

DINÂMICA DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO AO HOMEM

Work dynamics of Family Health Teams in Men's Health Care

Bruna Paula de Jesus Siqueira¹, Paulo da Fonseca Valença Neto²,
Eduardo Nagib Boery³, Rita Narrimam Boery⁴,
Alba Benemérita Alves Vilela⁵, Fernanda Érica de Jesus Siqueira⁶

RESUMO

A presente pesquisa trata de um estudo de caso descritivo e qualitativo com objetivo de descrever a dinâmica de trabalho das Equipes de Saúde da Família no cuidado ao homem, em uma unidade de saúde da família e objetiva abordar a concepção dos profissionais de saúde acerca da PNAISH, realizada em Unidade de Saúde da Família do município de Aracaju/SE, com profissionais de saúde. A coleta de dados utilizou a entrevista semiestruturada e observação dirigida e os dados foram tratados com a análise de conteúdo. A dinâmica de trabalho da ESF envolve o atendimento à demanda e a consultas agendadas, não desenvolvendo atividades direcionadas ao homem. Os participantes veem a PNAISH como fragmentação da assistência, não trazendo benefícios à população.

PALAVRAS-CHAVE: Homens; Masculinidade; Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde.

ABSTRACT

This was a descriptive study with a qualitative approach that aimed to describe the work dynamics of Family Health Care Teams in men's health care, and was carried out in Family Health Care Units in Aracaju, SE, with health professionals. The data collection consisted of semistructured interview and observation, and the data were analyzed using content analysis technique. The work dynamics of the Family Health Care Teams involve attending spontaneous demand and scheduled appointments for service, not developing activities targeted to men, and participants report a good interpersonal relationship among its members. These health professionals see the Common Men's Health policy as a fragmentation of care, not bringing benefits to the population.

KEYWORDS: Men; Masculinity; Primary Health Care; Health Policy.

INTRODUÇÃO

Este trabalho enfatiza a atuação micropolítica do processo de trabalho como ferramenta para verificar o funcionamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e a produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) visto ser o homem

protagonista de indicadores de saúde preocupantes.

A natalidade masculina é maior que a feminina, contudo a mortalidade também é superior ao longo do ciclo vital, principalmente em faixas etárias mais jovens, pois ao ultrapassar os 25 anos de idade o percentual de mulheres supera o de homens.¹ A cada três adultos que morrem no Brasil, dois são homens e mais da metade dos registros de

¹ Mestre em Enfermagem e Saúde. Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. E-mail: enfabrunapaula@gmail.com.

² Mestre em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

³ Doutor docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

⁴ Pós-Doutora e docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

⁵ Doutora docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

⁶ Graduanda em Medicina na Universidade Tiradentes.

óbitos e de internações ocorrem no sexo masculino.²

Além disso, os homens são mais vulneráveis a problemas de saúde, a atos de violência, a se tornarem dependentes do uso de álcool e drogas, além de apresentarem comportamentos de risco que prejudicam a própria saúde.^{3,4,5}

Apesar de serem mais vulneráveis e morrerem mais precocemente, os homens quase não buscam os serviços de saúde, principalmente, a atenção básica, pois se consideram invulneráveis.³ Com isso, além de não dispensar tempo ao cuidado com a saúde, ou melhor, de não realizar um cuidado nos moldes que, atualmente, o sistema de saúde propõe como adequado, baseado na vigilância, prevenção e promoção à saúde, os homens adotam comportamentos de risco que os tornam ainda mais vulneráveis.

Nesse contexto, Gomes et al⁶ relacionam essa menor procura aos serviços de saúde entre outros fatores, aos estereótipos de gênero, presente no imaginário social, no qual o cuidado não é visto como uma prática da saúde masculina. Reforçando essa ideia, os próprios profissionais de saúde também não reconhecem os homens como sujeitos do cuidado e, com isso, não estimulam a promoção à saúde dessa clientela, afastando-os ainda mais do cuidado com a própria saúde. Além disso, referem despreparo para atender as demandas do público masculino, direcionando as consultas às queixas e, desse modo, desvalorizando os fatores determinantes e condicionantes que interferem no processo saúde-doença.^{4,5}

O processo de trabalho em saúde muitas vezes carece da interação dos saberes de uma equipe multiprofissional necessária à atenção integral à saúde do indivíduo. Assim, a organização do processo de trabalho surge como questão fundamental a ser modificada no cotidiano dos serviços de saúde, no sentido de fazê-lo operar de forma centrada no usuário e suas necessidades de saúde, aproximando os homens dos serviços de saúde e tornando-os mais resolutivos.⁷

Para reverter o distanciamento entre homens, serviços e cuidados com a saúde, foi instituída, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), a qual aborda especificamente as questões inerentes ao ser masculino, trabalhando a integralidade do cuidado e a humanização da assistência, priorizando o fortalecimento e a qualificação da atenção básica.³ Até então, eram pontuais as ações de saúde direcionadas, especificamente, às necessidades de saúde dos homens, principalmente, os adultos jovens.

Contudo, defende-se que a implantação vertical de uma política de saúde, por si só, não é capaz de transformar a prática cotidiana dentro dos estabelecimentos de saúde. Mas sim, o quanto essa política consegue produzir

subjetividades, nos diversos atores envolvidos nesse processo, que operam na micropolítica do processo de trabalho. Reforça-se que são os atos assistenciais e cotidianos dos sujeitos responsáveis pela produção do cuidado que têm potencial para transformar o perfil de um serviço de saúde.

Diante disso, este estudo tem o objetivo de descrever a dinâmica de trabalho das Equipes de Saúde da Família no cuidado ao homem em uma unidade de saúde da família e a concepção dos profissionais de saúde acerca da PNAISH.

A partir dessas informações, este estudo pode fornecer subsídios para o planejamento de futuras ações a serem desenvolvidas, no sentido de consolidar a PNAISH, assim como, desvelar a importância da atuação na perspectiva micropolítica, que envolve os profissionais de saúde no processo de gestão, planejamento, implantação e execução das ações de saúde, considerando-os protagonistas no processo de implementação e consolidação de qualquer política de saúde.

METODOLOGIA

O presente trabalho adotou como estratégia de pesquisa o estudo de caso, descritivo, com abordagem qualitativa, utilizado como piloto da pesquisa “Processo de trabalho das equipes de Saúde da Família que atuam na saúde do homem”, realizada entre janeiro e fevereiro de 2013, no município de Aracaju/SE, que teve como cenário uma Unidade de Saúde da Família (USF), selecionada aleatoriamente, mediante sorteio, sendo os participantes deste estudo, os profissionais de saúde de nível superior, que compõem as Equipes de Saúde da Família, atuantes nessa USF.

Nesta USF, atuam cinco equipes, cada uma constituída, dentre os profissionais de nível superior, por médicos, enfermeiros e dentistas. Ao chegar à USF, o pesquisador se identificou e, após explicar o objetivo do estudo, os profissionais das equipes de saúde foram convidados a participarem. Dentre os 13 profissionais desta USF, seis estavam de férias ou de licença, sendo assim excluídos do estudo, e quatro não aceitaram participar, resultando em três participantes.

Com isso, os participantes foram uma médica, uma enfermeira e uma cirurgiã dentista, cada um representando uma das equipes de saúde da unidade, com a ressalva de que a cirurgiã dentista é integrante de duas equipes. Este estudo, então, contemplou representantes de quatro equipes de saúde, apenas uma equipe não foi representada. Para coleta dos dados foram utilizadas a entrevista semiestruturada e a observação dirigida. Os dados foram

analisados por meio da Técnica de Análise de Conteúdo, modalidade Temática proposta por Bardin.⁸ O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob protocolo nº 171.468 e CAAE 10251612.3.0000.0055.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os participantes do estudo foram uma enfermeira, uma médica e uma cirurgiã dentista, cada um representando uma das equipes da USF, sendo todas do sexo feminino e funcionárias efetivas do município. A média de idade foi 49,6 anos e de tempo de formação 25,3 anos, apenas uma possui pós-graduação, sendo esta, na área da saúde coletiva e todas participaram de cursos de atualização no último ano.

É válido frisar que dentre esses cursos, todas as entrevistadas relataram que um desses abordou a temática saúde do homem. Esse achado diverge do encontrado por Leal et al.,⁹ em que a maioria dos profissionais de saúde não participou de capacitação para trabalhar a saúde do homem na sua rotina de trabalho, prejudicando a implementação da PNAISH.

Após a análise das entrevistas realizadas, chegou-se a cinco categorias: organização do trabalho; necessidades de saúde; atividades de saúde direcionadas aos homens; dificuldades para assistir aos homens; e política de saúde do homem.

Na categoria organização do trabalho, os profissionais de saúde organizam o trabalho em agendas de atendimento, a partir de demandas programadas, atividades extramuro e demanda espontânea. Afirmam que atendem à demanda espontânea de forma igualitária, não adaptando o atendimento para os diferentes públicos como homem, mulher ou criança. Além disso, também desenvolvem atividades como visita domiciliar, atividades educativas, assim como reservam dias específicos para atendimento a grupos vulneráveis.

“A gente atende a questão da demanda espontânea... a gente atende a população de uma maneira geral independente se é homem, mulher, criança, então é assim, caixinha de demanda do homem a gente não tem...” (Participante 1).

“A gente atende acamados, a gente faz os procedimentos que pode ser feito em casa, e nas escolas... faz palestras educativas, aplicação de flúor... atende à demanda espontânea, todos os dias o paciente vem ou marcam... os pacientes que são dos grupos vulneráveis têm um dia na semana só pra atendimento deles...” (Participante 2).

Corroborando essa ideia, Schaiber et al.⁵ identificaram em seu estudo, que alguns profissionais remetem as necessidades de saúde de homens e mulheres ao plano orgânico, tratando-os como similares, não valorizando o contexto no qual cada um está inserido, nem a subjetividade que permeia a produção do cuidado.

Durante a observação dirigida verificou-se que os usuários possuem um acesso restrito ao serviço. Nesta USF, não há uma equipe de acolhimento, com isso, a recepção é responsável por definir quem terá acesso ao serviço e quem será excluído, ou seja, o processo de trabalho limita-se à marcação de consultas e distribuição de fichas para a consulta médica, não havendo um esquema bem definido de atendimento à demanda espontânea.

Gomes et al.¹⁰ verificaram que a pouca procura masculina aos serviços de saúde está associada à ausência de acolhimento ou acolhimento pouco atrativo. Nesse sentido, Santos et al.¹¹ advogam que independente da existência de uma equipe de acolhimento nas USF, este pode ser desenvolvido em qualquer espaço e em qualquer momento de encontro entre os sujeitos do cuidado, uma vez que no contexto micropolítico do processo de trabalho não há um padrão pré-estabelecido de atuação profissional, mas sim, uma atuação que é subjetiva e singular.¹²

Experiências com a implantação do acolhimento como estratégia operacional destacam o aumento do número de atendimentos e de oferta de serviços; melhora do acesso, garantindo resolubilidade dos problemas de saúde; a valorização e autonomia dos profissionais não médicos; e a escuta qualificada, aumentando, assim, a sensibilidade da equipe na percepção dos problemas e riscos que atingem a comunidade.^{13,14}

Nessa perspectiva, a ESF foi implantada para reorientar o modelo assistencial à saúde apostando em mudanças estruturais, no desenho no qual o serviço opera; contudo, não houve, de fato, uma desburocratização do acesso aos serviços. Esse programa não opera nos microprocessos do trabalho em saúde, no cotidiano dos profissionais, nas relações interpessoais, ou seja, modificar a estrutura dos serviços não garante por si só, uma nova lógica de organização do trabalho.¹⁵

Outro aspecto destacado por uma participante enfatiza que os homens não são prioridades na rotina de trabalho.

“... pra o homem não tem essas... a gente não se preocupa muito não por causa dessas dificuldades, ai a gente vai largando de mão, porque não tem tempo” (Participante 3).

Nesse contexto, Cecílio¹⁶ afirma que cada modo de viver a vida traduz necessidades de saúde diferentes e, nesse aspecto, o contexto da saúde do homem tem especificida-

des que, recentemente, foram destacadas na PNAISH e que devem ser consideradas pelos profissionais de saúde na produção do cuidado. Com isso, moldar uma forma de atuação para todos os que buscam a unidade de saúde é uma maneira de simplificar a assistência, limitando o potencial resolutivo do serviço de saúde.

Nessa categoria, destaca-se ainda que apesar dos profissionais relatarem dificuldades para o público masculino buscar os serviços de saúde, quando este público acessa, o profissional consegue convencê-lo a aderir ao tratamento.

“Quando eles chegam até a gente é fácil, você consegue convencer da importância do tratamento, da importância de vir pro médico, acontece muito do paciente chegar e aqui [...] a gente descobrir que ele é hipertenso, que é diabético...”
(Participante 2)

O estabelecimento de vínculo e responsabilização entre profissional e usuário favorece a adesão e continuidade da assistência, a resolubilidade e o alcance da integralidade do cuidado. Franco et al.¹³ definem vínculo como o estabelecimento de uma equipe de referência para o cuidado, de forma que ela se responsabilize pela produção do cuidado e desenvolvimento da autonomia do sujeito.

Quanto à integralidade, os profissionais relatam que o homem, quando acessa o serviço de saúde, é avaliado como um todo; primeiro prioriza-se o atendimento à queixa que o motivou a buscar a USF, em seguida, aproveita-se a oportunidade para identificar outras necessidades de saúde. Uma participante enfatiza ainda que quando é necessário encaminhar para um serviço especializado eles conseguem garantir esse atendimento. Refere, também, uma boa relação entre os membros da equipe, o que garante o encaminhamento do paciente dentro da própria equipe, favorecendo a continuidade da assistência.

“A gente avalia como todo. Aqui a gente tem cirurgia buco-ortodontista, aí a gente encaminha, daqui da unidade básica ele já sai com dia e hora que ele vai ser atendido lá.”
(Participante 2)

Cecílio¹⁶ destaca uma dimensão da integralidade, denominada de integralidade focalizada que é produzida em um determinado serviço de saúde, na qual os integrantes de uma equipe articulam suas práticas, para escutar e atender da melhor forma possível as necessidades de saúde do usuário.

Nesse contexto, Caçapava et al.¹⁷ mostram que o trabalho em equipe, a escuta qualificada e o desenvolvimento de vínculo são estratégias que facilitam o fluxo das pessoas no serviço, a identificação das necessidades do usuário,

além de possibilitar um cuidado integral, sendo a comunicação entre profissionais e entre estes e os usuários condição fundamental para o trabalho em equipe. Contudo, as equipes de saúde têm dificuldade de construir dinâmicas de trabalho que permitam interação, articulação, reconhecimento compartilhado e contextualizado das necessidades de saúde dos usuários.¹⁸

Nesse sentido, o trabalho em equipe implica o compartilhar do planejamento, da divisão de tarefas, da cooperação e da colaboração, ou seja, significa dividir responsabilidades no cuidado e, com isso, contribuir para a redução da carga de trabalho na ESF.^{19,20}

Na categoria necessidades de saúde, os participantes da pesquisa referem que os homens buscam os serviços de saúde motivados por doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, para alívio da dor e de quadros agudos e, em alguns casos, por causa de alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST) ou ainda por estética, quando os dentes estão prejudicando a aparência.

Reafirmando esses achados, na literatura, são apontados como demandas masculinas aos serviços de saúde os casos agudos como dores, febres ou contusões, além de doenças crônicas, a exemplo da hipertensão e diabetes, doenças de ordem sexual e cardiovasculares.^{5,21,22}

Os informantes referiram ainda uma crescente procura por vacinação, visto que algumas empresas exigem dos seus funcionários cartão de vacina atualizado, o que contribui para um comportamento preventivo desses homens. Corroborando com isso, um estudo realizado por Couto et al.²³ também identificou o crescente acesso masculino aos serviços de saúde em busca de vacinas. Nesse caso específico, as instituições empregadoras têm tido um papel ativo ao incentivar ou exigir dos seus funcionários a atualização do esquema vacinal.

Na observação dirigida, percebeu-se que os homens buscam na USF remédios, preservativos, curativos, mensuração da Pressão Arterial, além de comparecerem como acompanhantes de familiares, o que corrobora com o estudo de Couto et al.²³ que destacou a presença dos homens nos serviços de atenção primária, seja no papel de acompanhante ou usuário, em diferentes faixas etárias. Nesse mesmo estudo, os pesquisadores ressaltam a presença significativa dos homens no uso dos serviços da farmácia, principalmente para obter preservativos, sendo essa frequência maior em unidades que dispõem de dias específicos para tal atividade.

Na terceira categoria, atividades de saúde direcionadas aos homens, identificou-se que as equipes não desenvolvem atividades de saúde direcionadas ao público masculino e suas necessidades de saúde.

“...a gente não tem nenhum, nunca foi feito nada, assim só ao homem. A gente tem homens nos grupos de diabetes, de hipertensos...” (Participante 2)

“...específica pra homem não tem, é difícil você reunir homens, eles não acreditam, não gostam e não aceitam.” (Participante 3)

Situação semelhante foi encontrada por Couto et al.²³ Nos serviços estudados por esses pesquisadores, não há programas específicos voltados ao público masculino, as demandas dos homens são atendidas diluídas em outros programas, como o dos hipertensos e diabéticos.

Na pesquisa de Leal et al.,⁹ os profissionais referem falta de planejamento e orientações para a realização de ações de saúde para os homens, pois a PNAISH não cria os mecanismos indispensáveis para colocá-la em prática.

Entretanto, uma das entrevistadas relatou uma iniciativa importante da equipe em tentar inserir os homens nas consultas de pré-natal.

“na primeira consulta, quando a gestante vem agendar a gente fala se possível ela trazer o pai durante o pré-natal pelo menos uma consulta até pra gente tá explicando a importância do homem tá se prevenindo em relação a DST.” (Participante 1)

Recentemente, a inserção do pai durante o período pré-natal, assim como a proposta de ampliação da licença paternidade para 30 dias (projeto de lei 879/11) são assuntos que vêm tomando maior impulso e destaque com a implantação da PNAISH. Um estudo realizado em grupos de gestantes ou casais grávidos mostra a importância da inserção do pai no ciclo gravídico-puerperal, pois ele se fortalece, ganhando mais segurança e confiança para exercer o seu papel de pai.²⁴

Além desses aspectos emocionais, a participação do pai no pré-natal é importante para esclarecer seus direitos. Alguns homens desconhecem a lei nº 11.108/2005,²⁵ que garante à mulher o direito a acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. As experiências de pais que puderam acompanhar o nascimento dos filhos foram relatadas como benéficas, pois além de atuarem como suporte para suas companheiras, permite a vivência de sentimentos e emoções singulares, que se acredita favorecer uma maior aproximação afetiva entre pai e filho, transformando a forma como a paternidade é vivida.²⁶

Na categoria dificuldades para assistir aos homens, evidenciou-se que a principal dificuldade mencionada pelos entrevistados foi o horário de trabalho, pois coincide com

o horário de funcionamento das USF.

“...o homem, ele tá muito focado na questão do trabalho e ele não tem muita disponibilidade de tempo de cuidar da sua saúde e como o horário das unidades de saúde, geralmente, é um horário que eles tão trabalhando...” (Participante 1)

Para os homens, o trabalho lhes permite cumprir seus deveres e obrigações morais e sociais como provedor da família, uma característica marcante da identidade masculina, é através do trabalho que o homem consegue fazer valer o seu papel de chefe da família.²⁷ Diante disso, estudos mostram que, dentre as barreiras que comprometem a busca dos homens pelos serviços de saúde, está a jornada de trabalho, coincidente com o horário de funcionamento das unidades, sendo que a sociedade e o mundo do trabalho desvalorizam a ausência laboral por questões de saúde/doença na população masculina.^{4,5,10,21}

No entanto, Couto et al.²³ e Pinheiro et al.²⁸ destacam que, apesar das barreiras dificultarem o acesso masculino aos serviços de saúde, eles têm buscado atendimento, principalmente nos serviços de saúde que dispõem de horários alternativos para atendimento ao público.

Além disso, outro fator que dificulta a assistência à saúde é a falta de preocupação dos homens com a própria saúde.

“[...] e eles são muito rebeldes, não comem, não fazem a dieta, não fazem atividade física e não leva a sério o que você fala, são pior do que as mulheres, as mulheres são mais preocupadas.” (Participante 3)

A despeito disso, Schwarz et al.²⁹ destacam que entre os homens as maiores prevalências de fatores de risco são atividade física insuficiente, baixo consumo de frutas, legumes e verduras, seguidos por excesso de peso, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, entre outras.

Outras dificuldades identificadas nos discursos dos participantes foram a falta de tempo e de organização dos profissionais de saúde, pois estes ainda são muito voltados ao atendimento ambulatorial e ao tratamento de doenças. Mencionam que a demanda de trabalho é grande e com isso, não dispõem de muito tempo para trabalhar na perspectiva da prevenção e promoção à saúde.

Reforçando essa ideia, Schraiber et al.⁵ identificaram que o modo hegemônico de atuação dos profissionais é a valorização da medicalização das necessidades de saúde dos usuários. Leal et al.⁹ também evidenciaram a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde como um fator que dificulta o desenvolvimento de atividades específicas

aos homens.

Ao analisarem a ótica do usuário sobre o atendimento oferecido na atenção primária, Gomes et al.³⁰ destacaram que os usuários, geralmente, associam a qualidade do serviço, dentre outros aspectos, à prontidão no atendimento, ou seja, o tempo entre a busca e o atendimento de fato deve ser reduzido.

A última categoria aborda a Política de Saúde do Homem, a qual foi dividida nas subcategorias, concepções da PNAISH; avanços da PNAISH; e desafios da PNAISH.

Quanto às concepções da PNAISH, um relatou desconhecer a política, enquanto os demais acham péssima. Referem que o governo deveria pensar em atender às pessoas de forma integral independente do sexo e melhorar o funcionamento da rede de saúde.

“Mais um programa do governo, mais papel para preencher, mais um espaço para gestor e mais uma caixinha pronta para a atenção básica trabalhar.” (Participante 1)

“Quando a gente fala de homem... pensa em câncer de próstata, pra convencer eles fazerem o exame de toque, mas não tem a questão da saúde do homem, atendimento a hipertenso e diabético ta ai dentro? Ou ta fora? ... quando é hipertenso e diabético ele deixa de ser homem ou ta dentro? Então assim eu vejo como sendo mais uma caixinha, mais um espaço pra coordenador.” (Participante 1)

Há alguns sentidos atribuídos a PNAISH que corroboram com esse achado, por exemplo, o sentido que atribui à política como algo vago, mais uma atividade para os profissionais de saúde em meio às dificuldades do sistema, não a percebendo como um olhar diferenciado ao homem.³¹ Entretanto, divergindo dos nossos resultados, neste mesmo estudo, identificou-se que os entrevistados que têm algum conhecimento sobre a PNAISH, percebem-na de forma positiva, como uma atenção integral que norteia as ações voltadas ao homem como um todo, diferenciando o contexto do processo saúde-doença que envolve os homens, assim como os fatores de risco e principais causas de morbimortalidade.

Ainda em relação às concepções sobre a política, os resultados podem refletir a falta de conhecimento acerca do conteúdo, princípios e diretrizes da PNAISH. Leal et al.⁹ pesquisaram em quatro estados brasileiros, como a PNAISH chega aos serviços de atenção básica e concluíram que boa parte dos profissionais de saúde têm pouca ou nenhuma familiaridade com a política.

Na subcategoria, avanços da PNAISH, os participantes desta pesquisa também enfatizam a respeito da implantação da PNAISH, que não houve melhoria na rede

de serviços para atender essa clientela.

“O próprio ministério... tinha aqueles slogans na televisão, mas aqui não vai pra frente, não chega aqui, tem slogan lá, se eu pedir ultrassom de próstata não sai, se eu pedir PSA sai daqui a um mês, daqui a dois...” (Participante 3)

Corroborando com essa afirmação, Leal et al.⁹ também identificaram como ponto crítico a rede de apoio deficiente. Os entrevistados referiram desconhecer para quais serviços os homens devem ser encaminhados quando necessitam de procedimentos e exames. Relataram ainda que as demandas de saúde por exames diagnósticos ou consultas especializadas precisam ser referenciadas para outros serviços, sendo que estes já possuem uma alta demanda reprimida e, com isso, levam certo tempo para marcar, indo de encontro às expectativas masculinas, agravando o absenteísmo.

Como desafios da PNAISH, os participantes destacam a importância de trabalhar de forma integral, além do comprometimento dos profissionais para trabalhar em equipe e, realmente, planejar e colocar em prática as ações de saúde.

“O que eu gostaria de ver era todo mundo envolvido e comprometido com tudo, não só no papel, fazer, planejar; Esse ano aqui nós vamos planejar o que fazer de ação aqui na unidade, pra realmente, efetivamente acontecer.” (Participante 2)

Reforçando a importância dessas questões pontuadas pelos entrevistados, Franco³² defende que para intervir nas necessidades de saúde dos usuários é necessário um trabalho multiprofissional, atuando em rede para resolver os problemas que surgem cotidianamente nos serviços de saúde. O trabalho em saúde é sempre realizado de forma coletiva, pois um profissional sozinho, independente de formação ou profissão, não consegue resolver as necessidades de saúde, objeto real do trabalho em saúde.³³

CONCLUSÕES

A dinâmica de trabalho dos profissionais de saúde envolve o atendimento à demanda espontânea, a marcação de consultas, o atendimento a grupos programáticos e o agendamento de algumas atividades extramuros. Esta USF não trabalha na perspectiva do acolhimento, sendo a recepção responsável por determinar quem terá acesso ou não.

As equipes de saúde têm um bom relacionamento interpessoal entre os seus membros e desses com os usu-

ários e tentam trabalhar na perspectiva da integralidade focalizada no cuidado ao homem, embora não considerem as subjetividades, o contexto sociocultural e a história de vida dos usuários que buscam os serviços e que interferem nas condições de saúde da população masculina. As demandas dos homens quando buscam os serviços de saúde são basicamente os casos agudos, como febre e dores, as doenças crônicas, ou as DST.

As equipes não desenvolvem nenhuma ação de saúde direcionada às especificidades do público masculino. As demandas dos homens são atendidas diluídas em outros programas já existentes como o Programa da Hipertensão e Diabetes, apesar de ter sido relatada uma iniciativa de tentar inserir o homem no acompanhamento pré-natal.

Quanto à PNAISH, os profissionais que a conhecem não reconhecem a importância da política, acham um retrocesso, mais uma forma de fragmentar a assistência, acentuando a sobrecarga de trabalho para as equipes na ESF. Os desafios apontados são o compromisso dos profissionais de saúde e o trabalho em equipe, na perspectiva da integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Censo 2010. [citado 2013 set. 25]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00#topo_piramide>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16(11):4503-12.
5. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, Silva GSN, Valença O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(5):961-70.
6. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(3):565-574.
7. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2007.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Leal AF, Figueiredo WS, Silva GN. Percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012; 17(10):2607-2616.
10. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2001; 16(Suppl 1):983-992.
11. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006; 11(1):53-61.
12. Franco TB, Merhy EE. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colect*. 2011; 7(1):9-20.
13. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2007.
14. Franco TB, Panizzi M, Fosquiera M. O acolher Chapecó e a mudança do processo de trabalho na Rede Básica de Saúde. *Divulg. Saúde Debate*. 2004; 30:30-35.
15. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2006. p.55-124.
16. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como concei-

to estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco; 2001.

17. Caçapava JR, Colvero LA, Martines WRV, Machado AL, Silva ALA, Vargas D et. al. Trabalho na Atenção Básica: integralidade de cuidado em Saúde Mental. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(Esp 2):1256-60.

18. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. Physis. 2011; 21(2):629-646.

19. Araujo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc. Saúde Coletiva. 2007; 12(2):455-464.

20. Trindade LL, Pires DEP. Implications of primary health care models in workloads of health professionals. Texto Contexto – Enferm. 2013; 22(1):36-42.

21. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WS. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ciênc. Saúde Coletiva. 2012; 17(10):2617-2626.

22. Vieira KLD, Gomes VLO, Borba, MR, Costa CFS. Atendimento da população masculina em Unidade Básica Saúde da Família: motivos para a (não) procura. Esc. Anna Nery. 2013; 17(1):120-127.

23. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R et. al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface (Botucatu). 2010; 14(33):257-270.

24. Junckes JM, Zampieri MFM, Gregório VRP, Oliveira ZC, Regis I. Grupo de gestantes e/ou casais grávidos e a inserção do acompanhante/pai no processo de nascimento. EXTENSIO: Revista Eletrônica de Extensão. 2009; 6(7):55-72.

25. Brasil. Casa Civil, Presidência da República. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005 [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2005 [citado 2013 jul. 02]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei_11108.pdf>.

26. Tomeleri KR, Pieri FM, Violin MR, Serafim D, Marcon SS. “Eu vi meu filho nascer”: vivência dos pais na sala de parto. Rev Gaúcha de Enferm. 2007; 28(4):497-504.

27. Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2011; 16(Suppl 1): 935-44.

28. Pinheiro TF, Couto MT, Silva GSN. Homens e cuidado: construções de masculinidades na saúde pública brasileira. Psicología, Conocimiento y Sociedad. 2012; 2(2):177-195.

29. Schwarz E, Gomes R, Couto MT, Moura EC, Carvalho AS, Silva SFC. Política de Saúde do Homem. Rev Saúde Pública. 2012; 46 (Suppl 1):108-116.

30. Gomes R, Rebello LEFS, Nascimento EF, Deslandes SF, Moreira MCN. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. Ciênc. Saúde Coletiva. 2011; 16(11):4513-21.

31. Gomes R, Leal AF, Knauth D, Silva GSN. Sentidos atribuídos à política voltada para a saúde do homem. Ciênc. Saúde Coletiva. 2012; 17(10):2589-2596.

32. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2006.

33. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2ª ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009; p. 427-432.

Submissão: março de 2014

Aprovação: setembro de 2015
