínicas (NUFEN) realiza;

b) ter presidido o Conselho Regional de Psicologia Pará e Amapá - 10ª Região (CRP10) no período de 2007 a 2013, e, através do Grupo de Trabalho Gênero e Diversidade Sexual, refletir sobre as concepções de masculinidades;

c) integrar a equipe de saúde da UBS-Pedreira que deveria implantar o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, proposta que o Ministério da Saúde vem realizando em torno da temática. (Brasil, 2008a)

Ao considerar as políticas e as legislações que o Ministério da Saúde recomenda aos serviços públicos básicos para a saúde dos homens, visando acolher e fazer com que se sintam integrantes dos serviços, identificamos a ausência de uma concepção do sujeito a quem as diretrizes são dirigidas. Nesta perspectiva, adotamos na dissertação a inclusão dos discursos dos usuários da UBS-Pedreira, destacando que é indispensável identificar a forma de pensar a saúde dos homens para empreender a autonomia e a corresponsabilidade<sup>2</sup> pela promoção e garantia de sua saúde.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei 8.080 (Brasil, 1990a), possibilitou ao Estado Brasileiro elaborar princípios e estabelecer serviços que priorizem o atendimento integral à saúde e à prevenção. Nesta lógica, o conceito de saúde foi definido de forma mais abrangente para constituir as políticas públicas: “Saúde é resultante das condições de alimentação, habitação; educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acessos aos serviços de

---

<sup>2</sup> Qualidade de quem é responsável juntamente com outra ou outras pessoas. [www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/co-responsabilidade](http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/co-responsabilidade)

saúde, é assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social. (Brasil, 1988b)

Além da definição ampla da saúde, o MS elaborou a política para saúde denominada clínica ampliada: uma proposição que se refere ao desenvolvimento pelos profissionais de saúde da capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar a compreensão delas, de forma que a doença não as impeça de viverem outras coisas na sua vida. (Brasil, 2009).

Tal política enseja viabilizar o processo de humanização das práticas interpessoais e institucionais através da vinculação do psicólogo e do assistente social às equipes de saúde pública, nos âmbitos estadual e municipal, e pelo reconhecimento da subjetividade e da autonomia dos sujeitos como elemento de saúde. (Brasil, 2009)

As formas como as pessoas se relacionam com outros e com o contexto, os valores nos quais acreditam, o que é aceito ou tolerado por um dado sujeito, em uma dada comunidade, são fundamentais para pensarmos esse nosso papel de agenciadores e de potencializadores de processos de mudança, de novas leituras sobre si mesmos e sobre o mundo nas comunidades. (Campos e Campos, 2009, p.685)

Definidas pelo MS como porta de entrada da saúde, as Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>3</sup> precisam estar próximas da comunidade e de sua realidade. Dentro dos princípios gerais da política nacional, a Atenção Básica de Saúde deve considerar a singularidade do sujeito, na complexidade, na integralidade e

---

<sup>3</sup> A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011b) considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como termos equivalentes e inclui todos os tipos de unidades que realizam ações de atenção básica (unidades de saúde da família, postos de saúde, centros de saúde, clínicas da família e equivalentes).

na inserção sociocultural, buscando promover, prevenir e tratar sua saúde, reduzindo danos e sofrimentos. (Brasil, 2011b)

Sobre o objeto desta pesquisa, algumas causas são apontadas na literatura da área, que explicam o afastamento dos homens da procura dos serviços de saúde em geral. De acordo com Pereira (2004), a relação entre os profissionais de saúde e usuários é um dos motivos do afastamento, isto é, quando o usuário, em resposta a uma demanda, recebe uma informação fragmentada ou confusa ou lhe é negado o esclarecimento, possivelmente haverá o distanciamento.

Uma informação fragmentada é aquela dada pelo profissional, mas em linguagem inacessível, com abuso de termos do jargão técnico e profissional; enquanto, na informação confusa, o profissional fornece a informação de um jeito que não contribui para a formação de uma ideia coerente para o usuário que ouve. (Pereira, 2004)

Podemos supor que no plano ideal as condições legais para a procura dos homens aos serviços de saúde estão asseguradas, entretanto, na dimensão da realidade cotidiana, estrutura, equipe, etc, a literatura aponta divergência (Pereira, 2004, Brasil, 2008a). A pesquisa permitiu também verificar a percepção que os homens que procuram a Atenção Primária têm do atendimento que receberam na Unidade Básica de Saúde do bairro da Pedreira.

A relevância social do estudo engloba, portanto, a possibilidade de fornecer subsídios para o conhecimento dos processos de subjetivação masculinos, já que identificamos algumas percepções, sentimentos e as estratégias para lidar com os vínculos que os mantêm usuários da UBS-Pedreira.

A estrutura da dissertação é composta em cinco capítulos.

O primeiro capítulo contempla um apanhado histórico das transformações ocorridas na saúde pública no Brasil a partir da Reforma Sanitária e criação do SUS - na Constituição de 1988 - que objetivou instituir a intervenção em saúde descentralizada e exercida com controle social, incluindo o sujeito como protagonista; a Política de Humanização do SUS e aspectos da saúde na região amazônica e paraense, com estatísticas recentes do Censo demográfico de 2010 e Ministério da Saúde, que traçam um perfil da saúde no Pará com especial destaque para Belém nos dias atuais. Encerrando o capítulo situaram-se, o bairro da Pedreira e as características da UBS.

O segundo capítulo versa sobre a importância da Atenção Primária para a saúde do homem, conceituando Atenção Primária e seus objetivos, destacando a prioridade na prevenção de doenças e agravos e na promoção de saúde do homem e da população em geral. Destaca-se a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem, em 2008 pelo Ministério da Saúde, que aponta pesquisas que incluem as masculinidades como fator determinante para a falta do cuidado do homem com sua saúde e, conseqüentemente, sua ausência da Atenção Básica.

No terceiro, apresentamos o delineamento do processo investigativo: apontamentos sobre o método fenomenológico; na sequência, a apresentação do contexto, o perfil dos usuários e a proposta metodológica, caracterizando as quatro etapas do processo: levantamento, registro e análise dos resultados e as dificuldades no processo da pesquisa.

O quarto capítulo aborda as percepções dos usuários sobre suas práticas de autocuidado e do atendimento prestado na Unidade de Saúde da Pedreira. Nele, o destaque é para a análise dos resultados a partir dos diálogos com os participantes da pesquisa.

Os dados apresentados nos permitiram refletir sobre os significados que os usuários atribuem ao papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e sua concepção de autocuidado. A análise foi dividida em quatro categorias: Percepções dos usuários sobre: 1) necessidades de saúde; 2) o atendimento prestado na Unidade de Saúde da Pedreira; 3) práticas de autocuidado; 4) importância da Atenção Primária para sua saúde.

No quinto capítulo, apresentamos: algumas reflexões e diálogo com os autores que fundamentaram a base teórica, questões que surgiram após a análise dos resultados e que consideramos bastante relevantes para a compreensão do fenômeno.

## 1. O SUS E AS POLITICAS DE SAÚDE

### 1.1. O Sistema Único de Saúde

A política pública de saúde vigente no Brasil nas décadas de 80 e 90 do século XX foi desenhada ainda no período que antecedeu a instalação da “Nova República”. Este momento foi forjado por intensos debates e contribuições que visavam lançar as bases da política de saúde para o governo de transição, centrados nas inquietações e proposições em relação à realidade sanitária brasileira.

O movimento social em torno da Reforma Sanitária, como ressalta Bravo (1996), propunha como bandeira de luta a implementação de um sistema único de saúde, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado suplementar àquele, sob controle público e descentralizado. O que estava em pauta era a universalidade da atenção à saúde, superando-se a histórica dicotomia entre assistência médica individual e ações coletivas de saúde. A estratégia para se conquistar a saúde como um direito consistia, ainda, segundo a mesma autora, na descentralização do sistema de saúde.

O marco para a discussão da questão social vinculada à saúde no Brasil, nesse período, ocorreu com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, que, pela primeira vez, contou com a participação dos usuários dos serviços de saúde. O relatório final da Conferência foi divulgado amplamente entre os participantes e delegados. (Bravo, 2006)

Os avanços na perspectiva de acumular forças para a efetivação da Reforma Sanitária, segundo Bravo (1996), estavam assentados na reformulação

do conceito de saúde e na proposição de reestruturação do setor com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), de tal forma que representasse a construção de um novo arcabouço institucional, separando a Saúde da Previdência.

Conforme Bravo (2006), da década de 30 até a década de 80, a saúde no Brasil estava organizada em dois setores: da saúde pública, que centralizou suas ações na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, de forma restrita às do campo, num período que ainda era assolado por epidemias, e da medicina previdenciária, restrita às categorias de trabalhos reconhecidos por lei e para as quais se criou um seguro social. A partir do final da década de 60, em 1966, esta última passa a se sobrepor à primeira.

No mesmo ano, a Previdência Social foi unificada, sendo criado o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), que juntou os antigos IAPS (Institutos de Aposentadorias e Pensões)\*, o que veio atender dois objetivos do governo da época: ampliar o papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, excluindo-os da gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores. (Bravo, 2006)

O direito à saúde na Constituição de 1988 é definido como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social, como de relevância pública e cujas ações e serviços devem ser providos por um sistema único de saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, mando único em cada esfera de governo, participação comunitária e atendimento integral. Ao mesmo tempo, o art.199 diz que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. (Brasil, 1988a)

Estava criado, constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde - SUS, que veio a ser regulamentado pelas leis nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Essas leis proclamaram as conquistas contidas na Constituição, mantendo e aprofundando as suas ambiguidades, mas, também, reiterando, mais operativamente, os princípios da Reforma Sanitária, incorporados na Carta Magna. A partir dessas leis, a implementação do SUS fez-se, principalmente, por meio de Normas Operacionais Básicas - NOBS, a primeira delas, a NOB 01/91, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e as demais, emanadas do Ministério da Saúde (MS): a NOB-SUS 01/93 e a NOB-SUS 01/96.

Incorporada ao Movimento pela Reforma Sanitária, foi executada pelo Governo Federal também a Reforma Psiquiátrica, que aconteceu no Brasil na década de 1980, um movimento que visava uma medicina preventiva e social, período também da descentralização dos serviços de saúde e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o que favoreceu seu crescimento e sua implantação. (Amarante, 2007)

O SUS pode ser definido como um sistema complexo, um arranjo organizacional do Estado brasileiro para efetivar a política de saúde no país, traduzindo em ação os princípios e diretrizes da política (Vasconcelos & Pasche, 2009):

Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos

usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim. (p. 531)

O controle social é uma instância do SUS recente, presente no debate atual e recorrente nas discussões das Políticas Públicas no Brasil. Por ocasião da Reforma na saúde, a participação do cidadão na política visava o controle da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido de atender aos interesses da população no clima do processo de democratização do país na década de 1980.

Para Cristo (2012), o controle social ainda não tinha o sentido que tem hoje: de uma participação mais ampla nas decisões políticas. Naquele momento era uma “participação da comunidade” limitada e tinha como objetivo a mera prestação de serviços. A ideia de controle social hoje denota o protagonismo do sujeito na construção de suas necessidades, a partilha do poder, e o controle da sociedade sobre o Estado.

De acordo com a Lei nº 8.080/90, o SUS está apoiado em diretrizes organizativas, já citadas acima, e princípios doutrinários. Ambos se articulam e se complementam para sintonizar com o ideal da Reforma, que preconiza o bem-estar da sociedade e a participação do cidadão, atendendo a um conceito mais amplo de saúde, que envolve as questões sociais e não mais uma visão biomédica restrita. Além dessas diretrizes e princípios, o SUS preconiza o direito à informação como requisito para a autonomia do sujeito, como afirmação de sua cidadania. Esse direito garante ao sujeito domínio de informações a respeito de sua saúde, dos riscos e dos condicionantes que afetam a saúde coletiva. Cabe

aos profissionais e gestores de saúde a responsabilidade pelo acesso a essas informações. (Vasconcelos & Pasche, 2009, Brasil, 1990b)

Os princípios doutrinários do SUS são: 1) a universalidade, conceituado como acesso dos usuários a todos os serviços de saúde em todos os níveis de assistência; 2) integralidade, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; 3) Igualdade, assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. (Brasil, 1990a)

Ressaltamos que a concepção de igualdade agrega aqui, a proposição apresentada por Vasconcelos e Pasche (2009), do princípio da discriminação positiva, que é a eleição de determinados grupos populacionais aos quais se destinam prioridades, considerando seu grau de vulnerabilidade. O princípio da Equidade, então, justifica a prioridade na oferta de ações e serviços a segmentos com maiores riscos de adoecer e morrer em consequência das desigualdades sociais do país.

De acordo com a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no SUS (Brasil, 2004), a humanização é entendida como valorização de todos os sujeitos implicados no processo de produção de saúde, entre eles trabalhadores, usuários e gestores. “Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão”. (Brasil, 2004, p.08)

No entanto, o grande dilema hoje para a efetivação do SUS encontra-se na dificuldade de trabalhadores e gestores em lidar com a dimensão subjetiva<sup>4</sup> que norteia seu projeto. O reconhecimento desta dimensão é essencial para uma relação ética, em que o usuário é agente da própria mudança e seu discurso é tão válido quanto o discurso do profissional. Soma-se a isso, o pequeno investimento na qualificação dos trabalhadores da saúde. O modelo ainda é centrado na doença e nas queixas e há um desrespeito aos direitos dos usuários, além de um controle social bastante deficitário. A Política de Humanização busca minimizar esses entraves à concretização do projeto do SUS.

A Humanização no SUS implica em: valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; fomentar autonomia e protagonismo dos sujeitos; aumentar o grau de corresponsabilidade na produção de saúde; estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificar necessidades sociais de saúde; focar as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (Brasil, 2004, pp. 11/12)

O desafio colocado pela Política de Humanização já completou oito anos e embora transcenda o âmbito desta dissertação, ressaltamos preocupações com a efetividade do protagonismo do sujeito. A consolidação da Reforma operou mudanças também no âmbito da ética e dos relacionamentos nos serviços.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de saúde, divulgado na carta de princípios de 07 de abril de 1948 (atualmente dia mundial

---

<sup>4</sup> “Parte-se do pressuposto de que as pessoas processam diferentes significações acerca das diversas dimensões da sua vida cotidiana, de acordo com a experiência pessoal desses fenômenos e do contexto sócio- histórico específico no qual estão inseridos, perpassados sempre pela linguagem”. (Traverso-Yépez e Araújo de Moraes, 2004)

da saúde), diz que “*Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade*”. Este conceito passa a incluir as condições sociais como determinantes para a saúde do sujeito, o que causou polêmica no mundo, recebendo críticas de que seria um conceito utópico. A perspectiva do completo bem-estar contraria o modelo biomédico que afirma que a saúde seria o grau de eficiência das funções biológicas. (Scliar, 2007)

Para Moacyr Scliar (2007):

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. (p.30)

Em Capra (1982), o modelo biomédico era dominante na saúde até o século XX, ganhando força com o advento dos antibióticos e da Penicilina. Pode-se afirmar que esse modelo ainda persiste até os dias atuais; entretanto, o paradigma da saúde apresentou mudanças significativas a partir das descobertas de um físico, Albert Einstein e sua Teoria da Relatividade também no século XX. Para o autor, o universo deixou de ser visto como uma máquina para ser concebido como um todo dinâmico, indivisível, cujas partes estão essencialmente inter-relacionadas. (Capra, 1982)

A visão do mundo como um todo, ancorada na concepção holística, permite construir teorias sistêmicas da saúde que consideram o todo, e não somente as partes do sistema.

Capra descreve o conceito sistêmico de saúde:

O pensamento sistêmico é pensamento de processo e, por conseguinte, a visão sistêmica encara a saúde em termos de um processo contínuo. Enquanto a maioria das definições, incluindo algumas recentemente propostas por seguidores da corrente holística, descreve a saúde como um estado estático de perfeito bem-estar, o conceito sistêmico de saúde subentende atividade e mudança contínuas, refletindo as respostas criativas do organismo aos desafios ambientais. (Capra, 1982, p.315)

## **1.2. Atenção à Saúde em Belém**

Conforme Ribeiro e Barata (2012), conhecer as condições de saúde da população é fundamental para o enfrentamento dos problemas e para a avaliação dos impactos que possam advir das intervenções adotadas.

Segundo dados da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), (Brasil, 2005), a expectativa de vida para a população brasileira em 2008 foi de 73 anos, sendo para os homens de 69 anos e para as mulheres de 77 anos. Em todas as populações a esperança de vida é maior para as mulheres, porém no Brasil é observada uma diferença maior entre a expectativa de vida de homens e mulheres, ou seja, uma diferença de oito anos. Isso decorre do excesso de mortes violentas, que estão mais concentradas entre os homens jovens (Ribeiro e Barata, 2012)

Ainda segundo os mesmos autores, são quatro os tipos de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis e agravos à saúde em geral: tabagismo, consumo excessivo de álcool, sedentarismo e sobrepeso. Todos eles estão relacionados a uma gama maior de doenças e agravos e, por, isso, deverão ser alvos das ações de promoção de saúde.

De acordo com dados de 2008 do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), a prevalência do fumo em maiores de 14 anos variou entre 16% em Belém (menor índice) e 25% em Porto Alegre (maior índice). Em todas as capitais, a prevalência foi maior entre os homens. (Brasil, 2008b)

Quanto ao álcool, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008 apontam que, o consumo acima de uma dose diária para mulheres e duas doses para homens (consumo de risco) é fator de risco para várias doenças do aparelho digestivo e cardiovasculares, além de vários tipos de câncer, cirrose hepática, transtornos mentais, e várias formas de violências. Para acidentes de trânsito e homicídio o álcool entra como risco tanto no papel de agressor como no papel de vítima. A prevalência de uso abusivo de álcool também é maior entre os homens. (Ribeiro e Barata, 2012).

O sedentarismo da população está associado à maior mortalidade por doenças cardiovasculares e vários tipos de câncer, além de estar relacionado ao sobrepeso e à obesidade. Quanto à proporção de inativos no Brasil, sempre foi maior a proporção entre as mulheres, com exceção de Belém, onde a extensão de homens ultrapassou a de mulheres.

Tabela1- Proporção da população adulta exposta a fatores de risco seccionados em algumas capitais brasileiras - 2010

Capitais	Fumo	Consumo de álcool (risco)	Inatividade física	Obesidade
Belém	15,2	20,8	15,7	14,6
Recife	13,8	16,4	17,0	17,5
Rio de Janeiro	13,3	18,6	14,8	16,4
Porto Alegre	19,5	16,4	13,1	15,4
Campo Grande	15,9	17,6	13,9	16,6
Distrito Federal	13,9	18,1	15,8	9,5

Fonte: Vigitel, 2010. (Brasil, 2011a)

A expansão do acesso à saúde, idealizada no período da Reforma Sanitária e posta em prática na criação do SUS, não se concretizou de forma equânime em todas as regiões do Brasil. Na região Norte, evidencia-se quadro de enorme desigualdade em relação às demais regiões do país, apesar de ser o segundo maior Estado do Brasil em dimensão geográfica e maior bacia hidrográfica do mundo, atraindo exploradores desde sua fundação, pela variedade de riquezas minerais.

Um dos maiores problemas de saúde pública no Estado do Pará é a alta concentração de serviços de saúde, recursos diagnósticos, Unidades de urgência e emergência e média e alta complexidade na região metropolitana de Belém, o que impossibilita o acesso da maioria de usuários de outros municípios, justamente pelas longas distâncias, acidentes geográficos e dificuldades no transporte, próprios da região. (Cristo, 2013)

De acordo com dados do Censo Demográfico de 2010 do IBGE (2013), o Estado do Pará possui uma área de 1.247.954,666 km<sup>2</sup>, sendo o segundo maior Estado do Brasil em território e maior que toda a região sudeste com seus quatro Estados, equivalente ao tamanho de um país. Possui uma população de mais de sete milhões de habitantes (7.969.654, estimada para 2013) e um total de 144 municípios. Sua capital Belém possui uma área 1.059,406 km<sup>2</sup> e uma população estimada para 2013 de 1.425.922 habitantes.

De acordo com o Departamento de Informática (DATASUS) do Ministério da Saúde (2013), o Pará apresentou em 2012 os seguintes números de morbidades hospitalares: o número total de óbitos foi de 9.482, sendo 5.326 casos de homens e 4.156 de mulheres. Quanto à Belém, os números foram um

total de 4.910 óbitos, sendo 2.599 de casos de homens e 2.311 de mulheres. A mortalidade entre os homens ainda é maior.

O Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE, 2009) aponta que no Pará até 2009 havia 2040 estabelecimentos de saúde públicos ativos, destes 98 em Belém e 713 privados, sendo 284 na capital. Por esses números, percebe-se o setor privado com maior cobertura que o setor público na capital do Estado. O setor privado teve um acentuado aumento na Região Nordeste (50,7%), seguido pela Região Norte (35%). O menor crescimento observado foi na Região Centro-Oeste, com 15,2%.

Na Região Norte, verificou-se maior índice de crescimento também no setor privado de estabelecimentos sem internação, com 16,4% ao ano e 83,9% acumulado no período, seguida pela Região Sul com 12,1%. O menor crescimento anual observado se deu na Região Centro-Oeste (6,0%), seguida pela Região Nordeste com 8,5%. Para o setor público, os índices de crescimento anual foram bem menores, variando de 1,2% na Região Norte, a 4,7% na Região Nordeste. A região mais carente de leitos por habitante continua sendo a Região Norte (com 1,8 leitos por 1 000 habitantes), seguida da região Nordeste (com 2,0 leitos por 1 000 habitantes).

A região metropolitana de Belém é formada pelos municípios de Ananindeua, Belém, Marituba, Benevides, Santa Isabel do Pará e Santa Bárbara do Pará, tem 26 Unidades Básicas de Saúde, porém a Unidade Básica da Pedreira não está incluída nesta lista, considerando que a mesma possui esfera administrativa Estadual, estando submetida à Secretaria Executiva de Saúde Pública do Estado de Pará (SESPA), 1ª Regional da SESP.

### **1.3. Unidade Básica de Saúde da Pedreira**

O bairro da Pedreira possui uma população estimada em 69.608 habitantes, baseado no censo demográfico do IBGE de 2010, com uma extensão territorial de aproximadamente 3.683.443,68 m<sup>2</sup>.

A circunvizinhança é conhecida como o bairro do samba e do amor, já que nele iniciaram os festejos de carnaval da cidade e atualmente abriga a Aldeia Cabana, denominação da área usada para realização dos eventos culturais de Belém, tendo como maior expressão o desfile anual das Escolas de Samba. É um bairro planejado que surgiu a partir do projeto urbanístico de Belém no governo do intendente Antônio Lemos (1905). Sua principal avenida é a Pedro Miranda, bastante arborizada pelas mangueiras. (Borges, Marim e Rodrigues, 2010)

Para os autores, o nome Pedreira supostamente surgiu pela quantidade de pedras no bairro no século passado. O bairro é um dos grandes pólos comerciais da cidade, lá se encontra agências bancárias, farmácias, supermercados, delegacia, correios, lojas e uma imensa feira livre, além do posto de saúde, que atende urgência e emergência, a UBS Pedreira.

Apesar da construção de ciclovias e praças para o lazer e para atividades físicas, a população vem sofrendo com o aumento da violência urbana nestes espaços. Um bairro que já foi considerado bastante tranquilo, hoje está entre os mais perigosos de Belém. Apesar da violência, atualmente é considerado um dos bairros nobres da cidade. (Souza, 2012)

A UBS Pedreira está localizada na principal avenida do bairro, na Avenida Pedro Miranda. Como dito, antes esta vinculada as esferas Estadual e municipal,

atende a atenção básica e a média complexidade, com práticas preventivas e curativas de urgência e emergência.

Em 2009, passou a ter um Centro de Especialidade Odontológica (CEO). Possui 118 profissionais do SUS, contando com 88 profissionais de diversas áreas da saúde (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, biólogos, cirurgiões dentistas, farmacêuticos, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, administradores, técnicos em patologia, nutricionistas, além de profissionais da área administrativa) e 30 médicos de várias especialidades (pediatra, sanitarista, ginecologista e obstetra, psiquiatra, clínico, mastologista, médico do trabalho, infectologista e cirurgião geral). (Brasil, 2013)

O histórico da Unidade, apesar da enorme procura, não foi encontrado. Não há registro na 1ª Regional de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde Pública (Sespa) situada na Av. Presidente Vargas, tampouco na Sespa localizada na Travessa Presidente Pernambuco. Nada consta nos arquivos da própria Unidade. Ressaltamos que a falta de informações poderá comprometer outros estudos que objetivem compreender as metas e as mudanças ocorridas ao longo dos anos na Unidade. Pelas informações fornecidas por antigos servidores, a Unidade é bastante antiga e deve ter surgido ainda na década de 50, como Posto 03, como aponta o único registro encontrado (precariamente) na sede da 1ª Regional de Saúde.

Durante as conversas informais para construção do objeto da pesquisa, servidores do setor administrativo confirmaram que há um projeto para que a Unidade se transforme em Unidade de Referência em Oncologia, como um suporte para o Hospital Ophir Loyola, referência regional no tratamento de câncer,

assim como já foi uma Unidade de Diagnóstico de Meningite, dando suporte ao Hospital Universitário João de Barros Barreto, que é referência Nacional em AIDS e referência Estadual em pneumologia, infectologia, endocrinologia e diabetes.

De acordo com os servidores da administração e da estatística da Unidade, os usuários não estão mais sendo cadastrados, somente as crianças e as grávidas. Os atendidos atualmente são os que já estavam inscritos no programa Hiperdia<sup>5</sup> (usuários com diabetes e hipertensão) e com sofrimento mental que já fazem acompanhamento no serviço. A UBS tem demanda espontânea e não possui regras para o ingresso de novos usuários.

Conforme os dados estatísticos, em novembro de 2013 o total de usuários atendidos foi de 1.827, sendo 660 homens, incluindo os idosos, e 1.167 mulheres. Do bairro da Pedreira somaram 456 homens, sendo 43 usuários de outros municípios e 161 de outros bairros da capital.

---

<sup>5</sup> O Hiperdia é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. (Portal da Saúde) [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

## 2. A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO

A história da Atenção Básica possui sua própria trajetória, assim como a Reforma Psiquiátrica, porém ambas estão inseridas no Sistema Único de Saúde. (Andrade, Barreto e Bezerra, 2009)

No início do século XX, mais especificamente nas duas primeiras décadas, havia uma preocupação em aproximar os serviços de saúde cada vez mais da população. Vários países e muitas autoridades desenvolveram o conceito de Centro de Saúde e Distrito Sanitário. Em 1920, na Inglaterra, o Ministro da saúde Dawson definiu o Centro de Saúde como uma instituição que visava oferecer atenção à saúde num nível primário, equipada com serviços de medicina preventivos e curativos, sob a condução de um médico generalista. (Andrade, Barreto & Bezerra, 2009)

Buscando responder às necessidades de saúde de vários países, principalmente os mais pobres, em setembro de 1978, realizou-se em Alma - Ata, antiga União Soviética (URSS), a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Segundo a Declaração Oficial da Conferência, a Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza por ser uma assistência sanitária ao alcance de todos, com plena participação da comunidade a um custo acessível a esta comunidade. (Andrade et al, 2009)

A mesma Declaração afirma o papel da Atenção Primária como chave para alcançar no mundo todo um grau de saúde satisfatório, meta que teria que ser alcançada até o ano 2000. Essa proposta seria válida para todos os países, com formatos diferenciados, considerando o desenvolvimento de cada nacionalidade e

diferenças políticas, econômicas, sociais e culturais. A APS teria como foco os principais problemas sanitários de cada comunidade, trabalhando a prevenção, o tratamento e a reabilitação, além da promoção de saúde. (Andrade et al., 2009).

Para os autores, a definição mais completa de APS é a de Lago e Cruz (2001):

Estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo; sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados; a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores; organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária, para proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias, e da comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde- mediante um pacto social- que inclui os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente; e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural, de raça ou de sexo. (Andrade et al., 2009, pp.786-787 )

Para a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), um sistema de saúde centrado em APS precisa estar assentado em alguns valores como: o direito ao coeficiente de saúde mais elevado possível; a equidade e a solidariedade. Os princípios propostos são: responder às necessidades de saúde da população; orientar os serviços de saúde pela qualidade; responsabilidade dos governos com a prestação de contas; objetivar uma sociedade mais justa;

sustentabilidade do sistema de saúde; participação e intersetorialidade. (Andrade et al, 2009)

Os componentes que caracterizam o sistema APS são aqueles que embasam o SUS, como a cobertura universal, a atenção integral, a ênfase na prevenção e promoção de saúde, atenção à pessoa e não à doença, orientação familiar e comunitária, gestão otimizada, equidade, ser a porta de entrada ou primeiro contato, contar com recursos humanos capacitados permanentemente planejamento com recursos sustentáveis e, por fim, um sistema que integre os serviços de saúde com ações intersetoriais e enfoque comunitário.

Para atender ainda o modelo de saúde centrado na APS, o Brasil criou em 1994 a Estratégia Saúde da Família (ESF), considerado um modelo de APS centrado na família e construído na comunidade.

Andrade et al ( 2009), conceituam essa política como:

(. . .) um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido. (p.804)

De acordo com a Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, a Estratégia Saúde da Família objetiva a reorganização da Atenção Primária no Brasil, de acordo com o que preceitua o SUS. Então, além dos princípios básicos da Atenção Primária, a ESF deve: ter caráter substitutivo em relação à rede de

Atenção Básica tradicional; realizar cadastramento domiciliar, fazer diagnóstico situacional; agir direcionada aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua; buscar cuidar dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; manter postura proativa frente aos problemas de saúde e doença da comunidade. (Andrade et al, 2009).

Além destes, seu planejamento e atividades requerem estar de acordo com o diagnóstico situacional, focados na família e na comunidade, buscar parcerias com instituições e organizações sociais de sua área de abrangência e, por fim, se configurar como um espaço de construção de cidadania.

Em síntese, a Atenção Primária objetiva evitar que as pessoas adoçam, ou seja, os serviços precisam chegar antes dos agravos, antes que pequenos problemas se tornem graves e levem à morte ou à reabilitação. A Atenção Básica, sendo o primeiro cuidado, é estratégica e fundamental, devendo ser prioridade em qualquer sistema de saúde.

Para Giovanella e Mendonça (2012), um dos principais atributos da APS é a competência cultural, o reconhecimento das necessidades da comunidade que visa atender, com suas características étnicas, raciais e culturais, buscando entender nesse contexto suas representações dos processos saúde-enfermidade. Outro requisito apontado pelas autoras é que a APS seja acessível à população, eliminando-se barreiras de ordem cultural, financeira e geográfica, o que favorece a utilização pelos usuários a cada necessidade.

A consideração de várias necessidades nos âmbitos orgânico, psíquico e social por parte da equipe de saúde requer ofertas de serviços preventivos e curativos e a garantia de serviços para todas as faixas etárias e gêneros. Se a

Unidade não dispuser de todos os serviços necessários aos usuários, deve assegurar encaminhamento para outros serviços de suporte especializados. (Giovanella e Mendonça, 2012).

Considerando que, no Brasil existem sujeitos expostos a riscos diversos e com alto índice de morbimortalidade, como os homens é natural pensar em estratégias de prevenção e promoção a eles como uma prioridade da Atenção Primária, porém eles não adentram a saúde pela APS, o que se traduz em estatísticas alarmantes e crescentes de mortalidade entre os homens no país.

Para Figueiredo (2005), estudos apontam as instituições de saúde como reprodutoras do imaginário social de gênero, com repercussões na atenção oferecida à comunidade. De acordo com Courtenay (citado em Figueiredo, 2005), os profissionais de saúde oferecem um tempo menor de seus profissionais aos homens, quando comparado com as mulheres.

Figueiredo (2005) com respeito à ausência masculina nos serviços de Atenção Primária, argumenta que existem muitas suposições e justificativas, porém os estudos sobre a questão ainda são bastante escassos. Além da percepção de que essa ausência seria própria do comportamento dos sujeitos do sexo masculino, existem visões que reconhecem a APS como sendo a causa da falta de acesso dos homens ao serviço. Seja pelo tempo de espera da assistência, além do argumento de que a APS não oferece atividades ou programas direcionados aos homens. Para o autor, isso tudo indica que “parece existir uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde das unidades de

atenção primária, embora sejam escassos estudos sobre essas questões na literatura.” (Figueiredo, 2005, p. 106)

Para que a APS tenha como foco a população masculina, o autor aponta o dever dos serviços em identificar as necessidades de saúde dos homens. Reconhecer essas necessidades seria fundamental para a organização das ações de saúde. O primeiro passo para esse reconhecimento seria atentar para o perfil epidemiológico da população masculina.

Os homens apresentam índices de mortalidade mais elevados em comparação com as mulheres. O trabalho de Laurenti (citado em Figueiredo, 2005) aponta entre as principais causas de morte dos homens, doenças cardiovasculares, neoplasias malignas e violências, com destaque para os acidentes automobilísticos e os homicídios.

Figueiredo (2005) alerta para o fato de que muitas dessas causas poderiam ser prevenidas se fossem feitas intervenções em práticas que contribuíram para a ocorrência desses problemas. As necessidades de saúde dos homens também incluem vários outros sofrimentos que não a morte necessariamente, situações que, muitas vezes, são contextualizadas nas relações socioculturais em que vivem homens e mulheres. Muitos problemas de saúde podem ser evitáveis e a APS pode intervir com ações de prevenção e de promoção de saúde, ações que se fazem urgentes e merecem a atenção não só dos profissionais de saúde, como da comunidade e do Estado.

Para o autor, somente analisando trabalhos voltados para os homens em uma perspectiva de gênero a APS poderá contemplar as necessidades

específicas da população masculina, compreendida em um contexto sociocultural, dando respostas mais efetivas ao cuidado da saúde do homem.

Em 2008, o Ministério da Saúde criou o Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem, que deverá ser seguido por todos os profissionais da saúde e pretende minimizar a ausência dos homens na Atenção primária. De acordo com estudiosos que ajudaram a formular a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2008a), os homens são mais vulneráveis às enfermidades, principalmente às crônicas e as graves, e morrem mais cedo que as mulheres, por não possuírem o hábito de acessar o serviço de atenção primária. Geralmente adentram a saúde pelos serviços de média e alta complexidade, ou seja, retardam a atenção à sua saúde e, conseqüentemente, favorecem o agravamento do quadro de doença, restringindo a ação apenas ao atendimento e não à promoção e à prevenção.

Algumas pesquisas qualitativas sobre a saúde dos homens apontam barreiras socioculturais e institucionais como determinantes entre os homens e a procura dos serviços de Atenção Primária. A não adesão às medidas de saúde por parte do homem decorre de variáveis culturais. (Brasil, 2008a).

A doença é sinal de fragilidade e, dentro de estereótipos de gênero enraizados em nossa cultura há muitos séculos, o homem considera-se invulnerável, contribuindo para que se exponha mais a situações de risco e cuide menos de si. Outro fator é que o “cuidado” é papel considerado feminino na nossa sociedade. (Brasil, 2008a).

Ainda de acordo com fontes citadas na Política, para justificarem sua ausência, o homem alega não ter tempo para ir aos postos de saúde, pois sua

posição de provedor da família exige que trabalhe e os horários dos serviços são incompatíveis com o seu. Outra razão apontada são as filas que o fazem “perder” um dia inteiro e não resolver suas questões numa só consulta. Como consequência dessa ausência, a Política destaca o quadro alarmante nos índices de morbimortalidade entre os homens no Brasil. (Brasil, 2008a)

A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (2008) aponta ainda outra das consequências da vulnerabilidade, a maior população carcerária no Brasil é formada por homens, que vivem em ambientes em que estão expostos a diversas formas de adoecimento físico e mental, além de diversas formas de violência, inclusive a institucional. O uso abusivo de álcool e cigarro também é maior no sexo masculino, fazendo com que tenham mais prejuízos em relação a esses agravantes.

A máxima porcentagem de óbitos entre os homens deve-se às causas externas (acidentes, lesões autoprovocadas e agressões), seguidas de doenças do aparelho circulatório e tumores, doenças do aparelho digestivo e do aparelho respiratório, muitas causas evitáveis e que estão diretamente ligadas a um estilo de viver. Percebe-se também que as causas externas constituem-se um grande problema de saúde pública com forte impacto nos índices de mortalidade na população masculina. (Brasil, 2008a)

Recentemente, o Sistema de Saúde passou a pensar em estratégias que promovam o acesso dos homens aos serviços de Atenção Primária, a fim de resguardar a promoção da saúde e a prevenção de doenças:

A presente política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado

com a sua saúde e a saúde de sua família. Considera essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se parte integrante deles. Essa política tem como princípios a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio culturais. (Brasil, 2008a, p.35)

Embora a Política seja uma contribuição relevante para fomentar uma tomada de consciência dos homens em relação à prevenção de doenças, entendemos que há jogos de interesses econômicos e de poder envolvidos na elaboração da mesma, ou seja, outros atores e suas demandas, que não necessariamente os usuários, assim como tantas outras políticas institucionais de áreas profissionais e de serviços estão a ela relacionadas, por exemplo: a comunidade médica e sanitária não estava alheia ao que acontecia ao seu redor.

Carrara, Russo e Faro (2009) referem que a criação do Programa de Atenção à Saúde do Homem é um momento de um processo que vem se desenrolando em torno da medicalização do corpo masculino há muito tempo. Se no século XX a medicina institucionalizou a Ginecologia investindo sobre os corpos femininos, no século XXI há um panorama em torno da objetificação do corpo masculino por diversas disciplinas científicas. A crítica feita pelos movimentos feministas e LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros) ao machismo provocou um movimento de perda da relativa invisibilidade epistemológica dos homens.

Para os autores, a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) teve um abissal papel na criação desse programa, em que estabelecem diretrizes para a política, interesses corporativos como a obrigatoriedade da inserção de especialistas da Urologia no SUS e a inclusão do valor dos honorários pagos por este, mesmo considerando que a Urologia não é especialidade exclusiva para os homens. (Carrara et al., 2009)

Carrara, Russo e Faro (2009) apontam uma campanha que, à revelia de todos os principais perigos que atingem os homens, destaca a disfunção erétil para esclarecer sobre a saúde do homem. Em agosto de 2009, no lançamento oficial da Política, o Ministro da saúde destacou a importância da Sociedade Brasileira de Urologia - SBU na construção do programa de atenção à saúde do homem. Em sua fala, o presidente da Sociedade de Urologia se referiu à política como se a mesma estivesse sendo implantada para atender aos interesses de um pequeno grupo, quando afirma que a nova estratégia “valoriza o homem brasileiro, fortalece a atividade urológica e o urologista no Sistema Único de Saúde”. (Carrara et al., 2009, p.668)

A Política se ancora em três eixos: a violência, tendência à exposição aos riscos e saúde sexual reprodutiva. Este último ganha ênfase em detrimento dos demais, mesmo que a violência seja considerada a principal causa de morbidade e mortalidade entre os homens mais jovens, e ainda que a saúde sexual e reprodutiva não conste nos dados como agravo ou ameaça, e seja um argumento presente no discurso dos movimentos sociais organizados da sociedade.

Para Carrara et al., (2009), o discurso da política tem como objetivo principal enfraquecer a resistência dos homens à medicalização.

As mulheres em suas lutas organizadas por meio dos movimentos sociais, feministas e acadêmicos buscaram construir políticas públicas que fomentam o auto empoderamento que permite sair da posição subalterna de opressão e dominação a que eram relegadas e no campo da saúde assumem a liderança, exigindo programas que atendam demandas para a família, a reprodução, maternidade, etc. Diferem da subordinação a que a saúde dos homens assemelha-se no quesito cuidado e no item política pública, isto é, em ambas eles parecem passivos diante do argumento imposto pela cultura, pela medicina e pelo Estado: respectivamente, não se cuidam, são invulneráveis e requerem tutela.

De acordo com Carrara et al (2009), o homem precisa “assumir”, como enfatizado no documento, sua vulnerabilidade. Para a Política o homem necessita estar consciente de sua fragilidade para, então, tornar possível sua medicalização. “Neste caso, consciência política, “protagonismo” e medicalização aparecem como indissociáveis”. (p.674)

A crítica à política apontada em Carrara et al (2009) contraria a concepção de protagonismo do sujeito preconizada pelo SUS , e não contribui para que os homens assumam um lugar de transformadores da realidade por meio da busca dos serviços de saúde. Ao serem identificados em uma posição passiva, de fragilidade e não de participação e responsabilidade não instalam um processo de reconstrução social de usuários da atenção básica. Somado a isso, a Política que responsabiliza o homem pela ausência aos serviços de saúde básicos não reflete sobre o papel de profissionais e gestores dos serviços de saúde nesse contexto.

Ainda de acordo com a Política, o conceito de masculinidade é incluído como eixo estruturante para o não acesso dos homens ao serviço de Atenção

Primária. Entendemos as masculinidades como configurações de práticas, compreendendo-as a partir de experiências concretas vivenciadas pelos homens e dinâmica das inter-relações. (Souza, 2005)

Em vários estudos, há referência ao movimento feminista na década de 60 como fato histórico determinante para as mudanças de concepção do masculino na cultura Ocidental. Os questionamentos levantados, pelo movimento feminista, pelo movimento negro e pela organização homossexual transformaram o discurso da superioridade dos homens brancos sobre os demais grupos, assim como da heterossexualidade como prática sexual normativa.

Cecarelli (citado em Souza, 2005) explica que o movimento feminista trouxe grandes transformações, assim como a revolução sexual nos anos 60 também teve seu papel na nova ordem de costumes e valores socioculturais da masculinidade. As referências simbólicas de masculino e feminino têm sido retrabalhadas desde então, produzindo mudanças na construção da identidade sexuada.

Antes da década de 70, o uso gramatical do termo 'gênero' era muito raro, o termo 'sexo' era usado para distinguir homens e mulheres. A partir dos anos 80, a palavra sexo ficou reservada à definição de práticas sexuais: sexo anal, vaginal ou oral, sexo seguro, e outros. (Aquino, 2006)

Embora exista uma vasta contribuição dos estudos de gênero para a transformação das relações concretas entre os sujeitos sociais, no cotidiano, ainda persiste uma concepção e uma prática hegemônica do que significa o gênero masculino. A concepção está associada a teses clássicas de virilidade e força.

Embora esse modelo hegemônico de masculinidade construído a partir de valores patriarcais e machistas já tenha sido tão amplamente criticado e mesmo que em época recente ele conviva com outros modelos, ainda prepondera a noção de que existe associação entre essa masculinidade viril, competição e violência. (Souza, 2005, p.2)

A perspectiva que validamos é que não há uma masculinidade hegemônica, mas uma pluralidade de formas de vivenciá-las. São construções históricas que variam de uma cultura para outra, em diferentes momentos históricos. Ou seja, não temos como atribuir um conceito único para essa categoria. Neste sentido, falamos de masculinidades, como um conjunto de significados em constante mudança. (NUFEN)

Ressaltamos que as transformações trazidas pelas discussões e ações do movimento feminista provocaram mudanças nas relações entre os gêneros, contudo não podemos perder de vista que na cultura ocidental, ainda, circula o comportamento machista que associa masculinidade com poder e violência, e é transmitido aos meninos nos diversos contextos: familiar, escolar e demais espaços de socialização até os dias de hoje.

Os estudos da violência ganham ênfase na década de 90. Inicialmente, problematizavam o fenômeno apenas nos espaços privados e nos serviços de saúde ressaltando a violência institucional produzida pelos serviços de saúde. (Aquino, 2006)

Para termos um panorama geral da desigualdade entre gêneros no Brasil e, conseqüentemente, compreender os efeitos das diversas transformações

ocorridas no período pós-movimentos organizados, faz-se necessário destacar algumas estatísticas mais recentes.

De acordo com o relatório da Organização das Nações Unidas (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [Pnud]), divulgado em julho de 2012, o Brasil tem o terceiro pior índice de desigualdade econômica e social do mundo. O que permitiria a redução dessa desigualdade seria, em especial, o acesso à educação de qualidade, porém, no Brasil, em cada grupo de 100 habitantes, apenas 09 possuem diploma universitário. (Frei Betto, 2003)

Levando em consideração variáveis como sexo, cor/raça, o grupo social que mais se beneficia da educação são as mulheres brancas. Independentemente da sua região de origem, essas mulheres são o grupo que galgam os melhores níveis de escolaridade, alcançando em maior proporção o ensino superior. Na outra ponta, com menor índice de escolaridade, estão os homens negros, ou seja, há na escola, também, um problema de cor da pele. (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios [PNAD] 2009 citada em Senkevics, 2012)

Se no passado as mulheres possuíam pouco acesso à educação escolar, com o passar do tempo elas foram as principais beneficiadas pelo ensino. Antes, o sistema favorecia os meninos; hoje, favorece as meninas. Os meninos, em sua maioria, se concentram nas séries iniciais do Ensino Fundamental, as meninas predominam do 7º ano em diante, indo até o ensino superior e pós-graduação. (Senkevics, 2012).

A epidemia que mais mata a população masculina do País é a violência, principalmente entre os mais jovens. No que se refere a assassinatos, a violência atinge principalmente homens pobres, pardos e negros, que têm entre 15 anos a

24 anos, segundo o estudo “*Avanço no Socioeconômico, Retrocesso na Segurança Pública, Paradoxo Brasileiro?*” do professor doutor Luís Flávio Saporì, coordenador do Centro de Pesquisas de Segurança Pública da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG). O estudo usa dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e das Nações Unidas. (Giraldi, 2013)

Como vimos, as estatísticas mais recentes apontadas mostram que no Brasil é alto o índice de desigualdade social e desigualdade de gênero. Somado a isso, números alarmantes de violência que, pelos estudos, atingem mais homens pobres e negros, justamente os que têm historicamente menos acesso à educação no Brasil. As mulheres hoje concluem mais o ensino superior e os homens em geral estacam nas séries iniciais. Não temos, então, como não correlacionar a pobreza, o preconceito de cor, as masculinidades e a violência no país.

Para Arendt (citada em Perissinotto, 2004), o cidadão é aquele que é capaz de assumir reponsabilidade por seus atos, pelos eventos do mundo e se posicionar diante deles. Para o SUS, o usuário da saúde tem direitos e deveres e o sistema deve contribuir para ampliar o grau de autonomia das pessoas, para que possam se corresponsabilizar pelas decisões sobre sua saúde.

Os homens no Brasil, na sua maioria pobres, negros e pardos, com pouco acesso à educação e com uma socialização que ainda privilegia a violência como forma de poder, acabam sendo as vítimas da violência e pouco refletem sobre isso.

Os homens que sofrem violências diversas, quando não morrem, são hospitalizados com graves sequelas. No período de janeiro a novembro de 2012 foram 413.357 internações hospitalares de pacientes entre 15 e 39 anos, com custo total de R\$ 407 milhões, segundo levantamento feito pelo banco virtual de dados de saúde do governo federal. (Aranda, 2013)

Arendt (citada em Perissinotto, 2004) explica que o sujeito que não reflete os eventos do mundo reduz a violência a uma simplificação, pois não busca questionar os acontecimentos e suas consequências. Tal percepção considera que o exercício do poder só pode se dar através da violência. Deste modo, o sujeito age sobre o outro através da força para subordiná-lo e, assim, se sentir superior a ele. Em consequência, acaba reproduzindo a violência que sofre em espaços institucionais e legitimando-a como expressão natural das interações sociais.

Para alterar este quadro, o usuário da saúde precisa compreender que o poder consentido ao servidor da saúde não o autoriza a agir com violência. Para que isso aconteça requer, ter acesso à informação sobre seus direitos, fornecida nos serviços, como preconiza o SUS. (Brasil, 1990a)

As desigualdades nas relações de gênero que organizam a sociedade brasileira ainda colocam o homem no lugar de agressor em potencial e um ser invulnerável aos riscos. Somado a isso, temos um sistema de saúde que privilegia preferencialmente ações de saúde para crianças, adolescentes, mulheres e

idosos. Somente em 2009 a saúde do homem passou a ser prioridade, através do pacto pela saúde e pela vida<sup>6</sup>.

Sem fomentar a autonomia e o protagonismo do sujeito, não temos como exigir a corresponsabilidade do mesmo pela sua saúde. Sem isso e sem um trabalho preventivo que atenda as demandas dos homens nos espaços de saúde, não pode haver mudança no quadro alarmante que se instalou no país, já que não temos poder de interferir de modo pleno na tomada de decisões dos outros, portanto, possivelmente, os homens vão continuar adentrando o SUS pela média e alta complexidade, sem que se sintam atendidos nos espaços de atenção primária.

Por todas essas razões decidi, buscar respostas no próprio homem, numa pesquisa que me permita abarcar tanto suas concepções do atendimento na Unidade de Saúde como os significados que atribui ao autocuidado. Essas percepções me permitiram averiguar as motivações dos homens para empreenderem o cuidado à sua saúde.

---

<sup>6</sup> O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. (Portal da Saúde) [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

### 3. REFERENCIAL METODOLÓGICO

#### 3.1. Tipo de estudo

A pesquisa é qualitativa, considerando a relação entre o sujeito e o mundo. Para Grisotti e Patrício (2006), esse estudo responde a questões sociais envolvendo o sujeito diretamente no processo, investigando fenômenos de grupos humanos, com seus significados, crenças, valores, sentimentos e práticas.

Foi utilizado como referencial metodológico a fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricouer, que utiliza a linguagem e o símbolo para compreender o sujeito. (Terra, Gonçalves, Santos & Erdmann, 2009).

A fenomenologia gerada neste movimento intelectual francês aprofunda o processo de construção do ser e da consciência. Considerando que este processo ultrapassa o ser humano, esta fenomenologia vai seguir o fio a partir do qual a linguagem tece a vida, as ações e a maneira de pensar dos seres humanos, sem esquecer que estes podem também interferir nesse processo pela elaboração do sentido de suas experiências. (Sodré, 2008, p.89)

Paul Ricouer (1913- 2005) considerou a dimensão histórico-cultural e relacionou o ser à linguagem e às condições de sua existência no mundo. Em Ricouer, não se concebe o acesso imediato à consciência, já que é necessário passar pela interpretação dos significados para se chegar ao conhecimento da consciência e do ser. É preciso compreender os vários significados de mundo do sujeito e de sua cultura para dar sentido à sua existência. Esse acesso se dá através da linguagem, que é específica para cada grupo. A narrativa permite ao sujeito refletir sobre o tempo e a história, dando-lhe significado. Desenvolve nova

perspectiva de subjetividade, relacionada à linguagem, à interpretação, à ação, à narração e à história social, revelando a dimensão histórica do ser. (Sodré, 2008)

Para Ricouer (1990), a definição de hermenêutica seria especificamente: “A hermenêutica é a teoria das operações da compreensão em sua relação com a interpretação dos textos. A ideia diretriz será, assim, a da efetuação do discurso como texto”. (p.17)

Para explicar a relação privilegiada da hermenêutica com a linguagem e com o texto, é necessário que lembremos de uma questão comum nas línguas, que exige interpretação, que é a polissemia. A polissemia é um caráter presente nas línguas naturais, que é o traço das palavras deterem mais de um significado quando as consideramos fora de seu uso em determinado contexto. (Ricouer, 1990, p.19). Considerar o contexto exige outra tarefa que é exercida na troca de mensagem entre os interlocutores, usando como modelo o jogo de perguntas e respostas. Esta tarefa é a interpretação:

Consiste em reconhecer qual a mensagem relativamente unívoca que o locutor construiu apoiado na base polissêmica do Léxico comum. Produzir um discurso relativamente unívoco com palavras polissêmicas, identificar essa intenção de univocidade na recepção das mensagens, eis o primeiro e o mais elementar trabalho da interpretação. (p.19)

### **3.2. Local e sujeitos do estudo**

No percurso metodológico da pesquisa tomamos como campo de investigação empírica a Unidade Básica de Saúde do bairro Pedreira, no centro de Belém do Pará, e o estudo em documentos. No campo de estudos documentais, realizamos o exame de Leis que tratam da Política Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e a literatura científica sobre violência, masculinidades, cuidado com a saúde e os prontuários da Unidade.

O estudo foi efetuado com 10 homens usuários da Unidade Básica da Pedreira que manifestaram espontaneamente desejo de participar da pesquisa, sendo garantido o anonimato. O número de participantes demarca o delineamento qualitativo que busca alcançar uma compreensão em profundidade dos sujeitos.

Os critérios para inclusão dos informantes foram a faixa etária de 19 a 59 anos (faixa etária adulta) e que estivessem se consultado na clínica, já que este setor configura o cuidado mais preventivo com a saúde, diferente dos setores de especialidades, como psiquiatria ou do setor de urgência e emergência. Os critérios de exclusão foram homens que frequentaram os demais setores da instituição, não desejaram participar da pesquisa ou estavam fora do intervalo etário.

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, os sujeitos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com os aspectos éticos instituídos na Resolução Nº196/96 versão 2012 do Conselho Nacional de Saúde. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Pará, sob o nº 351.815. O local de

coleta de dados foi na própria Unidade, numa sala de atendimentos, por ser um ambiente familiar aos sujeitos, onde eles puderam se sentir à vontade.

### **3.3. Levantamento, registro e análise dos resultados.**

Após identificação de local e sujeitos da pesquisa, iniciou-se o trabalho no campo. Entende-se como campo o espaço geográfico do estudo, espaço também cultural no qual as interações entre os participantes se desenrolam, o contexto onde são construídas as situações estudadas. (Grissotti e Patrício, 2006)

O processo de aproximação com o campo até a finalização da pesquisa durou 12 meses. A entrada no campo teve seu começo em março de 2013, cinco meses antes da aprovação final do Comitê de Ética, quando foi dado início ao conhecimento do serviço através de diálogos informais com servidores e gestores, assim como foi feito o reconhecimento do local e de sua dinâmica. Apesar de conhecer o espaço enquanto psicóloga da Unidade, não tinha uma noção mais precisa do seu funcionamento, não possuía o olhar diferenciado da pesquisadora ao perceber o serviço como um todo.

#### **3.3.1 Conhecendo a realidade e delimitando o problema de estudo**

Nessa fase, a proposta de trabalho foi apresentada aos gestores (Unidade de Saúde da Pedreira e 1ª Regional da SESPA), assim como se deu um momento exploratório, onde a partir das fontes dos dados estatísticos e da população da Unidade foi possível definir melhor o problema. Foi discutida com os gestores a metodologia, os objetivos, assim como os princípios éticos do estudo, incluindo a tramitação da documentação dentro da Unidade e na 1ª Regional de Saúde da SESPA, a qual a Unidade é submetida. Nessa fase foi acordada a devolução dos resultados à Unidade e à SESPA, assim como foram firmados compromissos de colaboração do serviço com a pesquisa e da pesquisadora com o bom andamento dos atendimentos, que não podem sofrer alteração em sua rotina.

O processo propriamente dito teve início com a submissão à plataforma Brasil e ao comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará. Concomitante, iniciou-se a pesquisa documental e a revisão bibliográfica para fundamentar o tema. Em seguida, a pesquisa empírica na Unidade Básica da Pedreira foi realizada.

### **3.3.2. Conhecendo e compreendendo a realidade**

Após essa primeira fase de entrada e conhecimento do campo, iniciou-se a coleta de dados propriamente dita. Nessa busca, o setor de estatística é essencial para o levantamento dos registros, a identificação da dinâmica do serviço e a frequência de usuários do sexo masculino (sujeitos do estudo) na Unidade.

Somente com essa necessidade da pesquisadora o setor alterou seu sistema, já que não havia registro de usuário por sexo ou por setor procurado. A partir de novembro de 2013 esse problema foi corrigido, o que contribuiu para a pesquisa somente nos últimos dois meses de 2013. Com esta mudança no sistema de registro, pôde-se observar que a pesquisa já interferia na realidade da Unidade e poderia contribuir para outras pesquisas futuras.

Nessa fase, a pesquisadora contou com o apoio dos servidores dos setores administrativo e estatístico para a identificação dos usuários frequentadores da clínica.

### **3.3.3. Realização das entrevistas**

Em seguida, deu-se início à fase das entrevistas com os usuários. Foi utilizada a entrevista semiestruturada, com perguntas norteadoras (em anexo), em que os entrevistados discorreram livremente sobre algumas questões, mas,

no decorrer da entrevista, outras questões surgiram, objetivando explicar o entendimento. As entrevistas foram gravadas para que se pudesse captar a realidade vivida através da fala e da escuta sensível das falas. O uso do gravador facilitou à pesquisadora a liberdade de ouvir e observar as reações dos entrevistados. E quando entendia oportuno, fazia anotações das observações. Esse contexto da entrevista foi fundamental, pois nessa metodologia a observação das ações acompanha a entrevista.

#### **3.3.4. Registro e fase inicial da análise**

A seguir foram feitas transcrições das entrevistas, sendo anotadas também, seguidamente, as observações realizadas e as reflexões ao término de cada entrevista. Após passar do texto gravado, oral, para o escrito, foi realizado o procedimento de leitura e identificação dos possíveis sentidos manifestados. O referencial teórico utilizado para compreender os significados das falas foi a fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur.

Para a análise, os resultados foram articulados com a pesquisa bibliográfica, estabelecendo um diálogo para desvelar as formas existentes de vínculos percebidas pelos homens, usuários da Unidade de Saúde da Pedreira.

Cada unidade selecionada foi analisada levando em conta a identificação dos sujeitos e as relações entre os mesmos; os atos e significados de linguagem; as funções e os sentidos de linguagem para demonstrar a compreensão hermenêutica da pesquisadora.

### **3.3.5. Análise final dos resultados**

A experiência foi o ponto de partida e também o ponto de chegada. Durante a pesquisa, identificamos o contexto que fornecia o fundo em que a experiência era vivenciada; observamos a necessidade destacada pelos atores e as relações com outros sujeitos ou objetos; nelas destacamos os atos perlocucionários que são as marcas não verbais que caracterizam os discursos/textos: silêncios, risos, movimentos, etc., que traduzem o modo que os informantes apreendem a temática refletida; os atos locucionários e os ilocucionários bem como a função de linguagem emotiva que os informantes destacaram. Em síntese, visamos compreender a perspectiva de significações dos informantes sobre o tema pesquisado.

### **3.4. Dificuldades no processo da pesquisa**

Diversas situações imprevistas interferiram no processo da pesquisa, causando transtornos relativos ao tempo de trabalho e tornando o estudo mais complexo. Foram ocorrências envolvendo prontuários de usuários, registro de dados insuficientes (já que o sistema do setor de estatística da Unidade só registrava o número total de atendidos), documentação escassa na Secretaria de Saúde do Estado (com muita dificuldade em localizar os dados históricos da Unidade de Saúde da Pedreira), e o próprio número reduzido de usuários do sexo masculino no setor da clínica.

Um grande contratempo sentido foi a falta de uma sala reservada para as entrevistas, já que há prioridade para os atendimentos e a sala de Psicologia já estava ocupada. O tempo de espera para encontrar sala adequada sem interferências aumentou a demora para o início das entrevistas. No caso de uma pesquisa qualitativa, o lugar reservado é fundamental para o sucesso do estudo. Aliado a tudo isso, havia a ausência de um programa voltado à saúde do homem na Unidade.

As diversas ocorrências provocaram atrasos e problemas que precisaram de um grande esforço da pesquisadora e sua orientadora para supera-las; entretanto, conseguimos a adequação ao tempo determinado pelo programa de mestrado para desenvolver a pesquisa e responder aos objetivos que se propôs.

#### **4. PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE AUTOCUIDADO E O ATENDIMENTO RECEBIDO NA UNIDADE DE SAÚDE DA PEDREIRA**

Os resultados da análise dos discursos dos usuários sobre práticas de autocuidado e atendimento da Unidade da Pedreira demonstram a compreensão obtida. Identificamos algumas categorias de análise figurais: as necessidades de saúde, o atendimento prestado na Unidade Básica de Saúde da Pedreira, as práticas de autocuidado e a importância da Atenção Primária. Também, destacamos determinadas categorias relevantes no contexto do estudo: atendimento nas UBS dos demais bairros, relações com o trabalho e com a família.

Para preservar o anonimato dos participantes, as falas dos entrevistados foram identificadas por meio de nomes fictícios.

#### 4.1. Necessidades de saúde

(Qual a queixa que o fez procurar atendimento na Unidade?)

Nome	Idade	Escolaridade	Profissão	Estado Civil	Percepção
João	52 a	Médio incompleto	Vigilante	Casado	<i>Dores de cabeça e cansaço. Tenho problema de pressão, estou no Programa HIPERDIA. Sou cadastrado aqui. Todo tempo tem consulta marcada aqui. Só que hoje estou com outro problema, uma dor no peito que já dura dois dias. Falta médico nos outros postos, todo mundo vem para cá e as fichas faltam para quem precisa. Aqui também não tem médico de cardiologia. O problema é que não tem, a gente procura e não encontra. E seu eu tiver um ataque de coração? Eu já procurei, passei mal, vim aqui, peguei um encaminhamento para o Hospital de Clínicas. Tenho medo de morrer assim, de repente, mas me disseram que meu caso não é urgente.</i>
José	48 anos	Fundamental incompleto	Fiscal	Separado	<i>Eu tenho saúde boa, nem gripado fico. Foi uma dor que apareceu. Foi, (pausa) foi um acidente de bicicleta. Um carro me bateu. Senti a dor, mas não procurei o médico. Passava e voltava, já faz mais de um ano. Agora voltou, apareceu direto e não quer passar.</i>
Matias	44a	Fundamental	Vendedor	Solteiro	<i>Cheguei pra minha companheira e falei, estou muito cansado. Ela marcou e vim pra cá. O rim estava mal e o fígado também. Porque já tive hepatite A e a B, se eu pegasse a C seria pior pra mim.</i>
Luís	43 anos	Fundamental	Serviços G.	Casado	<i>Pressão alta, mas é que já sou cadastrado no HIPERDIA, faço acompanhamento desde que passei mal no serviço, já faz dois anos. Tomo remédio direitinho.</i>
Marcos	24a	Médio incompleto	Estudante	Solteiro	<i>Eu tenho problema de obesidade, é só isso.</i>

					<i>Na minha família tem caso de diabetes e já tive problema de gordura no fígado, mas faz tempo. É que não faço dieta. Mas meu pai morreu de câncer e também era gordo como eu.</i>
Pedro	46 a	Fundamental incompleto	Pedreiro	Casado	<i>Eu pensei que nunca ficaria doente, mas fiquei, uma dor de cabeça horrível, cansaço, ficava tonto, minha mulher me trouxe e estou aqui há um ano. Sempre tomei remédio e passava, não ia procurar médico por nada, mas agora a coisa piorou.</i>
Francisco	54 anos	Médio incompleto	Taxista	Casado	<i>Eu tenho diabetes. Só procurei o Posto porque sentia muita vontade de urinar, sede e cansaço. A médica mediu, eu estava com quase trezentos, mal mesmo, aí comecei com o controle e os remédios. Antes disso, me sentia muito bem, cheio de energia. Trabalhava o dia inteiro. Nunca bebi muito, só nas festinhas.</i>
Daniel	34 anos	Fundamental completo	Porteiro	Casado	<i>Tenho boa saúde, senti ultimamente muita dor de cabeça e falta de ar. Tive febre e então me preocupei. Mas como já disse tenho boa saúde. Costumo procurar sempre aqui quando sinto alguma coisa, mas não é sempre.</i>
Jorge	42 anos	Médio Completo	Agente Administrativo	Casado	<i>Meu pai é diabético e tem hipertensão, eu já estou hipertenso, mas acho que é a gordura, eu tomo os remédios, mas ainda não consegui perder peso, não faço dieta.</i>
Paulo	39 anos	Fundamental incompleto	Ferreiro	Solteiro	<i>Eu tenho uma doença, anemia (pausa), anemia falciforme. Me trato no Hemopa desde os 15 anos de idade.</i>

Percebem suas necessidades voltadas apenas aos cuidados médicos de que precisam para a cura da doença que apresentam. Doenças geralmente relacionadas aos hábitos de vida (dos dez usuários, sete apresentam quadros de doenças crônicas<sup>7</sup>, principais causas de morte e incapacidade no mundo, dois

<sup>7</sup> A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que as doenças crônicas de declaração não obrigatória, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças

relacionados a acidentes e um a quadro de doença não crônica), o que faz com que se sintam responsáveis diante dos problemas, porém, ao mesmo tempo que reconhecem o risco dos hábitos, os percebem também como fontes de prazer e a dificuldade em abandoná-los, ao falarem do autocuidado, é intensa, a ponto de se arriscarem a agravar seu quadro: *“Meu pai é diabético e tem hipertensão, eu já estou hipertenso, mas acho que é a gordura, eu tomo os remédios, mas ainda não consegui perder peso, tenho dificuldade com a dieta”*.

Usuários também temem por seu estado, temem possíveis danos provocados pelas doenças, inclusive a morte, citada em várias falas:

*-Tenho medo de morrer assim, de repente, mas me disseram que meu caso não é urgente.*

*-Não gosto de hospital, nem de médico, eles lembram doença, morte.*

*-O homem é muito machista, não procura a saúde, morre muito de câncer o homem. Muito mesmo. Morre mais que as mulheres.*

*-Mas meu pai morreu de câncer e também era gordo como eu.*

---

respiratórias, representam cerca de 59 por cento do total de 57 milhões de mortes por ano e 46 por cento do total de doenças. Afetam países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento.

(<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/doencas/doencas+cronicas/doencascronicas.htm>)

#### 4.2. Atendimento da UBS Pedreira

(Classifique o atendimento oferecido na unidade (Atenção primária do bairro da Pedreira). Comente sua classificação; quais as formas que os profissionais de saúde o atendem em suas necessidades na UBS Pedreira?)

Nome	Idade	Escolaridade	Profissão	Est Civ.	Percepção
João	52 a	Médio Incompleto	Vigilant e	Casado	<i>Toda vez que venho aqui, pego a ficha 6h, a gente marca com o médico às 11h, daí não chega, chega lá para 1 hora, meio dia, o problema é a demora. Aqui está muito quente também, o ar não funciona. A senhora vê? Estou pingando de calor de tanto esperar e ainda sinto dores. A culpa é da direção, que não resolve nada (fala em tom de queixa e rapidamente, expressa muita revolta ao reclamar das condições do atendimento). <b>Funcionários:</b> É bom, muito bom, toda vez que venho aqui sou bem atendido, não tenho do que reclamar. Eles são ótimos, principalmente os funcionários. Eles também sofrem com o calor, procuram nos ajudar como podem, mas a culpa não é deles. São assim como a gente. <b>Médicos:</b> São até legais, mas se atrasam e estão sempre com pressa. Falta médico nos outros postos, todo mundo vem para cá e as fichas faltam para quem precisa. Aqui também não tem médico de cardiologia”.</i>
José	48 a	Fundamental incompleto	Fiscal	Separad o	<i>É a primeira vez que venho nessa Unidade, não sou cadastrado. Hoje que tirei cartão do SUS (ri). Um amigo meu que marcou pra mim e agora eu vim. Não gosto muito de esperar. Acho que deveria ter mais médicos, sou da Terra Firme e lá não tem médico, então vim pra cá. Lá tem que tirar ficha de um dia para outro, é muita gente. Por isso só procuro mesmo no último caso.</i>
Matias	44 a	Fundamental	Vendedor	Solteiro	<i>Estou bem atendido aqui, não tenho que reclamar de nada, já me cadastrei, tudinho aqui. Desde o ano passado venho, e de novo esse ano. Moro no Jurunas. Lá é muito ruim, muito precário, agora não, o Zenaldo endireitou um pouco lá, mas ainda é ruim. Nada melhor do que, em vez de</i>

					<i>procurar do outro lado do mundo, procurar na sua casa, não é mesmo? Aqui, as pessoas indicaram e estou bem atendido aqui.</i>
Luís	43 a	Fundamental	Serviços Gerais	Casado	<i>- É bacana. Eu moro aqui perto, trabalho por aqui. Esse Posto é muito bom mesmo. Tem a demora, tem que acordar muito cedo para tirar a ficha, mas é bom, pego o remédio aqui mesmo.</i>
Marcos	24 a	Médio incompleto	Estudante	Solteiro	<i>Não gosto e não me sinto bem atendido aqui, tem muita gente e demora muito.</i>
Pedro	46 a	Fundamental incompleto	Pedreiro	Casado	<i>É bom, tem médico, não falta não. Eu venho pouco, tenho pressão alta. Não tenho muito tempo, moro longe, trabalho muito, chego tarde em casa, tarde da noite. Minha mulher tem mais tempo que eu para vir ao médico.</i>
Francisco	54 anos	Médio incompleto	Taxista	Casado	<i>Me indicaram aqui, moro no Jurunas, sabe? Mas sou bem atendido, preciso deles, dos médicos, dos remédios, está tudo bem mesmo.</i>
Daniel	34 anos	Fundamental completo	Porteiro	Casado	<i>É bom, não tenho queixa, moro aqui mesmo na Pedreira, sempre venho aqui com minha família. Hoje precisei, e já fui atendido, não demorou, nem precisei fazer aerossol na emergência. Eu venho mais na emergência quando sinto alguma dor. Minha saúde é boa.</i>
Jorge	42 anos	Médio completo	Agente administrativo	Casado	<i>São bons, às vezes demora muito, mas não tenho do que me queixar não, gosto muito daqui. (fala como se não fosse tão importante o assunto)</i>
Paulo	39 anos	Fundamental incompleto	Ferreiro	Solteiro	<i>Não tenho queixa nenhuma. O posto da Sacramento não é bom, moro lá na Tiradentes, mas prefiro aqui. Só que o funcionário não liga a TV para a gente assistir. (pediu que eu não esquecesse de registrar isso, repetiu duas vezes, como algo importante). Na saída, ao ouvir queixas das usuárias que estavam aguardando consulta, concordou que tinha problemas de falta de água para beber, falta de água na torneira do banheiro, que estava sujo e falta de luz no banheiro, a lâmpada estava queimada. O espaço era quente e os médicos atrasavam muito.</i>

A procura pelos serviços da UBS Pedreira costuma ocorrer especialmente pelos idosos, mulheres e seus filhos menores. Os homens consultados, que frequentam a clínica da UBS, quando indagados sobre o atendimento recebido, narraram muito mais vantagens que obstáculos. Quanto aos obstáculos, o mais comum citado foi demora no atendimento e calor por falta de ar condicionado na sala de espera. Apenas um apontou a falta de médicos e o atraso destes.

Dos dez usuários participantes, quatro são de outros bairros. A maioria se sente bem atendido na Pedreira e, como alguns são de outros bairros, parecem ter com a Unidade da Pedreira uma relação de gratidão, já que lá encontram o que falta em seus bairros, alguns parecem temer a perda da vaga e não fazem qualquer queixa do serviço:

*- Sou da Terra Firme e lá não tem médico, então vim pra cá. Lá tem que tirar ficha de um dia para outro, é muita gente.*

*- Me indicaram aqui, moro no Jurunas, sabe? Mas sou bem atendido aqui, preciso deles, dos médicos, dos remédios, está tudo bem mesmo.*

*- Estou bem atendido aqui, não tenho que reclamar de nada, já me cadastrei, tudinho aqui. Desde o ano passado venho, e de novo esse ano. Moro no Jurunas. Lá é muito ruim, muito precário, agora não, o Zenaldo endireitou um pouco lá, mas ainda é ruim.*

*- O posto da Sacramento não é bom, moro lá na Tiradentes, mas prefiro aqui.*

Apesar de surgirem poucas queixas nos discursos, também faltaram palavras elogiosas, como se a Unidade cumprisse seu papel. O aspecto mais

destacado foi a demora nos atendimentos da Pedreira e a falta de médicos nos outros bairros, o que faz com que a UBS Pedreira, em termos de comparação, seja vista como mais eficaz, aquela que cumpre as funções a que se destina.

Tal percepção da pesquisadora se justifica pela forma como se expressam, de modo breve. Em outros momentos, falam da demora e do calor. Só um usuário que reside no próprio bairro pareceu descrever bem os problemas existentes, fez queixas do tempo de espera para tirar ficha e ser atendido (5h), do atraso dos médicos (2h) e do calor na sala de espera, com um tom mais crítico, com revolta. Não responsabilizava os funcionários, e sim a administração, percebe os funcionários como vítimas do sistema, assim como eles.

Outro usuário do bairro da Sacramento disse não ter queixas, a não ser o fato de o funcionário não querer ligar a TV, porém, ao sair e ouvir as usuárias que aguardavam consulta fazerem queixa à pesquisadora, acabou concordando, informalmente, que faltava água na torneira do banheiro, no bebedouro, não tinha lâmpada no banheiro e estava quente. Quando uma usuária reclamou que precisava chegar 2h da madrugada para pegar ficha para a médica das 10:30h, que também atrasava, ele disse que era sim, tinha que chegar mesmo cedo, não percebeu isso como um problema, mas uma necessidade. A usuária (então) falou que havia pessoas de outros bairros e só eram 60 fichas para a médica, por isso não sobrava para todos. Ele sorriu e ficou calado.

Para outros usuários do bairro da Pedreira, apesar dos problemas, o serviço é considerado bom, pois fornece o medicamento, eles não precisam comprar, ou seja, não falta médico e remédio, então está muito bom. Novamente

a visão biomédica de que o serviço tem importância por atender apenas esses critérios, focando prioritariamente a doença e a cura:

*- É bacana. Eu moro aqui perto, trabalho por aqui. Esse Posto é muito bom mesmo. Tem a demora, tem que acordar muito cedo para tirar a ficha, mas é bom, pego o remédio aqui mesmo.*

*- É bom, não tenho queixa, moro aqui mesmo na Pedreira, sempre venho aqui com minha família. Hoje precisei, e já fui atendido, não demorou, nem precisei fazer aerossol na emergência. Eu venho mais na emergência quando sinto alguma dor. Minha saúde é boa.*

### 4.3. Práticas de autocuidado

(Quais as práticas de autocuidado que costuma fazer?)

Nome	Idade	Escolaridade	Profissão	Estado Civil	Percepção
João	52 anos	Médio Incompleto	Vigilante	Casado	<p>Bebo pouco e procuro caminhar, como o médico pediu. Tomo meu remédio, mas não faço dieta, não sou gordo. Eu bebia muito e fumava. Não procurava médico. Hoje bebo pouco e faço caminhada quando tenho tempo, parei de fumar. Sou vigilante noturno, então fico muito preocupado, aqui está muito violento, minha mulher tem medo, mas preciso trabalhar. Acho que esse trabalho me faz mal, por isso fiquei doente, mas tenho que trabalhar mesmo. Tenho dois filhos que moram com a mãe, mas já são adultos, me preocupo com a menina de 11 anos, ela ainda não lê, tem problema para aprender. O médico diz que não posso me preocupar, mas como?</p>
José	48 a	Fundamental incompleto	Fiscal	Separado	<p>Cuidados? A gente não se cuida muito, não procura médico mesmo. Procurei agora, mas não procuro, não é verdade? Não gosto de hospital, nem de médico. Eles lembram doença, morte. Estão sempre procurando doença na gente. Eu tenho saúde boa sim. Não como muito, e bebo pouco também, só cerveja. Só tem essa dor, mas foi o acidente. Eu sou tranquilo, nem no meu filho de 08 anos bato, ele é minha grande alegria. A relação com a mãe não é tão boa, ela reclama muito. Não gosta que ele me visite porque o lugar é perigoso, mas meus amigos gostam dele e ele brinca muito por lá. Eu não deixo ele ficar na rua muito tempo, estou sempre de olho.</p>

Matias	44 a	Fundamental	Vendedor	Solteiro	<p><i>Ela cortou no ano passado a bebida, o pão, o açúcar. Cortei um pouco. Ela disse (médica) “Se comer dois pães, só come um. Açúcar, põe só uma colherzinha. Bebida, tu corta mesmo. Cortei a bebida e o cigarro. Agora ainda tomo um pouquinho de refrigerante. Faço acompanhamento clínico desde o ano passado. Trouxe exames do ano passado e de agora para ela ver, a Dra. Conceição, ela é bem legal.</i></p> <p><i>Eu trabalho com química, carrego vela, produtos da vela, como motorista. Minha profissão são várias. Na minha carteira tá como vendedor, mas trabalho mais como motorista. Acho que também por isso fiquei doente. Já me aborreci muito, agora não.</i></p>
Luís	43 a	Fundamental	Serviços Gerais	Casado	<p><i>Eu venho no médico e tomo o remédio. Fora isso, me sinto bem, meus exames estão melhores agora. Ah, eu deveria fazer dieta, o nutricionista passou, mas ainda não consigo, engordei demais, é isso, mas como muita farinha, gordura, a gente não aprende mesmo. Bebo, mas não é muito não. A minha cervejinha eu não paro. Se tirar isso é meu fim mesmo.</i></p> <p><i>As mulheres se cuidam mais, elas têm mais esse costume, o homem não, não tem paciência, não gosta de esperar nada. Tem que fazer o que o médico, o nutricionista manda, todo mundo manda na gente quando a gente fica doente, eu não gosto disso.</i></p> <p><i>A mulher obedece, o homem não, se aborrece. Eu escuto o que falam, mas só faço o que quero. (ri).</i></p> <p><i>É muito trabalho e pouco dinheiro. Tem os filhos, tem a pensão deles. Ainda são</i></p>

					<i>crianças. Eu faço bem meu trabalho, mas fico muito cansado e tenho dores de cabeça, sabe? Durmo muito mal. Faço tudo pra não me aborrecer.</i>
<b>Marcos</b>	24 a	Médio incompleto	Estudante	Solteiro	<i>Não me cuido não, meus hábitos são os piores, bebo, como muita besteira e não pratico exercício. Gosto de sair com os amigos, esse é meu lazer, um churrasquinho, é bom!, Tenho uma namorada e tenho uma filha de 02 anos com uma ex- namorada.</i>
<b>Pedro</b>	46 a	Fundamental incompleto	Pedreiro	Casado	<i>Eu acho que o homem deveria se preocupar mais em cuidar da saúde, procurando os Postos, agora vejo que é importante, né? Procuro seguir as recomendações, tomo os remédios, venho na consulta, não falto e já não deixo correr solto, parei de fumar e diminuí a bebida. Tenho três filhas, a mais velha de 14 anos já está grávida e ainda vou ter que sustentar ela e o bebê. Na verdade, senhora, não tenho tempo de ficar doente, quem vai sustentar a casa?</i>
<b>Francisco</b>	54 a	Médio incompleto	Taxista	Casado	<i>Eu sou taxista, né? Não posso dizer que é maravilhoso, mas gosto do trabalho. Agora a gente tá parado, a doença veio, né? A minha mulher me ajuda muito, ela briga comigo às vezes, quer que eu me cuide agora, senão morro. Na hora a gente fica irritado né, com as coisas que ela fala, mas me ponho no lugar dela, ela tá certa, né? Não me cuidei, é isso mesmo, hoje procuro seguir as recomendações médicas. Refrigerante, por exemplo, eu tomava todo dia, minha Coca-Cola era sagrada. Era almoço e janta, tive que cortar até o churrasquinho que meu filho vende. Meus filhos já são</i>

Daniel	34 a	Fundamental completo	Porteiro	Casado	<p>adultos, eu ajudo só uma filha que está na Universidade, os outros já se viram.</p> <p>Eu não sou de abusar nem de comida nem de bebida. Procuro me cuidar sim. Adoeci porque no meu trabalho fico exposto a sol, chuva. Trabalho como porteiro numa empresa de transporte. Lá, eles não se preocupam com a gente, por isso fiquei doente dessa vez.</p>
Jorge	42 a	Médio Completo	Agente Administrativo	Casado	<p>Ri da pergunta e responde: Eu preciso me cuidar mais, eu sei, todo mundo me diz, eu brinco, mas sei que o negócio é sério, comecei a fazer caminhada com a minha esposa, mas trabalho longe, ai parei, não tive mais tempo. Se bem que ela também parou (ri novamente, não parece levar tão a sério o assunto, não demonstra constrangimento ao responder).</p> <p>Sabe, eu conheço muito médico que fuma, bebe, e depois pedem para a gente não beber, mas sei que o negócio é sério, meu pai já enfartou e precisou fazer ponte (safena).</p> <p>Estou tentando fazer concurso para melhorar meu salário, está difícil, viu? Muita concorrência. Tenho dois filhos das ex e um da atual. Tenho que pagar pensão, então, sobra pouca grana, tá complicado. Olha o que eu fui arranjar?(ri da situação)</p>
Paulo	39 a	Fundamental incompleto	Ferreiro	Solteiro	<p>Não faço dieta nem exercício. Também não bebo.</p> <p>O trabalho é arriscado. Já me feri duas vezes no ferro.</p> <p>Tenho um filho de 14 anos que mora com a mãe, eu ajudo no sustento.</p>

Nas narrativas dos usuários aparecem falas que expressam dificuldades em seguir recomendações médicas. Como forma de amenizar seus problemas, seguem apenas parcialmente as orientações:

*Ela cortou no ano passado a bebida, o pão, o açúcar. Cortei um pouco. Ela disse (médica) Se comer dois pães, só come um. Açúcar, põe só uma colherzinha. Bebida, tu corta mesmo. Cortei a bebida e o cigarro. Agora ainda tomo um pouquinho de refrigerante.*

Um dos usuários reconhece que não segue orientações e parece ter bem claras suas razões: *“Bebo, mas não é muito não. A minha cervejinha eu não paro. Se tirar isso é meu fim mesmo”.*

Sua condição de doente é vista como limitante e, sobre a mesma, ele não tem escolha, fica mais vulnerável: *“Tem que fazer o que o médico, o nutricionista manda, todo mundo manda na gente quando a gente fica doente, eu não gosto disso”.*

Essa forma de perceber sua relação com os outros e consigo mesmo o faz se recusar a seguir as recomendações, como forma de impor sua vontade pessoal: *“Eu escuto o que falam, mas só faço o que quero”. (ri).*

A cura, segundo os usuários, dá-se pela ingestão dos remédios com regularidade e assiduidade às consultas médicas: *“Procuro seguir as recomendações, tomo os remédios, venho na consulta, não falto e já não deixo correr solto, parei de fumar e diminuí a bebida”.*

A percepção dos usuários sobre a dificuldade no autocuidado envolve outras categorias como: a relação com o trabalho e com a família. Em suas

narrativas, os usuários expressam que, apesar dos hábitos de vida prejudiciais, reconhecem esses comportamentos como prazerosos. Apontam que estes são os raros prazeres que possuem, considerando as adversidades envolvendo o estresse no trabalho e a pouca satisfação que este proporciona. Um dos usuários desabafa: *“É muito trabalho e pouco dinheiro”*.

Outros falam da periculosidade e insalubridade no trabalho:

*-Eu trabalho com química, carrego vela, produtos da vela, como motorista. Minha profissão são várias. Na minha carteira tá como vendedor, mas trabalho mais como motorista. Acho que também por isso fiquei doente.*

*-Eu não sou de abusar nem de comida, nem de bebida. Procuo me cuidar, sim. Adoeci porque no meu trabalho fico exposto a sol, chuva. Trabalho como porteiro numa empresa de transporte. Lá, eles não se preocupam com a gente, por isso fiquei doente dessa vez.*

*- O trabalho é arriscado. Já me feri duas vezes no ferro.*

*- Sou vigilante noturno, então fico muito preocupado, aqui está muito violento, minha mulher tem medo, mas preciso trabalhar. Acho que esse trabalho me faz mal, por isso fiquei doente, mas tenho que trabalhar mesmo.*

Os usuários participantes percebem o bem estar dos filhos, seu desenvolvimento e educação como de sua responsabilidade, sendo que na maioria dos discursos, as responsabilidades com a família são percebidas mais como obrigações legais, sujeitas a sanções e reprovação social do que por vínculo afetivo:

- *Tem os filhos, tem a pensão deles.*

- *Tenho dois filhos das ex e um da atual. Tenho que pagar pensão, então, sobra pouca grana, tá complicado. Olha o que eu fui arranjar?(ri da situação)*

-*Tenho dois filhos que moram com a mãe, mas já são adultos, me preocupo com a menina de 11 anos, ela ainda não lê, tem problema para aprender. O médico diz que não posso me preocupar, mas como?*

Para outro usuário, ainda tem os netos que nascerão, tendo ele como provedor: *“Tenho três filhas, a mais velha de 14 anos já está grávida e ainda vou ter que sustentar ela e o bebê. Na verdade, senhora, não tenho tempo de ficar doente, quem vai sustentar a casa?”*

Apenas um usuário expressa a relação com o filho único como *“minha grande alegria”*.

Quanto à relação com as esposas, companheiras e namoradas, não percebem essas relações como responsáveis ou relevantes para seus problemas de saúde. Apontam as companheiras apenas como cuidadoras:

- *Sou vigilante noturno, então, fico muito preocupado, aqui está muito violento, minha mulher tem medo, mas preciso trabalhar.*

- *A minha mulher me ajuda muito, ela briga comigo às vezes, quer que eu me cuide agora, senão morro. Na hora a gente fica irritado né, com as coisas que ela fala, mas me ponho no lugar dela, ela tá certa, né?*

*- Cheguei pra minha companheira e falei, estou muito cansado. Ela marcou e vim pra cá.*

*- Minha mulher me trouxe, sentia muita dor de cabeça. Ela marcou a consulta e tirou uma ficha, então, eu vim.*

Nas narrativas, os usuários se reportam às companheiras como aquelas que marcam as consultas, as responsáveis por seu cuidado. Considerando a situação em que se encontram, compreendemos o papel que essas mulheres exercem, não só para esses homens, mas para a sociedade, já que esse é um estereótipo do gênero feminino, aquela que cuida, a maternal.

#### 4.4. Importância da Atenção Primária para sua saúde

(Qual a importância do serviço da UBS para sua saúde?)

Nome	Idade	Escolaridade	Profissão	Estado Civil	Percepção
João	52 a	Médio incompleto	Vigilante	Casado	<i>Importância? É importante para tratamento. Aqui descobri há três anos que tinha problema de pressão alta e fui cadastrado. Minha mulher me trouxe, sentia muita dor de cabeça. Ela marcou a consulta e tirou uma ficha, então eu vim. É importante descobrir o que temos.</i>
José	48 anos	Fundamental incompleto	Fiscal	Separado	<i>Não sei, é importante para ajudar, mas não sei bem pra que serve. Não tem médico na Terra Firme, sou de lá. Tenho amigos que frequentam o Posto, eu acho que não serve pra nada, eles estão sempre reclamando. (fala como se quisesse minimizar a importância da APS). Homem é assim mesmo, não gosta de médico.</i>
Matias	44 anos	Fundamental completo	Vendedor	Solteiro	<i>O homem é muito machista, não procura a saúde, morre muito de câncer o homem. Muito mesmo. Morre mais que as mulheres. Por isso tem muita mulher hoje em dia e pouco homem. A mulher faz exame para câncer de mama, não tem medo. O homem, não. É machista, tem medo do exame de toque, isso é para ele também uma vergonha (fala em tom de crítica aos homens). Se não fosse a medicina hoje inventar de tirar o sangue tinha pouco homem no Posto. Machista, tipo assim “Ah é importante a bebida”, dá importância, sabe? “eu estou bem, vou beber”.</i>
Luís	43 anos	Fundamental completo	Serviços Gerais	Casado	<i>É bom. Aqui a doutora pede exame pra tudo, sempre venho aqui. Passei a frequentar depois que adoeci.</i>
Marcos	24 anos	Médio incompleto	Estudante	Solteiro	<i>Não acho importante, não, mas faço exame de sangue todo ano. Não faço por necessidade, minha mãe é que acha que preciso. É um saco tudo isso!(parece bastante chateado com tudo) É que sou obeso e na minha família tem caso de diabetes.</i>
Pedro	46 anos	Fundamental incompleto	Pedreiro	Casado	<i>É difícil dizer porque a gente só vai mesmo no médico quando está com uma dor muito forte.</i>
Francisco	54 anos	Médio incompleto	Taxista	Casado	<i>Hoje eu sei que dependo deles, mas antes não dava importância. Foi o</i>

					<p>peçoal daqui mesmo que me orientou A médica cortou massa, gordura, passei a comer menos, refrigerante só diet, água, suco. Eu fumava muito, durante quase 40 anos fumei, agora já não posso, se quiser viver um pouquinho mais. Bem, pra mim Posto é para tratar doença, não é não? Antes eu não precisava, agora preciso. Exames? Quem trabalha não tem tempo. Minha mulher vinha, mas ela é mais doente que eu. Quer dizer, agora também estou doente (ri).</p>
Daniel	34 anos	Fundamental completo	Porteiro	Casado	<p>É muito importante, sempre venho aqui, desde 2000, trago minha esposa, trago meu filho, que já está com 06 anos, ele sempre se vacinou aqui e minha mulher faz o preventivo, tudo. Eu venho mais acompanhando eles. Só estou aqui porque adoeci. Queria fazer exame para detectar diabetes, mas só tem no Barros Barreto. Na minha família tem alguns casos.</p>
Jorge	42 anos	Médio completo	Agente Administrativo	Casado	<p>É importante, sim. Todos precisam se cuidar, fazer exames, não só homem, mulher, criança. Eu sempre procuro fazer meus exames e me cuidar. Tenho hipertensão, estou muito gordo, barrigudo, é a cerveja e o churrasco. (ri ao admitir). Eu já frequentava o Posto antes, mas não tão frequentemente, agora preciso mais.</p>
Paulo	39 anos	Fundamental incompleto	Ferreiro	Solteiro	<p>É importante, sempre venho aqui quando preciso. Não faço exames, é só curativo. Hoje marquei com a clínica. Tive um ferimento no ferro lá na oficina. Fiz curativos aqui, mas depois senti muita febre. (usuário parece abatido, desinteressado)</p>

Nos discursos dos usuários aparece continuamente o desconhecimento do principal papel da ABS no bairro (promoção de saúde e prevenção de doenças), geralmente procuram ajuda auxiliados pelas companheiras ou amigos após sofrerem com a instalação dos sintomas de alguma enfermidade: “Não sei, é importante para ajudar, mas não sei bem pra que serve. Não tem médico na Terra

*Firme, sou de lá. Tenho amigos que frequentam o Posto, eu acho que não serve pra nada, eles estão sempre reclamando”.*

Quanto à prevenção de doenças e agravos, percebe-se que os homens do bairro da Pedreira e entorno, não aderem a essas práticas até se depararem com sinais e sintomas de adoecimento, assim como seus hábitos diários sofrem pequenas alterações, já com algumas práticas de autocuidado, após a doença, muito mais por receio da morte e do surgimento de outras enfermidades associadas às já existentes. Só um usuário procura fazer exames e consultas de rotina por indicação da mãe. É estudante, mora com a família e depende financeiramente dela, então faz exames contra sua vontade. Pareceu bastante aborrecido com a situação.

Em relação à sua presença atualmente na UBS de forma regular, os homens afirmam que se deve ao seu estado de saúde atual, já que antes não buscavam, não viam necessidade e possuíam hábitos que, de acordo com seus discursos, podem ter contribuído para o quadro de sua doença. A importância da UBS para esses usuários está ligada à assistência, a necessidade do serviço surge com sua necessidade de atendimento médico: *“Bem, pra mim Posto é para tratar doença, não é não? Antes eu não precisava, agora preciso”.* Novamente o modelo biomédico predominante em suas falas. Veem no médico a única figura responsável pela saúde das pessoas, apesar de um usuário também perceber nos médicos a imagem da doença e da morte: *“Não gosto de hospital, nem de médico. Eles lembram doença, morte, estão sempre procurando doença na gente”.*

Nas diversas respostas às questões sobre a importância da Atenção primária para a saúde, as questões de gênero se destacaram. Não procuram se cuidar, nem fazem prevenção, mas parecem acreditar que é assim mesmo com todos os homens, que só procuram no último caso.

*O homem é muito machista, não procura a saúde, morre muito de câncer o homem. Muito mesmo. Morre mais que as mulheres. Por isso tem muita mulher hoje em dia e pouco homem. A mulher faz exame para câncer de mama, não tem medo.*

Esse usuário falava em tom de autocrítica, que os homens têm medo de exame, vergonha, mas não afirma que são invulneráveis ou fortes. Fala com admiração ao se referir às mulheres, que não tem medo dos exames. Esse usuário sentava-se muito afastado das mulheres na sala de espera, como se não estivesse à vontade naquele ambiente. O que deu para perceber em sua fala foi um discurso quase pronto, como se alguém já o tivesse informado dos dados ou falado de seu estado enquanto consequência do machismo.

Enquanto no caso acima as mulheres são percebidas como corajosas, para outro usuário, ao falar do autocuidado, as mulheres são mais passivas, obedientes: *“A mulher obedece, o homem não”*.

Todos citam os hábitos de vida dos homens como responsáveis pelos agravos à saúde, dão importância para bebida alcoólica e fumo, dizendo que é *“assim mesmo”*, como algo natural, próprio da condição masculina:

*“Eu fumava muito, durante quase 40 anos fumei, agora já não posso, se quiser viver um pouquinho mais”*.

## 5. REFLEXÕES FINAIS

Para que a APS organize ações de saúde destinadas á população masculina, Figueiredo (2005) aponta o dever dos serviços de identificar as necessidades de saúde dos homens. Nesta pesquisa, as necessidades estão presentes nas narrativas dos usuários, a partir de suas percepções e do seu perfil epidemiológico.

Dos dez usuários participantes, sete apresentam quadros de doenças crônicas, apontadas nas pesquisas como uma das principais causas de morte de homens no mundo, muitas delas passíveis de prevenção se fossem feitas intervenções em práticas que contribuíram para a ocorrência desses problemas. (Figueiredo, 2005, Brasil, 2008a),

De acordo com a análise dos discursos dos usuários da UBS Pedreira, pode-se constatar o uso de uma linguagem verbal que denota haver uma aproximação e um afastamento de si mesmo, ilustrada nas falas: “*o homem*”, “*eu*”, “*a gente*”. Falam ao mesmo tempo como espectadores e como sujeitos da ação. Com essa linguagem expressam que se sentem parte de um coletivo, que os demais homens, assim como eles, possuem as mesmas características, desta forma; também parecem se distanciar de si mesmos, por exemplo, “os homens são assim mesmo” e “isso é da cultura masculina”.

Organizam seu mundo de tal forma que não caiba doença e a morte. Diante da doença instalada, essa concepção de mundo não se confirma e sofrem para ressignificar a experiência, ou seja, seus problemas se prendem a essa forma de aparelhamento e a sua percepção de si e dos outros, resultando que a mudança é um processo doloroso.

Pelas pesquisas do Ministério da Saúde (Brasil, 2008a), o homem acredita que é invulnerável e não procura se cuidar baseado nessa percepção de si mesmo, assim como se expõe mais aos riscos e é visto pela sociedade como símbolo de virilidade. Este estereótipo de gênero reduz os homens a uma generalização e lhe garante um lugar de “poder”, de “valor” na sociedade. Para atender a esse estereótipo, o homem precisa acreditar que é invulnerável, que não adocece, mesmo que potencialmente perceba sinais e sintomas. Os homens da UBS Pedreira adiam a descoberta até adoecer gravemente ou minimizam sua gravidade até se tornar intolerável.

A pesquisadora chegou a essa reflexão após perceber algumas incongruências nas falas dos usuários da UBS Pedreira quando, dizem que não se cuidavam antes de adoecer, não precisavam, tinham saúde boa, e depois assumem que seus hábitos contribuíram para seu adoecimento, que percebiam sintomas.

*Tenho boa saúde, senti ultimamente muita dor de cabeça e falta de ar. Tive febre e, então, me preocupei. Mas, como já disse, tenho boa saúde. Costumo procurar sempre aqui quando sinto alguma coisa, mas não é sempre.*

Também afirmam que só seguirão em parte as recomendações médicas, apesar de acreditarem que seu adoecimento pode levar à morte. Eles ainda precisam se sentir invulneráveis, mesmo no contato com a doença.

Apesar de os homens estarem mais expostos a riscos, o estudo apontou que os usuários da UBS Pedreira não se percebem como invulneráveis, temem as doenças e não frequentam espaços de saúde por associarem a esse

significado, como se a doença só passasse a ter existência real a partir de sua presença nos serviços, com isso evitam procurar ajuda, mesmo diante de sintomas. Como o espaço privilegia a assistência, as medidas curativas, e não a promoção de saúde, estar ausente pode dar a sensação de realmente estar invulnerável, sem necessidade médica.

Nas respostas às questões, vários sentidos foram captados: receio, responsabilização, vergonha e irritabilidade por estarem doentes. Ter que esperar, ter que abrir mão do que percebem como prazeroso, dentro de um universo de situações adversas: trabalhos vistos como estressantes, salários insuficientes para suas necessidades, baixa escolaridade e qualificação, bairros perigosos, atendimentos precários, problemas familiares.

Não há trabalhos preventivos na comunidade, e ainda existe a dificuldade de acesso e assistência nos demais bairros (Unidades Básicas de Saúde). Não se sentem livres para fazerem suas escolhas e não conseguem perceber outras possibilidades dentro desse contexto.

De acordo com estudos que subsidiaram a Política de Atenção à Saúde do Homem (Brasil, 2008), a não presença dos homens nos espaços de APS decorre de variáveis culturais, nas quais a doença significa fragilidade e o homem considera-se invulnerável, como já apontado antes. Em parte, este estudo corrobora essa afirmação, porém deve-se considerar que, para que se possa corresponsabilizar o homem pelas decisões sobre sua saúde, o sistema deve contribuir para ampliar o grau de autonomia desses homens, como preconiza o SUS.

Sem fomentar o protagonismo, apenas responsabilizando o homem por sua doença e exigindo do mesmo uma posição passiva diante do fenômeno, em que deve seguir ordens médicas para não morrer, só resultará em sujeitos tutelados, dependentes de um benefício da previdência, usuários que não têm condições de se responsabilizarem pela própria vida.

De acordo com pensamento de Gastão Wagner Campos (2009), autonomia é um processo de co -constituição de maior capacidade do sujeito de compreender e agir sobre si mesmo e sobre o contexto. Para que se chegue a esse resultado, os profissionais devem favorecer o acesso dos sujeitos à informação, para que possam utilizar esse conhecimento em exercício crítico, com capacidade de agir sobre o mundo, de interferir sobre sua rede de dependências.

Considerando a UBS Pedreira, que é uma Unidade mista, que também atende a média complexidade, temos um quadro atípico, já que por ser de urgência e emergência possui vasta circulação de usuários a procura de assistência a doenças e agravos e esse é o significado que os usuários atribuem a ela.

O pensamento de que os programas não existem, pois os homens estão ausentes, é bastante reducionista, pois só considera uma parte, o homem isolado da cultura, e não na relação com o todo, com a sociedade em que está inserido. Sabe-se que a população masculina é exposta a diversos riscos e com índice alto de morbimortalidade. Como não priorizar estratégias de prevenção a esse segmento?

Os usuários ouvidos nesta pesquisa desconheciam o papel da UBS na comunidade e adentraram o serviço por indicação ou levados por terceiros. Não apontaram nenhuma precariedade no atendimento, suas percepções focam apenas os cuidados médicos e medicamentosos e não o contexto em que se dão as relações dentro do serviço, além de, mesmo presentes no espaço físico, o ambiente parece não ser percebido enquanto insalubre, mas como um lugar para se aguardar a cura: seu objetivo principal.

Quanto às necessidades apontadas nas narrativas, Ribeiro e Barata (2012) indicam alguns fatores de risco relacionados a uma ampla gama de agravos e doenças e que são alvos das ações de promoção de saúde. Dentre estes fatores temos o fumo, o uso abusivo de álcool, o sedentarismo e o sobrepeso. Vimos pela pesquisa que todos esses fatores são assinalados pelos usuários.

O uso abusivo de álcool é um dos elementos mencionados pelos usuários como agravante para seu estado de saúde e citado em várias pesquisas como causante de enfermidades e agravos diversos, porém é um tema pouco debatido em espaços de APS e muito valorizado na sociedade, apontado como símbolo de virilidade e poder, associado à sexualidade, relaxamento e extroversão. Vivemos a cultura do álcool. O consumo de bebidas atinge todas as classes socioeconômicas e circula livremente dentro das famílias brasileiras. (Ribeiro e Barata, 2012; Brasil 2011a; Brasil, 2008a, Pinsky, 2009)

A cerveja é a bebida mais consumida no país e a que mais provoca impactos negativos na qualidade de vida das pessoas, e os dados estão em todas as pesquisas nacionais. Está presente na mídia todos os dias, em todas as programações, inclusive voltadas para as crianças e adolescentes, e seu

consumo é de baixo custo, legal e o mais aceito pela sociedade em geral, apesar dos impactos nos índices de violência, acidentes de trânsito, problemas no trabalho, nos relacionamentos familiares e na saúde dos brasileiros. (Pinsky, 2009, Ribeiro e Barata, 2012, Brasil 20008a)

Dentre as ações da APS que podem debater estas questões apontadas, podem ser eficazes os aspectos educacionais e outras ações organizadas que visem o acolhimento do homem, fazendo com que o mesmo se sinta parte integrante da APS, respeitando suas peculiaridades culturais.

A implementação de ações preventivas e promocionais de saúde nas UBS se torna mais complexa dentro da realidade do profissional da saúde no Brasil. Os profissionais, mesmo compreendendo essa necessidade não se sentem preparados para desconstruir um modelo mecanicista de saúde, que vem desde a sua formação, focado na doença, descontextualizado da cultura e com intervenções individuais. O olhar sistêmico, holístico de saúde, enfoque no qual se ancora o SUS, ainda não é o principal referencial adotado na maioria dos cursos da saúde, inclusive de Medicina e Psicologia, o que é um complicador para a prática voltada para a promoção de saúde.

Outras categorias que surgiram nas narrativas como expressivas no contexto do estudo foram as relações com as companheiras e com o trabalho. Enquanto as relações conjugais surgem, nesse momento específico, como não relevantes para seu adoecimento, o trabalho ganha uma dimensão de agravante ou mesmo causante do seu sofrimento, porém um mal necessário, em que os homens se veem vítimas de uma necessidade social.

As relações com o trabalho não foram identificadas, nas pesquisas do Ministério da Saúde (Brasil, 2008a) nem nas demais pesquisas, como expressivas para o adoecimento dos homens, porém surgiram, desde as primeiras entrevistas, como significativas e consideradas estressantes. Em relação ao autocuidado, os homens nos sinalizam que as preocupações com as obrigações familiares e a insatisfação com suas ocupações e salários são causadores de estresse, mas parecem pouco relevantes nas orientações médicas e nas pesquisas em saúde.

Quanto às relações afetivas, dos 10 usuários participantes, apenas 03 se declararam solteiros, apesar de um destes afirmar ter uma companheira estável.

Os usuários não falaram das relações com as esposas como relevantes para seu adoecimento, as percebem apenas como cuidadoras. Isto nos faz considerar, preliminarmente, que as relações afetivas, dentro desse contexto de adoecimento e sentimento de vulnerabilidade, produzem novas reflexões que nos permitem entender os significados para esses homens, pois os problemas no relacionamento ficam reduzidos e quase imperceptíveis diante dessa nova experiência. As relações parecem ser ressignificadas e vistas apenas como um benefício. Ainda precisamos considerar que, assim como indicado nas pesquisas do Ministério da Saúde (2008a), o cuidado é papel feminino, então eles identificam suas mulheres e companheiras como responsáveis pelos cuidados, inclusive deles.

As conclusões a que chegamos sugerem que as pesquisas são um caminho para realizar diagnósticos acerca das necessidades da população masculina, identificar precariedades estruturais e providenciar soluções em uma linha de tempo. Consideramos que a situação exige trabalhos preventivos que

atendam à demanda dos homens nesses espaços, sem essas ações não tem como parar o processo gradual e alarmante que se instalou, pois esse processo não muda de direção repentinamente. A estratégia incluiria, também, atrair o maior número de homens ao serviço com atividades de promoção de saúde (programas de saúde que envolvam saúde de grupos, famílias e comunidade).

A partir desses dados, sugiro atividades direcionadas aos homens na Atenção Primária, como preconiza a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem. A ênfase da Atenção Primária à Saúde está na prevenção e na promoção de saúde, como porta de entrada, focaria a pessoa e não a doença, porém esse objetivo ainda não se realiza quando se trata dos homens.

## REFERÊNCIAS<sup>8</sup>

- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, L. O. M., Barreto, I. C. H. C., Bezerra, G. T. (2009). Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In Campos, G.W.S., Minayo, M.C.S, Akerman, M., Drumond, M., Jr. & Carvalho, Y. M. (orgs.) (2009). *Tratado de saúde coletiva*. (pp.783-836) São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Aquino, E.M.L. (2006). Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. Vol. 40. (N. Esp.). (pp.121-32).
- Aranda, F. (2013). *Violência interna 10,7 mil homens com menos de 40 anos por mês*. iG São Paulo. Retirado em 10 de março de 2013, de <http://saude.ig.com.br/minhasaude/2013-02-28/violencia-interna-107-mil-homens-com-menos-de-40-anos-por-mes.html>
- Borges, C., Marim, G. & Rodrigues, J. (2010). *Análise da cobertura vegetal como indicador de qualidade ambiental em áreas urbanas: Um estudo de caso do bairro da Pedreira – Belém/PA/VI* Seminário Latino Americano de Geografia Física II Seminário Ibero Americano de Geografia Física Universidade de Coimbra, Maio de 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (1996). Normas de pesquisa envolvendo seres humanos- Res. CNS 196/96. *Bioética*. 4 (2 Supl.). (pp.15-25).
- Brasil. Constituição. (1988a). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal.
- Brasil. Ministério da saúde. (1988b). *VIII Conferência nacional de saúde: Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde.

---

<sup>8</sup> De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

- Brasil. Ministério da Saúde. (1990a). *Lei Orgânica da Saúde nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União de 20.9.1990.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1990b). *Lei Federal nº 8.142*, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União de 31.12.1990.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (1996). Normas de pesquisa envolvendo seres humanos- Res. CNS 196/96. *Bioética*. 4 (2 Supl.). (pp.15-25).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004) Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. *Humaniza SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2005). Rede Interagencial de informações para a saúde- RIPSAs. Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2005. Brasília: Ministério da Saúde. Retirado em 12 de janeiro de 2014, de [www.datasus.gov.br/idb2005](http://www.datasus.gov.br/idb2005)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008a). *Política Nacional de Atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília/ DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008b). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Ministério da Saúde. Retirado em 18 de outubro de 2013, de <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009) *Clínica ampliada e compartilhada*. Humaniza SUS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011a). Vigitel Brasil 2010. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde. 152 p.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2011b). Portaria 2488/GM, de 21 de outubro de 2011. *Política nacional de atenção básica*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24/10/2011, Seção 1, (pp.48-55).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Ministério da Saúde. Retirado em 18 de outubro de 2013, de <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=31430>
- Bravo, M. I. S. (1996). *Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais*. S. Paulo: Cortez.
- Bravo, M. I. S. (2006). Política de Saúde no Brasil. In Bravo, M. I. S., Mota, A. E., Uchoa, R., Nogueira, V., Marsiglia, R., Gomes, L. & Teixeira, M. (org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. S. Paulo: Cortez. (pp. 88-110).
- Campos, G. W. S. & Campos, R. T.O. (2009). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In Campos, G.W.S., Minayo, M.C.S, Akerman, M., Drummond, M., Jr. & Carvalho, Y. M. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. (pp.) São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ. (pp. 669-679).
- Carrara, S., Russo, J.A. & Faro, L. (2009). A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: revista de saúde coletiva*. Vol. XIX (nº 03). Rio de Janeiro. (pp.659-678)
- .
- Capra, F.(1982). *O Ponto de Mutação*, São Paulo: Cultrix.
- Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde (1978), Alma Ata, URSS, 6-12 de Setembro de 1978. Relatório conjunto do Diretor Geral da Organização Mundial de saúde e do Diretor Executivo do Fundo das Nações Unidas para a Infância. Alma Ata, OMS.
- Cristo, S. C. A. (2004). *Política de saúde e acessibilidade: reflexões a partir da Unidade Municipal de Saúde de Fátima em Belém/PA*. Dissertação de Mestrado. Centro Sócio- Econômico/UFPA. Belém, 2004, 223 p.

- Cristo, S. C. A. (2013). *Controle social: uma análise de conselhos de saúde*. Curitiba, PR: CRV, 166p.
- Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. Vol. X (n.1), (pp. 105-109).
- Frei Betto, (2003). *Desigualdade social no Brasil*. Retirado em 10 de março de 2013, de [http://amaivos.uol.com.br/amaivos09/noticia/noticia.asp?cod\\_Canal=53&cod\\_noticia=15576](http://amaivos.uol.com.br/amaivos09/noticia/noticia.asp?cod_Canal=53&cod_noticia=15576)
- Giovanella, L., Mendonça, M.H.M.(2012). Atenção primária á saúde. In Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L.V.C., Noronha, J.C., Carvalho, A.I. (orgs.) (2012). *Políticas e sistema de saúde no Brasil (pp 493-546)*. 2a ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1.100p.
- Giraldi, R. (2013). *Homens jovens e pobres são os principais suspeitos e vítimas dos homicídios*. Agência Brasil. retirado em 10 de março de 2013, de <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-03-02/homens-jovens-e-pobres-sao-os-principais-suspeitos-e-vitimas-dos-homicidios>
- Grisotti, M., Patrício, Z.M. (2006). *A saúde coletiva entre discursos e práticas: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde no município de Florianópolis*. Florianópolis: UFSC, 159p.
- Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE). Ministério do planejamento, orçamento e gestão (2009). Estatísticas de Saúde. Assistência médico-sanitária. Retirado em 18 de outubro de 2013, de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE). Ministério do planejamento (2010), orçamento e gestão. Perfil dos estados. Retirado em 18 de outubro de 2013, de <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pa>

- Pereira, W. R. (2004). Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto e contexto enfermagem*. Florianópolis/SC: UFSC. Vol. XIII (nº 003).
- Perissinotto, R.M. (2004). Hannah Arendt, poder e a crítica da “tradição”. *Luanova*, nº 61. (pp.115-138)
- Pinsky, I. (2009). Publicidade de bebidas alcóolicas e os jovens. São Paulo: FAPESP.
- Ribeiro, M.C.S.A., Barata, R.B. (2012). Condições de saúde da população brasileira. In Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L.V.C., Noronha, J.C., Carvalho, A.I. (orgs.) (2012). *Políticas e sistema de saúde no Brasil (pp)*. 2a ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1.100p.
- Ricouer, P. (1990) *Interpretação e Ideologias*. 4a ed./ RJ: Ed. Francisco Alves
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41.
- Senkevics, A. (2012). *Desigualdade de gênero. Ensaios de Gênero*. Retirado em 10 de março de 2013, de <http://ensaiosdegenero.wordpress.com/tag/desigualdade-de-genero/>
- Sodré, O. (2008). *Abordagem histórico-cultural da subjetividade*. Belo Horizonte: UFMG; Ribeirão Preto: USP, p. 88 a 99.
- Souza, E. R. (2005) Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência & Saúde coletiva*, 10 (1). (pp.59-70)
- Souza, P. (2012). *Belém, sempre Belém. Pedreira do samba e do amor*. Posted in 17 de Setembro de 2012 by pedrosouza10, retirado em 11 de outubro de 2013, de <http://belemsemprebelem.wordpress.com/>
- Traverso-Yépez, M., Araújo de Moraes, N. (2004). Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (1):80-88.

Terra, M.G., Gonçalves, L.H.T., Santos, E.K.A. & Erdmann A.L. (2009). Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. *Acta paul. enferm.* São Paulo. Vol. XXII (nº1).

Vasconcelos, C.M., Pasche, D. F. (2009). *O sistema único de saúde*. In Campos, G.W.S., Minayo, M.C.S, Akerman, M., Drumond, M., Jr. & Carvalho, Y. M. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ. (pp.531-562).

## **ANEXOS**

ANEXO A - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B – Roteiro da Entrevista

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO D - Consentimento da diretora da 1ª Regional de Saúde da SESPA

ANEXO E - Consentimento da diretora da UBS Pedreira

ANEXO F - Uma entrevista na íntegra

ANEXO G – Fachada da UBS Pedreira

## ANEXO A

Questões norteadoras mais amplas:

1. Qual a queixa que o fez procurar atendimento na unidade?
2. Classifique o atendimento oferecido na unidade (Atenção primária do bairro da Pedreira)
3. Comente sua classificação; quais as formas que os profissionais de saúde o atendem em suas necessidades na UBS Pedreira?
4. Quais as práticas de autocuidado que costuma fazer?
5. Qual a importância do serviço da UBS para sua saúde?

## ANEXO B

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA:  
DISCURSO DOS HOMENS ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA  
PEDREIRA

**Pesquisador:** Adelma do Socorro Gonçalves Pimentel

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 02968613.4.0000.0018

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 351.815

**Data da Relatoria:** 27/08/2013

**Apresentação do Projeto:**

A proposta deste estudo qualitativo é analisar, empregando o método da hermenêutica de Paul Ricoeur, o discurso de homens sobre violência institucional dentro dos espaços de saúde da Atenção Primária, compreendendo suas concepções a respeito de violência e suas estratégias para lidar com essas situações. A pesquisa feita com homens enquanto sujeitos atende a proposta de compreender a saúde incluindo a concepção de gênero e a política pública de cuidado a saúde masculina, sobretudo nos espaços de prevenção e promoção de saúde, considerando sua vulnerabilidade e os altos índices de morbimortalidade

entre os homens. A temática vem se constituindo há algum tempo e a preocupação atual é com a valorização da saúde como direito do cidadão, sendo inserida no projeto político da saúde. Estudos apontados demonstram o quanto a sociedade brasileira ainda age de acordo com valores patriarcais, onde a masculinidade era sinônimo de força e virilidade, não percebendo a necessidade de cuidados desse segmento da população, representado como um agressor em potencial, que sofre diversas formas de violência dentro desses espaços que deveriam acolhê-lo. Todavia, a temática é pouco abordada nas pesquisas. A humanização do atendimento no Sistema Único de Saúde supõe encontro entre sujeitos autônomos que compartilham saberes e

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

**Bairro:** Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110

**UF:** PA **Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3201-7735

**Fax:** (91)3201-8028

**E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 351.815

experiências de vida, implicando em transformações políticas. O campo de pesquisa será a Unidade básica da Pedreira, o método é qualitativo e estimadamente serão ouvidos por meio da entrevista semi-dirigida 20 homens.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Identificar e compreender a percepção dos homens, usuários da Unidade Básica de Saúde do bairro da Pedreira em Belém do Pará, sobre a violência institucional praticada e vivenciada nesse espaço.

**Objetivo Secundário:**

Identificar na literatura da área: leis, documentos e artigos, os Princípios do Sistema Único de Saúde, relativos a participação dos sujeitos masculinos nas decisões sobre sua saúde. - Especificar a importância da Atenção Primária à saúde para o tratamento, a prevenção e a promoção da saúde dos homens. - Revisar a literatura da primeira década do século XXI sobre as concepções de masculinidades na contemporaneidade

Abordar a temática da violência institucional praticada em unidade básica de saúde através de uma perspectiva fenomenológica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Considerando que se trata de pesquisa qualitativa e que a participação será de adultos que consentiram em participar, o risco é inexistente; entretanto, devido a experiência clínica das pesquisadoras colocaremos a disposição do sujeito a possibilidade em participar de 06 sessões em grupo de escuta para abordar alguma preocupação que tiver com a temática.

**Benefícios:**

- oferecer um espaço privado, com sigilo e anonimato para escuta de possíveis vivência da violência institucional na UBS. por ser uma equipe externa, o sujeito pode dispor de condições de liberdade para se expor; - contribuir com a UBS para planejar a atenção básica a saúde dos homens; - identificar possíveis formas coletivas de enfrentamento da violência institucional observada para oferecer a equipe de saúde da UBS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
**Bairro:** Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 351.815

O projeto apresenta metodologia e critérios definidos. Sem implicações éticas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados nesta 3ª versão, estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS/MS.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, somos pela aprovação do projeto. Este é nosso parecer, SMJ.

**Situação do Parecer:**

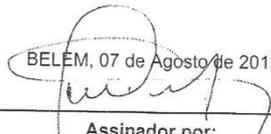
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CÉP:**

BELEM, 07 de Agosto de 2013

  
Assinador por:  
Wallace Raimundo Araujo dos Santos  
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

## ANEXO C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO ICSp**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O senhor foi selecionado e está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada, HOMENS EM BUSCA DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA REALIZADA NA UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA PEDREIRA EM BELÉM DO PARÁ, cujos objetivos são especificar a importância da Atenção Primária à saúde para o tratamento, a prevenção e a promoção da saúde dos homens e escutar sua percepção do atendimento na UBS e da violência. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método a compreensão da experiência do atendimento na Unidade de saúde. Para registrar suas opiniões gravaremos a entrevista em áudio, somente se o Senhor autorizar.

A pesquisa terá duração de dois anos, com o término previsto para Março de 2014. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído por um código formado por letra e número.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa ocorrerá durante os atendimentos para posterior transcrição, que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

O Senhor não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras, já que os recursos usados serão do próprio pesquisador. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação, porém se o Senhor, a qualquer momento sentir-se incomodado pelas perguntas ou se emocionar com alguma memória terá imediato atendimento psicológico na Clínica da Universidade Federal do Pará, bem como poderá

interromper sua participação na pesquisa, se assim desejar. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico na área da Psicologia da saúde e clínica e fornecer a Unidade da Pedreira informações sobre o atendimento que ajudem o planejamento das medidas em saúde.

Ao final da pesquisa, o senhor poderá receber a devolutiva sobre os dados coletados que serão usados pelo pesquisador na elaboração deste trabalho monográfico, relatório e artigo científico, podendo ser apresentados em eventos e /ou revistas científicas.

O senhor receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Nome do Orientador (a) Pesquisador (a): Adelma Pimentel

Instituição Principal: UFPA.

Cel: 091-91439263

E-mail: adelmapi@ufpa.br

Nome do Aluno/Pesquisador: Dorotéa Albuquerque de Cristo

Cel: 091- 91447031

E-mail: doracristo@ymail.com

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa:

---

(assinatura)

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – Complexo de Sala de Aula/ CCS – Sala 14 - Cidade Universitária, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110 - Belém- Pará. Tel: 3201-7735.

## ANEXO D



1º Centro Regional de Saúde

Secretaria de  
Estado de  
Saúde Pública

Memo. Nº 2038 /1º CRS/SESPA

Belém, 22 de outubro de 2013.

À Direção da UBS Pedreira  
Dra. Maria do Socorro Monteiro Cavalcante

Assunto: **Autorização de Pesquisa**

Senhora Diretora,

Autorizamos **Dorotéa Albuquerque de Cristo**, aluna do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará – **UFPA**, para desenvolver nessa Unidade, pesquisa intitulada **“Violência Institucional na Atenção Básica: Discurso dos Homens Atendidos na Unidade Básica de Saúde da Pedreira”**, para trabalho de conclusão de curso – nível de mestrado, conforme solicitado através de Documentos datados de 23/01/13 e 25/09/13 sob números de protocolo 33002 e 458647/2013- 1º CRS

A aluna realizará o estudo no **período de novembro a dezembro de 2013**, sob a orientação da **Profa. Dra. Adelma do Socorro Gonçalves Pimentel**, segundo a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Pará (cópia em anexo).

Atenciosamente,

*Carmen L. W. Moreira*  
CRESS 3477  
*Carmen L. W. Moreira*  
**Carmen Lúcia W. Moreira**

Educação em Saúde/1º CRS/SESPA

*Ana Amélia Santos Ramos de Oliveira*  
**Ana Amélia Santos Ramos de Oliveira**

Diretora do 1º CRS /SESPA

*Ana Amélia S. Ramos de Oliveira*  
Diretora do 1º CRS/SESPA

**ANEXO E**

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA PEDREIRA

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado "**Violência Institucional na Atenção Básica: Discurso dos homens atendidos na Unidade Básica de Saúde da Pedreira**",(Dissertação de Mestrado em Psicologia) a ser realizada na UBS Pedreira, pela aluna Dorotéa Albuquerque de Cristo, sob a orientação da **Profª.Dra Adelma Pimentel**. Cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto **autorizarei a sua execução nos termos propostos somente após o parecer favorável emitido pelo comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – ICS/UFPA.**

Belém, 02 de Julho de 2013.

*Maria do Socorro Monteiro Cavalcante*  
Diretora da UBS-Pedreira

MARIA DO SOCORRO MONTEIRO CAVALCANTE

DIRETORA DA UBS/PEDREIRA

Unidade Básica de Saúde da Pedreira

End: Av.Pedro Miranda nº 1346, esquina da Trav.Mauriti

Fone: 32440919/32545190

## ANEXO F

Entrevista

Nome: Matias

Idade: 44 anos

Profissão: Vendedor

Estado civil: Solteiro

Escolaridade: Ensino Fundamental completo

Após convite para participar da pesquisa, explicação de seus objetivos e leitura do termo, o usuário aceitou as condições, assinou termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na sala de espera da consulta com a clínica, percebe-se que o usuário está sentado sozinho, longe das demais usuárias, num espaço diferente. Esperando a consulta na sala de espera, só havia ele de homem, apesar de lotada.

1. Como percebe a importância deste serviço para sua saúde?

*R. O homem é muito machista, não procura a saúde, morre muito de câncer o homem. Muito mesmo. Morre mais que as mulheres. Por isso tem muita mulher hoje em dia e pouco homem. A mulher faz exame para câncer de mama, não tem medo. O homem não. É machista, tem medo do exame de toque, isso é para ele é também uma vergonha (fala em tom de crítica aos homens). Se não fosse a medicina hoje inventar de tirar o sangue tinha pouco homem no Posto.*

2. Como assim, o machismo?

*R. Machista, tipo assim “Ah, eu estou bem, vou beber, a bebida é importante, dá importância, sabe”.*

3. O senhor bebe?

*R. Bebo, quer dizer, bebia. Agora dou um tempo. Eu estava com muita canseira.*

2. Qual a queixa principal que o levou a buscar atendimento no UBS Pedreira?

*R. Cheguei pra minha mulher e falei, estou muito cansado. Ela marcou e vim pra cá. Moro no Jurunas.*

3. No Jurunas não tem posto?

*R. Lá é muito ruim, muito precário, agora não, o Zenaldo endireitou um pouco lá, mas ainda é ruim. Nada melhor do que, em vez de procurar do outro lado do mundo, procurar na sua casa, não é mesmo? Aqui, as pessoas indicaram e estou bem atendido aqui.*

4. Como percebe o atendimento aqui?

*R. Estou bem atendido aqui, não tenho que reclamar de nada, já me cadastrei, tudinho aqui. Desde o ano passado venho, e de novo esse ano.*

5. Qual o seu diagnóstico?

*R. O rim estava mal e o fígado também. Porque já tive hepatite A e a B, se eu pegasse a C seria pior pra mim.*

6. Como eram seus hábitos antes de adoecer e como estão hoje?

*R. Ela cortou no ano passado a bebida, o pão, o açúcar. Cortei um pouco. Ela disse (médica) “Se comer dois pães, só come um. Açúcar, põe só uma colherzinha. Bebida tu corta mesmo. Cortei a bebida e o cigarro. Agora ainda tomo um pouquinho de refrigerante. Faço acompanhamento clínico desde o ano passado. Trouxe exames do ano passado e de agora para ela ver, a Dra. Conceição, ela é bem legal.*

7. Costuma se aborrecer com frequência? Considera seu trabalho estressante?

*R. Eu trabalho com química, carrego vela, produtos da vela, como motorista. Minha profissão são várias. Na minha carteira tá como vendedor, mas trabalho mais trabalho como motorista. Acho que também por isso fiquei doente. Já me aborreci muito, agora não.*

Análise compreensiva:

- Distanciamento e aproximação na fala (o homem, eu)
- Usuário responsabiliza o machismo pela ausência dos homens na saúde. Diz que eles acham que estão bem, dão importância para bebidas. Fala em tom de autocrítica que os homens têm medo de exame, vergonha, mas não afirma que são invulneráveis ou fortes. Fala com admiração ao se referir às mulheres, que não têm medo dos exames. Fala de câncer, parece temer a doença. Diz que os homens morrem muito de câncer.
- Veio de outro bairro por indicação de terceiros, considera que é bem atendido. Diz que preferia ser atendido próximo de sua casa, mas que lá é ruim, mesmo que afirme que melhorou. Parece não querer fazer qualquer queixa do serviço para não perder sua vaga.
- Quanto ao autocuidado, reduziu os excessos após problemas sérios de saúde e o medo de mais uma hepatite. Não detalhou seus problemas de saúde, mas disse que o fígado está mal, assim como os rins. Diz que bebe, depois corrige e diz que bebia, que parou com bebida, mas reduziu apenas o pão e o açúcar. Seu problema parece estar ligado ao consumo excessivo de bebida. Sua aparência é de uma pessoa que fez uso de álcool por muito tempo, apesar da idade. Fala rápido e às vezes com dificuldade de articular as palavras, percebe-se o esforço em se fazer entender.
- Em parte, responsabiliza o trabalho por seus problemas, destaca que trabalha com produtos químicos e que isso pode ter contribuído para seu quadro. Também fala do estresse, já que trabalha como motorista, mas recebe como vendedor.

## ANEXO G



Fachada da UBS Pedreira