



UFRR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**A SAÚDE DO HOMEM: CUIDADO HUMANIZADO DOS ENFERMEIROS NA
ATENÇÃO BÁSICA**

BOA VISTA-RR

2014

CLEIRY SIMONE MOREIRA DA SILVA

**A SAÚDE DO HOMEM: CUIDADO HUMANIZADO DOS ENFERMEIROS NA
ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Joelma Ana Gutiérrez Espíndula.

BOA VISTA - RR

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

CLEIRY SIMONE MOREIRA DA SILVA

A SAÚDE DO HOMEM: CUIDADO HUMANIZADO DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação apresentada como pré-requisito para a conclusão do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde ofertado pela Universidade Federal de Roraima, defendida em 30 de abril de 2014 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Joelma Ana Gutiérrez Espíndula- Orientadora - UFRR

Prof^º. Dr^º. Tommy Akira Goto - UFU

Prof^º. MSc. Ananias Noronha Filho - IFRR

Dedico à minha família, pelo amor incondicional.

AGRADECIMENTO

A Deus, que me deu sabedoria e determinação em todos os momentos dessa caminhada;

Aos meus pais, pelas oportunidades a mim concedidas, pelo amor, carinho, pela confiança depositada em minha pessoa e pela dedicação, estando sempre presentes, ajudando-me nas dificuldades e vibrando com cada vitória alcançada;

Aos meus irmãos pelo carinho e ajuda nos momentos que precisei;

Aos meus avôs paternos (in memoria), pelos conhecimentos e sentimentos;

A toda a minha família: avó, meus tios e primos pela torcida;

Aos meus queridos amigos, pela força, pelas risadas, pelos momentos de leveza e, acima de tudo, por entenderem minha ausência, meu silêncio ou meu cansaço nesse período;

À minha orientadora, Dr.^a Joelma Ana Gutiérrez Espíndula, por ter aceitado me guiar nesse trajeto e ter proporcionado diversos momentos de aprendizado, discussões e reflexões acerca do que vem a ser a atuação do enfermeiro incentivando novos caminhos e descobertas;

Aos professores do mestrado pelo incentivo e troca de conhecimentos que muito contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional;

Aos colegas do mestrado pela amizade, convivência e aprendizado. Por todos os momentos inesquecíveis;

À Secretaria do Programa a qual nos auxiliou e ajudou nos processos acadêmicos;

Às Enfermeiras que tão gentilmente aceitaram participar da pesquisa;

À Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista – RR, por autorizar a realização desta pesquisa;

Aos colegas e amigos do Instituto Federal de Roraima - IFRR e Instituição FOR BUSINESS, que colaboraram para a realização dessa fase de estudo;

Enfim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho, expresso o meu sincero agradecimento.

“Cultivar estados mentais positivos como a generosidade e a compaixão decididamente conduz a melhor saúde mental e à felicidade”

(DALAI LAMA)

RESUMO

O tema da Saúde do Homem ficou mais visível para a sociedade brasileira a partir do ano de 2009, em que o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) para faixa etária dos 25 a 59 anos. A pesquisa insere-se no atual contexto da implantação da PNAISH das equipes de saúde no município de Boa Vista, Roraima. O interesse da pesquisa surgiu pela importância das equipes de saúde para que sejam esclarecidas e preparadas para atender a demanda masculina, assim como conhecer os pressupostos e as expectativas em relação à implementação dessa política observada pelos coordenadores do programa, possibilitando o entendimento e ações que proporcionam maior cobertura do cuidado à saúde masculina com promoção e prevenção à saúde. Diante disso, surgiu a questão norteadora do estudo: como são desenvolvidas as atividades de cuidados humanizados realizados pelo enfermeiro a Saúde do Homem na ESF em Boa Vista? O estudo teve como objetivo, conhecer e compreender as atividades que viabilizam o cuidado humanizado da população masculina, desenvolvidas pelos enfermeiros na rede de atenção básica do município de Boa Vista-RR. A modalidade de pesquisa escolhida foi qualitativa fenomenológica, apoiada no referencial de Edmund Husserl e Edith Stein e interpretada por Bello, sendo que o método fenomenológico permite o modo de compreender e analisar o ser humano na sua totalidade - física, psíquica e espiritual, o que possibilita um aprofundamento e uma correlação entre a sua interioridade e exterioridade e evidencia-se nos desdobramentos das análises desenvolvidas. O mesmo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (UFRR) com aprovação, atendendo aos critérios da resolução 466/2012 que regulamenta a pesquisa com seres humanos, cumpridos todos os preceitos ético-legais. Dentre os participantes da pesquisa foram selecionados nove (09) enfermeiros das Unidades de Saúde, incluídos como critério de seleção apenas um enfermeiro de cada macroárea, pelo fato que esses profissionais geralmente coordenam os programas de saúde, participam da assistência dos usuários do posto de saúde. Na análise fenomenológica das experiências dos participantes foi apreendido dois pontos essenciais para a discussão: Compreensão do Conceito de Saúde e Políticas Públicas e Compreensão da atuação do Enfermeiro na Atenção Básica para Saúde do Homem. As principais ações do cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros mediante as contribuições de Husserl e Stein de modo significativo do lugar epistemológico do humano estão relacionado aos aspectos biológicos, mas biopsicossocial e cultural, desse olhar fenomenológico. Concluindo, ao compreender os aspectos que facilitam e/ou dificultam o vínculo masculino ao programa de saúde do homem no município, está diretamente relacionado ao Planejamento Estratégico dos Serviços de Saúde, onde envolve os gestores, coordenadores e equipe. A identificação desses aspectos torna-se ponto relevante nesta pesquisa, pois oferece à possibilidade de subsidiar novas discussões referentes à temática. Além disso, constitui-se uma importante ferramenta a ser utilizada na construção coletiva de estratégias que gradativamente eliminem e/ou potencializam os elementos envolvidos na acessibilidade do público masculino a estes serviços de saúde, fortalecimento das ações humanizadas de promoção e prevenção na prática do enfermeiro.

Palavras-chave: Cuidado humanizado, Enfermagem, Fenomenologia, Saúde do Homem.

ABSTRACT

The issue of Men's Health was more visible to the Brazilian society from the year 2009, when the Ministry of Health launched the National Policy for Integral Attention to the Man (PNAISH) Health for age group of 25-59 years. The research is part of the current context of the implementation of PNAISH health teams in Boa Vista, Roraima. The research interest emerged for the importance of health teams so that they are informed and prepared to meet male demand, as well as knowing the assumptions and expectations regarding the implementation of this policy observed by the coordinators of the program, allowing for better understanding and actions that provide greater care coverage to men's health with health promotion and prevention. Therefore, the research question of the study arose: how are developed humanized care activities performed by nurses Men's Health in the FHS in Boa Vista? The study aimed to know and understand the activities that enable the humane care of the male population, developed by nurses in primary care in Boa Vista-RR network. The research mode was chosen phenomenological qualitative, based on the framework of Edmund Husserl and Edith Stein and played by Bello, and the phenomenological method allows how to understand and analyze the human being in its totality - physical, mental and spiritual, which enables a deepening and a correlation between its interiority and exteriority and are evident in the unfolding of the planned analyzes. The same was submitted to the Ethics Committee in Research of the Federal University of Roraima (UFRR) with approval, given the criteria of Resolution 466/2012 which regulates research involving human beings, fulfilled all ethical and legal precepts. Among the participants were selected nine (09) nurses of the Health Units, included as selection criteria Only one of each macro area, the fact that these professionals usually coordinate health programs, participating in the care of the users of the health center. In the phenomenological analysis of the experiences of the participants was seized two key points for discussion: Understanding the Concept of Health and Public Policy and Understanding of the role of Nurse in Primary Care for Men's Health. The main actions of care developed by nurses through the contributions of Husserl and Stein significantly the epistemological roots of human are related to biological aspects, but biopsychosocial and cultural, that look phenomenal. In conclusion, to understand the aspects that facilitate and / or hinder male bonding to men's health program in the city, is directly related to Strategic Planning of Health Services, which involves managers, coordinators and staff. Identifying these aspects becomes relevant point in this research, it offers the possibility of subsidizing new discussions regarding the subject. Moreover, it constitutes an important tool to be used in the construction of collective strategies to gradually eliminate and / or potentiate the elements involved in the accessibility of the male these public health services, strengthening of humanized promotion and prevention in nursing practice .

Keywords: Humanized care, Nursing, Phenomenology, Human Health.

LISTA DE FIGURAS

1. FIGURA - Mapa do Município de Boa Vista dividido em macro áreas.....45
2. FIGURA - Mapa da Renda Nominal Média no Município de Boa Vista.....46

LISTA DE QUADROS

1. QUADRO - Participantes da Pesquisa.....47
2. QUADRO- Caracterização dos Participantes da Pesquisa.....52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

EPSF- Equipe Programa Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PNH - Programa Nacional de Humanização

PNSH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SESAU/RR - Secretaria Estadual de Saúde de Roraima

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 Breve Histórico Sobre a Saúde e o Sistema Único de Saúde no Brasil.....	16
3.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: a trajetória e conjuntura atual.....	19
3.3 A Saúde na Atenção Básica: a assistência do Enfermeiro.....	22
3.4 Conceito de Gênero e Breve História do Gênero.....	26
3.5 Cuidado à Saúde do Homem na Contemporaneidade.....	31
3.6 Fenomenologia de Edith Stein.....	34
3.6.1 A vida e obra de Edith Stein.....	34
3.6.2 Princípios fundamentais da Fenomenologia.....	35
3.6.3 A Perspectiva Antropológica da Fenomenologia de Edith Stein.....	39
4 METODOLOGIA.....	42
4.1 Contexto do Local do Estudo.....	43
4.2 Critérios de Seleção.....	44
4.3 Aspectos Éticos.....	46
4.4 Procedimentos de Coleta de Dados.....	48
4.5 Procedimentos de Análise dos dados.....	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	51
5.1 Conhecendo Nossos Colaboradores.....	51
5.2 Análise Fenomenológica de Experiências dos Participantes.....	54
5.3.1 Descrição de experiências relatadas pelos entrevistados.....	55
5.3.1.1 A compreensão dos significados na vivência da enfermeira Márcia.....	55
5.3.1.2 A compreensão dos significados na vivência da enfermeira Mariana.....	56
5.3.1.3 A compreensão dos significados na vivência do enfermeiro Marcos.....	57
5.3.1.4 A compreensão dos significados na vivência do enfermeiro Fernando.....	58
5.3.1.5 A compreensão dos significados na vivência da enfermeira Fabiana.....	59
5.3.1.6 A compreensão dos significados na vivência da enfermeira Fátima.....	60
5.3.1.7 A compreensão dos significados na vivência da enfermeira Patrícia.....	61
5.3.1.8 A compreensão dos significados na vivência da enfermeira Paulo.....	63
5.3.1.9 A compreensão dos significados na vivência da enfermeira Pâmela.....	64
5.3.2 Síntese da compreensão das vivências das enfermeiras	66
5.3.3 Contribuições da Fenomenologia de Stein para uma Compreensão do Conceito de Saúde e Políticas Públicas.....	68
5.3.4 Contribuições da Fenomenologia de Husserl e Stein para a atuação da Enfermagem na Atenção Básica para à Saúde do Homem.....	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS.....	82
ANEXOS.....	89

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O tema da Saúde do Homem ficou mais visível para a sociedade brasileira a partir do ano de 2009, em que o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) para faixa etária dos 25 a 59 anos.

Segundo Brasil (2000), o Ministério da Saúde refere que a Atenção Primária à Saúde é um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo situado no primeiro nível de atenção dos serviços de saúde, voltado para promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, sendo que o contato preferencial e inicial dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser por meio do Programa de Saúde da Família (PSF); provenientes do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e na atualidade denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No município de Boa Vista-RR, a Estratégia Saúde da Família começou a ser introduzido no ano de 1998 em substituição dos postos de saúde tradicionais. Atualmente o município conta com 55 equipes de Saúde da Família, distribuídas em seis macroáreas (DATASUS, 2012). Entretanto, estes serviços ofertados, estão inseridos nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme as suas especificidades, inclusive nela está contida a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

A pesquisa se insere no atual contexto da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de Boa Vista, Roraima. O interesse no tema surgiu da vivência profissional como enfermeira no Programa de Saúde da Família (PSF), bem como da importância das equipes de saúde para que sejam esclarecidas e preparadas para atender esta demanda masculina, assim como conhecer seus pressupostos e as expectativas em relação à implementação dessa política observada pelos coordenadores do Programa de Saúde do Homem, possibilitando o entendimento e ações que proporcionam maior cobertura do cuidado humanizado à saúde masculina, com promoção e prevenção à saúde, em uma perspectiva fenomenológica de Edith Stein. O estudo desta filósofa apresenta-se como uma possibilidade de leitura desta realidade, uma vez que Stein nos auxilia no reconhecimento de pontos essenciais da estrutura humana, tanto na perspectiva subjetiva da pessoa, quanto na dimensão intersubjetiva.

A partir das minhas experiências de 2010 a 2013 como enfermeira, pude observar as dificuldades encontradas na atenção à população masculina vulnerável, entre elas os agravos clínicos, problemas sociais e as violências vivenciadas, sobretudo, às barreiras, os preconceitos e os tabus relacionados às singularidades e ao tema da sexualidade. Neste

contexto, configurou-se a proposta de desenvolver a pesquisa do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA) da Universidade Federal de Roraima (UFRR). A proposta foi refletir sobre como tais fatores que conduzem o homem a procurarem os serviços de saúde e, as dificuldades que eles encontram no aspecto do auto-cuidado; repercutiam nas ações e intervenções realizadas pelos profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Durante a execução da pesquisa, tivemos contato com as equipes de Saúde da Família e, os enfermeiros solicitaram o desenvolvimento de ações e de sistematizações referentes à assistência saúde do homem na atenção primária, tema este que também envolve a necessidade de olhar para o ser humano existente de forma integral.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), destaca-se que aproximadamente 75% das enfermidades e agravos no gênero masculino estão concentradas em cinco especificidades: cardiopatias, doenças crônicas, saúde mental, do trato respiratório, digestivo e urológico. E a estimativa nacional do câncer de próstata que serve para orientar as políticas públicas, é de 520 mil casos novos da doença para o ano de 2013 (IBGE, 2010).

Esta investigação torna-se necessária pelo fato de que o município de Boa Vista-Roraima, apresenta aproximadamente 450.479 habitantes. Contudo, é importante observar que, o percentual da população masculina de Roraima é maior que a Nacional, na faixa etária de 20 a 59 anos, demonstrando que de 49,13% para Nacional, ficando a de Roraima com 52,58% (IBGE, 2010). Revela-se assim, a importância da Política de Saúde do Homem, e da assistência a esse público.

Diante disso, justificou-se a realização desta pesquisa por ter encontrado poucos estudos publicados no Brasil; mais precisamente em Boa Vista, Roraima. Os estudos geralmente são constituídos por indicadores divulgados apenas algumas informações em jornais e dados estatísticos oriundos do Ministério da Saúde (DATSUS, 2010).

Em relação à Saúde do Homem, acerca de pesquisa no município de Boa Vista-RR, destaca-se: “Polimorfismos do gene N-acetil-2 e a susceptibilidade para câncer de próstata em pacientes latino-americanos”, os profissionais pesquisaram a genética molecular do câncer de próstata (2012). Analisaram na população brasileira variações genéticas de uma enzima chamada N-acetyltransferase-2, ou NAT2. Coletaram dados para analisar se há relação entre as alterações e a predisposição genética para a doença em latino-americanos. O trabalho é inédito na América Latina.

Tal estudo, finalistas no Prêmio Saúde 2012, foi realizado por uma equipe da Universidade de Campinas (UNICAMP) e da Universidade Federal de Roraima (UFRR). Ainda não existem trabalhos publicados, referindo-se ao cuidado humanizado, ao acolhimento

e às práticas do enfermeiro na atenção básica da saúde para a qualidade de vida desses profissionais em uma leitura fenomenológica, por isso se faz necessário estudo direcionado ao município de Boa Vista, Roraima no tema proposto. Perante os estudos e a prática, surgiram algumas questões norteadoras no estudo:

- Como os enfermeiros da ESF compreendem o conceito de saúde e como são desenvolvidas as atividades de cuidados humanizados realizados pelo enfermeiro mediante as Políticas Públicas de Saúde para Saúde do Homem na ESF?
- Como os enfermeiros têm facilitado à adesão do público masculino na ESF?
- Quais os aspectos que dificultam o cuidado dos enfermeiros, vivenciados na comunidade da atenção básica da saúde na ESF?

Nesse sentido, nosso caminho direcionou-se para as possibilidades de construção de projetos entre comunidade (equipe) e indivíduo (paciente, enfermeiro, cuidador familiar e outros), para além da dicotomia saúde/doença, do preconceito e da discriminação, a partir do olhar/ótica da fenomenologia de Husserl e Edith Stein.

A partir das leituras dessa filósofa e da interpretação de Angela Ales Bello, italiana, tradutora dessas obras clássicas da língua de origem para português, foi possível fixar olhar abrangente para a existência do ser humano através de uma dimensão corpórea vivente (não se pode estudar o corpo separado da psique) e espiritual. Além disso, é por meio dessa dimensão espiritual que o homem organiza a tomada de decisão às outras dimensões corpóreas e psíquicas, (os nossos instintos, as pulsões e as emoções), embora seja livre para desejar e agir para cada uma dessas esferas da estrutura do ser humano.

Nessa perspectiva, o estudo, possibilita reflexões das ações e das estratégias desenvolvidas nas unidades de saúde de Boa Vista, Roraima. Para a melhor compreensão da pesquisa, como base no referencial teórico, estaremos traçaremos cinco capítulos. Inicialmente apresentamos a introdução e o objetivo do estudo, e a partir do terceiro capítulo será exposto o contexto do estudo o breve histórico sobre a Saúde e o Sistema Único de Saúde no Brasil, com ênfase na Política nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a assistência prestada do profissional enfermeiro na rede de atenção básica, seguido do Gênero que contém: breve discussão, a partir da ótica masculina do ser homem numa perspectiva de cuidado á saúde; e finalizando como o capítulo que traz apresentação de alguns princípios fundamentais da fenomenologia e a construção do ser humano: empatia, corpo, psique, espírito e comunidade. O quarto capítulo refere-se ao material e ao método utilizado para o delineamento da pesquisa para responder o objetivo do estudo. No quinto capítulo apontam-se

os resultados e discussões por meio dos depoimentos das principais experiências relatadas nas entrevistas após a análise das descrições dos participantes do estudo, no momento em que surgiram temáticas que resultaram nas contribuições da fenomenologia de Husserl e Stein para uma compreensão do conceito de saúde e para a atuação da enfermagem na atenção básica. Finalmente abordaremos algumas das principais ideias discutidas no referencial teórico, bem como questões levantadas e a articulação do referencial com as narrativas que foram reveladas na pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer e compreender o significado das ações desenvolvidas pelos enfermeiros que viabilizam o cuidado humanizado da população masculina na rede de atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, no município de Boa Vista-RR.

2.2 Objetivos Específicos

- Compreender o conceito e o sentido de saúde para os enfermeiros da ESF;
- Compreender como os enfermeiros têm facilitado a adesão do público masculino na ESF;
- Identificar as dificuldades encontradas no cuidado dos enfermeiros ao paciente masculino.

3 REFERENCIAL REÓRICO

3.1 Breve Histórico Sobre a Saúde e o Sistema Único de Saúde no Brasil

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, pela aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas. No Brasil, ele foi incorporado com direito à assistência em saúde dos trabalhadores como vínculo formal do mercado de trabalho, o que contemplava somente uma parcela da população que contribuía para a previdência social, privando a maioria do acesso às ações de saúde, restando a ela a assistência prestada por entidades filantrópicas (BRASIL, 1998).

Os modelos de assistência surgem a partir de razões históricas, sociais e políticas que orientam as ações de saúde. No final do século XIX, surge a concepção de multicausalidade com o modelo agente-hospedeiro-ambiente, também conhecido como modelo ecológico. A partir das influências da medicina preventiva, em que medidas de prevenção, distribuídas em cinco níveis, poderiam ser aplicadas de forma integral no processo saúde-doença, surge o modelo da história natural das doenças. Como tentativa de operacionalizar a medicina preventiva, aparece o movimento da medicina comunitária, propondo redes regionalizadas e hierarquizadas (níveis de atenção primária, secundária e terciária), dispendo de tecnologias distintas. A partir daí, surge o modelo piramidal, mais conhecido como modelo hospitalocêntrico. Em 1978, com a Declaração de Alma-Ata, enfatiza-se a utilização das tecnologias simplificadas e de baixo custo, dando origem ao modelo da atenção primária (BRASIL, 1999).

Em 1986, tendo como marco a Carta de Ottawa, surge o movimento da promoção à saúde, configurando-se como um novo modelo que enfatiza o ambiente e o estilo de vida como um dos determinantes da saúde das populações (PAIM, 2006).

No Brasil, identificam-se modelos de atenção predominantes ou hegemônicos e propostas alternativas. Todos eles convivem em um mesmo ambiente de políticas públicas, em uma disputa por espaços cada vez maiores. As iniciativas como as Conferências Nacionais em Saúde, têm sido utilizadas para buscar modelos mais condizentes como corpo doutrinário da Reforma Sanitária Brasileira, objetivando a melhoria da qualidade de vida, tentando articular estratégia de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em uma dupla dimensão, individual e coletiva (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

A mobilização nacional em torno da democratização do país e da busca de alternativas para melhorar a assistência de saúde à população, resulta na Constituição Federal de 1988, que descreve a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo ser compreendida como o resultado do processo das relações sociais que garantam qualidade de vida para uma população (BRASIL, 1998).

Posteriormente, houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, N.º 8.080, de 1990, a qual dispõe que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH/SUS) orienta as propostas de ação estratégica da política de desenvolvimento humano para o SUS, e a Estratégia Saúde da Família (ESF) deve estar

habilitada com o critério básico para a implantação da ESF na atenção básica de saúde (BRASIL, 1990).

As ações e os serviços de saúde que compõem o SUS são regidas por princípios e diretrizes específicos, que são: *Universalidade*: acesso garantido aos serviços de saúde para toda população; *Integralidade*: refere-se a observação do indivíduo na sua plenitude e na garantia de promoção, prevenção e recuperação da saúde e *Equidade*: oferta de ações e serviços, entendida como fundamento da justiça, sendo cada serviço ofertado segundo a sua necessidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Deste modo, o Ministério da Saúde (MS) a partir desses princípios, verificou a necessidade de instituir a política de saúde, transformando o modelo tradicional assistencialista, exclusivamente, nas questões biologicistas (oriundas de aspectos fisiopatológicos e biológicos) e mecanicistas (técnicas padronizadas). Para a concepção de assistência modelo de saúde ampliada, Campos (1997, p.26), dá visibilidade à "alta complexidade" que envolve a construção efetiva de políticas públicas de gestão e de trabalho em saúde na atenção básica, com uso de tecnologias (maquinarias e saberes hiperespecializados). Além disso, há interferências e processos paradoxais que atravessam as ações cujo foco de cuidado é "o território e a vida que o anima".

Os desafios para a qualificação do SUS e os modelos de atenção e à reorientação do modelo assistencial no SUS segue os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS). No Brasil, o modelo é chamado de Atenção Básica (AB) e compreende a ideia de um sistema universal e integrado de ação à saúde, atenção secundária e terciária. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Humanização (PNH) a AB tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, como território adstrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância ao princípio de equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos de integração de ações programáticas, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho interdisciplinar em equipe, além da coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; avaliar e acompanhar os resultados alcançados como parte do processo de planejamento (BRASIL, 1990).

As Ações Programáticas em Saúde são uma proposta de modelo organizacional de serviços pautada no referencial do “trabalho em saúde”, que visa à reorientação das práticas de saúde nas UBS, a partir da identificação das necessidades da população, por meio do trabalho programático. Sua origem faz-se pela reestruturação das práticas sanitárias de saúde já existentes (programas de saúde), a partir da introdução de novas tecnologias a fim de desenvolver modelos alternativos que se enquadram melhor com os novos preceitos do sistema dos serviços de saúde, bem como com a realidade socio-cultural e histórica da população (NEMES, 1993; SALA, 1993; TEIXEIRA, 2003). Além disso, segundo Ayres (1994), foram adicionados à programação em saúde elementos da epidemiologia, equipe multiprofissional e participação do usuário. A programação deixou de ser voltada para a assistência individual e passou a atingir a dimensão coletiva (NEMES, 1993).

Visando à consonância com o Ministério da Saúde, em setembro do ano de 2009, o Governo Federal, iniciou em Brasília (DF), a PNAISH. A Secretaria Estadual de Saúde de Roraima, por meio da Portaria Nº 013/2009, implantou a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem, inserida na Coordenação Geral da Atenção Básica, no Núcleo de Ações Programáticas de Saúde do Homem, em 2010.

Segundo Ministério da Saúde (2008), a ESF é peça fundamental desse modelo de atenção, pois visa às ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento para manutenção da saúde. Além disso, as ações dirigidas pelas ESF são direcionadas a cada integrante da família ou conjunto de pessoas de um determinado território. Nesse processo são identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, ambientais e saneamento das áreas onde as famílias estão inseridas. Essa etapa inicia o vínculo somado a humanização da equipe com a comunidade, a qual é informada da oferta de serviços de saúde disponíveis e dos locais e que prioritariamente deverá sua referência.

O acolhimento é uma das formas de concretizar essa assistência, pois se caracteriza como um modo de agir diante de todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas também no compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias ou formas alternativas para o enfrentamento dos problemas, visando à redução dos danos ou dos sofrimentos; contribuindo, assim, para uma melhor qualidade de vida das pessoas acompanhadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Portanto, o contato dos usuários com os sistemas de saúde, orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade,

da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social favorecendo, então, a assistência para qualidade do cuidado prestado.

3.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: a trajetória e conjuntura atual

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNISH) foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº1944, de 27 de agosto de 2009 e está voltada prioritariamente para a população masculina na faixa 20 a 59 anos, o que corresponde atualmente a 52 milhões de brasileiros (IBGE, 2010).

A PNAISH visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Um importante fator a ser considerado no contexto de criação da política é a posição dos homens em relação a sua saúde. É evidente que pelos indicadores de saúde masculina, logo se pensa que os homens não se cuidam, e aparentam ter uma postura intransigente em relação ao autocuidado. Com a PNAISH esse pensamento foi amplamente divulgado na mídia, no intuito de alerta para uma realidade preocupante e principalmente, para novas ações que visavam melhorar a saúde masculina.

Os estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, que morrem mais precocemente que as mulheres (NARDI, 2007; COURTENAY, 2007; IDB, 2006 LAURENTI ET ALL, 2005; LUCK ET ALL, 2000). A respeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como fazem as mulheres, os serviços de atenção primária (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO, 2002). Adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde.

A ausência do público homem dos serviços de atenção primária faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários, como se a procura pela atenção houvesse ocorrido em momento anterior. Os agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com

regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (FIGUEIREDO, 2005).

Isto se justifica pelo fato de que a principal entrada ao sistema de saúde para a população masculina são os serviços de atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, em estágios já avançados do adoecimento. Este comportamento não apenas contribui para a maior vulnerabilidade dos homens a enfermidades graves e crônicas (bem como a mortalidade mais precoce destes em comparação com as mulheres), como também onera o sistema de saúde com tratamentos prolongados e de alto custo que poderiam ser evitados por meio de cuidados preventivos (COURTENAY, 2007).

Esta situação reflete o entrecruzamento das barreiras sociais e institucionais a que se refere à política. Se, de um lado, a resistência masculina à procura por cuidados preventivos e primários decorre das variáveis culturais que estabelecem uma dissociação entre os valores de masculinidade e a fragilidade representada pela doença, por outro, é justificada pelo horário de funcionamento, que coincide com a carga horária de trabalho da maior parte da população masculina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A PNAISH¹ estabelece, então, como objetivo principal “promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde”. Também a PNAISH, tem o propósito de qualificar os profissionais de saúde para o correto atendimento à saúde do homem e objetiva que os homens priorizem os cuidados e incentive-os na atenção à própria saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Os atores que construíram a PNAISH, de acordo com a lei que a rege, reafirmam a importância dos eixos metodológicos, conceituais e práticos, que consideram fundamentais para orientar a formulação de estratégias e ações. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade, por causas preveníveis e evitáveis nessa população, aliados com os aspectos da humanização e a qualidade, que implicam a promoção, o reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socio-culturais (BRASIL, 2009).

¹À PNAISH, em 2007, o Dr.º José Gomes Temporão (Ministro da Saúde), incluiu a “Política Nacional para Assistência à Saúde do Homem” como meta a ser cumprida em sua gestão. Em 2008, é instituída e vinculada ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, somando-se às áreas de ações de saúde da mulher, do adolescente, do idoso, entre outras. (CARRARA, RUSSO, FARO, 2009).

De acordo com os princípios da PNAISH, abre espaço para uma articulação com outras ações governamentais e com a sociedade organizada, especialmente com aqueles que atuam em locais coletivos de sociabilidade ocupados por homens, tais como: empresas, sindicatos, campos de futebol, estações rodoviárias, metrô, quartéis e escolas. A mudança do foco programático, saindo do restrito campo da “adesão a programas assistenciais de saúde”, para uma perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma baseado na atenção integral, valoriza, fundamentalmente, a promoção da saúde e a qualidade de vida, bem como a educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais.

Segundo Ministério da Saúde (2009), a implementação da PNAISH depende das responsabilidades compartilhadas pelas três esferas de gestão, conforme definidas na política. As ações estão calcadas em duas grandes linhas de atuação: o desenvolvimento de mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária para atender às necessidades de saúde da população masculina, com destaque para as questões de saúde sexual e reprodutiva; e a definição de respostas urgentes para a redução dos altos índices de morbimortalidade associados, principalmente a: causas externas (homicídios, acidentes de trânsito, agressões), consumo de álcool e outras drogas, tumores e doenças dos aparelhos digestivo, circulatório e respiratório.

Diante da necessidade de mudanças no atendimento do SUS, o Ministério da Saúde em 2003 criou a Política Nacional de Humanização (PNH) ou Política de Humanização da Atenção da Gestão em Saúde no SUS (Humaniza SUS). A partir de 2005 a PNH foi implantada em Boa Vista –RR, então a Humanização passa a ser definida como uma política, e não mais como programa, norteador princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS. Com a implementação da PNH, o Ministério da Saúde espera consolidar quatro marcas específicas: redução das filas e tempo de espera; conhecimento por parte dos usuários dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações ao usuário por parte das unidades de saúde e garantia de gestão participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

A PNH tem como objetivo promover e sistematizar ações de formação e pesquisa. Sua proposta é que sejam produzidas e fomentadas redes capazes de ampliar os graus de transversalidade da PNH como política pública, buscando conquistar a capilarização da humanização das práticas em saúde por meio da formação de multiplicadores. Assim, os processos de formação dirigem-se para um público-alvo selecionado, no sentido de melhorar

o acolhimento e instituir o vínculo, com os atores que são considerados estratégicos e envolvidos com os diferentes processos de produção de saúde, agentes potenciais para o trabalho de multiplicação, ampliação e de sustentação da Política de Humanização do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Complementando a PNH enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e 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. Inserindo o princípio de humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem.

Finalmente, a PNAISH, está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes de cuidados da saúde, com as estratégias de humanização em saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família. Sendo assim, evita a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas iniciativa de resposta à observação dos agravos da população masculino, o que se constitui um problema de saúde pública.

3.3 A Saúde na Atenção Básica: a assistência do Enfermeiro

Como parte do processo de trabalho em saúde, a enfermagem caracteriza-se como profissão somente a partir de 1890, na Inglaterra, com Florence Nightingale. Ela organiza-se sob a ótica capitalista de produção e, internamente, pela divisão do trabalho. A sua institucionalização vem acompanhada de outros dois aspectos marcantes, a disciplina e a hierarquia (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002). “A enfermagem, desde a sua organização como profissão, é predominantemente subordinada e assalariada” (PIRES, 1998, p. 64).

No Brasil, os precursores da enfermagem foram religiosos que se dedicavam ao trabalho nas Santas Casas, enfermarias dos jesuítas e outras ordens religiosas. Em 1890, surge, no país, a primeira escola de formação de enfermeiros e enfermeiras, Escola Alfredo Pinto, no Rio de Janeiro organizada e controlada por médicos. Somente em 1923, com a criação da Escola Ana Neri, no Rio de Janeiro e em São Paulo em homenagem à brilhante professora Ana Justina Ferreira Neri que foi uma enfermeira pioneira da enfermagem no Brasil e consolidou a identidade da profissão do enfermeiro a enfermagem passa a ser uma profissão independente (ALMEIDA; ROCHA, 1989). Os profissionais escolhiam essa

profissão pelo fato de que desejava ajudar o outro nos processos das enfermidades aos quais estavam acometidos e nas situações socio-econômicas de precariedade.

Segundo Felli e Peduzzi (2005), a enfermagem é entendida como prática social, articulada a outras práticas, e é efetivada, na sociedade, por meio do trabalho. Este integra o setor da prestação de serviços à saúde, é coletivo e é consumido no ato de sua produção (MERHY,1997). Porém, percebem-se traços da constituição histórica da enfermagem caracterizando o processo de trabalho do enfermeiro, como profissão integrante da Estratégia Saúde da Família. Assim, o trabalho é um processo dinâmico, histórico e de construção inconstante, que envolve a participação de elementos, os quais compõem o processo como um todo.

A enfermagem de curso superior e/ou "medicina - comunitária", tem atualmente buscado uma linguagem própria. Há uma iniciativa constantemente atualizada e editada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), designada por Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Esta classificação guia os enfermeiros na formulação de diagnósticos de enfermagem, planejamento das intervenções e avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. O material editado nesta CIPE é fruto do trabalho de várias associações que formulam as linguagens da enfermagem. Também temos a definição do fenômeno da Enfermagem como sendo as respostas humanas a problemas reais e ou potenciais de saúde (NANDA, 1990).

Trazendo essa discussão para o setor da saúde, Pires (1998) apresenta, de forma bem simplificada, o conceito de processo de trabalho aplicado a esses serviços. Os elementos são: objeto, instrumento, finalidade do trabalho e agentes. O *objeto de trabalho* é tudo aquilo que através do saber será transformado pela ação do trabalho. O reconhecimento da carência, da necessidade, de maneira sempre intencional, oportunizará o produto ou o resultado esperado como resposta. Os *instrumentos* permitirão a possibilidade de intervenção sobre o objeto, orientando a ação. A *finalidade* refere-se ao objetivo e à direção das atividades que envolvem o processo.

O processo de trabalho da equipe de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto, o indivíduo, ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando medidas curativas, e preservação a doenças. Já como instrumental de trabalho, há os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde. E o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (PIRES, 1998).

A Equipe multiprofissional da ESF é entendida como aquela em que são evidenciadas relações recíprocas e interações entre agentes de diferentes áreas profissionais, mediadas pela comunicação, objetivando a articulação das ações e a cooperação. Tal equipe passa a ser o foco principal de prestador de assistência de qualidade para o usuário do serviço.

Segundo Peduzzi (2002), mesmo havendo a manutenção de relações hierárquicas na área da saúde, entre médicos e não-médicos em diferentes graus de subordinação, atualmente encontramos situações de flexibilidade da divisão de trabalho e de autonomia técnica com interdependência. Essa nova conformação de trabalho tende a reduzir as linhas divisórias entre as profissões (PIRES, 1989).

No contexto atual, a atenção básica com a ESF, é elemento de destaque de sugestivas mudanças na organização do trabalho trazidas por essa estratégia, pois propõe o rompimento do modelo tradicional de assistência, já que mais de dez anos após a criação do programa, o resultado não pôde ser alcançado completamente. Ainda segundo Pires (1998), vários fatores explicam porque o modelo assistencial médico-centrado perpetua. Dentre os fatores, a autora aponta a história da organização das profissões em saúde, já que o enfermeiro, com a expansão do ESF, atua na linha de frente das UBS, em nível gerencial e assistencial.

De acordo com os objetivos da estratégia, o enfermeiro, realiza suas atividades considerando também a legislação que regulamenta sua profissão, diante do que deverá ter maior autonomia na função que exerce. No entanto, o papel do enfermeiro nos programas de saúde abriu um leque de possibilidades para organizar seu trabalho de diversas maneiras, podendo, assim, atender a questões do modelo com a importância de fazer saúde de uma forma integral, que se inicia, criando dentro do próprio relacionamento de respeito/solidariedade do profissional enfermeiro da equipe a comunidade, garantindo-lhe direito do atendimento da demanda espontânea, além de realizar consultas de enfermagem e, visitas domiciliares, compor grupos operativos e outras atividades que são orientadas pelos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde ou pela Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2009).

De acordo com Hausmann e Peduzzi (2009), a enfermagem é responsável por assegurar o bom funcionamento e, também, por prestar cuidados contínuos aos pacientes. Hoje, o trabalho do enfermeiro possui uma dupla dimensão, o cuidado/assistência e a gerência/supervisão, podendo ser incluída até uma terceira dimensão, o ensinar/ educar, dimensões essas que se complementam. Seu trabalho se caracteriza também pela sua abrangência, podendo atingir a área da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde (FELLI; PEDUZZI, 2005; MISHIMA, 1997; PEDUZZI, 2000). Contudo, um conjunto

de estudos recentes confirma a predominância, por sua vez histórica, de atividades gerenciais (FERRAZ, 2000; GUSTAVO; LIMA, 2003; LIMA; ALMEIDA, 1999; PEDUZZI; ANSELMINI, 2002; ROSSI; SILVA, 2005).

Porém, de acordo com Gomes e Oliveira (2005), na história da profissão do enfermeiro a autonomia está sendo construída processualmente, pois ainda considerado um trabalho desempenhado principalmente pelo gênero feminino, embora tenham enfermeiros homens nesse papel do cuidado.

O processo de trabalho em saúde, segundo a concepção de Mendes-Gonçalves (1994), considera objeto de trabalho o recorte da realidade com finalidades específicas que variam de acordo com o olhar e a razão pela qual ele é feito. São considerados instrumentos de trabalho em enfermagem e em saúde os aparatos materiais, físicos e intelectuais. Esses instrumentos não são, portanto, apenas os artefatos físicos de que se utilizam, mas também conhecimentos, habilidades e atitudes combinadas de maneira peculiar, voltados a uma necessidade específica que aquele sujeito e situação singular apresentam, que determina como será feito esse trabalho.

Podemos, então, entender o processo de trabalho como o modo de organização dos serviços para atender as necessidades de saúde dos usuários, ou ainda como a configuração e o reconhecimento de novas necessidades (LIMA; ALMEIDA, 1999; MENDES-GONÇALVES, 1992).

Essa relação entre o processo de trabalho e as necessidades implica circularidade entre o modo de organização e distribuição e o consumo de serviços. Assim, pode-se pensar que o modo como as ESF organizam e distribuem as atividades relativas às Ações Programáticas de Saúde influenciam o consumo desses serviços pelos usuários. É nesse sentido que cada profissional da equipe tem seu papel e sua missão relacionados não só ao seu núcleo de competência, mas também à promoção da motivação para participar e colaborar com os outros atores.

Portanto, durante o percurso da ESF, os profissionais da equipe vêm construindo esse novo modelo technoassistencial. Uma das perspectivas louváveis é a de que todos esses atores envolvidos sejam eles enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos, técnicos de higiene bucal, secretários municipais de saúde, coordenadores de ESF, gestores e usuários, entre outros, trabalham para um bem comum à saúde da comunidade na qual vivem e convivem.

3.4 Conceito de Gênero e Breve História do Gênero

As implicações advindas das desigualdades entre os sexos ainda estão bastantes presentes na sociedade contemporânea. Entretanto, faz-se necessária a revisão de alguns conceitos. Os termos sexo e gênero, por exemplo, algumas vezes têm sido utilizados equivocadamente como sinônimos, ocasionando uma aparente e confusa similaridade.

A palavra gênero de acordo com o dicionário Outhwaite et.al.(1996), é um conceito que diferencia somente a questão biológica de gênero. O gênero se alicerça e se refere em muitas áreas da vida social, inclui a ideologia, a cultura, as práticas discursivas, porém não limita a elas a divisão do trabalho por gênero no lar, no trabalho assalariado, a sexualidade e na estrutura da violência.

Segundo Scavone (2008), o gênero refere-se à identidade adotada ou atribuída a uma pessoa de acordo com seus aspectos genitais, psicológicos e social. O termo também é usado como sinônimo de sexo. Já nas ciências sociais e na psicologia refere às diferenças sociais, conhecidas nas ciências biológicas como papel de gênero. O Ministério da Saúde (2009,p.6) reitera tal afirmação quando explica que “[...] os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino”.

Essa temática passou a ser abordada sob uma perspectiva mais ampla, enfocando as questões de gênero, as quais passaram a refletir, dentre outros aspectos, a singularidade do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos, referindo a questões que possam compor o homem em sua totalidade nos aspectos bio-psíquico- sociais.

Nessa direção, destaca-se que a Organização Mundial de Saúde volta-se para as especificidades da saúde masculina, recomendando que o homem seja considerado em uma perspectiva relacional de gênero. Duas publicações se destacam nesse sentido. Na primeira delas Who (2000) aponta para a necessidade de focar os adolescentes, argumentando que o comportamento dos homens adolescentes em relação à saúde tem consequências diretas na idade adulta; que os comportamentos influenciam diretamente na saúde das mulheres adolescentes; que, do ponto de vista econômico, ignorar as necessidades específicas e as práticas relacionadas com a saúde dos homens adolescentes representa enormes custos para a sociedade; e que proteger a saúde e o desenvolvimento saudável dos rapazes é uma questão de direitos humanos. A segunda publicação (WHO, 2002) estabelece o desenvolvimento de políticas e estratégias voltadas para os homens em processo de envelhecimento.

Inicialmente, o termo gênero era utilizado como sinônimo de mulheres. A origem da palavra gênero por volta de 1970, adquire termos elaborados devido o ressurgimento do movimento feminista contra a subordinação feminina da época. Justificava-se isso, pela necessidade de uma maior visibilidade política e social dos estudos do universo feminino (SCOTT, 1991). Essa década é considerada como o marco dos estudos acerca da temática “homem e saúde”, que traduziam um pensamento exploratório conduzido pela teoria e política feministas. Os avanços na forma de conceber o que é ser feminino, demandam deslocamentos no campo dos papéis masculinos (GOMES, 2006).

Complementando Butler (2003) na busca pela constituição do eu, inventam-se uma identidade e uma coerência que não são senão ficcionais. Assim surgem os gêneros paródicos. Cada re-escritura, cada paródia implica uma abertura para uma liberdade de constituição de um sujeito. Cada interpretação origina uma diferença. Sexo e gênero não são características descritivas nem prescritivas e tampouco possuem uma estabilidade natural. Então não há identidade de gênero anterior as suas performances. Só o que há é o disciplinamento do desejo que direciona a ‘lógica’ de uma atração binária dos ‘opostos’. Se for desarticulado o caráter natural do binarismo sexual, os sexos/gêneros podem manifestar-se performativamente pois o corpo já não será mais um dado biológico irreduzível e sim um aporte subsidiário.

Na história de opressão feminina ao longo dos últimos três milênios, esses movimentos impulsionaram a transformação social, econômica, cultural e religiosa, tanto para o homem como para a mulher. Segundo Stein (1999), em sua inserção nos movimentos feministas, que consistia em mostrar o papel fundamental da mulher nos segmentos da sociedade e no campo profissional, ainda afirma que nenhuma solução é possível para o problema da mulher se antes não se repensar o papel e suas características peculiares e singulares de cada homem e de cada mulher.

No auge do Nazismo, as mulheres conquistaram espaço e liberdade de escolha na sociedade e os homens tentavam-se adaptar às novas mudanças. Ressalta-se que Edith Stein foi a única mulher a frequentar o curso de filosofia na Universidade e no qual se destacava brilhantemente entre seus colegas. Foi professora no Instituto de pedagogia em Minster na Alemanha, na Universidade de Speyer, mas logo depois foi informada de que deveria abandonar o cargo mediante o documento da própria Universidade. Nesse período em que lecionava ministrava muitas conferências por toda a Europa. Naquela época poucas mulheres estudavam e tinham cargos de nível superior e de chefia. Sua contribuição surgiu através da filosofia antropológica Stein buscou compreender “O que é ser humano?”. O seu estudo “*la Struttura della Persona Umana*”, busca compreender como é constituído o ser humano a partir

da sua experiência docente. Pode-se perceber aqui um exemplo de mulher forte e guerreira para esta época (Stein, 1999; Espíndula, Valle, Bello, 2009).

Stein (1999) ao abordar o tema da consciência, vincula com a definição de pessoa. Para quem não está familiarizado com o método fenomenológico, parece óbvia a vinculação da consciência ao ser pessoal. Entretanto, para a fenomenologia antropológica e, portanto, para a própria autora, tal vinculação não é necessária. A consciência intencional é absoluta, ou seja, é autônoma a qualquer existência singular — inclusive, é a estrutura que se mantém como resquício da redução eidética, na qual todas as circunstâncias reais são colocadas “entre parênteses”. A expressão “pessoa humana”, por sua vez, é utilizada para denominar uma realidade composta por corpo, psique e espírito — e pelas qualidades psíquicas idiossincráticas e estáveis que remetem ao caráter e à personalidade definidora da pessoa.

Nesta perspectiva a história através do seu factível legado remete-nos ao registro de inúmeras transformações que aconteceram no mundo no último século. Mudanças de natureza política, social, econômica, cultural, religiosa, sexual, e até mesmo pessoal, desencadearam a quebra de algumas barreiras e a (re) definição de novos conceitos e atitudes (STEIN, 1998).

A princípio remeter a Saúde do Homem parece ser novidade, contudo essa temática já se faz presente em algumas discussões desde 1970, principalmente tratando-se de estudos norte-americanos. Alguns desses estudos já traziam a reflexão de que a masculinidade tradicional poderia produzir déficit dos indicadores de saúde, não só para si, mas também para a saúde dos seus familiares (COURTENAY, 2000; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Nos anos 80, tal perspectiva avança de forma consistente, inclusive com uma mudança de terminologia: de estudos dos homens para estudos de masculinidades. Já na década de 1990, são abordados aspectos relacionados ao gênero, focalizando significação do masculino para buscar uma saúde mais integral, questionando os modelos de masculinidade hegemônica (AQUINO, 2006).

O primeiro estudo que aponta a sobremortalidade masculina data de 1665, quando John Graunt em sua publicação "Observations naturais e políticas tomadas sobre as contas de mortalidade", apontou Causas dos Óbitos na cidade de Londres entre Homens e Mulheres. Outro estudo relevante nesse contexto foi a publicação de "Perfil Epidemiológico de Saúde los da Mulher da região das Américas" da Organização Panamericana de Saúde em 1990, a qual além de tecer algumas considerações das condições naturais biológicas entre homens e mulheres que predispunham ao aparecimento de algumas doenças, tratava da relação de gênero como condição histórica da humanidade, a qual influencia os padrões de morbimortalidade diferenciados entre os sexos masculino e feminino (LAURENTI; MELLO-

JORGE; GOTLIEB, 2005). Ainda nessa época, com o advento do neoliberalismo e de transformações socio-culturais, a representação do homem “viril” e “forte” começou a ser questionada por vários segmentos da sociedade, e principalmente pelo próprio homem. Junto a isso, inicia uma importante discussão sobre qualidade de vida, o que impulsionou o debate do cuidado que a maioria dos homens têm em relação a sua saúde.

Ao avaliar os determinantes sociais de vulnerabilidade do homem para os problemas de saúde devem-se compreender como fatores de articulações são singulares as condições biológicas, sociais e psíquicas de um sujeito em um dado momento da vida. Torna, assim, para a construção de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde do homem, incentivos com mais investimento e monitoramento (BRASIL, 2008).

Paralelo ao pensamento da construção do “ser homem”, o próprio universo domiciliar por muitas vezes trata de delimitar o campo de afirmação da identidade masculina. Desde criança o garoto é incentivado por seus pais, determinados clichês, por exemplo, a jogar bola, a gostar da cor azul por que tem um significado masculino, a não chorar por que é coisa de mulher, e não pode demonstrar fragilidade, pensam que estes aspectos possam influenciar no processo da construção da identidade masculina (GOMES, 2006).

Já Freud (1974) traz uma perspectiva biológica e determinista com sua leitura através do inconsciente. Assim, ser homem ou mulher não estaria vinculado apenas à condição do sexo biológico da pessoa, e sim à consequência de um percurso da construção da sexualidade de cada ser. Ainda, o criador da psicanálise em seu grande legado deixou uma pergunta, para qual ele mesmo confessou não saber a resposta “o que quer uma mulher?”. Hoje, seria acrescentada nos estudos psicanalíticos outra pergunta “o que é ser homem?”. O interessante é ressaltar que tal questionamento não é algo que está sendo na maioria das vezes trazido pelas mulheres, mas pelos próprios homens. Esse questionamento nos remete à representação do chamado “homem de verdade” (NOLASCO, 1997).

Talvez tenha sido nessa época, construído socialmente o paradigma da mulher ser vista como “sexo frágil”. Em contrapartida ao homem foram atribuídas designações do tipo “sexo forte”. Percebemos dessa maneira que a sexualidade masculina estruturou-se sobre a ótica biologicista e tentou reduzir o masculino a uma questão hormonal ou genética no intuito de sustentar ao longo da história o modelo tradicional hegemônico de masculinidade. Acontecimento este que vem disparando dualidades entre os gêneros por diversas vezes inconciliáveis (MARTINS, 2003).

Stein (2002) contrapõe essa visão de homem biologicista e mecanicista de Freud e busca compreender através da intersubjetividade o ser humano na sua essencialidade, ou seja,

na sua singularidade. Constata ainda, que a diferença de gênero é assumir o fato do nascimento, não como um puro dado biológico, mas como elemento da corporeidade vivente (corpo e psique não se separam, são interligados), que qualifica a presença de cada ser humano na cena deste mundo. Tal presença, não como fator de igualdade, mas como tornar mais a si mesmo, construir a identidade no interior de cada ser humano, homem e mulher, com seus valores, e a tomar atitude diante das circunstâncias que a vida solicita.

Nesta linha de raciocínio é importante discernir que mais importante do que apenas ter um órgão sexual, é saber se relacionar com ele. A construção da identidade masculina deve estar permeada na descoberta do “ser homem” numa perspectiva de interação consigo e com o sexo oposto, e desse com o meio social em que estão inseridos.

O fato é que, paralelamente aos resquícios dos padrões patriarcais para uns e a vigência desses padrões para outros, experimentamos a possibilidade de construirmos a sexualidade masculina a partir de referenciais. Há momentos que conseguimos mais dar a voz à nossa forma de ser e, em outras vezes, reproduzimos os modelos, ficando até mesmo na caricatura desses modelos (GOMES, 1998, p. 177).

Paralelo ao pensamento formatado da construção do “ser homem”, o próprio universo domiciliar por muitas vezes trata de delimitar o campo de afirmação da identidade masculina. Acreditamos que estudos e debates aprofundados sobre essa temática são de extrema importância na compreensão de barreiras ainda existentes no imaginário que discerne a identidade masculina. Assim, para melhor compreensão do “ser homem”, remeteremos aos caminhos que têm permeado a acessibilidade masculina ao exercício do cuidado humanizado à sua saúde.

O acesso aos serviços, no entanto, com acompanhamento e responsabilização pelas necessidades de cada usuário e a participação dos sujeitos permanece como desafios a ser superados (BRASIL, 2006). O fato de humanizar o cuidado e a gestão em saúde no SUS apresenta-se como política pública estratégica para a qualificação das práticas de saúde, pela articulação dos avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria da ambiência do cuidado e das condições de trabalho dos profissionais, valorizando a dimensão subjetiva e social.

Diante do exposto, a Política de Humanização do SUS baseia-se no pressuposto da produção de sujeitos autônomos e socialmente responsáveis, um ser humano histórico e social, que constitui um “vir-a-ser” constante na interação com o mundo.

Portanto, discutir os desafios na articulação dos projetos de saúde, demonstra que as tensões permanentes quando há a construção do modo de agir dos sujeitos ao serviço de saúde, influenciam o modelo para organizar os processos de trabalho para produção do

cuidado humanizado. Por isso, elas podem servir como alavancas para que as ações (cuidado humanizado) interfiram no modelo constituído, ou mesmo possam ser exploradas para além do modelo dado, de maneira mais eficaz.

3.5 Cuidado à Saúde do Homem na Contemporaneidade

No estudo realizado em 2005, que embasou a criação da PNAISH, os indicadores das causas de mortalidade na população masculina dos 25-59 anos apontaram que aproximadamente 75% dos casos de óbitos incidem sobre as causas externas; cardiopatias, doenças crônicas, tumores; doenças do aparelho digestivo, respiratório e urológico. Do total de óbitos do sexo masculino por causas externas, 40,3% foram por homicídios; 30,0 % por acidentes de transporte; 7,4% por suicídios e sendo 22,3% por outras causas (LAURENTI, 2005). Tanta preocupação e discussão se justificam nos indicadores diante dos homens que adoecem mais e procuram menos os serviços de saúde quando comparado às mulheres. Ao mesmo tempo, a faixa etária de 25 a 59 anos, corresponde a 41,3% da população masculina ou 20% do total da população no país. As principais causas de morte nesse grupo etário são decorrentes da violência ou causas externas, doenças do aparelho circulatório, do aparelho digestivo, respiratório e tumores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Alguns desses agravos são bastante conhecidos e, embora grande parte refira-se ao campo da saúde sexual e reprodutiva, é possível encontrar evidências dessas inter-relações em outros campos da saúde. Sabe-se, por exemplo, que os homens morrem mais do que as mulheres de doenças isquêmicas do coração e que os riscos de cardiopatia já se mostraram associados a características que definem o padrão hegemônico de masculinidade, como a ambição, a competitividade e o individualismo (HELMAN, 1987; SCHRAIBER, GOMES & COUTO, 2005). Apontam também que os homens morrem com maior frequência de causas externas (homicídios, acidentes de trânsito), enquanto que a morbidade associada à violência, principalmente ocorrida no âmbito doméstico, é mais prevalente entre as mulheres (SCHRAIBER; GOMES & COUTO, 2005).

A projeção do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011) aponta que o Brasil terá, nos próximos dez anos, cerca de 50 mil novos casos de câncer de próstata, que são registrados, por ano, no Brasil, matando em torno de 12 mil homens a cada 12 meses. São 95% mais mortes pela doença do que há 30 anos. Em Roraima, a Secretaria Estadual de Saúde (Sesau), informou por meio de dados do Laboratório de Patologia de Roraima (Laper), que o câncer de próstata foi o segundo câncer com maior incidência no estado em 2012, com 48

casos. Em 2011, foram registrados 43 casos da doença.

No campo da saúde mental, as desigualdades também são muitas, manifestas na ocorrência dos mais diferentes transtornos (FERRAZ & ARAUJO, 2003). A depressão, por exemplo, ocorre com frequência duas vezes maior nas mulheres que nos homens, o que está associado não somente à depreciação social das características femininas, mas também ao atravessamento dos estereótipos de gênero no diagnóstico: mesmo quando apresentam sintomas idênticos, a probabilidade do médico diagnosticar a depressão em mulheres é significativamente maior do que nos homens (OMS, 2002).

Ao longo da consolidação do Sistema Único de Saúde, a dimensão de gênero tem sido incorporada nas políticas públicas do setor de diversas maneiras. Para ilustrar os diferentes modos como essa incorporação pode se manifestar, em linhas gerais duas políticas específicas que consideramos emblemáticas no cenário atual do SUS: a política de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids, com destaque para o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e DST.

Por mais que o processo de construção do SUS tenha avançado com a proposta de reorganizar os serviços de saúde do país, são muitos os desafios para que as ações e serviços sejam pautados pelo princípio da humanização, o que significa dizer que as questões de gênero (feminino e masculino), crença, cultura, preferência política, etnia², orientação sexual, populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos) precisam ser consideradas na organização das práticas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Por isso, tanto a masculinidade como a feminilidade, além de estarem relacionadas a padrões estruturais, estariam vinculadas às contradições de rupturas históricas, fazendo assim, uma dinâmica de significados no tempo e no espaço socialmente construído pela sociedade (PINHIRO, 2002). Ao considerarmos um olhar ampliado sobre o masculino teremos uma maior possibilidade de olhar a temática sobre diversos campos do saber.

Complementando, Gomes (2006) remete a ideia de olhar o corpo humano num prisma de demandas simbólicas, diante do que o homem e a mulher se distinguem na concepção dos seus significados anatômicos. Existem partes do corpo que se assemelham e outras que se diferem, nesse caso para o homem o “pênis”, órgão sexual exteriorizado, que o difere mulher.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (2005), essa é a principal barreira na adesão maciça dos homens quanto à procura do médico Urologista, na perspectiva da prevenção do

²Etnicidade: é uma das principais características totalmente relevante do ser humano. É fundamental diferenciar etnicidade de diferencial racial. Esta última refere-se às diferenças físicas biologicamente herdadas, a diferenciação ocorre em termos culturais (OUTHWAITE, et. al. 1996).

câncer de próstata através do toque retal, já que esse procedimento de acordo com suas crenças masculinas poderá vir a “comprometer a sua masculinidade”, então normalmente preferem somente fazer o exame laboratorial - PSA (Antígeno Prostático Específico), teste do antígeno prostático, para a detecção do câncer de próstata.

A articulação desses referenciais se faz viável, na medida em que apresentam pontos convergentes, especialmente no que se refere à percepção do ser humano inserido em um campo social, no qual a linguagem opera a mediação entre estruturas objetivas e subjetivas simbólicas. Assim, as concepções teóricas eleitas podem oferecer instrumentos para compreendermos quais ideologias, para o gênero masculino, permeiam o modo que elas se relacionam com o processo saúde/doença, e quais elementos apontam para a possibilidade de transformações nesse campo (FIGUEREIDO, 2007).

Já para Paim (2006), podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda há modelos cujos serviços simplesmente atendem às demandas, estando sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda.

Campanucci (2010) contribui ressaltando que se trata da expansão do atendimento, dos serviços e das ações em saúde, almejando-se abranger toda a população, considerando as diferentes fases da vida, as peculiaridades territoriais, culturais e pessoais. Significa oferecer um conjunto de serviços que envolvam aspectos educativos e preventivos, mas que também sejam capazes de responder às demandas de forma concreta e rápida. Para o autor, o modelo assistencial consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade.

Em contrapartida, o conceito da “Territorialização em Saúde” proposto por Unglert (1990) fica possível ampliar este significado a partir da análise do confronto das necessidades de saúde da população com os recursos existentes no território, reconhecidos pela mesma. Entendendo, que a questão territorialização, está além da questão geográfica, e envolve os aspectos étnicos-culturas de uma população.

Portanto, a vigilância em Saúde constitui-se enquanto prática sanitária de organização dos processos de trabalho em saúde, para enfrentamento dos problemas contínuos. A organização desses serviços faz-se de forma hierarquizada, com ênfase na atenção primária. Neste sentido, são elaboradas e implementadas estratégias como o acolhimento, humanização do usuário, que visam modificar o processo de trabalho em saúde, buscando o cuidado

humanizado nas relações interpessoais trabalhador/usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

3.6 Fenomenologia de Edith Stein

3.6.1 A vida e obra de Edith Stein

A principal trajetória de Edith Stein foi constituir uma antropologia filosófica fenomenológica para auxiliar na compreensão do ser humano. Edith Theresa Hedwing Stein (1891-1942), mas conhecida como Edith Stein, foi uma filósofa e teóloga alemã. De origem judia, aos seis anos de idade ela insistiu em ser admitida na escola “Victoria School” em Breslavia e ficou indignada por ter sido encaminhada para o primeiro ano do jardim de infância, com a idade de 13 anos. Entrou para a Universidade de Breslavia, em 1911 para estudar psicologia. Os seus estudos são bastante conhecidos na Europa e no Brasil vem sendo divulgada através da contribuição da Professora italiana Angela Ales Bello, (1998, 2000, 2004, 2006 e 2007) na tradução das obras da referida filósofa e de seu mestre Husserl, bem como co-orienta vários doutorados sanduíches em Roma, na Itália vindos da Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e outras (ESPÍNDULA VALLE, BELLO 2009; SILVA, 2011).

Edith Stein participou como voluntária no serviço da enfermagem para prestar cuidados os pacientes aos soldados e às pessoas enfermas de diferentes etnias em um hospital militar durante a Primeira Guerra Mundial, sendo que alguns de seus colaboradores filósofos mais próximos morreram em sua frente e se dispôs em cuidar dos feridos. Em 1913, ela se transferiu para a Universidade de Gotingen para estudar com Edmund Husserl. Edith Stein além de discípula dele foi membro do círculo fenomenológico de Gottingen, e segue Husserl ao migrar para a Universidade de Freiburg, em 1917 onde concluiu sua tese de doutorado, intitulado: *O problema da empatia*. Logo em seguida, foi professora na educação e na filosofia em Gottinga (BELLO, 2004).

Em meados dos seus 30 anos, em 1921, passando suas férias na casa de uns amigos na Baviera, ao ler a autobiografia de Santa Tereza de Ávila, intitulada “Livro da Vida”, aderiu a um catecismo católico e a um missal e entrou, pela primeira vez, num templo católico, participando da missa (BELLO, 1998). Nessa época, escreveu as obras: *Psicologia e Ciências do Espírito* (1921) e *Uma pesquisa sobre o Estado* (1925), as quais constituem, como afirma Bello (2007), um conjunto de obras que refletem a importância e a fidelidade ao método

fenomenológico. Nos estudos sucessivos, com o subsídio da fenomenologia, abre sua pesquisa para o tema antropológico.

Em 1987, em Colônia, foi beatificada pelo Papa João Paulo II, e em 11 de outubro de 1998, e posteriormente foi canonizada pelo mesmo papa, como Santa Teresa Benedita da Cruz, considerada patrona da Europa. Morreu aos 51 anos, no campo de concentração de Auschwitz-Birkenau (BELLO, 2000).

Em 1999, foi traduzido para a versão português o livro de Stein sobre suas conferências ocorridas na Europa intitulado "Mulher: segundo a missão e a graça". Nessa época assume uma postura própria diante do feminismo ocidental do século XX, aprofunda a natureza humana na sua dualidade masculina e feminina, descreve de modo essencial as esferas psíquica e espiritual, os momentos constitutivos da comunidade, as formas de vida associada, as normas que regulamentam as relações intersubjetivas, a autonomia do sujeito tanto na esfera da ética individual quanto na esfera religiosa (BELLO, 2004; STEIN, 1998).

Essas obras de Stein referem que *fenomenologia* é um movimento filosófico dos mais importantes do século XX, criado por Edmund Husserl (1859-1938), na Alemanha e que influenciou especialmente Edith Stein (1891-1942). As obras desta filósofa oferecem subsídios para a compreensão da estrutura humana, sinalizando-nos aspectos essenciais da constituição da pessoa, da subjetividade e da alteridade, bem como das relações interpessoais como comunidade, sociedade e Estado (BELLO, 2004). Em diversas profissões na área da saúde, as pessoas têm se destacado como objeto de estudo científico, em uma perspectiva fenomenológica, partindo do seu propósito de descrever a estrutura constituinte da psique humana (AMATUZZI, 2009; BELLO, 2004; 2006; GOTO, 2008; ESPÍNDULA; VALLE, 2009; SILVA, 2002).

O método fenomenológico possui uma fundamentação filosófica, uma forma nova de fazer Ciências da Saúde, pois deixa de lado especulações metafísicas abstratas e entra em contato com as próprias coisas mesmas, ou seja, pela experiência vivida da pessoa (STEIN, 1991).

3.6.2 Princípios Fundamentais da Fenomenologia

Desse modo, torna-se fundamental indicar os princípios constitutivos do método fenomenológico, partindo dos escritos da filósofa Bello (2006) e buscando quando preciso a obra *Ideias para uma fenomenologia pura e uma filosofia fenomenológica* (2002). Além de

utilizar leituras dos escritos do psicólogo Goto (2008) e teses de doutorado voltadas para fenomenologia de Edith Stein.

Para iniciarmos a mencionar o método fenomenológico levamos em conta o modo como nós percorremos o caminho até chegar ao objetivo, sendo importante descrever o percurso com clareza. O método fenomenológico seria uma arqueologia de acordo com Husserl (2002), que visa escavar o interno do ser humano a partir de sua experiência e, desconhece o que irá encontrar, mas gradativamente o *fenômeno* é demonstrado; deve-se partir da superfície sem parar nas diferenças externas, deve-se escavar e procurar os elementos últimos (significados) e comuns aquilo que se busca. Praticar a fenomenologia implica antes de tudo uma transformação na maneira de enxergar o mundo, assumindo uma atitude de compreender a natureza singular do ser humano e o significado de suas expressões e produções, que possuem um valor intersubjetivo, diferindo daquela habitada nas experiências e no pensamento (STEIN, 2001).

Etimologicamente *fenomenologia* segundo Bello (2006) tem sua formação constituída de duas partes de origem grega: *fenômeno*, que significa "aquilo que se mostra" e *logia* que deriva de *logos* que pode significar pensamento, reflexão. Nessa perspectiva, conceitua-se *fenomenologia* como reflexão (do discurso) sobre aquilo que se mostra a consciência.

A abordagem fenomenológica passou a despertar a atenção de diversos pesquisadores de Enfermagem (CORREA, 2000; BOEMER, CAPALBO, 1994) no Brasil, como um método alternativo de investigação em substituição aos métodos tradicionais utilizados pelas ciências naturais, alertando que para a relação entre profissional e fenômeno não pode ser compreendida isoladamente da pessoa que os vivencia concretamente na totalidade de sua existência, tais como: saúde-doença, vida-morte, relações interpessoais entre enfermeiro-paciente. É preciso compreender o fenômeno no ser que o vivencia, numa maneira humana de existir, na qual esse ser concreto está existencialmente confrontado com suas questões, desejos e preocupações.

Analisando esta perspectiva de pensar a realidade e aproximando-a da Enfermagem, observamos que ela contempla as inquietações de quem centra o foco do seu cuidar no ser humano. Embora os grandes filósofos não tenham elaborado aspectos específicos para a Enfermagem, eles abordaram questões de interesse para a profissão, captando uma mensagem através do olhar cuidadoso e transcrevendo-a para uma análise compreensiva (FERRAZ, 1991). Dessa forma, os pesquisadores buscam compreender o ser humano na sua interação com o mundo, lançando mão das descrições. A descrição rigorosa do fenômeno articulada ao

discurso do sujeito é que permite chegar à sua essência, desvelando-o (CAPALBO,1994; ESPÍNDULA; VALE, BELLO, 2009).

Complementando, Ferraz (1991), ao buscar a compreensão do significado da experiência vivida dos seres humanos, apresenta abordagem que tem trazido contribuições valiosas para o conhecimento das múltiplas dimensões que envolvem o cuidado no processo de viver humano. A visão do fenômeno saúde pode ser refletida e superada para além dessa visão limitada na terapêutica individual voltada à cura de sintomas. Pode-se entender a necessidade de uma modificação de atitude, por meio da qual a maneira de apreciar a realidade tem como intenção a tentativa de compreendê-la, assim como ela se revela à experiência humana.

O método fenomenológico visa olhar para totalidade, ampliando-o para uma perspectiva multifacetada mediante os diversos fatores, de ordem econômica, política, social, psicológica e cultural, com os quais se inter-relaciona.

O método fenomenológico permite conhecer o sujeito que faz a ciência (pesquisador) e o sujeito para quem a ciência é feita (participante). É através da intersubjetividade que o ser humano entende a si mesmo e o outro como pessoas, por meio dela é apropriado de perceber a categoria humanizada do mundo enquanto integração de objetos com significados partilháveis (ESPÍNDULA; VALE, BELLO, 2009).

Uma das noções centrais da fenomenologia como caminho filosófico para realização da análise do ser humano, denominada por Husserl como *redução fenomenológica* ou *redução eidética*, é o percurso para que se consiga atingir uma atitude fenomenológica, passando pela intersubjetividade. A *redução fenomenológica* busca a compreensão do 'sentido das coisas', embora nem todas sejam compreensíveis. Porém, em consonância com a autora Bello (2006, p.180), "compreender o sentido das coisas é uma possibilidade humana". Por isso, o importante, para Husserl não é compreender o fato, mas o sentido do mesmo, não bastando apenas mencionar que ele existe. É através da atitude fenomenológica que utilizamos o ato empático, fazemos uma descrição detalhada para se chegar à essência do fenômeno, à sua compreensão, buscando eliminar tudo aquilo que não possui o caráter de evidência.

Pode-se afirmar que o método fenomenológico husserliano é uma proposta para encarmos o mundo como se fosse a primeira vez. A sedimentação conceitual que nós acumulamos ao longo da vida viria a obscurecer nossa maneira de apreender as coisas (HUSSERL, 1991). De acordo com autor, consiste numa suspensão momentânea da atitude natural do juízo, a qual julgamos e com a qual nós nos relacionamos com as coisas do mundo.

Isso consiste em deixar provisoriamente de lado todos os preconceitos, teorias, definições, conceitos que nós utilizamos para conferir sentido às coisas. Como afirma Stein:

O método com o qual tratarei de solucionar os problemas é o fenomenológico. É dizer, o método que E. Husserl elaborou e empregou pela primeira vez no volume II de suas investigações lógicas, mas que, estou convencida, já havia sido empregado pelos grandes filósofos de todas as épocas, se bem não de modo exclusivo nem com uma clara reflexão sobre o próprio modo de proceder. (STEIN, 1998, p. 88).

Deve-se partir de si mesma, observar o *ser* na experiência cotidiana, contemplando-o como um todo. Essa atitude consente o retorno às coisas mesmas; dá ao indivíduo a possibilidade de acolhê-las no seu manifestar-se (STEIN, 1998). A empatia exerce um papel fundamental no que se refere à possibilidade de abrir-se ao que se revela no contato com o outro, sobretudo no que se refere aos valores.

A segunda parte do método é a *redução transcendental*, que consiste em identificar como é o sujeito que busca o sentido. Nesse momento, faz-se a reflexão sobre suas vivências, para a qual a análise do sujeito humano é o ponto de partida para a investigação (BELLO, 2006). Ao deter-se na análise da consciência, Husserl procura chegar à essência para "vasculhar" o fenômeno, iniciando pela *redução fenomenológica (epoché)*, ou seja, "suspensão" do juízo de valor, os conhecimentos *a priori* a respeito das coisas. A epoché husserliana consiste em pôr "entre parênteses" o mundo ao apreender o fenômeno (STEIN, 1991).

A proposta da Fenomenologia, enquanto ciência de fundamentos absolutos é ocupar-se, com a análise das vivências intencionais do sujeito transcendental - resquício da redução eidética, o sujeito que foi abstraído da realidade, ou seja, "eu" puro, autor das vivências. De acordo com os apontamentos de Capalbo (2005) para a descrição das vivências intencionais, que ocorrem na relação intersubjetiva é preciso levar em conta que estas possuem duas facetas, uma subjetiva e outra objetiva (denominadas *noesis* e *noema*, respectivamente). Desse modo, atentar somente à faceta subjetiva é insuficiente para se compreender uma vivência. Isso significa dizer, por exemplo, que não é possível a descrição do ato perceptivo em si, sem a consideração do objeto para a qual essa vivência se dirige.

Complementando a análise fenomenológica, Bello (2007) ainda aponta que ter consciência dos nossos atos corresponde às vivências e, portanto, existem dois níveis de consciência: em um primeiro nível estão os *atos perceptivos* e, em um segundo, os atos reflexivos. A autora afirma ainda, que os seres humanos dão-se conta do que estão fazendo

através (do grau) da consciência, da reflexão e, por isso, constitui-se cada ato (percepção, reflexão, memória, lembrança) vivência humana, e a consciência é a dimensão com a qual registramos os atos.

O caminho traçado até o momento mostra a questão da subjetividade transcendental entendida como ciência que analisa a consciência e se dirige para o eu como sujeito, ou seja, como polo unificador de todas as intencionalidades constitutivas. O transcendente desemboca no âmbito da subjetividade (BELLO, 2011; CAPALBO, 2005, ESPÍNDULA, VALE, BELLO, 2009). Desse modo, passar do campo da subjetividade para o campo da intersubjetividade permite levar o trabalho fenomenológico no âmbito das relações humanas.

A partir deste exposto buscamos algumas compreensões acerca da Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família em Boa Vista-RR, sob a perspectiva da fenomenologia de Edith Stein. Para tal, a fenomenologia propõe uma mudança de atitude diante dos fatos, de colocar-se diante da realidade e do ser humano, questionando-os de modo amplo e aprofundado. Pretende-se percorrer de forma rigorosa as questões apresentadas na introdução do estudo, buscando as fontes e compreensão através da fenomenologia. Articulando-se no interior da enfermagem, deve-se voltar para uma experiência peculiar e situada que se recebe através de um depoimento experiencial. Logo em seguida é trabalhado de forma sistemática nos moldes como se costuma fazer em procedimentos científicos.

3.6.3 A Perspectiva Antropológica da Fenomenologia de Edith Stein

Stein (1998) propõe um pensar sobre a intersubjetividade, dando ênfase às modalidades de relações interpessoais, e partindo do princípio que nascemos em um contexto interpessoal, porém existem muitas formas de organização interpessoal, que são muito importantes para compreender o papel de cada pessoa no seu contexto associativo. A autora busca discutir como ocorre a relação intersubjetiva nas dimensões constitutivas do ser humano: empatia, comunidade, corpo, psique e espírito, através da antropologia fenomenológica.

A relação interpessoal tem sido componente de análise de diferentes ciências da saúde. Existe um aspecto na discussão do método e de novos procedimentos na humanização sobre o papel da relação interpessoal no cuidado e no tratamento. Para a enfermagem, a relação interpessoal põe-se normalmente como dilema prático e teórico, como profissão integrante do processo de trabalho da EFS, já que um papel fundamental em contribuir para a inserção de novas tecnologias e novos saberes no processo de trabalho dessas equipes. O trabalho será

entendido, como um “[...] fenômeno social que implica e é resultante de relações sociais, do jogo político e da disputa de interesses entre os indivíduos e grupos sociais, de acordo com suas experiências de vida [...]” (PIRES, 1998, p.30).

Através dos estudos de Edith Stein, pode-se identificar que em todas as suas obras, o ponto fundamental de todos os seus interesses é a pessoa humana. A sua originalidade em conceituá-la é notável; tanto defende que somente o ser humano pode pronunciar “eu”; só ele (o indivíduo) pode perceber. Somente esse pode captar a alma do outro que o cerca. “Ser pessoa quer dizer ser livre e espiritual. Que o homem é pessoa: isto é o que o distingue de todos os seres da natureza” (STEIN, 1998, p.138).

Complementando, Bello (2006, p.71) afirma que o ser humano é um fenômeno, contudo, é possível identificar atos que também são fenômenos e se manifestam através deles, tais como: corpo, o psique e o espírito. De fato, tanto Husserl quanto Stein usam o termo *pessoa*, para acentuar o reconhecimento da sua dimensão espiritual constitutiva.

Nesse aspecto, o mais interessante da fenomenologia é buscar o realismo. Cabe ressaltar que o método fenomenológico, aplicado ao estudo do sujeito humano, elimina o olhar com superficialidade as dinâmicas internas e externas do sujeito, além disso, motivam nosso olhar sobre a real existência de cada um, em sua essência. A concepção steiniana de subjetividade contempla, portanto, a própria constituição tripartida (que são os aspectos corpóreos, psíquicos e espirituais), porém essencialmente unitária, da pessoa humana (STEIN, 1991). Husserl e Stein permitem voltar ao mundo interior ao conhecimento e voltar às próprias coisas. Pois as coisas manifestas ao homem só podem ser consideradas fenômenos se elas possuírem sentido. Isso consiste em identificar o sentido das coisas, os fenômenos que se mostram a si. Para tal, como já mencionado anteriormente o ponto de partida é a suspensão das concepções e dos julgamentos anteriores, a fim de olhar integralmente aquilo que se revela no momento da vivência.

O corpo representa o lugar onde se manifestam a psique e o espírito. É por meio do corpo que se manifesta a vida do eu psicofísico e espiritual (STEIN, 1991). Outra característica que encontrou na pessoa foi o fato de ela ser livre e proprietária de seus atos, conforme:

É livre porque é dono de seus atos, porque determina por si mesmo sua vida inferior a forma de atos livres. Os atos livres são o primeiro campo do domínio da pessoa. Porém toda a natureza humana que lhe é própria lhe pertence, posto que ela influa por sua ação sobre a informação do corpo e da alma (STEIN, 1996, p. 77).

Segundo a autora, a pessoa pode, por motivo de sua liberdade, usar um caminho de busca por si mesmo. Ela pode preferir ficar na superficialidade, ou se quiser ficar na profundidade. Logo, se a alma não atinge seu pleno desenvolvimento, é da responsabilidade da própria pessoa. Evidencia-se nessa citação aspectos sobre a questão comunidade, que pode influenciar a pessoa.

A consciência não é um lugar físico, nem um lugar específico, nem é de caráter espiritual ou psíquico. É como um ponto de convergência das operações humanas, que nos permite dizer o que estamos dizendo ou fazer o que fazemos como seres humanos (BELLO, 2006). Somos conscientes da realidade corpórea, da atividade psíquica e da atividade espiritual e temos consciência de que registramos os atos, sendo esses registros inseridos em nossa consciência.

Ao analisar a constituição do corpo vivo, Stein parte da descrição dos seus atributos. A primeira característica diz respeito à impressionabilidade, ou seja, o corpo vivo é capaz de sentir, de ter sensações localizadas ao longo de toda sua extensão. Segundo Stein (1917/1998), é proveniente do núcleo anímico em relação constante de trocas com o ambiente externo — e de expressar a vida interior ou anímica. Para definição do que Stein denomina de “*vida interior*”, é preciso destacar a diferença entre a estrutura psíquica e a consciência pura.

De acordo com a abordagem fenomenológica, a análise é de que a alma se constitua de duas partes: impulsos psíquicos que correspondem aos atos não queridos nem controlados por nós (pulsões, impulsos, instintos) e espírito que corresponde à parte que reflete, decide, avalia, estando ligada aos atos de compreensão, reflexão, decisão e do pensamento. Dessa forma, identifica-se que os sujeitos realizam atos espirituais, psíquicos e corpóreos, sendo que “as coisas físicas são conhecidas através da corporeidade” (BELLO, 2005).

A comunidade em sua estrutura orgânica é atingida pela tomada de posição de cada indivíduo quando esse assume uma vivência de troca de experiência. Segundo Stein (2003), a estrutura do ser pessoal possui algo em comum com os demais membros da comunidade. Daí pode-se captar os diversos tipos sociais em que se dividem os diferentes tipos de comunidade ou os agrupamentos humanos como: povos, família, instituições. A cada sujeito encarna uma variedade de tipo comunitário, ou seja, a pessoa vive e sobressai à marca da comunidade com a qual a pessoa se identifica passando assim, a ajudar no seu processo de formação pessoal, bem como comunitário.

Para Stein e Bello (1992/2000), é por meio do relacionamento com o mundo e com os outros que o sujeito vai estruturando sua subjetividade, construindo seus valores, elaborando a

concepção de si mesmo e exteriorizando seu próprio ser no mundo social, à medida que esse mundo é interiorizado por ele como realidade objetiva. Esse intercâmbio, por sua vez, se dá por meio de atos sociais que são submetidos a um juízo de valor segundo seus efeitos, sejam eles construtivos ou destrutivos. Dessa forma, o objeto externo, refletido nos fenômenos psíquicos, afeta as necessidades e os interesses a partir do significado dado pelo sujeito à sua experiência e vivência.

Desse modo, Stein (1999) acredita que a organização que respeita a pessoa se chama *comunidade*. A comunidade é, portanto, caracterizada pelo fato de os seus membros assumirem responsabilidades recíprocas. Percebe-se que o vínculo que liga os cidadãos é o da reciprocidade. Assim, cada membro considera sua liberdade, do mesmo modo que quer a liberdade do outro e, a partir daí, verificam qual é o projeto em conjunto, que pode ser útil para a comunidade, mas deve ser útil também para cada membro (BELLO, 2006). A comunidade, dessa maneira, tem um fundamento especificamente espiritual. Sua característica principal reside no fato de que os indivíduos vivem “um com o outro”, ou seja, ninguém é absorvido no seu próprio viver momentâneo – como ocorre na massa. Stein (1999) esclarece que cada um compartilha sua vida com o outro, sentindo-se membro de uma comunidade que, por sua vez, é sujeito de uma vida própria.

Por essa razão, a psique está submetida às leis de causalidade, sendo portadora de qualidades próprias, além de ser capaz de modificar-se ao longo do tempo, em função das circunstâncias reais às quais está submetida. Portanto, uma dimensão temporal; no entanto, em contraposição com as coisas materiais, ela não é constituída espacialmente em si própria, mas somente quando temos a consciência dos fatos (BELLO, 2005).

Portanto, a Fenomenologia torna-se um importante referencial na ideia de promoção da saúde, pois os próprios participantes que vivenciam o fenômeno atuam na participação e na melhoria da saúde e na gestão do trabalho. Acredita-se que o enfoque fenomenológico e seus pressupostos possam contribuir nessa descoberta, permitindo evidenciar os significados e sentidos das relações das vivências de acordo com objetivo do estudo.

4 METODOLOGIA

Para elucidar o objetivo deste estudo, a análise dos enfermeiros no Serviço de Atenção Básica em Boa Vista- Roraima realizou-se a pesquisa descritiva de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica.

A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população. Como por exemplo, as particularidades de certo grupo em relação à faixa etária, à escolaridade, ao sexo, ao estado civil e a algumas informações que se fizerem necessárias para a complementação dos dados cadastrais, tais como: recurso humano, material e estrutura física. Já a pesquisa bibliográfica visa ao aprimoramento de ideias ou à descoberta de intuições. Nesse sentido, esse procedimento visa buscar conhecimento sobre o assunto pouco explorado (GIL, 2002).

As características básicas da pesquisa qualitativa fenomenológica incluem interpretar o mundo vivido a partir do próprio participante e da situação a ser pesquisada. A ênfase ocorre na subjetividade e o que foco é a visão dos participantes. É necessário que o pesquisador procure sentir o outro dentro de si mesmo com a experiência concreta do participante (MOREIRA, 2002).

O estudo foi apoiado no referencial da fenomenologia por Husserl e Edith Stein, considerando a pesquisa do vivido, que pode não ter sido acessado antes, pois o “vivido” não é necessariamente “sabido” de antemão. É no ato da relação pessoal, quando surge a oportunidade de expressá-lo, que é acessado. Em outras palavras, realizar “pesquisa fenomenológica é surpreender o vivido no presente, quando a experiência da pessoa é pensada e dita como pela primeira vez” (AMATUZZI, 2003, p. 96). Pode-se descrever que o vivido é surpreendido na relação própria, pela pessoa que o comunica, facilitada pelo pesquisador.

Nesse sentido, o pesquisador deve perceber a realidade do sujeito a ser pesquisado em termos de possibilidade profunda e abrangente de um universo de significados, não somente de objetividade e concretude, mas a partir do que a pesquisa qualitativa, nos orienta aos fenômenos, não somente aos fatos, na compreensão das vivências das enfermeiras na Atenção Básica, proposto de acordo com a metodologia da antropologia fenomenológica de Edith Stein.

4.1 Contexto do Local do Estudo

O contexto escolhido deste estudo foi a Estratégia de Saúde da família, por ser este um lugar inovador para práticas de atenção integral, voltado às pessoas. O profissional enfermeiro juntamente com a colaboração de sua equipe permite a acessibilidade para assistência da população masculina. Isso é primordial na tentativa de permitir a identificação dos aspectos que podem se tornar obstáculos, assim como dos que facilitam a busca pelo atendimento à

saúde fazendo com que seja a principal reflexão crítica sobre as necessidades e as questões dessa situação.

A pesquisa foi realizada no município de Boa Vista capital do estado de Roraima, localizado na Amazônia Legal, região Norte do Brasil. Nesse município, a população é de aproximadamente 285 mil habitantes (IBGE, 2010). De acordo com a Rede Municipal de Atenção Básica à Saúde, está organizada em 06 áreas (Macroáreas) de saúde. Compõem essas Macroáreas 55 equipes de Estratégia da Saúde da Família, 17 Equipes de Saúde Bucal, distribuídas em 32 unidades básicas de saúde (DATASUS, 2013).

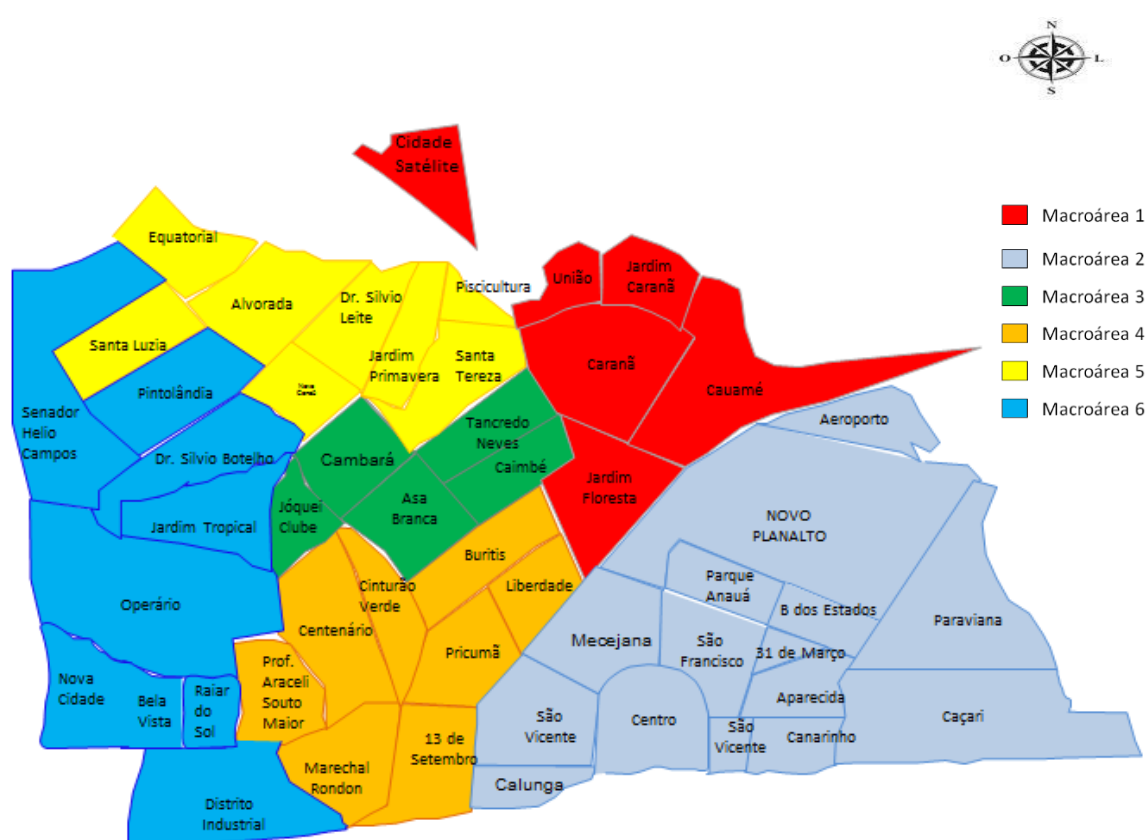


Figura 1 - Mapa do Município de Boa Vista dividido em macroáreas.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Boa Vista-RR, 2013.

Inicialmente, foram realizadas visitas presenciais nas unidades de saúde das seis macroáreas, com a finalidade de apresentar o projeto à gestão de cada unidade. Em seguida, foi feito o reconhecimento das seis (06) áreas, bem como foi visto o interesse em desenvolver a temática da pesquisa e a disponibilidade dos profissionais enfermeiros para participação nas entrevistas, diante do acompanhamento da rotina de trabalho desses profissionais de saúde. A escolha das unidades ocorreu conforme a renda nominal média da população nas macroáreas. Vejamos, a seguir:

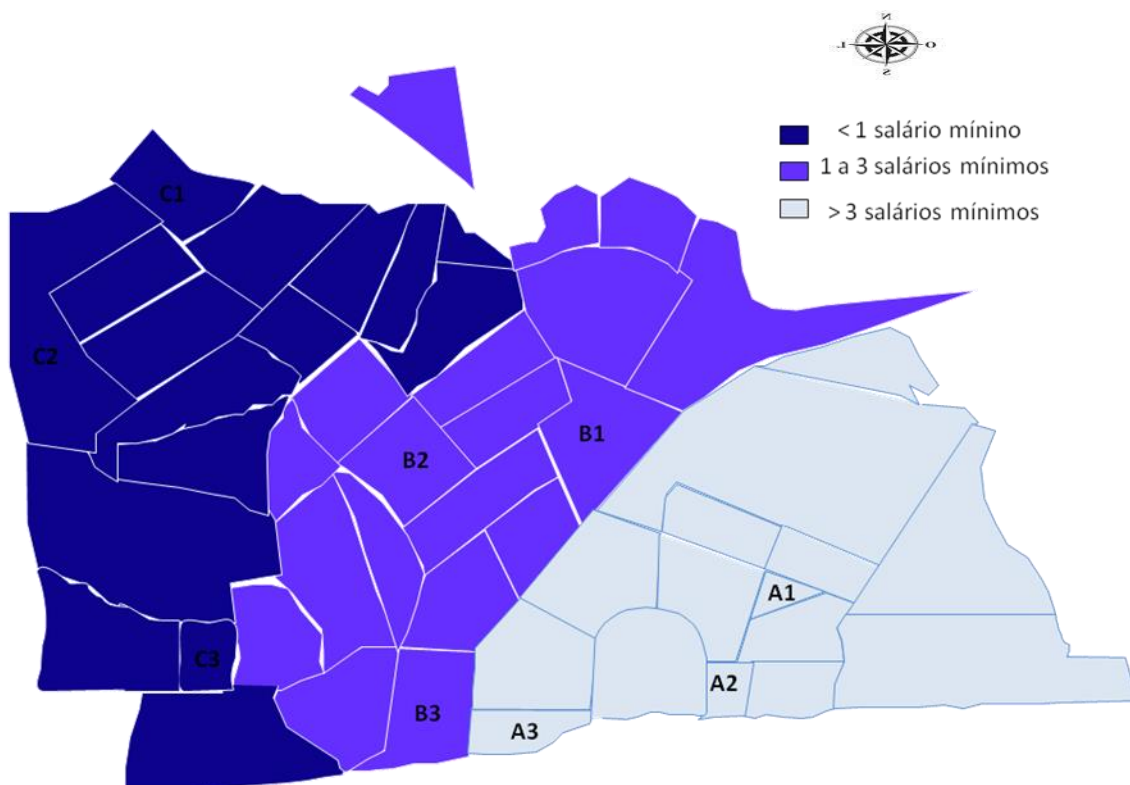


Figura 2 - Mapa da Renda Nominal Média Município de Boa Vista dividido em macroáreas.
Fonte: IBGE (2010).

Após o contato, foram selecionadas as entrevistas mais ricas em conteúdo, nas Unidades Básicas de Saúde com seus respectivos enfermeiros dentro de cada macroárea de acordo com o mapa da renda nominal média município de Boa Vista-RR (IBGE, 2010), que demonstra os setores: A1, A2, A3- onde está inserida a população com uma renda maior do que 3 salários mínimos; na B1, B2, B3- há uma população com uma renda de 1 a 2 salários mínimos e C1, C2, C3, onde a população com uma renda menor do que 1 salário mínimo. Nessas unidades, o enfermeiro realiza atividades de atendimento de rotina, de promoção de saúde e prevenção de doenças, reuniões de equipe e visitas domiciliares.

4.2 Critérios de Seleção

No período de novembro a dezembro de 2013, nas trinta e duas (32) Unidades Básicas de Saúde, direcionadas aos enfermeiros que atuam no atendimento direto à população no âmbito da atenção básica, foi realizada a amostragem intencional ou proposital, que é fundamentada na intenção de que a informação do pesquisador a respeito população pesquisada pode ser usada para selecionar os participantes a serem incluídos na amostra. O pesquisador escolhe, intencionalmente, os sujeitos que participarão do estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; TURATO, 2003). Os nove (09) enfermeiros participantes do

estudo foram incluídos como critério de seleção: por coordenarem os Programas de saúde, participarem do acolhimento e oferecerem assistência aos usuários na porta de entrada do posto de saúde. Os setores foram identificados como A, B e C respectivamente. Cada setor apresenta três unidades que receberam o nome de Unidade de Saúde 1, 2 e 3, em seguida o nome fictício, cargo e equipe pertencente, conforme o quadro seguir:

QUADRO 1: Participantes da pesquisa, Boa Vista- RR.

SETORES	UNIDADE DE SAÚDE	ENTREVISTADO	SEXO
SETOR A	A1. UBS	Márcia, Enf.	F
	A2.UBS	Mariana, Enf.	F
	A3.UBS	Marcos, Enf.	M
SETOR B	B1.UBS	Fernando, Enf.	M
	B2.UBS	Fabiana, Enf.	F
	B3.UBS	Fátima, Enf.	F
SETOR C	C1.UBS	Patrícia, Enf.	F
	C2.UBS	Paulo, Enf.	M
	C3. UBS	Pâmela, Enf.	F

Fonte: Informações obtidas durante a coleta de dados, Boa Vista -RR , 2013.

4.3 Aspectos Éticos

O estudo atendeu aos critérios da resolução 466/2012 que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil. Foram cumpridos todos os preceitos ético-legais, garantindo os direitos de anonimato e sigilo dos sujeitos do estudo, o qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima UFRR, com aprovação, do processo número 16348913.0000.5302, que refere a colaboração dos participantes, sobre sigilo e ausência de risco, acordada através da leitura e da assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (ANEXO 1).

4.4 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu quando o pesquisador chamou o participante a cooperar e participar da pesquisa explicando a relevância social para o estudo.

Após a observação dos serviços, foram realizadas as visitas presenciais da pesquisadora, pré-agendadas. Todo esse processo ocorreu durante o período diário matutino e/ou vespertino de trabalho dos enfermeiros, no dia e hora por eles definidos, antes da apresentação do projeto (quando do esclarecimento das finalidades e objetivos e acerca da disponibilidade de participarem do estudo). Em seguida foi solicitada a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1) e realizado a entrevista semi-estruturada em um único encontro, pelo fato que é aquela que parte de certos dilemas básicos apoiados em teorias que baseiam a pesquisa, podendo apenas algumas questões e temas serem pré-determinados. Muitos assuntos até podem ser estabelecidos durante a entrevista, mas os irrelevantes são abandonadas (NUNES, 2005). Em busca de evidenciar as relações existentes entre o fenômeno pesquisado e outros fatores que possam influenciar suas condutas, a entrevista semi-estruturada foi realizada a partir de um roteiro com algumas questões a partir do aspecto norteador da pesquisa, tais como: Fale sobre como é sua experiência de trabalho na atenção básica? Como a Saúde do Homem é trabalhada em Boa Vista-RR? Quais as dificuldades encontradas pelas equipes no cuidado humanizado do paciente masculino? Quais os valores que se devem fazer presente tanto na relação com usuário, quanto na assistência da equipe?

A partir desses assuntos buscou-se ampliar e compreender as respostas do enfermeiro com outras questões que foram necessárias e relevantes para conhecer a atuação do enfermeiro no cuidado humanizado à saúde do homem (ANEXO 2).

Desse modo, esta fase deve ser entendida como específica considerando os aspectos extradiscursivos. O pesquisador utilizou, além das questões preestabelecidas, também as seguintes intervenções sugeridas por Erthal (1994): inquisitiva, continuação, refletora de vivências emocionais, como por exemplo: “Fale mais sobre isso?”, “Como se sente referente a isso?”, “Como foi isso?”, “Como está vendo isso?”. Tudo isso na busca de favorecer aos entrevistados alívio dos sentimentos e clareza dos fatos e atos que ora relatavam. Em alguns momentos, os enfermeiros respondiam com gestos verbais, expressando suas angústias, (des)contentamentos e retomavam a questão inicial, quando necessário. Para obter o material discursivo, como foco da pesquisa e da compreensão das vivências dos sujeitos, as entrevistas foram gravadas com auxílio de gravador digital e, logo após cada entrevista, era feita a

transcrição no computador, evitando as perdas das expressões verbais dos enfermeiros, assim como outras informações importantes para o estudo. Todos os participantes convidados aceitaram livremente participar da pesquisa.

4.5 Procedimentos de Análise dos dados

A pesquisa fenomenológica vem contribuir para a reflexão acerca da existência humana, possibilitando o repensar sobre os modos de organização do trabalho no cotidiano, enfermeiro-paciente, em uma lógica distinta do modelo cartesiano que sustenta as ciências positivas (AMATUZZI, 2001a; CORRÊA & VALLE, 2002; GEORGI, 1985).

Em meio aos referenciais da pesquisa qualitativa, a fundamentação teórica tomada, neste estudo, tem como inspiração o método fenomenológico, que incide na compreensão e descrição dos fenômenos. A investigação fundamenta-se na experimentação, como fonte de verdade para o conhecimento e está voltada para a observação dos fatos e para o significado destes, considerando-os em si mesmos. Na compreensão do que acontece com o sujeito na sua interação com o mundo, como a sua consciência é afetada pelos acontecimentos, lançando mão das descrições, dos depoimentos, dos discursos, das maneiras pelas quais são expressos os pensamentos e os sentimentos dos sujeitos (AMATUZZI, 2001a; FORGHIERI, 1993; MARTINS, BICUDO, 1989). Constitui-se, com efeito, no estudo dos significados, das essências, articulados ao discurso do sujeito por meio do qual o fenômeno se revela.

Segundo Martins (1992) “surge a tentativa de especificar o significado que é essencial na descrição e na redução, como uma forma de investigação da experiência”. Nesse ponto, devem ser tomadas exatamente do jeito como são propostas pelo sujeito que está descrevendo o fenômeno. Ao fazer análise, o pesquisador busca colocar-se no lugar de quem vive a experiência, para começar a perceber elementos significativos. O pesquisador transforma as expressões cotidianas do sujeito em expressões próprias do discurso que sustenta o que está buscando.

É importante salientar que abordagem fenomenológica é precedida pela interrogação do pesquisador, e através dessa são definidos os procedimentos, o sujeito e os caminhos para análise dos dados e sua interpretação (VALLE, 1997).

Cabe destacar que na perspectiva fenomenológica um estudo não é conclusivo, pois os fenômenos podem indicar diversas facetas para outros pesquisadores. Pretende-se que a expectativa e a direção de investigação seguida pelo pesquisador sejam bem apontadas, pois

deste modo outros pesquisadores poderão abranger uma compreensão do fenômeno de imediata descoberta (ESPÍNDULA, VALLE, BELLO, 2009).

Considerando as características descritas acima foi possível incidir a dimensão do discurso fenomenológico, ou seja, a busca da compreensão das experiências vividas pelos enfermeiros na atenção básica na ESF. Nesta busca por desvelar o fenômeno indagado, realiza-se a análise sistematizada dos relatos dos participantes, no qual a pesquisa se apoiou de acordo com os quatro momentos descritos por (AMATUZZI 1989, 2001B, 2009; GIORGI 1985; FORGHIERI 1993). Partindo dos relatos oriundos das entrevistas semi-estruturada dos colaboradores, e da pré-análise: transcrição, exposição e correções das entrevistas; com o objetivo de chegar aos eixos de significado contidos nos relatos que são reveladoras da estrutura do fenômeno, os quatro planos de análise do estudo são os seguintes:

- 1º plano de análise: na análise introdutória foi realizada a leitura atenta de cada entrevista transcrita para ter uma visão de todo o material; e a partir daí descrever de modo organizado o já dito. A leitura de todo o material pressupõe uma redução fenomenológica, ou seja, uma leitura sem que ocorram interpretações, sem noções pré-concebidas, ou juízos de valor a fim de se entrar em contato com a experiência vivida pelo sujeito e seus significados sentidos.

- 2º plano de análise: Buscam-se os eixos de significados comuns de todo material colhido ou produzido, a partir de efetivar em uma lista de temas ou atrelamentos significativos obtidos de recortes das principais experiências narradas em cada entrevista, sustentando sua ordem temporal. Trata-se de um trabalho de abstração e construção conceitual que finaliza na estrutura geral do vivido.

- 3º plano de análise: A análise compreensiva percorre um caminho em direção a uma articulação desses temas ou eixos significativos em um texto consistente e integrado. Esse texto seguiu aos resultados da pesquisa, ou síntese das vivências relatadas (material) pelos entrevistados.

- 4º plano de análise: Com este resultado perante si, se chega a própria comunicação na discussão da pesquisa através de uma interpretação mais abrangente do fenômeno, apoiado na perspectiva de Husserl e Stein. Partindo dessa indicação de sistematização, buscou-se demarcar, um provável percurso para a elaboração das vivências dos entrevistados. Partiu-se inicialmente do contato com os discursos gravados e transcritos. Foi elaborado pela pesquisadora um relato em primeira pessoa do encontro, buscando demonstrar os elementos vivenciais que pudessem responder de algum modo ao problema de pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A presente seção está dividida em duas partes. A primeira apresenta os resultados e a discussão da caracterização dos participantes selecionados (idade, naturalidade, estado civil, escolaridade, tempo de profissão e outros vínculos empregatícios). Já a segunda considera a análise fenomenológica das entrevistas realizadas, apontando os temas voltados para o sentido e o significado atribuído às experiências vividas pelos participantes da pesquisa que se revelaram durante o percurso dialogando com o referencial teórico.

Tal percurso de análise fenomenológica se revelou um importante caminho de discussão e compreensão do cuidado humanizado dos enfermeiros na atenção básica, em relação à Saúde do Homem, na constituição da equipe e considerando as diretrizes da Estratégia Saúde da Família.

5.1 Conhecendo Nossos Colaboradores

Procedendo à análise, a partir inicialmente da listagem nominal de todos os profissionais enfermeiros envolvidos em cada unidade de saúde selecionada, onde se definiu a ordem de participação dos sujeitos, ilustramos o perfil profissional dos participantes da pesquisa.

É oportuno destacar que para o processo de análise dos relatos, visando garantir o anonimato dos participantes do estudo, cada entrevista que compôs a análise foi codificada em setor, nome fictício, seguida da sequência numérica 01 a 03, equivalente ao quantitativo dos sujeitos enfermeiros por UBS.

No Quadro 2, caracterizamos os sujeitos deste estudo, com os seguintes aspectos: idade, profissão, escolaridade, tempo de atuação profissional, regime de trabalho e outros vínculos empregatícios.

QUADRO 2: Caracterização dos participantes da pesquisa, Boa Vista- RR.

Setor	Idade (anos)	Naturalidade	Estado Civil	Escolaridade	Tempo de Atuação	Regime de trabalho	Outros Vínculos
A1	47	Manaus –AM	Casada	Pós-graduação Lato-sensu	10 anos	40 +30 h	Não
A2	41	São Luís –MA	Solteira	Pós-graduação Lato-sensu	09 anos	40h	Não
A3	32	Manaus –AM	Casado	Pós-graduação Lato-sensu	06 anos	40 +30 h	Não
B1	28	Boa Vista-RR	Casado	Pós-graduação Lato-sensu	06 anos	40h	Não
B2	29	Boa Vista-RR	Solteira	Pós-graduação Lato-sensu	06 anos	40h	Não
B3	50	Marília- SP	Casada	Pós-graduação Lato-sensu	22 anos	40h	Sim
C1	28	Belém-PA	União Estável	Pós-graduação Lato-sensu	05anos	40h	Não
C2	32	Castanhal- PA	Solteiro	Graduação	02 anos	40+30h	Não
C3	22	Araruna-PB	Solteira	Graduação	01ano	40 h	Sim

Fonte: Informações obtidas durante a coleta de dados, Boa Vista -RR , 2013.

O perfil dos entrevistados foi construído abrangendo informações obtidas durante a entrevista. Os dados direcionados à faixa etária que compuseram a amostra do estudo revelaram que dos nove (09) participantes; dois (02) possuem a idade de 41 e 47 anos, dois (02) possuem a idade entre 32 a 37 anos, quatro (04) possuem a idade de 22 a 29 anos e finalmente houve apenas uma participante com cinquenta (50) anos, considerando a maior idade, conforme o quadro a cima.

Quanto à faixa etária da amostra, a idade entre 28 a 37 anos foi mais evidenciada. Pode-se afirmar que os profissionais entrevistados provavelmente tiveram a oportunidade de vivenciar experiências pessoais e profissionais em seu processo de trabalho o que pode favorecer ao desenvolvimento das estratégias propostas pela Atenção Básica de Saúde.

Ao verificar a questão sexo dos participantes, os dados demonstraram que seis (06) declararam sexo feminino e três (03) sexo masculino. Contudo, isso afirma a feminilização que caracteriza ainda os dias atuais nos serviços de saúde, especificamente na atenção básica, ao mesmo tempo, a absorção do corpo feminino nas equipes de Estratégias de Saúde da Família e na enfermagem.

Este aspecto merece destaque quando nos referimos ao cuidado à saúde do homem, pois pode ser um fator que contribui para a ausência e invisibilidade dos homens nas Unidades Básicas de Saúde. Conforme afirma Figueiredo (2005), as dificuldades do acesso dos homens não são apenas pelas percepções do que seria próprio de seu comportamento, mas também por situações que provocam nos homens a sensação de não pertencer àquele espaço, por conta da como dificuldade de serem atendidos seja pelo tempo de espera da assistência seja por considerarem as UBS como um espaço feminilizado, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria por mulheres.

O estudo demonstrou que os participantes são naturais dos estados brasileiros, tais: Manaus –AM, São Luís –MA, Belém-PA, Marília-SP, Aruaruna-PB e apenas dois (02) são de origem do estado de Roraima. O Estado civil dos participantes quatros (04) casados, três (03) solteiros e um (01) em união estável .

No que se refere à formação profissional sete (07) dos entrevistados possuem pós-graduação Lato-sensu, direcionada à saúde coletiva e apenas dois (02) profissionais possuem somente a graduação em enfermagem.

Quanto ao grau de escolaridade percebe-se que sete dos entrevistados possuem o grau pós-graduação Lato-sensu na área da saúde pública; especificamente direcionada à saúde coletiva. Eles e relatam que estão realizados com a sua profissão e exercem com responsabilidade e satisfação. Os dois que possuem somente a graduação relatam que obtiveram o grau, porém estavam tentando migrar para outras áreas, como por exemplo: educação, exatas, psicologia entre outras. As principais causas por essa escolha são, o desconforto financeiro ou até mesmo porque não se familiarizaram com a área da saúde.

Ressalta-se ainda, que durante a pesquisa não foi encontrado participante com a pós-graduação scrictu-sensu (mestre e/ou doutor). Mediante os atuais aspectos dos profissionais enfermeiros, confirma-se a necessidade de formação com níveis de titulação elevada de qualificar a assistência ao usuário de saúde, para atuar em saúde coletiva e comunitária no sentido de promover pesquisas, enfrentar os desafios e ampliar os estudos nessa área.

Quanto ao tempo de atuação profissional, revelam que a assistência em saúde é implementada por profissionais que na sua maioria prestam assistência à população de um (01) a dez (10) anos prestados nas UBS, evidencia-se que um participante possui vinte e dois (22) anos de atuação. Entre as principais atividades realizadas pelos profissionais do ESF, destacam-se: as visitas domiciliares, o trabalho com grupos especiais (pré-natal, hipertensos e diabéticos), as palestras e os cronogramas de atividades já previstas para esses profissionais.

A qualificação do profissional de saúde, certamente, é um dos caminhos e desafios a afrontar para que se alcance maior qualidade dos serviços de atenção à saúde.

Quanto ao regime de trabalho, verificou-se que seis (06) possuem quarenta horas direcionada à saúde da família, e três (03) dos entrevistados possuem quarentas horas direcionadas a ESF, além de mais trinta horas para a assistência hospitalar; eles justificaram que eles fazem essa jornada para aumentar o fator financeiro. A percepção da pesquisadora nesse aspecto, foi de que com o aumento da jornada de trabalho, há interferência na sua produtividade profissional; pois, esses profissionais revelaram que sentem: cansaço mental e físico, estresse, insônia e fadiga.

Percebe-se que quando os entrevistados foram indagados se possuíam outros vínculos empregatícios em outra área sem ser a da saúde sete (07) responderam que não. Ao responderem esse questionamento percebeu-se um conforto e satisfação ao expressarem-se: *“só tenho esse vínculo aqui na UBS”*(enfermeira Patrícia). *“Trabalho só aqui nessa UBS, e gosto muito”*(enfermeiro Fernando).

Porém, os dois enfermeiros que responderam que possuía outro vínculo, revelaram que trabalham de vendedor autônomo, e fazem isso como forma de aumentar a sua renda financeira e exercem essa função extra (autônomo) e de enfermeiro, para aumentar sua renda financeira, segundo informações coletadas.

Contudo, podemos observar que a caracterização desses profissionais é de extrema relevância para a compreensão das possíveis barreiras encontradas pelo homem quando assim busca utilizar os serviços de saúde. A conscientização e a compreensão dos múltiplos aspectos que interferem nas ações e estratégias, e a possibilidade de influenciar para minimizá-los, e assim ampliando a acessibilidade masculina numa perspectiva de cuidado integral, tendo como ponto inicial a atenção básica direcionada ao programa de saúde do homem, podem facilitar a dinâmica do processo.

5.2 Análise Fenomenológica de Experiências dos Participantes

Nesta seção apresentamos inicialmente cada entrevista nas descrições do vivido seguindo os passos propostos nos procedimentos de análise (p.49). Em seguida são apontados os temas captados mediante a descrição da sistematização do recorte das principais experiências vividas pelos enfermeiros, seguido da discussão final das contribuições de Husserl e Stein e do referencial teórico proposto pelo estudo, que se originou da síntese que

revelou um importante caminho de compreensão da atuação do enfermeiro na Saúde do Homem , com a ESF. As experiências serão apresentadas a seguir:

5.3.1 Descrição de experiências relatadas pelos entrevistados

5.3.1.1 A compreensão dos significados na vivência da enfermeira Márcia

A prática assistencial é um fator importante apresentado no depoimento da enfermeira Márcia na atenção básica. Ela se refere á saúde como não apenas ausência de doença.

[...] Saúde é o completo bem estar físico, psíquico, espiritual e social, e não apenas ausência de doença [...] é o equilíbrio da mente e do corpo no indivíduo como um todo [...] ele deve estar em equilíbrio físico e mental em relação com fatores ambientais, estruturais onde ele trabalha onde mora [...] isso contribui para a qualidade de vida e contribui para o ser humano viver melhor.

O discurso de Márcia evidencia a relação existente entre os serviços de saúde, na figura da Estratégia Saúde da Família, para com o cuidado ao ser homem. Ela busca no atendimento ao público masculino um acolhimento e escuta atenta.

[...] Nesta unidade creio que estamos conseguindo uma boa aderência da população masculina [...] devemos conseguir que eles cheguem devagar [...] mostro que por eles terem um problema fisiológico ou uma determinada patologia não significa que eles estão inválidos, eles realmente estão se sentindo mal, mas em alguns casos existem tratamento [...] na Estratégia Saúde da Família temos um tempo maior e ele começa a se soltar [...] querem ter intimidade [...] tento conversar, para poder atendê-los de maneira solta e descontraída, para que eles possam colocar questões de sua sexualidade, principalmente os adolescente muda tudo com a presença dos pais [...] eles querem privacidade [...] converso com eles e falo como quem não quer nada, colocando possibilidades para ele [...] não estou aqui para julgar questões éticas, morais e religiosas [...] eu procuro atender às necessidades de saúde deles, porém tento vê-lo como uma forma integral “físico, psicológico, espiritual e social” [...]quando necessário, encaminhamos às especialidades ou hospital [...] compreendo que o acesso para esse público ao serviço está melhorando .

Márcia ainda comenta as formas de captações da população masculina para o serviço de saúde.

[...] fizemos uma mega ação para captar a população masculina como forma de prevenção [...] muitos homens oriundos de comunidades distantes e os que residem na área urbana e rural de Boa Vista compareceram [...] tiveram a

oportunidade de fazer o PSA, o exame de sangue para a prevenção do câncer de próstata [...] a oferta de atendimentos, como: consultas médicas, psicológicas e outras atividades foram ofertadas [...] mas ressalto que essa grande ação todo ano acontece [...] é realizada através da Secretaria de Saúde do Estado e Município, juntamente com seus colaboradores (Instituições de ensino e Laboratórios).

A enfermeira Márcia ainda menciona que a público masculino segundo o IBGE tem crescido na cidade de Boa Vista em relação à população feminina.

[...] Creio que seria necessário um centro de referência para o homem [...] haja vista que essa população de homem é maior em relação à mulher aqui em Roraima [...] levando em consideração o público feminino e as outras regiões do Brasil [...] acho que eles se sentiriam mais confortáveis e valorizado [...] de estarem indo ao centro buscar uma saúde específica para eles [...] também se existe aqui o centro de referência da mulher acho que eles podem ter seu espaço direcionado .

Outro aspecto importante apresentado por Márcia são os fatores que dificultam o cuidado humanizado de acordo com as necessidades de Saúde dos Homens. No depoimento abaixo ela relata suas convicções, crenças e enfrentamento acerca dessas problemáticas.

[...] creio que poderia melhorar muito mais os recursos [...] os equipamentos são arcaicos [...] a estrutura física já é bem ultrapassada [...] falta de medicamentos [...] há situações inesperadas como falta material [...] os pacientes chegam até trazer para o posto insumos e materiais, e relatam a utilização de remédios caseiros [...] a estrutura não são adequados, para população [...] para ter uma ideia temos um atendimento que é quase uma referência em pé diabéticos se tornou indiretamente hoje estou sem atadura e os pacientes que estão trazendo para fazer o curativo [...] pois na unidade falta esse material e equipamentos, também a estrutura física é precária [...] precisamos também de conhecimentos especializados, voltados para a eficácia do atendimento e reconheço que nós enquanto equipe precisamos de cursos específicos para melhorar o atendimento do cuidado humanizado.

Ao final do discurso da enfermeira pode-se perceber que a partir de sua concepção de homem e mundo mostra seu modo de cuidar, e sente em sua intencionalidade que sua formação é insuficiente para esse tipo de cuidado. Além disso, ela apresenta um desejo de investimento na sua formação profissional como um caminho possível para a qualificação do cuidado humanizado.

5.3.1.2 A compreensão dos significados na vivência da enfermeira Mariana

Mariana começa contando sua concepção sobre saúde, explicando que o problema de acesso e o funcionamento dos serviços foram argumentos utilizados para justificar presença

mais rara da população masculina na atenção primária. A enfermeira percebe que os pacientes masculinos procuram o serviço de saúde para alívio de sintomas.

[...] um conjunto de ações que levam a saúde do ser humano. O bem-estar da pessoa, mas também é ter moradia, saneamento [...] Ter tempo para sua família, se divertir, lazer. Saúde engloba tudo [...] As demandas referidas aqui na UBS pelos homens são bastante específicas: dores, febres, contusões e ferimentos [...] referem-se a doenças crônicas como hipertensão arterial ou diabetes mellitus [...] mas também eles vêm em busca de medicamentos [...] ou para marcar consultas para suas esposas ou alguém da família (pré-natal, preventivo, hiperdia) [...] só assim eles comparecem na UBS [...].

Mariana menciona a respeito do trabalho em equipe e de ser auxiliada por outros profissionais para a melhora da prática do seu trabalho.

[...] praticamente o que a gente faz aqui na UBS está direcionada à saúde do homem [...] como por exemplo: trabalhamos o dia com especificidades hipertensão e diabetes, preventivos, pré-natal, pericultura, planejamento familiar onde comparecem grandes quantidades de homens [...] promovendo as partes preventivas com palestras, orientações eles participam, aqui não é feito nada direcionado ao homem [...] fazia os atendimentos para os homens só nas terças-feiras e assim quaisquer alterações que a médica encontrava durante a consulta de um homem ela já encaminhava para esse especialista.

Mariana revela suas próprias crenças em questão do vínculo, como experiências demonstram expressões: “*amizade, respeito e confiança*”, termos utilizados para descrever valores importantes na relação interpessoal.

[...] Para mim a relação que eu tenho com eles é de amizade [...] por que eles me tratam bem [...] eu faço amizade com todos eles [...]. os usuários procuram o serviço de saúde em situação de sofrimento e angústia [...] quando a unidade básica não responde de forma satisfatória às suas necessidades, procurando diminuir essa aflição ou até mesmo angústia [...] eles se sentem abandonados [...] vejo que a maioria dos homens quando não estão acompanhados de suas companheira , ao chegam na unidade de forma tímida, introspectivo, falando baixo [...].

Esse discurso de Mariana mostra um crescente movimento dialético entre a teoria e a prática no campo da saúde, no qual o homem deve ser protagonista de si mesmo. Nesse sentido encontram-se no depoimento a concepção e os significados por meio do qual o homem pode ser ou se expressar através da comunicação e do vínculo a ser constituído com o profissional da saúde, mediante a assistência.

5.3.1.3 A compreensão dos significados na vivência do enfermeiro Marcos

A vivência do enfermeiro pode ser relatada por meio de um relato, que contém suas experiências cotidianas sobre saúde do homem.

A Saúde do homem ainda é muito incipiente, na verdade, no Brasil todo. A saúde do homem passou a ser mais discutida nos dois últimos anos [...] mas parece que não está surtindo muito efeito prático [...] Há pouco tempo que o Ministério deu uma abertura para saúde do homem, mas o acesso é pouco [...] porque são poucos homens nos procuram [...] Precisamos de mais informações das ações e estratégias para o atendimento com esse público [...] é difícil, o homem vim (sic) no posto de saúde [...] geralmente eles veem porque querem fazer um tratamento de DST [...] odontológico [...] ou para verificar a pressão ou fazer o controle da glicemia [...] acho que o homem tem que procurar se cuidar mais [...] tem que entrar na cabeça deles [...] que ele precisa trabalhar ser produtivo [...] para isso precisa de saúde [...] porque ele não vai conseguir fazer isso doente [...].

Marcos ainda revela como planeja as estratégias na relação interpessoal (enfermeiro e paciente homem), de acordo com seus conhecimentos e concepções de homem e mundo, o que influencia seu olhar e as realidades vivenciadas nas UBS de forma improvisada.

As duas estratégias que eu venho fazendo aqui na unidade é durante as visitas domiciliares [...] e conversando em particular com esses homens (maridos) que estão presentes durante o pré-natal [...] suas respectivas companheiras estão estimulando que seus parceiros participem efetivamente desse período [...] essas estratégias (diálogo) que eu tenho até o momento esta ajudando nessa implementação da política.

Mesmo que existam dificuldades e obstáculos nos cuidados de Saúde ao Homem na rede primária, o discurso do enfermeiro mostra a necessidade de organização do serviço para esse atendimento.

[...] Se não houver programação e organização da equipe, eles não comparecem [...] é difícil ter tempo, deixar aberto, com essa procura grande por atendimento aos outros programas da ESF [...] fazemos reuniões, promovemos encontros sempre articulados entre os profissionais e a comunidade [...] muitos deixam de vir, não porque querem, mas porque o profissional é da região e vão perguntar o que eles têm [...]. Eles sentem vergonha de revelarem suas vulnerabilidades [...] sinto isso através da expressão de medo, angústia e na própria fala [...] nessa UBS estamos simplesmente fazendo consultas e visitas domiciliares; considerando todos os aspectos que compõe sua vida, tais como: relacionamento, saúde-doença, emocional, psicológicos e lazer [...] Ética é o principal valor! [...] porque tendo ética você segue todas as regras que o conselho regional de enfermagem determina para sua atuação [...] isso vai lhe garantir que ele confie na sua palavra [...] os problemas de saúde que ele tiver e que ele transmitir pra você vai ser resguardado [...] então isso melhora a relação do profissional com o paciente [...].

Ao prestar o cuidado, o enfermeiro Marcos considera o contexto de vida, o conhecimento e a experiência do ser humano na sua integralidade, e utiliza essas informações para o planejamento e para a implementação das atividades de cuidado a essa clientela, enfatizando a promoção à saúde e a prevenção de doenças, influenciando positivamente na qualidade de vida.

5.3.1.4 A compreensão dos significados na vivência do enfermeiro Fernando

Fernando relata que a população masculina não comparece aos serviços de saúde, por alguns motivos, vejamos:

[...] a população masculina não comparecem na unidade de saúde porque o horário do nosso expediente coincide com o horário de trabalho deles [...] e como geralmente eles são o mentor financeiro da família acha que é complicado faltar em suas atividades profissionais. [...] a nossa realidade aqui nessa macroárea não é diferente também população feminina [...] por ser uma área titulada universitária nossa equipe sente dificuldade em fazer o acompanhamento em saúde pelo mesmo motivo os horários coincidem [...].

Na condição de ausência de doença, o enfermeiro Fernando, explica que os pacientes masculinos buscam também a atenção básica para receberem atestados e laudos de saúde ou para concursos para vagas para deficiente.

[...] estou pleiteando uma vaga num emprego e por ter uma pequena deficiência e eu acho que talvez me enquadre [...] eu vim hoje tentar conseguir um laudo, né? [...] eu não estou nem trabalhando e nem estudando [...] Outro tipo, eu vim aqui atrás de um laudo médico [...] um atestado para colocar na empresa em que trabalho [...] passei mal e preciso [...] se não vou sofrer punições [...].

Fernando apresenta a importância da informação direcionada e a prática de educação em saúde.

[...] é importante levar a informação, trocando informação, utilizando o processo de ensino-aprendizagem com esse público [...] nesse processo de ensinar e aprender [...] fazer com que eles entendam o que é ética, o que são valores morais e saúde [...] a solidariedade, a amizade, a cooperação, o bem-estar, a boa convivência, a cultura de paz, a não violência [...] buscar educação, buscar informação, buscar conhecimento, para que eles se tornem cidadãos dignos, de uma vida social digna [...] Acho que o suporte maior seria da coordenação de saúde do homem [...] promover a organizando as estratégias e as ações para gente estar fazendo essa abordagem para esta população [...] porque o homem precisa de uma atenção individualizada e especializada para ele [...] seria importante para nortear nosso atendimento de acordo com as redes primárias, secundárias e terciárias.

Fernando, como enfermeiro deseja e manifesta sua motivação de prestar cuidado qualificado, baseado em uma formação profissional compatível com as necessidades de saúde desse público. A informação, por meio do processo de ensino-aprendizagem para público, seria um meio de promoção de cuidado.

5.3.1.5 A compreensão dos significados na vivência da enfermeira Fabiana

Na questão organizacional, a enfermeira Fabiana, expressa as condições que compõem a fragilidade masculina em sua intervenção profissional.

[...] Os homens são mais tímidos do que as mulheres [...] eles nunca tem tempo disponível [...] saem cedo por causa do horário do trabalho [...] chegam muito tarde [...] há alto percentual de faltas nas consultas [...] embora havendo protocolos para os usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus com frequência ocorrem situações de descontrole pressórico ou glicêmico por se descuidarem do monitoramento [...] isso desemboca com o fluxo maior nos serviços hospitalares e de urgência e emergência [...].

Por meio deste discurso e das observações realizadas nestas unidades busca-se justificar a pouca presença masculina no contexto da UBS. A explicação latente é que a forma como as UBS estão organizadas não contempla o horário para o homem comparecer a esses serviços de saúde. Sobre os treinamentos direcionados à saúde do homem, o depoimento da Fabiana revela:

[...] A procura pelos serviços aqui na UBS está baixa, como estamos no mês de novembro, em que se titula “novembro azul”, justamente como forma de alertá-los para o cuidado com a saúde os agentes comunitários estão fazendo essa busca ativa deles [...] colocamos a quarta-feira a tarde específica para o atendimento à Saúde do Homem [...] eu durante toda a minha atividade profissional aqui em Boa Vista nunca tive um treinamento para lidar melhor com este público [...] gostaria muito de um treinamento [...].

Outro ponto a ser observado na percepção da Fabiana é que alguns homens estão buscando o serviço, mas a equipe continua despreparada para cuidar especificamente desta população. Fabiana expõe também sua preocupação e a importância de trabalhar a saúde da população masculina.

[...] É importante “estar trabalhando” com os homens [...] tentar evitar gravidez na adolescência [...] a gente não pode deixar de fazer as orientações [...] se necessário marca um retorno ou encaminha para um especialista [...] um clínico geral, urologista e/ou ginecologista [...] acho muito importante nosso trabalho na atenção básica [...] Respeito é fundamental você ver o paciente de uma forma holística como um todo [...] e não a doença que o paciente apresenta [...] por que é essa a diferença entre o atendimento médico para o enfermeiro para com o paciente [...] é a forma como nós vemos o paciente que estar doente [...] então pra mim o respeito e a visão holística do ser como o todo é fundamental [...] Planejo um cuidado orientado, por meio da utilização de instrumentos que melhor possam sistematizá-lo[...] faço uma assistência integral para podermos ter a identificação de todos os sofrimentos apresentados pelo homem.

Considerando o contexto de experiências no cuidado humanizado da enfermeira Fabiana, ressalta que planeja as ações e as reestrutura a partir de cada problema que se revela ao ser humano que procura o serviço de saúde, o que serve de base para novas ações de cuidar. Essa motivação remete os sujeitos à ação imaginada, que tem origem na experiência, nas vivências de conhecimentos e na situação apresentada de cada por sujeito.

5.3.1.6 A compreensão dos significados na vivência da enfermeira Fátima

A enfermeira Fátima, começa seu depoimento expressando sua percepção acerca dos pacientes masculinos que se queixam da fila de espera, por esperarem longo tempo para o acesso ao serviço.

[...] A saúde do homem é trabalhada de forma precária ainda, apesar de ter melhorado [...] porque agora que houve a ação que teve esse mês de novembro, da prevenção para o homem, assim como nos últimos três anos [...] agora passamos fazer agendamentos específicos com consultas médicas para esse público todas as quartas- feira à tarde [...] Eles (pacientes masculinos) não comparecem muito as Unidades Básicas de Saúde porque acham que o atendimento devia ser rápido e pontual.

Fátima, ainda menciona a respeito da priorização que os homens tendem a procurar os serviços de pronto-atendimento.

[...] ele dão prioridade aos hospitais e os prontos socorros [...] muitos deles reclamam da falta de profissionais e de frequentes adiamentos das consultas ou exames nas UBS [...] até da ausência do médico urologista que lhes parece profissional mais apropriado [...] reclamam de falta de medicamentos ou outros recursos.

A enfermeira Fátima também faz referência à necessidade da criação de um fluxograma de atendimento para o sistema de saúde no município, para auxiliar na organização dos serviços.

[...] A criação do fluxograma seria uma saída para melhorar nossos atendimentos a essa população [...] claro, de acordo com a rede de atenção e a integralização dos serviços, porém com a criação do centro de referência [...].

Então, pode-se perceber que Fátima salienta durante seu discurso sua visão sobre a procura que o homem faz para ter o seu cuidado na rede de atenção e a importância de trazê-lo para a unidade trabalhando ações preventivas de acordo com o fluxograma de atendimento. Visando à precisão de possíveis encaminhamentos do paciente (homem) para os serviços especializados de referências médicas ou procedimento específico com a finalidade de tratamentos mais adequados conforme sua necessidade de cuidado.

5.3.1.7 A compreensão dos significados na vivência da enfermeira Patrícia

No depoimento da enfermeira Patrícia, sua indignação e impotência em lidar com as atitudes de pacientes masculinos de não buscarem o serviço de saúde para fazerem exames preventivos e de rotina.

[...] O homem ele só vem atrás do atendimento quando ele esta realmente mal [...] não faz o trabalho de prevenção [...] só busca o atendimento medico ou a enfermagem com relação à situação que ele se encontra [...] Por falta de informação, preconceito e vergonha [...] sem contar o machismo que impera

[...] ele é homem é um ser forte [...] Numa manhã de grande movimento na unidade, um usuário aparentando aproximadamente 30 anos chegou bêbado e enquanto aguardava atendimento, desmaiou [...] As pessoas ao redor se agitaram preocupadas e isso causou tumulto na sala de espera [...] foi difícil o atendimento, pois a estrutura física é pequena [...] aqui só temos duas salas para atendimentos [...] precisamos de profissionais especializados para tratar a demanda de pacientes viciados [...] doentes mentais [...] até propriamente as questões sociais, haja vista que esse bairro é carente [...].

No discurso de Patrícia, relata a sua percepção sobre as orientações das ações de saúde.

[...] Saúde, falar conceitualmente, materialmente de todos os aspectos [...] saúde não é não simplesmente uma ausência de patologia, mais o bem estar, moradia, lazer, alimentação. [...] tudo isso vai incluir no processo de saúde. [...] Oriento sempre sobre a gravidez, doenças sexualmente transmissíveis [...] métodos anticoncepcionais associados ao uso da camisinha [...] atendê-lo de modo integral, verificar como ele está, se estuda, se trabalha [...] deixar as portas abertas para ele [...] estar atento para os determinantes de saúde [...] nem sempre o homem tem um problema específico [...] precisa de um remédio [...] devemos realizar atividades em grupo [...] para eles é melhor, se sentem mais à vontade e participam mais principalmente se houver torneio esportivo [...] tiram dúvidas, conversam [...] comportam bem, tiram proveito e aprendem com a pergunta, questionamentos e vivência do outro [...].

Um recorte significativo do discurso da Patrícia refere a respeito do vínculo na assistência ao cuidado do homem.

[...] o profissional tem que demonstrar confiança [...] para que o homem (o outro) exponha aquilo que ele está sentindo ou o que ele tem sobre o que é doença [...] tentar abordar ele de maneira coerente e simpática [...] olhando ele em todos os aspectos: físico, espiritual, mental e social [...] nossa equipe estão fazendo visitas no local de trabalho deles para detectar possíveis problemas de saúde [...] pesquisando também os homens que transmitem sinais de doenças mentais [...] direcionamos ao especialista [...] nossa área é periférica [...] nossa comunidade é carente [...] há muitos casos de violência, drogas e carência de saneamento básico [...] pessoas com problemas de moradia e alimentação [...] isso é conflitante para mim [...] pois não possuímos profissionais que poderiam nos ajudar [...] precisamos no mínimo de um psicólogo e um assistente social para nos auxiliar.

Patrícia expõe sua visão e as estratégias de planejamento de acesso da população masculina aos serviços de saúde, o que ela considera oportunizar o atendimento dentro e fora da Unidade Básica de Saúde.

[...] se ele não vem até nós, vamos até a eles [...] aqui mesmo no bairro tem a construtora da CMT onde aproximadamente cerca de 800 homens trabalham [...] assim como outras empresas [...] sempre que precisamos está desenvolvendo alguma atividade para uma população maior de homens [...] costumamos solicitar mais para fazer varias atividades no auditório com eles [...] fizemos um levantamento das empresas que estão situadas em nossa macroárea [...] em seguida fizemos uma reunião com os gerentes das empresas para que seus funcionários possam fazer pelo menos uma consulta durante o mês na UBS [...].

Patrícia aponta no final da entrevista na direção do acesso da população masculina, mais precisamente da humanização da porta de entrada do serviço, e do homem em comunidade. Sinalizou nesse depoimento o desejo do cuidado humanizado buscando sempre um cuidado ampliado que volte o olhar para o sujeito profissional como pessoa, lidando com outra pessoa na sua integralidade.

5.3.1.8 A compreensão dos significados na vivência da enfermeira Paulo

No discurso de Paulo considera-se que o atendimento ao homem deve ser realizado em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

[...] Pensando no cuidado do ser humano, no cuidado integral, devemos garantir de acessibilidade e acolhimento dentro de uma normatização, do que é preconizado pelo Ministério da Saúde e pelo SUS e a PNAISH [...] vivemos sob um mundo repleto de estresses contínuos, com doenças psicossomáticas, tais como: ansiedade, depressão, distúrbios do padrão do sono e alimentares, dentre outras, afetando a cada dia mais pessoas [...] o conhecimento do processo de envelhecimento [...] reitera a importância do trabalho preventivo [...] incluir na rotina dos serviços e na formação dos profissionais o processo de educação continuada [...] conteúdos sobre envelhecimento, saúde do idoso, trabalho em equipe e a prática da saúde ampliada [...] faz-se necessário para ampliar nossos conhecimentos [...] integrando sempre as redes de atenção - 1ª, 2ª e 3ª.

Paulo apresenta em seu discurso a promoção de espaços e momentos para refletir sobre o cuidar de si, e faz algumas sugestões para se trabalhar alguns temas significantes para a saúde. Além disso, sugere as atividades físicas como torneios esportivos proporcionando a comunidade informações, lazer e socialização.

[...] Faço o atendimento ao homem por demanda [...] quando trazem um problema tentamos resolver na medida do possível [...] as agentes comunitárias de saúde também fazem as visitas domiciliares [...] mas, eles não vêm muito a UBS [...] os rapazes consultam pouco [...] é difícil trazê-los à unidade [...] não trabalhamos grupos de homens [...] estamos com dificuldade pela falta do médico, estamos esperando a chegada do médico para se trabalhar o grupo [...] mas temos que tentar, tem que começar [...] não tenho a fórmula pronta [...] isso vai aparecendo à medida que o trabalho vai evoluindo [...] não temos um atendimento programado [...] mas vejo que é preciso oportunizar encontros não só nas UBS, mas também nos centros e associações da comunidade [...] programar debates sobre saúde nas instituições religiosas [...] promover palestras com temas direcionados à saúde [...] mas também temas que visam a qualidade de vida [...] e atividades de educação e exercícios físicos [...] eles gostam muito de torneios de futebol [...] quando a comunidade promove eles comparecem.

Paulo ainda aponta no depoimento abaixo a necessidade do público não só masculino,

mas em geral de ter acompanhamentos com profissionais específicos: psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais.

[...] nessa macroáreas em que eu trabalho estão localizadas os bairros periféricos [...] então a população aqui de maneira geral sofre com problemas de cunho social, econômico e ambiental [...] a violência doméstica e a formação de grupos rivais (gangues), são comuns nessa área [...] assim como o uso das drogas é constante e o número de viciados é alarmante [...] faz parte do atendimento de rotina, fazer esclarecimento sobre uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, prevenção de doenças, acidentes [...] gravidez na adolescência e sexualidade [...] é os grupo de risco [...] acredito que para melhorar assistência e o cuidado humanizado a nossa equipe deveria ter e proporcionar, pelo menos um psicólogo, um psiquiatra e um assistente social. Pois, a população dessa macroárea sofrem com problemas de cunho social, ambiental e econômico.

Portanto, o enfermeiro Paulo considera que sua atividade profissional precisa ser de forma integralizada em conformidade com os princípios do SUS, e respeitando o direcionamento das redes de atenção do Município. Revela as condições de que a UBS em que trabalha está inserida em uma macroárea, formada por bairros periféricos e considera que a população sofre com problemas de caráter social, ambiental e econômica.

5.3.1.9 A compreensão dos significados na vivência da enfermeira Pâmela

A enfermeira Pâmela começa expressando suas vivências a cerca da sua atividade profissional e do cuidado.

[...] creio que estamos desacreditados por isso não há essa procura [...] a partir do momento que a gente conseguir todos os insumos necessários para ofertarmos um bom atendimento [...] creio que ganharemos uma credibilidade e uma aceitação melhor [...] infelizmente o homem só procura o posto de saúde quando esta com algum processo patológico [...] no caso da atenção primária que seria para prevenção acaba não acontecendo [...] não conseguem tirar um dia para vir fazer uma consulta de rotina antes de adoecer [...] até porque é o responsável na maioria das famílias pela renda familiar [...] tem o trabalho que às vezes não consegue liberação, e isso dificulta, pois só aparece quando está doente [...] e com um quadro clínico geralmente agravado [...].

No recorte seguinte Pâmela, revela a sua experiência com os procedimentos de protocolos para as suas condutas do cuidado humanizado na profissão de enfermeira.

O Ministério da Saúde nos repassa a Política Nacional Atenção Integral à Saúde do Homem, mas não tem um protocolo específico para atender [...] de acordo com a realidade que vivemos [...] a gente não tem base para desenvolver o trabalho [...] o profissional fica perdido [...] temos dificuldade porque a faixa etária difícil de lidar [...] envolve outras questões sociais como

drogas, sexo na adolescência, violência e doenças mentais [...] não temos um contato com a assistência social e nem psicólogos [...] o serviço de psicologia para nós seria fundamental [...] maioria dos nossos homens mora em outro bairro a distância é um dos pontos que dificulta o acesso [...] Acho complicado, difícil atendimento é muito precário [...] nunca participei, direcionado a saúde do homem [...] seria um conhecimento que sinto que me faz falta [...] e contudo, sei que poderia me ajudar no cuidado para com o homem [...] sinto essa necessidade.

Em outro discurso significativo, Pâmela percebe que nos últimos anos a aceitação dos homens em procurar os serviços de saúde para cuidar de sua saúde está aumentando.

[...] Os homens estão procurando mais os serviços de saúde para ter um bem-estar físico e mental [...] creio que a procura vem aumentando pelas campanhas publicitárias, referente ao câncer de próstata, hipertensão, diabetes e até propriamente acidentes de trânsito [...] Eles veem acompanhando suas esposas e seus filhos [...] no salão de espera, então são abordado para aferir seus sinais vitais, ou a programação de educação e saúde, orientações sobre planejamento familiar e as doenças sexualmente transmissíveis [...] os Agentes Comunitários de Saúde distribui panfletos referentes a tuberculose, Hansen, planejamento familiar [...] sempre falando um pouco sobre estas doenças [...] faço palestra e começo dizendo: 'Hoje em dia temos que pensar nossas atitudes, precisamos nos cuidar [...] então abordo pontos como câncer de próstata, DST's/ Aids [...] O conhecimento é importante! [...] você tem que conhecer o público alvo para qual está trabalhando [...] conhecer suas principais doenças a que estão sendo acometidos [...] observar aspectos como: alimentação, moradia, principal atividade de trabalho, a situação sócio-demográfica [...] para saber o que vai abordar na saúde do homem [...] seria muito difícil o atendimento ao indígena [...] não sei falar nenhuma língua indígena precisaria de um intérprete [...] não entendo como eles vejam os nossos procedimentos e atendimentos se bom ou ruim? [...] Tenho certeza que iria pedir ajuda de um colega que pudesse auxiliar na comunicação e possível atendimento [...] Isso me faz refletir [...], pois os indígenas possuem conhecimentos de tratamentos naturais [...] hábitos diferentes das práticas de saúde que praticamos nos serviços de saúde [...].

A enfermeira vivencia a experiência profissional do grupo mais antigo de profissionais da enfermagem como uma barreira, pelo fato de sua idade ser inferior a de sua equipe. Isso se contrapõe às suas próprias correntes de pensamento, em que a enfermeira como gerente de equipe precisa ocupar sua posição de líder. Sendo assim ela é a responsável por liderar os mais velhos.

[...] a minha vivência profissional como enfermeira é apenas de um ano que me formei aqui mesmo em Boa Vista [...] quando cheguei aqui para trabalhar na UBS encontrei a equipe na qual tinha mais anos de experiência alguns mais de três anos de atividades profissional [...] e também são pessoas que têm uma idade acima da minha (tenho só 22 anos) [...] senti certa barreira de certos profissionais em aceitar a minha gerência dos Programas de Saúde e liderança da equipe na unidade [...] certa vez escutei de um colega de trabalho para mim a seguinte frase: será que você consegue liderar essa equipe de saúde, pois não tem experiência profissional, você é uma recém

formada e praticamente uma criança [...] a experiência é, e sempre entendi como algo que vai se construindo ao longo do processo [...] depende da prática somado aos saberes [...] esses entraves são componentes que vão me ajudar para formar a minha experiência, mas sei que tenho que exercer minha função com compromisso e autenticidade [...] também às vezes costumo ser intrigada pela minha idade pela própria população alguns até brincam dizendo que é diferente ser atendidos por uma pessoa mais jovem [...].

Por fim, os discursos ora apresentados sobre as experiências do vivido, nas atividades da enfermeira com a saúde do homem no município de Boa Vista-RR. Revelam o processo de cuidados e os desafios encontrados pelos profissionais durante o processo do cuidado em saúde.

5.3.2 Síntese da compreensão das vivências das enfermeiras

A construção dessa síntese embasou-se nos discursos dos nove enfermeiros que caracterizaram as principais dificuldades e barreiras encontradas pelos no cuidado humanizado da Saúde do Homem abrange diferentes fatores: psicossociais, biológicos e culturais de modo amplo, como por exemplo: a falta de conhecimento das características específicas do desenvolvimento do planejamento à Saúde do Homem; problemas emocionais e afetivos; patologias que acometem a população masculina; e recursos para prestação de serviços e estratégias de implementação da PNAISH que limitavam o atendimento clínico e que tornavam sua abordagem um desafio.

A respeito dos fatores psicossociais, destaca-se as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na assistência da população masculina foram nas relações interpessoais nas Unidades de Saúde, tais como: lidar com pacientes queixosos, atritos de ideias e atitudes dentro das equipes. As possibilidades que eles encontraram para solucionar esses problemas foi buscar através do diálogo um vínculo de confiança, para suprimir as dificuldades e os conflitos vividos (profissional-paciente, profissional-cuidador familiar, dentro das equipes). Também os enfermeiros tentam facilitar a entrada dessa população masculina a UBS proporcionando atividades esportivas e sociais para fortalecer o acesso e atendimento humanizado, voltado para atender as necessidades da população masculina que procuram o serviço.

A maioria dos depoimentos dos enfermeiros mostra a percepção sobre o cuidado que o homem estabelece consigo mesmo e com o mundo, despertando a realidade de procurar o serviço de saúde nos aspectos a qual ele considera incapaz de exercer suas atividades profissionais e familiares. Eles apontam os conceitos e entendimento sobre o termo saúde e

cuidados que norteiam suas atividades profissionais, na maioria estão relacionados ao conceito da OMS.

Na atuação profissional das enfermeiras voltadas a Saúde do homem, a maioria dos enfermeiros manifesta sentimentos de apreensão e insegurança a respeito da equipe de profissionais que na maioria é caracterizada pela feminilização da categoria profissional. Além de fatores culturais e de concepções que demonstraram que não procuram a UBS por considerarem seres “fortes” que não podem adoecer, pois consideram suas atividades laborais mais importantes que sua saúde.

Mediante os discursos e as observações dos enfermeiros nas UBS o estudo permitiu a construção de características típicas do enfermeiro ao proporcionar o cuidado humanizado à população masculina, como os conhecimentos específicos provenientes dos cursos de Pós-graduação Lato-sensu em Saúde Coletiva que valoriza a participação da família como mediadora do cuidado. O currículo dos cursos de formação na área da saúde, deve ser adequado para atender essa demanda. Além disso, o intercâmbio entre gestores, enfermeiros e demais envolvidos na promoção à saúde do homem é visto como meio que permite a ampliação e qualificação das ações de cuidado a essa população. Considerando que o cuidado envolve uma gama de saberes e práticas, compreendê-lo, a partir da perspectiva da equipe de profissional, e traduz as vivências e expectativas específicas do enfermeiro, que podem diferir de outros profissionais.

Um outro aspecto destacado nos depoimentos dos enfermeiros foram seus desejos e anseios, como a organização e o planejamento de suas atividades, como a criação de horários de funcionamento das UBS com flexibilidade que possam atingir a classe de trabalhadores que trabalhem no mesmo horário de expediente das UBS e no caso da criação de um fluxograma de atendimento para a população masculina, assim como a criação de um Centro de Referência à Saúde do Homem, visando a sistematização dos serviços. Desse modo, os enfermeiros mostraram desejos na busca pela melhor qualificação oriundo do processo da educação continuada e dos cursos disponibilizados pela classe de saúde, assim como o planejamento de discussões a respeito dos problemas de Saúde Pública que a população do município possa está sofrendo.

Por fim, outro ponto importante mencionado pelos enfermeiros foi a necessidade de estruturação das equipes de saúde, com o auxílio de mais profissionais colaboradores, tais como: psicólogo, assistente sociais, psiquiatras, nutricionistas. Para que a rede de atenção básica possa se fortalecer e melhorar o cuidado a ser prestado a essa população.

5.3.3 Contribuições da Fenomenologia de Stein para uma Compreensão do Conceito de Saúde e Políticas Públicas

As contribuições de Husserl e Stein interpretado por Bello, advém da necessidade de conhecer as práticas assistenciais, considerando as vivências próprias do ser humano e a atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde. A fenomenologia vem contribuir para enfermagem com o conceito de redução fenomenológica de Husserl e Stein conforme exposto no capítulo 3, iniciando a análise a partir da corporeidade (percepção concreta), através de uma atitude fenomenológica buscar a suspensão de preconceitos, crenças referentes ao mundo natural, assumindo uma atitude intersubjetiva (sujeito – objeto ou fenômeno do estudo), partindo o olhar para o fenômeno do estudo, observando aquilo que é e se apresenta para o outro, ou seja, deixando as coisas mesmas se manifestarem. Isso possibilita o emergir o significado sentido que não tinham sido observados. Com essa atitude, a trajetória fenomenológica procura estabelecer um contato direto com o fenômeno que está sendo vivido.

Segundo Bello (2007), Stein propõe uma rigorosa descrição acerca da constituição humana em corpo, psique e espírito. A partir do olhar fenomenológico, o enfermeiro volta à atenção para o cuidado da Saúde do homem possui um corpo não apenas material ou com partes adoecidas, mas uma corporeidade viva singular, dotada de expressividade única, passível de ser desvelada e compreendida pelos seus atos e valores.

A respeito disso, Wilson (s.d) refere em seu estudo realizado com profissionais da saúde para investigar suas atitudes e valores atribuem que a visão de saúde é voltada o olhar mais para a cura da doença do que a assistência às pessoas em sua totalidade. O autor refere que a saúde é situacional e está pautado naquilo que um povo acredita ser a integralidade da vida. A partir disso, o enfermeiro percebe-se que escolher entre diferentes fatores em um mundo de recursos limitados precisa olhar o homem como o todo. A *saúde* é uma *arte ético-política*. Como exemplo expõe a enfermeira Patrícia:

O profissional tem que demonstrar confiança para que o homem (o outro) exponha aquilo que ele está sentindo ou o que ele tem sobre o que é doença/saúde [...] tentar abordar ele de maneira coerente e simpática olhando ele em todos os aspectos: físico, espiritual, mental e social nossa equipe estão fazendo visitas no local de trabalho deles para detectar possíveis problemas de saúde.

Há um entendimento por parte da maioria dos enfermeiros que saúde é um “bem estar biopsicossocial”; complementado pelo profissional como o “corpo físico e mental bem”, vinculando a concepção de saúde a um estado harmonioso entre corpo, mente e espírito. Os profissionais da ESF parecem concordar de forma aproximada à definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 1947). Diante disso, percebe-se que os enfermeiros têm se esforçado para não retirar o paradigma de cura no cuidado humanizado à população masculina, mas também atribuir um olhar intencional para o paradigma de cuidado.

Nesta linha de pensamento, Ayres (2004, p.24) menciona o significado de um cuidado imediatamente interessado voltado para o “o sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”. O autor contempla a concepção de saúde a um estado harmonioso entre corpo, psique, espírito e social. Diante disso, percebe-se um olhar humanizado dos enfermeiros que se coloca na interação entre o profissional e o público masculino alicerçada, principalmente, na criação de vínculos, estabelecendo relações de confiança pautadas na relação de troca e respeito mútuo, consolidada com o diálogo. Para isso, deve-se estar aberto ao mundo do outro tal como se apresenta, pronto para escutar suas necessidades sem preconceito; e sem julgamentos prévios, e sobre o que caracteriza todo e qualquer paciente a priori devem ser suprimidos deixando-o a vontade para expressar tudo que o incomoda ou angustia.

Um outro dado significativo apontado por Pinheiro e Camargo Jr. (2000) ressaltam que historicamente as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde têm sido predominantemente caracterizados pela formulação de programas direcionados a assistir um perfil de adoecimento da população em um determinado tempo e espaço geográfico, fazendo surgir grupos de demandas assistenciais: clientela já adoecida e outra com risco de adoecimento.

Complementando os dados do INCA (2011) informa que vem aumentando as taxas de incidência do câncer de próstata, atribuídos a fatores de alimentação, estilo de vida e fatores hereditários, o que vem apresentando maior incidência, cerca de 50 mil novos casos de câncer de próstata, que são registrados, por ano, no Brasil, matando em torno de 12 mil homens a cada 12 meses. Pode ser parcialmente justificável estas informações pela evolução dos métodos diagnósticos, pela melhoria da qualidade do sistema de informação do país e pelo

aumento na expectativa de vida do brasileiro, sendo que a maioria dos casos, o tumor apresenta um crescimento lento, de longo tempo de duplicação, levando cerca de 15 anos para atingir 1 cm³ acometendo homens a patologia do câncer.

As ações e serviços de saúde que compõem o SUS são regidos por princípios e diretrizes específicos. *Universalidade*: acesso garantido aos serviços de saúde para toda população; *Integralidade*: refere-se a observação do indivíduo na sua plenitude e na garantia de promoção, prevenção e recuperação da saúde e *Equidade*: oferta de ações e serviços, entendida como fundamento da justiça, onde cada serviço seja ofertado segundo a sua necessidade (BRASIL, 2000).

Ao experienciar algo dentro de si mesmo, a pessoa percebe sua vivência, diante desse objeto, o que pode possibilitar ao pesquisador identificar estruturas no sujeito que faz a experiência e apreende as características particulares desse objeto que está fora do indivíduo (BELLO, 2004). Essa atitude pode-se perceber em alguns enfermeiros quando a concepção de ser humano ultrapassa as concepções atuais e reflete no profissional em sofrimento psíquico, de maneira a oferecer, concretamente, o direito de acesso às pessoas, sem qualquer tipo de discriminação, a todos os níveis de saúde, em especial, às ações de atenção primária à saúde. Vejamos no depoimento da enfermeira:

Hoje em dia temos que pensar nossas atitudes, precisamos verificar o cuidar [...] nos pacientes acometidos com câncer de próstata, DST's/ Aids (Pâmela, enf.).

O discurso revelou de modo geral que os enfermeiros fazem reuniões, promovem encontros sempre articulados para “saúde e o bem estar”, entre os profissionais e a comunidade, no sentido de prevenção e promoção à saúde. No processo de promoção em saúde é necessário alcançar à compreensão da essência do humano como ele é, a partir dos significados, que expressa em palavras verbais e/ou escritas, gestos, atitudes, expressões e silêncio diante das situações vivenciadas (BELLO, 2006). Essas ações de saúde contribuem significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; como: torneios esportivos, encontros de datas comemorativas sempre de acordo com o contexto de cada macroárea que UBS está inserida.

Nas unidades de saúde, os serviços mostram-se semelhantes em seu funcionamento, percebe-se que são centrados nas consultas individuais, valorizando a assistência médica reduzindo a questão “saúde do homem” direcionados aos aspectos urológicos e centradas na terapêutica de patologias ocorrem muitos encaminhamentos, muitos pedidos de exames e quase sempre há uma indicação de remédios. O enfermeiro Fernando entende que:

Promover a organização das estratégias e das ações para gente estar fazendo essa abordagem para esta população [...] porque o homem precisa de uma atenção individualizada e especializada para ele [...] seria importante para nortear nosso atendimento de acordo com as redes primárias, secundárias e terciárias.

Mediante o exposto a estratégia que visa o cuidado humanizado para com a população masculina, seria uma forma de conhecimento para o ser humano e promover o vínculo nos serviços de saúde. No entanto, a busca de modelos de organização de serviços compatíveis com as características dos seus usuários não é simples. A necessidade de adequar ofertas inclui tanto as rotinas de trabalho quanto os conteúdos. Para o enfermeiro Marcos:

Geralmente eles veem porque querem fazer um tratamento de DST [...] odontológico [...] ou para verificar a pressão ou fazer o controle da glicemia [...] acho que o homem tem que procurar se cuidar mais [...] tem que entrar na cabeça deles [...] que ele precisa trabalhar ser produtivo.

Partindo desse depoimento do enfermeiro, a análise do processo de territorialização em saúde proposto por Unglert (1990), seria uma solução, pois visa à contextualização da população a ser assistida. E posteriormente, a adoção de protocolos específicos para o atendimento a essa população, juntamente com o fluxograma assimilando as inovações tecnológicas continuamente postas à disposição dos profissionais e usuários do sistema. Exigindo um processo constante de análise crítica por parte dos gerentes e gestores, capacitação e supervisão dos recursos humanos visando maior adesão e resolutividade dos processos.

Os problemas emergentes do aumento do tempo de vida (envelhecimento) e as crescentes problemáticas da vivência urbana, tais como: estresse, isolamento, violência, migração até propriamente as doenças mentais – que constituem agravos importantes à saúde, exigem um investimento em ações de promoção e prevenção. Ressalta o enfermeiro Paulo:

A população aqui de maneira geral sofre com problemas de cunho social, econômico e ambiental [...] a violência doméstica e a formação de grupos rivais (ganguês), são comuns nessa área [...] assim como o uso das drogas é constante e o número de viciados é alarmante.

Nesse sentido, vale ressaltar que a universalização da atenção à saúde do homem sob a orientação do Sistema Único de Saúde deve ser encarada como o desafio de ofertar ações de saúde a uma população heterogênea e diversificada com seus aspectos individualizados, onde são marcados pela desigualdade social, do cuidado de forma integral contribui para que os sujeitos se sintam mais potentes para gerir suas vidas. São ideias que têm inspirado propostas criativas de organização e modelos de atenção onde o vínculo entre profissional e usuário é

valorizado, bem como a capacidade de resposta às suas necessidades de saúde visando o equilíbrio da trilogia referenciada por Husserl e Stein.

Nos relatos, os enfermeiros buscam-se o cuidado em nível de atenção primária, em Boa Vista, Roraima decorrentes da ausência dos homens dos serviços de saúde e das gravidades de doenças, além perceberem a confrontação de horário disponibilizado ao atendimento, conforme o depoimento de Fernando:

A população masculina não comparecem na unidade de saúde porque o horário do nosso expediente coincide com o horário de trabalho deles [...] e como geralmente eles são o mentor financeiro da família acha que é complicado faltar em suas atividades profissionais (Fernando, enf.).

O enfermeiro Fernando relata a questão da coincidência de horários entre a UBS e o horário de atividade profissional que o homem exerce. Figueiredo (2005) afirma que os homens sentem mais dificuldades em comparecerem nestes serviços, seja pelo tempo de espera para serem atendidos e/ou por considerarem estes espaços como eminentemente feminino, e incompatibilidade de horários.

A respeito da adequação das ofertas à população a quem se destina é um desafio, devido às políticas de saúde conduzir prioritariamente às populações mais vulneráveis, o enfermeiro projeta o cuidado qualificado ao homem como uma possibilidade, considerando o contexto em que está inserido. Tal perspectiva de cuidado inclui a participação de diversos atores e setores da saúde, pressupondo esforço coletivo que leve ao encontro de estratégias de ação para atingir as necessidades de cuidado dessa clientela conforme a PNAISH.

A PNAISH, também tem o propósito de qualificar os profissionais de saúde para o correto atendimento à saúde do homem, implantar assistência em saúde sexual e reprodutiva, orientar sobre promoção, prevenção e tratamento das enfermidades. Sobretudo, objetiva que os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados e, assim, incentive-os na atenção à própria saúde (BRASIL, 2009).

Concluindo, diante destas reflexões sobre as vivências compartilhadas através dos enfermeiros durante o contexto da atenção primária à Saúde do Homem, pode-se perceber o desejo e intenção de colaborar nas estratégias de humanização, visando a promover a prevenção à saúde do homem e a comunidade, fundamentais no desenvolvimento de ações que englobem uma visão integral do ser humano.

5.3.4 Contribuições da Fenomenologia de Husserl e Stein para a atuação da Enfermagem na Atenção Básica para a Saúde do Homem

O que se objetivou com este estudo foi conhecer a percepção do cuidado humanizado, realizado pelos profissionais enfermeiros que atuam na rede atenção básica, considerando a compreensão dos significados das vivências existentes na saúde coletiva, a partir da abordagem fenomenológica de Husserl e Stein.

A proposta da fenomenologia surge como uma perspectiva de olhar o ser humano no sentido da descoberta e desvelando o particular fenômeno da realidade. Essa abordagem teórico-metodológica permitiu evidenciar a estratégia de obter informações a partir dos enfermeiros que desempenham suas funções distintas no processo de trabalho de prestação de serviços, e de complementá-las com observações in loco mostrou-se adequada aos propósitos desta investigação. Embora o objetivo não fosse buscar a comparação entre as unidades de saúde, chamou atenção à semelhança dos problemas identificados pelos profissionais das unidades, sugerindo que em alguns cenários, com a menor ou maior população a proposta da efetividade da atenção básica; onde está relacionada às circunstâncias que são adotados os modelos de atenção segundo o SUS.

Observa-se na prática através dos depoimentos dos enfermeiros, que os profissionais sentem dificuldades ao proceder no atendimento à população masculina em casos de doenças crônicas e graves, mediante a ausência de em fluxograma fixo nas redes de atenção direcionadas ao atendimento de acordo com o Sistema Único de Saúde, o qual ele se submete.

Tais considerações visam reflexões sobre as ações da ESF que se voltam não apenas para uma comunidade pertencente a macroárea no qual a equipe está inserida, mas para comunidades, onde existem grupos como: instituições de ensino, empresas, grupos culturais e religiosos ou outras em formação e que, conjuntamente, constituem o território de abrangência das equipes. A fenomenologia de Stein nos provoca para refletirmos sobre a possibilidade da vivência comunitária na própria equipe, bem como do papel desta enquanto comunidade estatal, que deve repercorrer os valores presentes nos ideais do Estado.

Na relação interpessoal do trabalho demonstram a deficiência de recursos humanos e materiais configuram-se como condições impróprias para o trabalho e ameaça à saúde dos trabalhadores que atuam nas UBS e a população que busca os atendimentos. Sabemos que a psique é constituída por qualidades disposicionais que oscilam de acordo com as situações e aspectos sensíveis. Nota-se através da expressão facial dos participantes um aspecto de angústia, aflição e impotência; a maioria das equipes de saúde estava incompleta e a

explicação para tal acontecimento seria redistribuição dos profissionais, mediante o recente concurso de efetivação no município que havia acontecido. Assim expõe a enfermeira em seu discurso:

Para mim a relação que eu tenho com eles é de amizade por que eles me tratam bem [...] eu faço amizade com todos eles [...]. os usuários procuram o serviço de saúde em situação de sofrimento e angústia [...] quando a unidade básica não responde de forma satisfatória às suas necessidades, procurando diminuir essa aflição ou até mesmo angústia, porém isso acabou quando fui mudei de UBS (Mariana, enf.).

A Fenomenologia possibilita a compreensão do encontro da relação interpessoal de profissionais, usuários e comunidade promovendo a humanização. Porém cabe aos profissionais descobrir articulações possíveis que ampliem a perspectiva e, conseqüentemente, o seu modo de agir no cuidado em saúde. O olhar dos enfermeiros, corresponde com a perspectiva da fenomenologia para Stein (2000), ser pessoa significa ser livre e espiritual. Em nossa constituição corpórea, psíquica e espiritual temos na espiritualidade pessoal a consciência de viver e ser em uma única ação, anterior a qualquer reflexão, como se houvesse uma luz que ilumina a vida espiritual e que possui em si a abertura ao mundo.

A contribuição a cerca da empatia não é como um simples ato de percepção, mas tem em comum o revelar imediato do objeto que está diante de si, o outro, o que nos permite vislumbrar que a empatia, assim como a percepção do mundo objetivo, é um ato dado (STEIN, 1999). Tal reflexão fundamenta o processo do individualismo em experiência comunitária, oferecendo-nos embasamento, inclusive, para a compreensão da sociedade atual.

O acolhimento é uma das formas de concretizar essa assistência visando o cuidado humanizado, pois caracteriza-se como um modo de agir dentro da atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas implica no compartilhamento de saberes, possibilidades, angústias ou formas alternativas para o enfrentamento dos problemas, visando a redução dos danos ou sofrimentos que contribui para uma melhor qualidade de vida das pessoas acompanhadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Na prática profissional demonstram que o acolhimento e o vínculo contribuem para “humanizar” suas ações de recepção dos usuários e suas demandas no serviço. A garantia do acesso e a abertura de um canal de diálogo, com base no acolhimento, são apontadas pelos enfermeiros como responsáveis pelo estabelecimento de uma relação mais respeitosa com os usuários, de reconhecimento das demandas, das necessidades e do sofrimento das pessoas que recorrem ao serviço de saúde. De acordo com o relato da enfermeira Márcia:

Converso com eles e falo como quem não quer nada, colocando possibilidades para ele [...] não estou aqui para julgar questões éticas, morais

e religiosas [...] eu procuro atender às necessidades de saúde deles, porém tento vê-lo como uma forma integral físico, psicológico, espiritual e social.

Mediante o relato citado, Stein (1999) parte do pressuposto de que a comunidade é necessária e que sem comunidade, sem vida social e sem a educação dos indivíduos para seres membros de comunidade, a finalidade última do ser não é atingida em sua essência. Podemos partir das nossas experiências cotidianas e nos questionarmos sobre como andam nossas inserções comunitárias.

No cuidado humanizado, aparece a autonomia da equipe sendo estimulada na criação do projeto terapêutico, constituindo-se um grau de responsabilidade técnica, profissional e gerencial. Os saberes técnicos são estimulados, de forma a ampliar o "campo de saber", potencializando-se as respostas, a integração da equipe multidisciplinar, enfim, ampliando-se as tecnologias, ou o saber que o profissional detém, no atendimento das necessidades portadas pelo usuário (FIGUEIREDO, 2007). Em contrapartida, a perspectiva do desenvolvimento de um trabalho dirigido ao acolhimento, a construção de projetos terapêuticos singulares, planejamento da organização dos serviços com base numa estrutura da ESF cruzando os projetos e funções, na qual estão envolvidos os diversos profissionais onde há as reuniões de equipe supervisões apontaram para transformações positivas nos processos de trabalho. Nesse procedimento, a construção de momentos relacionais prevê-se a troca de saberes entre profissionais de diferentes serviços envolvidos no cuidado com a saúde dos usuários, oriundos desses encontros.

Isto sugere a importância do desenvolvimento de habilidades dos profissionais da ESF para a prática da atenção integral durante a sua formação e ao longo do exercício profissional, a partir de modelos de organização de serviços mais dialogados e participativos. Tais transformações funcionam como instrumentos que potencializam as ações terapêuticas e o trabalho coletivo, e se aproximam das diretrizes estabelecidas tanto pelo SUS, como pela atual Política de Humanização da Assistência à Saúde, especialmente no que se refere ao processo de constituição de uma rede articulada de cuidados em saúde.

Os depoimentos dos enfermeiros apontaram também de modo geral que o sentido direcionados à saúde do homem como: os desafios da atenção primária; experiências vivenciadas da prática do cuidado humanizado prestado pelo profissional enfermeiro, necessita da articulação da integralidade das ações em saúde junto a gestão. Nesse contexto, questões como o cuidado humanizado voltado para um atendimento com acesso e direcionado ao vínculo que remetem a percepções pertinentes às ações macro e micropolíticas que articulam a atenção básica e a saúde coletiva. Assim, os relatos dos enfermeiros explicitaram

tanto as dificuldades existentes no cotidiano do seu trabalho quanto nas transformações nas práticas do cuidado oferecido, como o acolhimento, que retrata os avanços conquistados pela ESF no município de Boa Vista-RR.

Nesse contexto, o modo como os serviços de saúde e o sistema está organizado é a principal razão apontada para que a prática da assistência integralizada não se concretize. É necessário mais diálogo entre os profissionais e a população sobre as potencialidades e limites do trabalho em saúde em todos os níveis de atenção, de modo a evitar que essa rede de saúde seja percebida como uma intermediação superficial oriundo da falta de recursos. Nos discursos analisados, revelou:

Creio que poderia melhorar muito mais os recursos [...] os equipamentos são arcaicos [...] a estrutura física já é bem ultrapassada [...] falta de medicamentos [...] há situações inesperadas como falta material [...] os pacientes chegam até trazer para o posto insumos e materiais, e relatam a utilização de remédios caseiros [...] a estrutura não são adequados, para população (Márcia,enf.).

Conseqüentemente os profissionais têm poucas oportunidades para planejarem ações e estratégias direcionadas na formação das equipes multiprofissionais. Somando a esse aspecto a escassez de recursos materiais, o espaço físico inadequado, os diferentes tipos de vínculo e o desconhecimento das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem por parte de alguns profissionais configuram-se como obstáculos ao oferecimento do cuidado integral. A enfermeira Pâmela ressalta:

Infelizmente o homem só procura o posto de saúde quando esta com algum processo patológico [...] no caso da atenção primária que seria para prevenção acaba não acontecendo [...] não conseguem tirar um dia para vir fazer uma consulta de rotina antes de adoecer.

A descrição da clientela, através do mapa situacional que em geral facilita o vínculo do usuário com o serviço, talvez seja a melhor alternativa de atenção à saúde onde a população em situações como a maioria dos usuários trabalha na região, mas vive distante e são oriundos do contexto sócio-cultural diferentes daqueles onde habitam e/ou trabalham. A compatibilização entre ofertas e características da clientela não se restringe aos fluxos e rotinas, devendo incluir as atividades programadas e avaliadas pela gestão e equipe ESF, de modo a atender melhor as necessidades de saúde sentidas ou percebidas na população.

A frágil articulação com os serviços que dariam continuidade ao atendimento dos doentes crônicos, e juntamente com a queixa dos profissionais enfermeiros de dificuldades com relação a exames e consultas com especialistas, ratificando o pequeno reconhecimento e valorização do potencial resolutivo do nível básico de atenção à saúde, gerando uma situação delicada, pois não se podem recusar à clientela. A incorporação de novas possibilidades

diagnósticas e terapêuticas, como: o centro de referência destinado a população masculina e a inclusão de profissionais como psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e intérpretes linguísticos, são anseios e desejos revelados pelos enfermeiros.

Nessa perspectiva, acredita-se que seja imprescindível a realização de uma ampla discussão sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) entre gestores, profissionais de saúde e usuários do que compõem a rede de atenção básica em saúde do município de Boa Vista-RR.

Esse olhar aproxima as reflexões de Stein (1999) traz acerca do individualismo em confronto com a experiência comunitária, oferecendo-nos embasamento, inclusive, para a compreensão da sociedade atual. Os enfermeiros revelam durante a pesquisa que em suas atividades há o processo de trabalho desgastante vivenciado onde está associado à falta de treinamentos qualificados e a sobre carga de trabalho. No discurso da enfermeira Pâmela, revela:

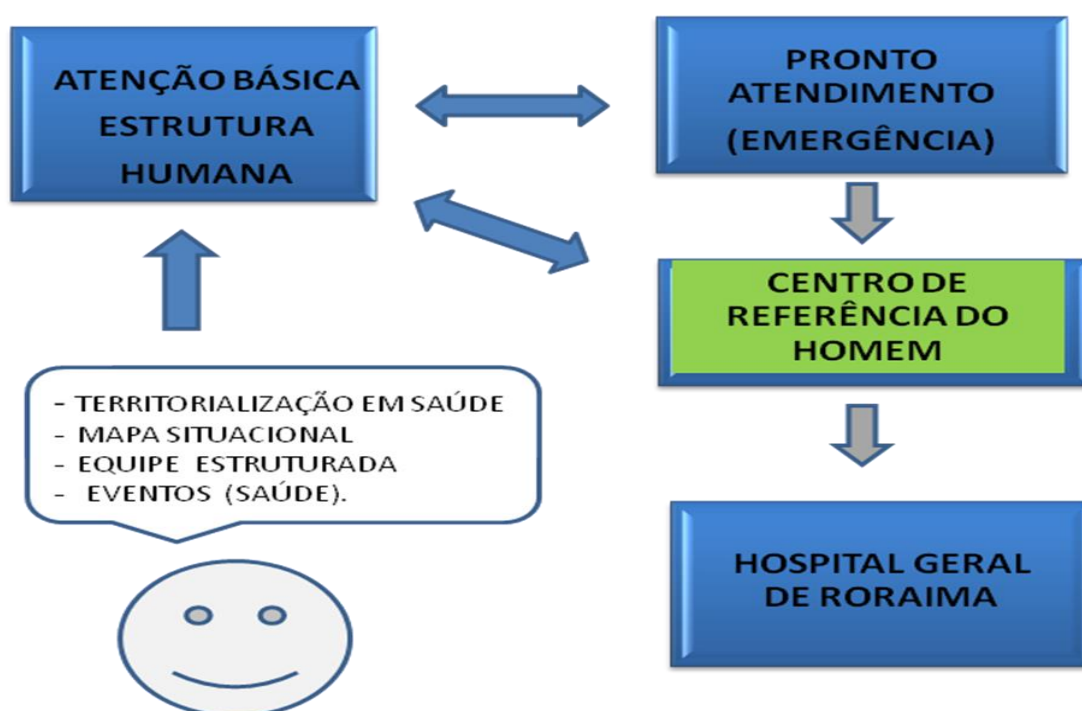
“Você tem que conhecer o público alvo para qual está trabalhando suas principais doenças a que estão sendo acometidos [...] observar aspectos como: alimentação, moradia, principal atividade de trabalho, a situação sócio-demográfica [...] para saber o que vai abordar na saúde do homem para mim seria muito difícil o atendimento ao indígena [...] não sei falar nenhuma língua indígena precisaria de um intérprete não entendo como eles vejam os nossos procedimentos e atendimentos se bom ou ruim?”

Percebe-se no depoimento a necessidade de um espaço dentro do serviço para trabalhar o aperfeiçoamento das equipes de enfermagem com foco nas intersubjetividades, na abertura e na solidariedade mútua. Isso se tornaria possível através da contribuição da abordagem fenomenológica que aproxima um olhar para o cuidado humanizado do desenvolvimento de práticas intersetoriais, da constituição de projetos coletivos que considerem as singularidades e as práticas comunitárias, além de uma transformação de valores de modo a superar o paradigma focado no atendimento biomédico, mostra a intersubjetividade somado no olhar do cuidado do ser como um todo.

Concluindo, podemos compreender os aspectos que facilitam e/ou dificultam o vínculo masculino ao programa de saúde do homem no município, está diretamente relacionado ao Planejamento Estratégico dos Serviços de Saúde, onde envolve os gestores, os coordenadores e equipe. A identificação desses aspectos torna-se ponto relevante nesta pesquisa, onde emergiu a proposta de intervenção através de um fluxograma de atendimento para o município como forma de mecanismo de facilitação do cuidado humanizado, através da visão antropológica da fenomenologia de Stein, que abrange o aspecto da estrutura humana e

oferece à possibilidade de subsidiar novas discussões referentes a esta temática. Além disso, constitui-se uma importante ferramenta a ser utilizada na construção coletiva de estratégias que gradativamente eliminem e/ou potencializam os elementos envolvidos na acessibilidade do público masculino a estes serviços de saúde. Conforme a seguir:

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



Fonte: Autoria Própria.

A contextualização do Fluxograma de atendimento, inicia-se com a *Territorialização em Saúde* (UNGLERT,1990), pois visa os aspectos de conhecimentos e informação da população a ser assistida onde considera os aspectos: culturais, crenças, hábitos de saúde e diversos conceitos vivenciados pela comunidade a qual participa. O *Mapa Situacional* estruturado da comunidade (macroárea), relatando o processo socioeconômico, condições de moradia, saneamento básico, localização de empresas e o processo de trabalho. A partir desse pressuposto o homem terá oportunidade de cuidar de sua saúde, sendo acompanhado por uma equipe de saúde qualificada e multiprofissional, através dos eventos propostos pela comunidade o qual está inserido. Na atenção básica (UBS), o cuidado humanizado a ser prestado estará embasado conforme a Política Nacional de Humanização e a Perspectiva da

fenomenologia antropológica de Edith Stein (Estrutura Humana), visando o modelo de atenção ampliada. A referência das redes de atenção Primária, Terciária e Emergencial seguiria conforme o atendimento atual proposto, porém na atenção Secundária a proposta seria da criação de um Centro de Referência da Saúde do Homem, para que a população masculina visualizasse um local destinado a eles, assim como existe o centro de referência da Mulher no município. Contudo, é perceptível que através das contribuições da visão antropológica da fenomenologia de Stein, pode ser somada ao cuidado humanizado para que os enfermeiros possam prestar assistência ao homem visando o contexto de sua estrutura humana como descrita na pesquisa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa fenomenológica voltada para contribuição da atuação da enfermagem e para a Saúde do homem na Atenção básica possibilitou mostrar um caminho de opção, para além da ciência dita lógica positivista, e sim voltar o olhar ao mundo da vida, humanizar a ciência, buscar um sentido para as coisas. É conhecer o fenômeno em si mesmo como se mostra para os participantes do estudo. Esse caminho pode ser trilhado pela enfermagem, porque sua prática é com o ser humano em situações de saúde-doença, ao longo de sua etapa evolutiva necessita compreendê-lo no seu mundo-vivido, o qual for o campo do conhecimento humano.

A partir dos resultados através dos depoimentos dos enfermeiros pode questionar-se a perspectiva de saúde e das políticas públicas na saúde do homem, tais como acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem os vínculos com o serviço e autonomia no modo de percorrer o mundo da vida. Igualmente evidenciara-se a ausência de vínculos apropriados com homens, mesmo quando estes já buscam a atenção primária e reconhecem de algum modo seu uso. No percurso da pesquisa, pode-se perceber que os enfermeiros mostraram sua percepção a respeito do conceito saúde e políticas públicas, predominando nas suas concepções de saúde voltados a defender a atenção integral aos homens na saúde. O maior desafio talvez seja encontrar o caminho, entre a medicalização e o cuidado humanizado, a vida dos indivíduos e o exercício de práticas terapêuticas que os desumanizam. Pensamos que esta é uma construção que se dá no cotidiano de cada experiência e só será possível na prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos, numa perspectiva ética e emancipadora.

No conceito saúde, almeja-se que a integralidade não se limita apenas aos aspectos biológicos individuais, mas aquela que inclui os componentes sócio-culturais da saúde porque

cuidar da saúde é mais do que tratar das doenças. Para tanto, nos parece importante qualificar melhor os profissionais de saúde para que revejam suas práticas, conceitos e valores. É fundamental os desafios dos serviços de saúde sejam superados para que concretize-se os princípios e diretrizes do SUS. Para que os homens possam ter suas necessidades atendidas em qualquer rede de serviço existente de acordo com sua contextualização de vida. Também é importante que os homens sejam contemplados em sua diversidade étnica, geracional, sexual. Além disso, que a saúde do homem não seja reduzida à próstata, mas que sexualidade e reprodução sejam questões de saúde para os homens, assim como, paternidade e violência de gênero.

É importante ressaltar, que o atendimento de qualidade deve ser oferecido a todos os membros da sociedade. E que se isso de fato, acontecesse não seria necessária a formulação de políticas e programas isolados e distintos, como para os homens, as mulheres, os idosos, as crianças. Contudo, observa-se que por uma ineficiência de gestão e financiamentos do sistema público de saúde as ações particularizadas ainda se fazem necessárias.

Assim a PNAISH tem como papel estimular os homens a procura dos serviços de saúde, no intuito de cuidar melhor desta parcela tão importante da sociedade. Importante ao setor produtivo e econômico, por ser a maior parcela dos trabalhadores; e por representarem gastos elevados ao setor de saúde, pois procuram assistência médica apenas quando a doença já está instalada e os custos são mais altos para o serviço de saúde; por terem altas taxas de morbimortalidade e uma expectativa de vida sete anos menor quando comparados às mulheres; importante por não se reconhecerem como indivíduos que demandam cuidados.

A PNAISH não tem apenas relevância social, mas também econômica. No município de Boa Vista - Roraima, a política ainda se encontra em fase de implementação das ações. Pode-se perceber alguns entraves que precisam ser vencidos, tais como: falta de recursos materiais para assistência, estrutura física das UBS adequada, falta de recursos humanos administrativo e equipe de saúde completa, esses aspectos servem para sua plena execução, do planejamento das ações de saúde em todos os níveis de rede de atenção.

Nesse sentido, a fenomenologia se mostra como um caminho importante para a pesquisa e, conseqüentemente, para a prática em enfermagem. Esse estudo visa contribuir, para o campo de debate sobre atenção integral aos homens na saúde, provocando reflexões críticas sobre a necessidade de modificações na estrutura de atenção à saúde da população masculina, baseados no estudo apresentamos algumas contribuições para o avanço do processo de trabalho do enfermeiro como instrumento de trabalho nas unidades básicas de saúde e a melhoria do cuidado humanizado a população masculina.

O estudo revelou que para melhorar as práticas de atividades do cuidado humanizado à Saúde do Homem, os enfermeiros precisam: Adequar os processos de trabalhos às diretrizes e recomendações dos protocolos de atenção à saúde do município de Boa Vista-RR; realizar levantamento epidemiológico na área coberta pela UBS para a produção de informações de territorialização em saúde que subsidiem os processos de planejamento e programação das atividades; posicionar-se como integrante do plano terapêutico do usuário e realizar suas atribuições de forma autônoma. Porém, ele deve agir maneira integrativa com os outros profissionais da equipe através do fluxograma de atendimento; preencher corretamente os sistemas de informação a fim de gerar dados próximos da realidade de cada equipe dos programas de saúde para determinar indicadores de agravos; fortalecer as ações de assistência e humanização e prevenção na prática do enfermeiro; facilitar o acesso dos usuários às consultas em ações programáticas, reduzindo as barreiras de acesso; aos gerentes e gestores da atenção básica promover a capacitação dos profissionais de saúde para a realização de consultas de enfermagem na atenção básicas; incorporar práticas de monitoramento e avaliação no cotidiano dos serviços de saúde; incentivar a utilização de instrumentos e tecnologias como subsídio na prática do enfermeiro na ESF; disseminar os resultados dessa avaliação com os gestores, gerentes e profissionais diretamente envolvidos na atenção à saúde em Unidades Básicas e nas redes de atenção.

Contudo, a importância da realização de novos estudos sobre esse tema, procurando ouvir outros atores envolvidos nesse processo, como usuários, trabalhadores, comunidade e outros serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde, no sentido de legitimar as ações da rede pública de saúde e reafirmar a potencialidade desses dispositivos para o cuidado em saúde e para qualidade de vida das pessoas e suas comunidades, assim como esta pesquisa se propôs a fazer.

REFERÊNCIAS

- ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde** (Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978). In: BRASIL. Ministério da Saúde, 2001, p.15-17.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- AMATUZZI, M. M. **Por uma Psicologia Humana**. 1ª ed. Campinas: Alínea, 2001.
- _____. **Pesquisa fenomenológica em psicologia**. In M. A. T. Bruns & A. F. Holanda (Orgs.). *Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas* (pp.15- 22). São Paulo: Ômega.
- _____. O Significado da Psicologia Humanista, Posicionamentos Filosóficos Implícitos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**.41(4): 88-95.
- _____. **Pesquisa fenomenológica em psicologia**, In M. A. T. Bruns & A. F. Holanda (Orgs). *Psicologia e pesquisa fenomenológica: reflexões e perspectivas* (pp.15-22). Campinas: Alínea. 2003.
- _____. *Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista*. **Estudo de Psicologia**,v,26,n.1,jan-mar.,Campinas,2009.
- AQUINO, E. M.L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 2006, vol.40, n.5, pp. 121-132. ISSN 0034-8910.
- AYRES, J. R. C. O cuidado, os modos de ser (do) ser humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. V.13,n.3.2004.p.16-29.
- BELLO A. A. **A fenomenologia do ser humano: traços de uma filosofia no feminino**. (A.Angonese, Trad.). Bauru, SP: EDUSC. (Original publicado em 1992). 2000.
- _____. BELLO A. **A Fenomenologia e ciências humanas: psicologia, história e religião**. Bauru (SP): EDUSC; 2004.
- _____. **A fenomenologia do ser humano: traços de uma filosofia no feminino**. (A.Angonese, Trad.). Bauru, SP: EDUSC. (Original publicado em 1992). 2000.
- _____. *Fenomenologia e ciências humanas: psicologia, história e religião* (M. Mahfoud & M. Massimi, Orgs. e Trads.). Bauru, SP: EDUSC. (Original publicado em 2004).
- _____. **Edith Stein e o nazismo**. Roma: Città Nuova, 2005.
- _____. **Introdução à Fenomenologia**. Bauru, SP: EDUSC. 2006.
- _____. *Differenza sessuale e domanda antropológica*. In: RICHI, Alberti, (a cura di). **Al cuore dell'umano. La domanda antropológica 1**. Roma: Marcianum Press, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem -**

princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. Acesso em: 29 jul. 2011. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Revisão da Resolução 196/96 em 2011.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf. Acesso em: janeiro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** CRFB-1988 Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilad.htm. Acesso em maio de 2012.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Brasília, DF, 1990. 19 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> . Acesso em: out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS.** Brasília, DF, 2000. p.159. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/NOB/RH_SUS.pdf. Acesso em: out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Política Nacional de Promoção à Saúde. Brasília, DF, 2000.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>. Acesso em Janeiro de 2013.

_____. DATASUS. **Indicadores e dados básicos - Brasil. 2010-2012.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>. Acesso em dezembro de 2012.

BOEMER, M. R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, v. 2, n. 1, p. 83-94, jan. 1994.

_____. M. R. et al. A quem oferecemos o cuidado de enfermagem: uma visão fenomenológica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM - O PERFIL E A COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO, 1, Brasília, 1987. **Anais.** Brasília, 1987. p.95-103.

BUTLER, J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p.236.

CAMPANUCCI, F. S. **A Atenção Primária e a Saúde do Homem**: uma análise do acesso aos serviços de saúde. 2010. 142f. Tese de Curso de Serviço Social, Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2010.

CAPALBO, C. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v.2,n.1,p.26-32,1994.

_____. C. **Fenomenologia e ciências humanas**. Rio de Janeiro: J. Ozon, s.d.

_____. C. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, Florianópolis, 1984. **Anais**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1984. p. 130-57.

CORREIA, A. K. Representações sociais das enfermeiras sobre supervisão: da tradicional à social. **Rev. de Enfermagem da UFPE online**, v. 6, n. 11, nov. 2000. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/61>. Acesso em: 18.02.2014.

COURTENAY, W.H. Construction of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc. Sci. Med.**, v.50, n.10, p.1385-401, 2000.

ERTAHL, T. **Treinamento em Psicoterapia Existencial**. Petropólis: Editora Vozes, (1994).

ESPÍNDULA, J. A, Valle E. R. M, Bello AA. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. nov-dez 2010 [acesso em: 03- 01- 2014];18(6):[08 telas].

_____. **O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde**. 2009. Tese de Doutorado - Universidade de São Paulo (USP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Ribeirão Preto.

FERRAZ, C. A. Sistematização da assistência de enfermagem no referencial fenomenológico. Ribeirão Preto, **Anais** (Semana Wanda de Aguiar Horta), 1991.

FERRAZ, D. A. S, & ARAUJO, M, F. **Gênero e saúde mental: desigualdades e iniquidades**. In: Araújo, M. F. & Mattioli, O. C. *Gênero e violência*. São Paulo: Arte & Ciência. 2003.

_____. D. A. S. & LIMA, M. I. G. (2002). Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na região metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2003, 240-250.

FERRAZ, A. F. **Análise da comunicação enfermeiro paciente em hospital geral**. São Paulo, 1991. p.106. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

FELLI, V. E.A; PEDUZZI, M. **O trabalho gerencial em enfermagem**. In: Kurcgant, P. (Coord) Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços da atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2005, v.10, n.1, p. 7-17.

FORGHIERI, Y. C. **Fenomenologia e psicologia**. São Paulo: Cortez Editora, 1984.

_____. **Psicologia fenomenológica, fundamentos, métodos e pesquisa**. São Paulo: Pioneira, 1993.

_____. **Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

FREUD, S. **A História do Movimento Psicanalítico**. Livro:6. Rio de Janeiro: Imago, 1974.p.82.

GIORGI, A. "Sketchof a psychological phenomenological method.". In A. Giorgi, (Ed.), **Phenomenology and psychological research**. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1985.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

GOMES, W. B. (1997). **A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente, Psicologia.USP** [online], vol. 8, no. 2, [citado 2008-06-10], pp. 305-336.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365641997000200015&lng=es&nrm=iso.

GOMES, R. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**; maio 2006. Acesso em 14 ago. 2011. V. 22, n. 5. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

GOMES, A M.T, Oliveira, D. C. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005; 13(6):1011-8.

GOTO, Tommy Akira. **Introdução à Psicologia Fenomenológica**: a nova psicologia de Edmund Husserl. São Paulo: Paulus, 2008. (Coleção Temas de Psicologia).

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed. 1987.

HUSSERL E. **A filosofia como ciência do rigor**.Coimbra: Atlântica, 1965.

_____. **Meditações cartesianas: introdução à fenomenologia.** (F. Oliveira, Trad.). São Paulo: Madras. (Original publicado em 1931). Paris: PUF. (Original publicado em 1952).2002.

_____. **La cosa e lo spazio: lineamenti fondamentali di fenomenologia e critica della ragione** (A. Caputo, Trad.). Catanzaro, Italia: Rubbettino. (Original publicado em 1973). (2009).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (**IBGE**). Acesso em: 07 nov. 2011. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm.

Instituto Nacional do Câncer (**INCA**). Câncer de Próstata. 2011. Acessado em:06/02/2013. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.

LAURENTI, R.; MELO, J.; PRADO, M. H.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina.**Ciência e Saúde Coletiva**, 2005, v.10, n 1, p.35-46.

MENDES-GONÇALVES, R.B. Práticas de Saúde: processos de ROCHA,S.M.M.(Orgs.) **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: trabalho e necessidades. São Paulo, Centro de Formação dos Cortez, 1997.Cap. 7, p.229-250.Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde.São Paulo, 1992. (Cadernos CEFOR, 1 -Série textos).

MARTINS, J. **Um enfoque fenomenológico do currículo: a educação como poíesis.** São Paulo: Cortez,1992.

MARTINS, P.P.S. Prado ML. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.** 2003; 56(1): 71-5.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde.** In: MERHY, E. E. ONOCKO, R. (Org.), Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997,

MISHIMA, S. M., 1997. **Constituição do Gerenciamento Local na Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto.** Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MOREIRA, D.A. **O método fenomenológico na pesquisa.** São Paulo: Pioneira THOMSON, 2002.

NANDA , North American Nursing Diagnosis Association. **TaxonomyI** - St. Louis,1990.

NUNES, ED. **A metodologia qualitativa em saúde: dilemas e desafios.** En: Barros NF, Cecatti, J.G, Turato, E. R (Org.). Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. São Paulo, Komedi; 2005. p. 15-24.

NOLASCO, S. 1997. Um "homem de verdade", pp. 13-29. In D Caldas (org.). **Homens.** Editora Senac, São Paulo.

OUTHWAITE, W.et al. **Dicionário do pensamento social do século XX.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed.,1996.

PAIM, J. H. S. Atenção à saúde no Brasil. Em Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 15-44.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro. 2002; 1(1):75-91.

PEDUZZI, M, ANSEMI, M. L. Análise do perfil da clientela do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). **Revista Formação, Brasília (DF)** 2009 janeiro; 7:89-111.

PINHEIRO, S. P, CAMARGO, J. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2000, v.7, n4, p.687.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume editora, 1998, 253 p.

_____. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez editora, 1989, 156 p.

PIRES, M. R. G. M.; GOTTEMS, L. B. D. **Relatório final de pesquisa: Avaliação da atenção básica em Belo Horizonte: organização, oferta e acessibilidade aos serviços**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. São Paulo: Artmed, 2004.

SCAVONE, L. Religiões, Gênero e Feminismo. **Rever**, São Paulo, v.8, p.1-8, 2008.

SCHRAIBER. L.B; Gomes. R; COUTO. M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2005. Acesso em 15 ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Recife: Publicações **SOS Corpo**, 1991.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação Crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, nov./dez., 2005.

SILVA, L. M. V.; FILHO, N. A. **Distinção, diferença, desigualdade, iniquidade e a saúde: uma análise semântica**. Salvador: 2002.

STEIN, Edith. **A mulher: sua missão segundo a natureza e a graça**. Bauru, SP: EDUSC, 1999. Tradução de: “*Die Frau, ihre Aufgabe nach Natur und Gnade*“, 1959. Tradução Alfred J. Keller.

_____. **La struttura della persona humana**. Tradução di D’Ambra. Roma: Città Nuova, 2000.

_____. **Problemas da formação feminina**. In: STEIN, Edith. **A mulher: sua missão segundo a natureza e a graça**. Bauru, SP: EDUSC, 1999. Tradução de: “*Die Frau, ihre Aufgabe nach Natur und Gnade*“. “*Edith Steins Werke*“, vol. V, edite a cura di L. Gelber; P. Romaeus Leuven. Nauwelaerts, Lovanio 1959. Tradução Alfred J. Keller.

_____. Os pensadores: Heidegger. 4 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991.

_____. Seis estudos sobre “Ser e Tempo”. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 7.1998.

UNGLERT, C. V. de S. O enfoque da Acessibilidade no Planejamento da Localização e Dimensão dos Serviços de Saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, 1990, v.24, n.6, p. 445.

VALLE, E.R.M. **Câncer infantil: compreender e agir**. Campinas: Psy, 1997.

WIKIPEDIA, et al. **Enciclopédia eletrônica**. (2010). Acesso em: 02 de abril de 2013. No site Wikipedia: <http://en.wikipedia.org/wiki/Judo>.

WHO (World Health Organization)1946. **Documentos Básicos**. Genebra : OMS, 26.ed In: BRASIL, 1947.

WHO (World Health Organization)1946. **Documentos Básicos**. Genebra : OMS, 26.ed In: BRASIL, 2000.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TÍTULO: A SAÚDE DO HOMEM: CUIDADO HUMANIZADO DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA EM BOA VISTA, RORAIMA.

_____ foi convidada pela pesquisadora Cleiry Simone Moreira da Silva, mestranda do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA), sob a orientação da Dr^a Joelma Ana Espíndula, a participar do estudo intitulado: “**A SAÚDE DO HOMEM: CUIDADO HUMANIZADO DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA EM BOA VISTA, RORAIMA**”. E tem como objetivo analisar as ações e estratégias desenvolvidas nos centros de saúde de Boa Vista, Roraima que viabilizam a participação da população masculina – ao Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Sua participação, nesta pesquisa, consistirá de entrevista relato de algumas situações relacionadas à assistência da saúde do homem e observação. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, e contribuirá para que os profissionais de saúde venham a conhecer como os homens vivenciam e expressam o cuidado e, dessa forma, permitindo uma assistência à saúde mais eficaz para essa parcela da população. Informo também que sua participação na pesquisa não acarretará em nenhum benefício financeiro e não acarretarão riscos biológicos, moral ou econômico, sendo o risco mínimo de ordem física ou psicológica; podendo ser retirado o seu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Ciente, autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas a privacidade. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do participante da pesquisa

Boa Vista, RR _____ de _____ de 2013.

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante da pesquisa para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Boa Vista, RR _____ de _____ de 2013.

Para fins de esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Universidade Federal de Roraima – UFRR; Centro de Ciências da Saúde - CCS; Programa de Pós-Graduação-PROCISA.

*Nome: Cleiry Simone Moreira da Silva.

Endereço: Av: Capitão Ene Garcez, N°2413 - Departamento PROCISA- Sala: 32

Bairro: Aeroporto Cidade: Boa Vista-RR

Fones: (95)8126-8950 e (95) 9113-9368 e-mail:cleirynete@hotmail.com

*Nome: Joelma Ana Espíndula.

Endereço: Av: Capitão Ene Garcez, N°2413 - Departamento PROCISA- Sala: 32

Bairro: Aeroporto Cidade: Boa Vista-RR

e-mail: espindulajoelma@gmail.com



UFRR

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

ANEXO 2**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS PROFISSIONAIS**

**TÍTULO: A SAÚDE DO HOMEM: CUIDADO HUMANIZADO DOS ENFERMEIROS NA
ATENÇÃO BÁSICA EM BOA VISTA, RORAIMA.**

Entrevista nº: _____

*** Dados sócio-demográficos**

Idade: _____	Sexo: _____	Profissão/ocupação: _____	Estado Civil: _____
_ Tempo de atuação profissional: _____			
_ Regime de trabalho: _____ Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____			
_ Formação: () Nível Médio () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado			

1. Qual o seu entendimento sobre saúde?
2. Como a Saúde do Homem é trabalhada em Boa Vista-RR?
3. Participou de algum treinamento referente a saúde do homem?
4. Como é constituída a equipe de saúde? Há necessidade de profissionais de saúde?

Categoria Profissional	Atual	Necessidade
Médico		
Enfermeiro		
Psicólogo		
Assistente Social		
Dentista		
Técnico de Enfermagem		
TSB		
ACS		

5. Quais são as ações e estratégias desenvolvidas no centro de saúde direcionada ao homem?
6. O que a unidade de saúde está fazendo para aumentar os atendimentos ao homem?
7. Além do cuidado à Saúde do Homem, existem outras políticas de intervenção que auxiliam para a solução de problemas à saúde do homem?
8. Quanto aos aspectos (recursos materiais, equipamentos, medicamentos e estrutura física), são adequados para atender com eficácia o público masculino?
9. Quais as dificuldades encontradas pelas equipes no cuidado do paciente masculino?
10. Como se dá a aceitação do paciente masculino aos serviços de saúde, do ponto de vista das equipes de saúde?
11. Quais os valores que se devem fazer presente tanto na relação com usuário, quanto na assistência da equipe?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**TÍTULO: A SAÚDE DO HOMEM: ANÁLISE DAS EQUIPES DE SAÚDE NO
SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA EM BOA VISTA-RORAIMA.**

Entrevista nº: 06

***A. F. L.**

_ Idade: 50 Sexo: Feminino Profissão/ocupação: Enfermeira
 _ Estado Civil: Casada
 _ Tempo de atuação profissional: 22 anos Naturalidade: Marília -SP
 _ Regime de trabalho: 40 hs Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): Não
 _ Formação: (x) Especialização – Estratégia Saúde da Família e Enfermagem do Trabalho

1. Qual o seu entendimento sobre saúde?

O bem estar geral da mente e do corpo, apoiada no conceito de Organização Mundial de Saúde (OMS). Mas vai além disso, ultrapassa esses aspectos, como: inclui a questão de relações humanas, socialização, religião, moradia, questão financeira até chegar em qualidade de vida, ou uma vida de equilíbrio.

2. Como a Saúde do Homem é trabalhada em Boa Vista-RR?

De forma precária ainda, apesar de ter melhorado, porque agora que houve essa ação que teve esse mês, que é o mês da prevenção para o homem fazer o exame de PSA, fazendo exame de sangue para a prevenção do câncer de próstata, desenvolvendo essas ações. A saúde do homem é trabalhada de forma precária ainda, apesar de ter melhorado, porque agora que houve a ação que teve esse mês de novembro, da prevenção para o homem, assim como nos últimos três anos, mas (pausa) agora passamos fazer agendamentos específicos com consultas médicas para esse público todas as quartas- feira à tarde, mas entendo que isso é o começo precisamos de mais ações.

3. Participou de algum treinamento referente a saúde do homem?

Ainda não. Gostaria muito, mas acho que ainda não houve nenhum tipo de curso voltado para a saúde do homem. E também vejo que é difícil ter curso específico para essa demanda de população, sei e tenho consciência que faz necessário para nossa prática de cotidiana e também que isso deve partir da gestão que comanda a saúde em Boa Vista.

4. Como é constituída a equipe de saúde? E que profissionais de saúde vocês gostariam?

Categoria Profissional	Atual	Necessidade
Médico	1	5 com especialidade
Enfermeiro	1	3
Psicólogo	-	2
Assistente Social	1	2
Dentista	1	2
Técnico de Enfermagem	2	3
TSB	1	2
ACS	5	6

Acho que esse quantitativo seria o mínimo para que nossa região fosse bem assistida. E que funcionasse a estratégia no aspecto de Atenção Integral á Saúde, mas mesmo em déficit, assim mesmo a UBS tenta fazer o melhor que pode para assistir o paciente que chegar pedindo auxílio para a sua saúde, as vezes até propriamente improvisamos dentro dos padrões, e quando não é possível referenciamos para outra UBS ou o Pronto-Atendimento.

5. Quais são as ações e estratégias desenvolvidas no centro de saúde direcionada ao homem?

Exames que encaminhamos para centro de referência ou para o médico especialista. Na verdade inclui tudo; saúde do idoso e saúde do homem. Aqui na unidade a população em geral, é assistida de acordo com sua faixa etária e os programas. **Quais programas?** Saúde da mulher, criança, adulto, idoso, adolescente e do homem. Fazemos algumas comemorações nas

datas comemorativas, para que eles compareçam na unidade (dia dos pais, das mães, páscoa, e assim vai). Direcionada específica não fazemos, até porque as ações que realizamos, visa atender toda a família na ESF apesar de as vezes ser datas comemorativas direcionadas e nesses eventos oportunizamos que também cada integrante da família possa estás sendo inserido nos serviços da UBS.

6. O que a unidade de saúde está fazendo para aumentar os atendimentos ao homem?

Ainda vamos criar algumas ações, promovendo uma semana de saúde, agora esse mês a gente estará promovendo uma ação de exames, encaminhamento deles pra fazer o PSA, o exame de toque, pra prevenção do câncer.

7. Além da assistência a Saúde do Homem, existem outras políticas de intervenção que auxiliam para a solução de problemas à saúde do homem?

Que eu saiba não, referenciamos para o Mecejana ou Coronel Mota, que são as unidades que possuem médicos com especialidades (urologista, neurologista, gastro, nutricionista entre outros). E se o problema for emergencial existe o pronto atendimento.

8. Quanto aos aspectos (recursos materiais, equipamentos, medicamentos e estrutura física), são adequados para atender com eficácia o público masculino?

Ainda 100% não, acredito que não algo direcionado pra o homem, aqui na verdade pra mulher até tem, pré-natal e preventivo, aqui o médico não faz o exame de toque e eu vejo que os homens não estão tendo essa orientação aqui, por isso que a gente ainda vai tentar desenvolver isso aí.

9. Quais as dificuldades encontradas pelas equipes na assistência do paciente masculino?

Não, nenhuma para eu atender. Minha relação com eles são ótimas. Porém, as dificuldades estão relacionadas aos recursos: materiais, estrutura física, falta de profissionais. Como por exemplo: as equipes estão desfalcadas. E como o assunto aqui é saúde do homem, creio que falta uma motivação maior por parte das coordenações de saúde em promover eventos e instituir treinamentos específicos, pois acho que é um público que não visa o cuidado com a saúde, e por isso nós como equipe temos que ir até eles, ou seja tipo fazer uma busca em seus domicílios.

10. Como se dá a aceitação do paciente masculino aos serviços de saúde, do ponto de vista das equipes de saúde?

Eles são mais tímidos do que as mulheres. Não comparecem, só venham aqui em último caso, ou seja no último estágio de “DOR”, ou quando não aguentam de tanta dor ou quando a doença já está em estado crônico, e que realmente precisam de assistência mais periódica, ou até mesmo precisam do remédio da farmácia básica, pedidos de exames, consultas médicas e atestados.

11. Quais os valores que devem se fazer presente tanto na relação com usuário, quanto na assistência da equipe?

Você tem que ser uma pessoa confiável (no caso nós profissionais de saúde) a pessoa tem que confiar plenamente em você pra ele se abrir, para expor aquilo que ele ta sentindo ou o que ele tem. Se você não for confiável não tem como a pessoa se abrir e falar o que sente, e para que ocorra isso preciso ter empatia e qualificação.

