

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* ENSINO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

JOSELITO DE ARAUJO MENESES

**SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DE UM PROCESSO
EDUCATIVO**

DOURADOS-MS

2019

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* ENSINO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Joselito De Araújo Meneses

**SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DE UM PROCESSO
EDUCATIVO**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados, como exigência para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Dr^a Vivian Rahmeier Fietz

Coorientadora: Dr^a Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe

DOURADOS-MS

2019

M499s Meneses, Joselito de Araújo

Saúde do homem na atenção básica : análise de um processo educativo/ Joselito de Araújo Meneses. – Dourados, MS: UEMS, 2019.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Ensino em Saúde – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2019.

Orientadora: Prof.^a Dra. Vivian Rahmeier Fietz.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe.

1. Atenção primaria a saúde 2. Saúde do homem 3. Políticas públicas I. Fietz, Vivian Rahmeier II. Watanabe, Elaine Aparecida Mye Takamatu III. Título

CDD 23. ed. - 613.0423



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENSINO EM SAÚDE,
MESTRADO PROFISSIONAL (PPGES)



JOSELITO DE ARAÚJO MENESES

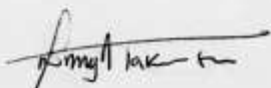
SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DE UM PROCESSO EDUCATIVO

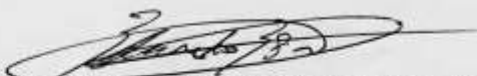
Produto Final do Curso de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.

Aprovado em: 06 de setembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA:


Prof. Dra. Vivian Rahmeier Fietz - UEMS


Prof. Dra. Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe - UEMS


Prof. Dr. Eduardo Espindola Fontoura Junior – UEMS


Prof. Dr. Wanderlei Onofre Schmitz - UFGD

*Acalma minha tempestade, acalma o meu coração devolve a paz
que vem de ti senhor.
Som do monte.*

AGRADECIMENTOS

Essa foi, sem dúvida alguma, uma longa caminhada, de muito aprendizado, reflexões, descobertas e anseios... sem a presença de algumas pessoas tão especiais, certamente não teria sido possível.

Primeiramente toda honra e glória ao Deus vivo, que nos sustentou até aqui, tudo pertence a ti senhor.

Gostaria de agradecer imensamente ao meu pai, Gicelio Rodrigues e minha mãe, Maria Oliveira, pois sempre me ensinaram a trilhar os caminhos da verdade e honestidade, conquistando cada vitória com muita humildade e trabalho. Aos meus irmãos, Junior e Jeferson, que sempre apoiaram e diziam que eu iria conseguir.

À minha amada esposa, Érica Quintiliano, que desde o início sabia que eu atingiria esse objetivo. Amor, sem você tudo seria mais difícil.

Aos meus irmãos missionários do Curso Enchei-vos, minha família Carmelitas Mensageiros do Espírito Santo, em especial minha afilhada Ir. Francielly que em suas orações, não me faltou amor e paciência, para esperar o tempo de Deus.

A minha gratidão a melhor e mais humana, orientadora Dr^a Vivian, por suas sabias orientações, por sua preocupação, compreensão, paciência e comprometimento durante todo o percurso deste estudo e, acima de tudo, nunca ter desistido de mim!

O que falar de minha coorientadora Dr^a Elaine? Me deixou as vezes apreensivo, inseguro, mas soube, com um sorriso no rosto radiante, me impulsionar a ir além do que já havia sido alcançado.

Aos professores do PPGES e membros de minha banca, aqui representados por, Dr. Eduardo e Dr. Wanderlei, obrigado por todo conhecimento e generosa participação, que serviu de grande relevância, cada observação no único objetivo fazer o melhor.

Meus colegas de turma, de tantos cafés, seminários, alegrias e até tristezas, mas sempre um sendo o alicerce do outro.... não podendo deixar de citar minha grande irmã, e refúgio das angustias, quanto orgulho, minha amiga Mestre Carla Kerin.

Por fim a esta equipe maravilhosa, do ESF Central de Saúde, município de Gloria de Dourados - MS, que tanto nos acolheu, como também ensinou.

A todos vocês os meus sinceros agradecimentos.

“Enquanto ensino continuo buscando, repercurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquisa para constatar, constatando intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquisa para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade”

Paulo Freire

RESUMO

No Brasil, os homens vivem em média sete anos e dois meses menos que as mulheres. Essa característica chama atenção para a necessidade do incremento ao autocuidado, porém destaca-se que os homens, de maneira geral, precisam enfrentar barreiras físicas e psicológicas quando buscam assistência preventiva e até curativa nas unidades de saúde. Nesse sentido, visando estratégias públicas de saúde, o Ministério da Saúde lançou em 2009 a Política Nacional de Atenção Integrada a Saúde do Homem, com o anseio de organizar, planejar e qualificar profissionais da atenção primária de saúde para melhor acolher e implementar a prática preventiva para a saúde do homem. O objetivo deste trabalho foi desenvolver um processo educativo para os profissionais de saúde que prestam assistência à saúde do homem na rede de atenção básica. A amostra foi realizada por conveniência e saturação das informações. A coleta dos dados, a partir dos usuários, foi por meio de entrevista, utilizando um questionário semi-estruturado e, entre os profissionais, foram agendados encontros e realizadas rodas de conversa e oficinas. As entrevistas foram gravadas e transcritas, utilizou-se a análise de conteúdo, proposta por Bardin, para identificar as questões norteadoras para a construção do processo educativo, tanto no tocante aos usuários como aos profissionais. Os resultados da pesquisa mostraram que os homens possuem características culturalmente formadas enquanto ao gênero. Observou-se que os usuários buscam resoluções mais rápidas ao que se refere ao processo saúde e doença e o principal motivo para explicar a baixa adesão está relacionado com o período e horário de atendimento da unidade básica. Outra situação identificada está associada ao conhecimento relativo sobre as políticas públicas, tanto dos usuários como dos profissionais, e também em relação às leis trabalhistas que asseguram o atendimento em horário comercial. No decorrer das oficinas, foi possível identificar, nas falas dos profissionais, fragilidades para delinear ações específicas de atenção à saúde do homem, pois essas atividades ficam limitadas a um determinado período do ano, promovendo bem mais uma conscientização do que a promoção à saúde. Na construção do processo educativo, observou-se aprendizados significativos entre os profissionais envolvidos e proporcionou um direcionamento para que a assistência ao público masculino possa ocorrer de forma mais acolhedora e sistematizada. Ficou evidente a necessidade de implementação da Política de Atenção à Saúde do Homem e a construção de espaços para reflexão e discussão das dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde, no intuito de incrementar a adesão do homem ao serviço para assim conseguir a redução dos índices de morbimortalidade entre o sexo masculino. Sobretudo, percebeu-se que o trabalho em equipe é primordial, ou seja, todos devem ter a mesma visão e objetivos, para assim produzir benefícios aos usuários, comunidade, cofres públicos, mas, principalmente, para repensar o comportamento dos homens em relação ao autocuidado.

Palavra-chave: Atenção primária à saúde; Saúde do homem; Políticas públicas.

ABSTRACT

In Brazil, men have a life expectancy in average about 7 years and two months less than women do. This aspect calls attention to the need of improving their self-care, however, men in general, need to overcome physical and psychological barriers whenever they seek assistance in prevention and even curative care at health units. In this way, seeking public strategies of health, the Ministry of Health launched in 2009 the National Policy of Integrated Attention to Man Health, aiming to organize, plan and qualify the health care professionals for better hosting and implementing the practices to men's health prevention. The aim of this study was to develop an educational process to the healthcare professionals for assisting men health at basic health units. The sample was by convenience and saturation of information. Data collection was taken from individuals by interviewing them by using a semi-structured questionnaire. Among healthcare professionals, there were meetings, set of conversation and workshops. Interviews were recorded and transcribed by using content analysis proposed by Bardin in order to identify the questions, which would guide us for developing a guide either the users and/or for healthcare professionals. Results showed that men present cultural characteristics based on genders. It was noticed that users seek faster solutions related to health-disease process and the main reason to explain their low adhesion is related to the timetable and opening hours at health basic units. Another situation is related to their knowledge about public policies, either from users and/or from healthcare professionals, as well as in relation to labor laws, which provide attendance at business hours. Healthcare professionals identified, along the workshops, weaknesses to delineate specific actions to men health because these activities are limited to a determined period of the year since there is an awareness-raising rather than promoting health. By building the educational process, it was noticed meaningful learnings among the professionals, which provided a direction so that attendance to male public could be done in a more receptive and systematized way. It was clearly observed the need for implementing a Policy of Attention to the Men Health and building areas for reflexion and discussions of situation and issues faced by the healthcare team aiming to embrace men to the service so that the levels of morbimortality could be lower among them. Above all, it was observed that a team work is primordial, that is, everyone should have the same view and objectives, for bringing benefits to users, community and public funds, but mainly it is urgent to rethink about men behavior regarding to their self-care.

Key-words: Primary Health Attention; Men Health; Public Policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MS - Ministério da Saúde

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

PSA – Antígeno prostático específico

ABS – Atenção Básica de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

CNSH – Coordenação Nacional de Saúde do Homem

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

AVASUS – Ambiente virtual de aprendizagem do SUS

ESF – Estratégia de Saúde da Família

CESH – Conselho de Ética com Seres Humanos

UEMS – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos homens atendidos em uma unidade de saúde da família, Glória de Dourados, MS, setembro a novembro 2018.

Tabela 2 – Fatores que interferem no atendimento do homem em demanda espontânea na Unidade de Saúde da Família, Glória de Dourados, MS, setembro a novembro 2018.

Tabela 3 – Resumo das categorias e subcategorias encontradas na análise das entrevistas, Glória de Dourados, MS, março a julho 2018.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos.....	17
REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 Concepções do sexo masculino perante a sociedade.....	18
3.2 O homem e a procura do serviço de saúde.....	19
3.3 Saúde do homem na atenção primária.....	21
3.4 Política nacional de atenção integral à saúde do homem.....	25
3.5 Ações na atenção à saúde do homem.....	26
METODOLOGIA	34
4.1 Percurso teórico.....	34
4.2 Delineamento do estudo.....	35
4.3 Local e período estudado.....	35
4.4 População e participantes da pesquisa.....	36
4.5 Aspectos éticos.....	36
4.6 Coleta dos dados.....	36
4.7 Análise dos dados.....	38
4.8 Construção da tecnologia educativa.....	39
RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa.....	42
5.2 Análise das entrevistas.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO PROFISSIONAIS	76
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO USUÁRIO	78
APÊNDICE C – ROTEIRO DE PERGUNTAS USUÁRIO	79
APÊNDICE D – ROTEIRO DE PERGUNTAS PROFISSIONAIS	80
APÊNDICE E – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO	81
ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO LOCAL DA PESQUISA	83
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	84

INTRODUÇÃO

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, foi concebida no Brasil a saúde como direito dos cidadãos e a Constituição Federal de 1988, no Art. 196, confirma essa decisão e fica posto que a saúde seja direito de todos e dever do Estado, garantido políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O Ministério da Saúde (MS) criou, a partir dessa VIII Conferência, políticas públicas de saúde com base nas transformações do perfil demográfico e epidemiológico da população para assegurar a concretização do direito e ao acesso à saúde. Entretanto, observa-se que, primeiramente, a maior parte das políticas foram destinadas aos grupos mais frágeis como crianças, mulheres e idosos, sendo assim, o público masculino ficou desfavorecido no quesito políticas públicas de atenção à saúde (GOMES *et al*, 2011).

Assim, para minimizar essa fragilidade do sistema de saúde, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), cujos objetivos principais são, qualificar a assistência à saúde masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade; qualificar a atenção primária para que ela não se restrinja somente à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção (PNAISH, 2008, p.13).

A partir da criação da PNAISH, Silva *et al* (2012) observaram que, na última década, esse público tem apresentado maior notoriedade, principalmente porque o perfil de morbimortalidade está modificado. Segundo dados do Datasus (2011), mais de 60% dos óbitos entre o sexo masculino no país em 2011 foram devido à três grupos de causas: doenças do aparelho circulatório (28,2%), causas externas (19,3%) e neoplasias (15,8%). Nesse sentido, no Estado de Mato Grosso do Sul, esses valores são diferentes do que a média nacional, sendo: doenças do aparelho circulatório (30,1%), causas externas (21,5%) e neoplasias (14,64%).

Cabe ressaltar que, em parte, essas doenças podem ser “evitadas” ou pelo menos seu agravamento minimizado. Por exemplo, as doenças cardiovasculares normalmente estão associadas ao estilo de vida, hipertensão e situação nutricional, questões que podem ser controladas. Dantas (2015) afirma a necessidade em sensibilizar o público

masculino na implementação de medidas que promovam mudanças de seu comportamento em relação a sua própria saúde e, insiste que o homem deve aderir a medidas preventivas que o insira em grupos de saúde da unidade na tentativa de redução desta condição.

O mesmo autor também vincula essa problemática à dificuldade desse grupo em reconhecer suas próprias necessidades em saúde. Ou seja, por questões socioculturais, o homem tem como papel ser o provedor da família e, por essa razão, não pode ser visto como alguém vulnerável, fazendo com que cultive um pensamento que rejeita a possibilidade de adoecer. Outra dificuldade apontada está relacionada com os horários de funcionamento das unidades de atenção básica, que coincidem com as jornadas laborais (SILVA *et al.*, 2012).

O processo de educação em saúde pode ser representado de diferentes formas e atividades, as quais estão associadas as ações que representam a coparticipação e incentivo à transformação de hábitos de vida em prol da edificação e construção de experiências que tem como desfecho principal a orientação e práticas de metodologia didáticas terapêuticas de transmitir conhecimento. Na atenção básica de saúde, esse processo tem relação direta com o diálogo entre o profissional e os usuários, objetivando a autonomia e emancipação dos indivíduos e coletividade, além da inserção política, social e histórica do homem nesse contexto. Costa (2012), afirma que a construção da consciência crítica do educando é concebida a partir destas experiências na promoção a saúde tanto individual quanto coletivo.

Assim, este trabalho surgiu e foi impulsionado a partir de uma experiência anterior onde o pesquisador planejou e colocou em prática a política de saúde voltado aos cuidados em saúde para os homens. Na ocasião buscaram-se parcerias em conjunto com a equipe multiprofissional da Secretaria de Saúde e entre os integrantes da equipe de saúde da unidade na qual o pesquisador trabalhava. Naquela experiência, participaram o médico, enfermeiro, assistente social, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem. A proposta aprovada e adotada foi o atendimento em horário estendido, das 17h às 22h, a partir dos recursos disponíveis

Os agentes comunitários de saúde se responsabilizaram em intensificar a divulgação, os técnicos de enfermagem, médico e enfermeiro se dispuseram em

estender o horário de trabalho, recebendo a carga horária em folga, medida autorizada pelo secretário municipal de saúde.

Ressalta-se que nessa ação de seis horas, foram atendidos 68 homens, com faixa etária de 22 a 63 anos. Para 22 homens, foram solicitados exames de Antígeno Prostático Específico (PSA), sendo que dois apresentaram alterações significativas e um dos casos foi encaminhado prontamente ao atendimento referencial, que na época era o Hospital de Câncer em Barretos – SP.

Desse modo, a partir dessa experiência profissional, entendeu-se que existe uma demanda reprimida e a procura fica impossibilitada, principalmente pela indisponibilidade de horário. Nesse sentido, cabe explicar que após essa ação e dos resultados apresentados aos gestores, ficou estabelecido um dia de atendimento de formato quinzenal em horário diferenciado para a população masculina.

Portanto, a partir dessa experiência, o intuito desta pesquisa foi desenvolver um processo educativo voltado para os profissionais da rede de atenção básica na assistência ao homem.

OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Desenvolver processo educativo para profissionais que prestam assistência ao homem em uma Estratégia de Saúde da Família.

2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar os usuários masculinos e a equipe de uma ESF por meio das condições sociodemográficas e de saúde;
- Realizar oficinas educativas direcionadas aos profissionais de saúde, a partir da Política Nacional Saúde do Homem e fomentar estratégias para a presença e adesão dos homens na UBS;
- Construir sequencia de um processo educativo que possa servir como instrumento no atendimento à população masculina.

REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Concepções do sexo masculino perante a sociedade

Na década de 90, segundo Connell (1997), o modelo cultural e ideal da figura do homem na sociedade era visto como o detentor de poder e controle. O autor define o homem, enquanto ser humano, por sua masculinidade e aponta que o mesmo, no tocante aos aspectos de personalidade e cultura, enquanto alguém que ocupa uma posição diferente ao que foi definido para as mulheres.

A masculinidade tradicional estabelecida por Machin (2009), funde-se na figura de um ser provido de força física inabalável. Essa força está relacionada tanto à dedicação ao trabalho, bem como perante outros homens que convivem em seu meio. Também alguém que, por meio do trabalho, fica como principal provedor de sua família.

A idealização então da masculinidade é historicamente estabelecida por regras, normas e padrões fixados no modelo em que a sociedade vislumbra ou pensa ser a figura estereotipada do homem. No entanto, esse padrão vem sofrendo mudanças constantes ao longo do tempo, como afirma Lyra (2008), que diz não existir mais um único significado, pois a masculinidade é um processo contínuo e de transformação por gerações, revelando a pluralidade de sua existência, atividades e relações na sociedade.

A masculinidade também se remete a um modelo padrão formado pelo próprio homem, de um corpo saudável e invulnerável. Dessa maneira, Moura (2017) chama a atenção para que se reflita sobre esse aspecto da construção da sociedade no processo de formação da masculinidade e feminilidade. Pois essas pessoas, a partir dos estereótipos formados ao longo da história, foram inseridas na atenção à saúde e, normalmente, descontextualizadas da assistência integral e igualitária. Nesse sentido, vale complementar que somente “os mais fracos e vulneráveis” teriam “direitos” ao atendimento e cuidados em sua saúde e o homem não representa essa classe de pessoas.

A imagem vinculada a padrões de masculinidade, discutidas anteriormente, resultam e também reprimem a necessidade e prática do autocuidado, sendo que esses não foram vinculados à prática do homem. Ao longo dos anos, essa prática foi ressaltada entre o público feminino e foi estabelecida maior visibilidade para as mulheres e crianças nos atendimentos realizados na unidade de saúde. A não

valorização do cuidado, por parte dos próprios homens, está associada com as características que encontramos hoje nas unidades básicas de saúde. Elas se apresentam como cuidado incipiente, desleixo e ações curativas e utilização da medicalização. Percebeu-se que os profissionais estabelecem assistência a problemas de ordem sexual e/ou doenças crônicas, demandadas pelo homem, e as questões sobre integralidade do cuidado e adoção de medidas de promoção e prevenção à saúde, referenciada a este público ficam a margem (MACHADO *et al.*, 2012; VIEIRA *et. al.*, 2013).

Por outro lado, as práticas e o modelo biomédico, da assistência prestada, dificultam a aproximação do usuário e do profissional, além de fragilizar a criação de vínculo no fortalecimento para que o próprio homem se sinta integrante do serviço de saúde. Ferreira (2013) destaca que a construção do vínculo na unidade é primordial para que o ambiente se torne receptivo e acolhedor em todos os aspectos para os que buscam o serviço.

3.2 O homem e a procura ao serviço de saúde

Segundo Korin (2001), o público masculino tem dificuldade de reconhecer e aceitar sua situação de fragilidade e necessidade de cuidado e aponta que os mesmos buscam os serviços de saúde esporadicamente, influenciados por sua concepção de invulnerabilidade, do ser que não fica doente ou necessita de ajuda. Dessa maneira, o autor coloca a insuficiente valorização do autocuidado como um fator que distancia o homem dos serviços de saúde. Nesse sentido e, mais recentemente, Herrman (2016) reafirma que essa herança ainda é presente e fortemente enraizada e o homem ainda apresenta dificuldade em conceber a necessidade do cuidado com sua saúde. O autor coloca também que o homem acha, na sua maioria, que é desnecessária a realização de exames e consultas periódicas. Essas indagações e achismos mostram e associam o aumento dos índices de morbimortalidade no mundo relacionados ao sexo masculino.

De acordo com Henz, Medeiros e Salvadori (2017), a dificuldade da população em geral e, sobretudo dos homens, em reconhecer suas necessidades de saúde, principalmente no sentido de prevenção, faz com que a procura à assistência especializada aumente cada vez mais. Essa situação pode estar associada aos agravos das doenças e a dificuldade de cura quando as mesmas já se tornaram crônicas. Nesse

sentido, ressalta-se que essa demanda aumentada aos serviços especializados onera os cofres públicos, além de trazer prejuízos e sofrimentos ao usuário e familiares.

Dessa forma, Silva *et al.* (2013), Cavalcanti *et al.* (2014) e Correia *et al.* (2014), apontam que questões socioculturais como o conceito enraizado de que o homem é um ser resistente, que é corajoso, forte, provedor de sua casa e que não adoece, somado a outras barreiras físicas e estruturais da unidade de saúde, como indicadores é o principal aspecto influenciador da ausência do homem nas unidades básicas de saúde.

Questões culturais, descritas anteriormente, influenciam e reduzem a procura e a adesão dos homens aos serviços de saúde. Há uma exigência, socialmente construída, de que o homem seja física e psicologicamente forte, assim, ele rejeita cuidar de si, adiando ou negando tratamentos preventivos e de promoção e proteção da saúde (SILVA *et al.*, 2012).

No que tange a ideia de serviço de saúde, o homem possui a visão de um espaço feminilizado e não pertencente a sua categoria. Essa característica também pode estar associada ao fato de que a maior parte do grupo de profissionais da área da saúde, especificamente da ABS (Atenção Básica de Saúde), é composto por mulheres, ocasionando um limite na busca pelo público masculino aos serviços, visto que, o ambiente torna-se mais conveniente às mulheres (FIGUEIREDO, 2005). Essas características têm gerado constrangimento e, assim, o homem não se sente pertencente a unidade de saúde (ALVES *et al.*, 2011).

O sentimento de vergonha vivido por alguns homens, vai ao encontro da resistência em expor sua vida e problema, em especial quando referenciado a profissionais do sexo feminino (MENDONÇA; ANDRADAE, 2010). Sendo assim, a construção regida por marcas permanentes de identidade como a sua invulnerabilidade, contribui para o enfraquecimento e dificulta a adoção de ações e políticas públicas voltadas para a promoção e prevenção da saúde do homem (VIERA *et al.*, 2013).

O acesso ao serviço de saúde e horário de funcionamento das UBS (Unidade Básica de Saúde), bem como a falta de unidades específicas para o atendimento aos problemas referentes à saúde do homem, podem ser pontos que influenciam a baixa adesão e procura do homem ao serviço de saúde de forma espontânea, para medidas de prevenção (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

A grande maioria das unidades de saúde é organizada e estruturada para disponibilizar atendimento integral em horário preestabelecido e geralmente não faz uso da flexibilização de horários, seja ele estendido ou diferenciado. Nesse sentido, o horário habitual de atendimento é um impedimento e se torna incompatível com a maioria dos homens, em especial aos trabalhadores que cumprem carga horária rígida (KNAUTH *et al*, 2012).

Outra questão que influencia o não comparecimento do homem na UBS, parece estar associado com as dificuldades no processo de acolhimento ou acolhimento pouco atrativo, que está ligada à frágil qualificação profissional para lidar com o segmento masculino (GOMES *et al*, 2011), situação que mostra necessidade de adoção de estratégias que se voltem tanto para a ampliação das ações como para a sensibilização dos homens em cuidar de sua própria saúde.

Storino (2013) defende que o acolhimento pode acontecer verdadeiramente quando os profissionais utilizarem a estratégia da escuta qualificada, absorvendo e solucionando as reais necessidades do homem e oportunamente aproveitem a ocasião para realizar a promoção de saúde e disponibilizem os serviços de sua unidade.

Percebe-se assim, a obrigação e comprometimento de todos os envolvidos no processo de promoção a saúde. Tanto o próprio homem quanto o profissional, necessitam estar empenhados no processo e reconheçam que a integralidade e excelência do atendimento está firmada na mutualidade que cada um dispensa (VIEGAS, *et al.*, 2013).

3.3 Saúde do homem na atenção primária

As políticas públicas, de maneira geral, foram formuladas a partir de movimentos sociais, como por exemplo, o movimento feminista e, assim, a partir desses movimentos foi planejado para grupos descritos como vulneráveis e com o intuito principal de conceder prioridade no atendimento e assistência. Cabe explicar que essas prioridades são válidas e importantes, pois cada estrato de idade ou condição de saúde exige uma assistência específica. Nesse sentido, vale lembrar que os dados epidemiológicos mostram que o conjunto de pessoas que recebem menor atenção em relação à assistência, normalmente apresentam situações mais agravantes e utilizam mais os serviços especializados, condição associada aos homens.

De acordo com Couto e Gomes (2012), os homens morrem mais cedo do que as mulheres, sendo que um dos motivos está associado ao modelo de masculinidade, descrito anteriormente e, essas atitudes podem levar comprometimentos para a saúde do mesmo. Ainda que a cultura enraizada e os papéis relacionados ao homem influenciem no aumento da violência cometida contra mulheres, crianças e contra eles mesmos, e o desemprego comprometa o bem-estar masculino e possa se relacionar a suicídios de jovens.

A imagem do “super-homem” aparece como forte, saudável, pronto sexualmente, corpo escultural, o ideal cultivado em o âmbito social, entretanto observa-se aumentar o número de jovens que utilizam drogas para obter um desempenho sexual, e esteroide anabólico para adquirir um corpo sonhado e assim colocando em risco a vida e saúde (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Segundo Couto *et al.* (2010), há uma invisibilidade sobre a necessidade do cuidado com a saúde do homem, sendo necessário ampliar o reconhecimento e o acolhimento de demandas e necessidades masculinas em saúde para assim romper com padrões pré-determinados do homem saudável, isento da necessidade do cuidado, o que permitiria resgatar a equidade e aprimorar o cuidado e a assistência em saúde para todos os indivíduos.

Em relação à questão cultural, Moura *et al.*, (2014) relataram que o homem, por natureza, adota a expressão de ser sempre forte e ainda não reconhece a necessidade da prevenção de sua saúde. Nesse contexto, a doença torna-se um sinal de fragilidade, pois os homens não se permitem reconhecer essa situação como própria da sua condição biológica. Acredita que sempre será forte e nunca adoecerá e, assim, também se julga invulnerável. Esses fatores contribuem para que ele cuide menos de si e ainda se exponha mais às situações de risco, aumentando sua resistência na busca de serviços de saúde. Os homens acreditam que cuidar da saúde de forma preventiva é uma tarefa feminina.

Segundo Couto e Gomes (2012), o conceito de masculinidade foi construído na sociedade e tem trazido seus impactos no processo de saúde, adoecimento e cuidado. E novamente aparece neste trabalho que o homem deixa o cuidado em segundo plano, situação que favorece e corrobora que grande parte dos homens adentra ao sistema de saúde por meio da atenção especializada em consequência do agravamento de alguma

morbidade. Essa condição poderia, na maioria das vezes, ser minimizada ou até evitada por meio das ações de promoção e prevenção da saúde.

A forma de organização dos serviços de saúde aumenta ainda mais a resistência masculina na procura das unidades básicas de saúde. Segundo Couto *et al.*, (2010), o formato de trabalho dos serviços de saúde oferece poucas explicações e investem pouco tempo sobre os fatores associados ao risco de adoecimento do homem, quando comparado com as situações associadas à saúde das mulheres. Esta condição influencia os padrões sociais de masculinidade e feminilidade em relação às noções de cuidado em saúde. Também, os homens buscam, preferencialmente, a atenção ambulatorial e hospitalar visto alegar não terem tempo, devido à jornada de trabalho (COUTO; GOMES 2012).

Historicamente, as mulheres fazem maior uso dos serviços de atenção primária, diferentemente dos homens que, como foi mencionado anteriormente, geralmente buscam por atendimento em situações extremas de emergência e/ou em nível especializado ou de urgência (MOURA *et al.*, 2014). A entrada nos serviços de saúde pela via hospitalar ou ambulatorial normalmente ocasionam maiores gastos pelo fato das exigências e agravo do estado de saúde. Além disso, há uma sobrecarga familiar do ponto de vista emocional, financeiro e físico, pois, em muitas situações, o homem, enquanto provedor do sustento familiar, quando se apresenta adoecido, gera insegurança. As condições de algumas doenças podem levar a incapacidades e necessidades de cuidados e a posição de chefe da família e protetor acaba por trazer maior responsabilidade e vulnerabilidade ao homem e toda família a ele relacionada.

Pensando em todas as adversidades e desafios, torna-se evidente a necessidade de fortalecer e qualificar a atenção primária, garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. Dessa forma, em agosto de 2008, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – princípios e diretrizes – PNAISH (Brasil, 2008). O PNAISH, diferente da maioria das Políticas instituídas pelo Estado, não representa a luta de movimentos sociais por identidade, porém, sua constituição é oriunda de ações afirmativas e relacionadas ao perfil de morbimortalidade masculina e de um diagnóstico sobre a saúde masculina a partir de dados epidemiológicos baseados nas taxas de morbimortalidade e dos

determinantes sociais das doenças que mais acometem os homens (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

No intuito de atingir o seu objetivo geral, que é ampliar e melhorar o acesso da população masculina adulta de 20 a 59 anos de idade aos serviços de saúde, a Política Nacional de Saúde do Homem foi desenvolvida a partir de cinco (05) eixos temáticos:

- **Acesso e Acolhimento:** objetiva reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.

- **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva:** busca sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos. Sendo o principal intuito envolver os homens nas ações voltadas para esse fim e programando estratégias para aproximá-los dessa temática.

- **Paternidade e Cuidado:** objetiva sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens com em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus(uas) filhos(as). Esse eixo destaca a importância da participação do homem e de como pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas(eus) parceiras(os).

- **Doenças prevalentes na população masculina:** busca fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.

- **Prevenção de Violências e Acidentes:** visa propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências, em especial a violência urbana e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema.

Em geral, objetiva-se promover a melhora da condição de saúde dos homens, a redução dos índices de morbimortalidade masculinos e facilitar o acesso dessa população aos serviços de atendimento integral à saúde na atenção primária, o que

confere à política um caráter mais abrangente no cuidado à saúde do homem (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

3.4 Política nacional de atenção integral à saúde do homem

Na América Latina, o Brasil é pioneiro na implementação de uma política nacional voltada à atenção da saúde do homem, porém não atingiu avanços significativos para diminuição dos índices de mortalidade por agravos ou causas evitáveis (MEDEIROS *et. al.*, 2011).

Os primeiros estudos acerca da saúde do homem tiveram início no final dos anos de 1970 nos Estados Unidos, e os mesmos apontaram desvantagens para o homem no tocante aos demonstrativos das taxas de mortalidade quando comparada a das mulheres. Assim, a partir do ano de 1990 a abordagem nos EUA foi modificada e focada na singularidade masculina e no seu processo de adoecimento, que se mostrou diferente das mulheres e demais estratos de idade e estados fisiológicos (COURTENAY, 2000).

Nos primeiros anos do século XXI, a temática saúde do homem passa a ser objeto de vários estudos internacionais e cinco hipóteses de diferenciação entre homens e mulheres referentes à morbimortalidade são estudadas, sendo elas; a especificidade biológica e genética, a diferença social, a ética e desigualdade, a intensidade da busca e uso do serviço de saúde e os cuidados prestados pelos profissionais de saúde ao homem (GOMES, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde em conjunto com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), promoveram o I Simpósio de Atenção Integral a Saúde do Homem em novembro de 2014, com o objetivo de discutir a saúde do homem de forma integral. Foram levantados diversos aspectos socioculturais observados em muitos homens em nossa sociedade, dentre eles destaca-se o fato dos homens não procurarem o serviço de saúde por acharem que nunca ficarão doentes. Outros ainda relataram o sentimento de medo em descobrir alguma doença e, assim, habitualmente os homens evitam o contato com o espaço de saúde. Os autores perceberam também que os homens se mostram avessos à prevenção e ao autocuidado, protelando a procura do serviço e permitindo que os casos se agravem e cronifiquem, causando danos maiores a sua própria saúde e qualidade de vida (KOHN, 2011).

Nesse sentido, no Brasil, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, foi constituída a Política Nacional de Atenção Básica que corresponde à porta de entrada do SUS, com as estratégias de humanização, ações e serviços em cuidados da saúde. A proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi lançada em 2008, por meio do Ministério da Saúde, com o intuito de nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, estimular o autocuidado, reconhecer que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (PNAISH, 2008).

O PNAISH busca, portanto, evidenciar os principais fatores de morbimortalidade e reconhece os determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde. Historicamente, essa população possui representações sociais sobre a masculinidade que comprometem o acesso à atenção integral, como também a torna vulnerável a situações de violência e de risco para a saúde. No entanto, os homens adentram ao serviço de saúde por meio da atenção especializada e quando ocorre a procura de atendimento por esse grupo, eles têm apenas o aspecto curativo (PINHEIRO, 2002).

Assim a criação do PNAISH (2008 p.53 e 54) tem como objetivos norteadores:

- Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, a atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde.
- Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde.
- Ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina.

3.5 Ações na atenção à saúde do homem

No intuito de realizar atividades específicas relacionadas com a saúde do homem, tem-se utilizado práticas como o Novembro Azul, iniciativa criada pelo Instituto Lado a Lado pela Vida, o qual se dedica a levar informações de saúde e conscientizar sobre a importância e necessidade de adoção de práticas saudáveis e mudança de hábitos de vida, focado na prevenção, por meio de campanhas e parcerias, sobretudo com o meio acadêmico e empresarial. Atuante em todo o Brasil, foi criado

em 2008, pela iniciativa de um médico urologista, Eric Roger Wroclawski. O Instituto é uma instituição sem fins lucrativos, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), com a missão de levar ao cidadão conhecimento sobre a sua saúde, nos aspectos de prevenção, acolhimento, inclusão social, quebra de paradigmas e preconceitos (Instituto Lado a Lado, 2015).

Normalmente, no mês de novembro são realizadas atividades com a intenção de conscientizar os homens sobre os cuidados integrais com a sua saúde. Desde o início, a intenção foi de promover uma mudança no conceito de ir ao médico ou na UBS e também realizar atividades de encorajamento para que os homens a fizessem exames de rotina e a cuidassem da saúde de maneira constante e frequente e não apenas quando já se apresentarem adoecidos. Nesse mês específico, também são feitas campanhas sobre prevenção e diagnóstico do câncer de próstata, além de levar informações sobre a prevenção e promoção aos cuidados integrais com a saúde masculina. Ainda há um incremento e incentivo da promoção da alimentação saudável, evitar fumar e consumir bebidas alcoólicas, prática de atividades físicas, sobre a saúde mental, infecções sexualmente transmissíveis, doenças crônicas (diabetes, hipertensão) entre outros pontos que deveriam ser observados de forma ininterrupta pela população masculina (BRASIL, 2016).

A programação de estratégias destinadas ao público masculino, embora sejam poucas, costumam ser executadas no intuito de melhorar a adesão masculina na atenção básica. Dessa forma, na descrição de uma atividade realizada os autores incluíram o atendimento em curto período de tempo, com menor tempo de espera e recebimento de kits contendo materiais de higiene e preservativos, sendo também oferecidos lanches. Outra estratégia foi a locomoção dos profissionais de saúde para atender os homens em seus locais de trabalho, onde eram realizados atendimentos específicos e ações educativas relacionadas ao planejamento familiar e a contracepção (JESUS; SILVA, 2014; MOREIRA *et al.*, 2016). Por meio destes trabalhos percebeu-se que, apesar da população masculina estar ausente da UBS, existe a necessidade de enfrentamento e principalmente o empenho de criar estratégias diferenciadas para o alcance dos homens.

No Brasil, já se tornou uma tradição colocar iluminação azul em prédios e monumentos históricos no intuito de fazer menção ao Novembro Azul. O objetivo dessa ação é chamar atenção para o movimento global e trazer informações e

conscientizações sobre o que deve ser feito em prol da saúde do homem. Outra estratégia que tem sido utilizada por alguns profissionais e serviços de saúde é a do dia “D”, expressão essa utilizada desde a Primeira Guerra Mundial no contexto militar e se refere ao dia em que uma importante operação seria executada. O uso dessa expressão na saúde pública tem o significado de que deve haver um planejamento com antecedência para execução de uma ação em saúde, com dia e hora pré-estabelecidos. Oliveira (2013) reitera que o dia D da saúde do homem é uma ferramenta de trabalho praticada pelas equipes de saúde com o objetivo de disseminar a conscientização da população masculina sobre os aspectos que orientam a saúde do homem e o autocuidado.

Essa estratégia contribui positivamente na saúde do homem, sendo utilizada como instrumento atrativo que possibilita maior adesão do público masculino na atenção primária, disponibilizando, assim, um dia específico na UBS destinado apenas para estratégias vinculadas à saúde do homem (MEDEIROS, 2013). Cabe explicar que as ações específicas desenvolvidas ajudam para incremento da adesão e presença do homem na unidade de saúde, mas ainda estão bem aquém das necessidades.

Outra atividade que está sendo ressaltada é sobre o Mês de Valorização da Paternidade, celebrado anualmente em agosto. Essa ação objetiva promover o engajamento dos homens nas ações do planejamento reprodutivo, no acompanhamento do pré-natal, nos momentos do parto de sua parceira e nos cuidados para o desenvolvimento da criança, com a possibilidade real de melhoria na qualidade de vida para todas as pessoas envolvidas e vínculos afetivos saudáveis. O mês de valorização da paternidade foi instituído pelo Comitê Vida, grupo de trabalho Intersetorial que integra profissionais de organizações governamentais, não governamentais, universidades e demais pessoas e instituições interessadas. A Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH) do Ministério da Saúde apoia essa iniciativa e estimula que seja desenvolvida em todo território nacional. A valorização da paternidade é uma proposta de política pública direcionada aos direitos das crianças e adolescentes, no tocante a equidade de gênero para a saúde do homem. Além de ser uma política voltada para o fortalecimento de vínculo familiar, carinho e afetividade (BRANCO, 2014).

A ação “Valorização da Paternidade” está baseada em um dos eixos prioritários da PNAISH que é o eixo de Paternidade e Cuidado. O eixo da Paternidade e Cuidado consiste em incentivar a presença de homens acompanhando suas parceiras nas consultas de pré-natal e traz a ideia de que o acesso dos homens aos serviços de saúde para participar dessas consultas também pode ser potencializado como momento de promoção do autocuidado e educação em saúde. Compreender essa necessidade de valorização da participação paterna, desde o pré-natal, desmistifica e supera obstáculos de adaptação e cuidado com o filho e a puérpera, contribuindo para bons níveis de amamentação e redução do desmame precoce (MAYCOOCK, 2013).

Ainda sobre esse eixo, um ponto fundamental é a estratégia pré-natal do parceiro, que tem como objetivo sensibilizar trabalhadores de saúde sobre a importância do envolvimento dos pais e futuros pais na lógica dos serviços de saúde ofertados. Este eixo traz a possibilidade de os homens realizarem seus exames preventivos de rotina e também que possam fazer testes rápidos para sífilis, hepatite e HIV (Vírus da imunodeficiência humana), e também que atualizem o cartão de vacinação. Ainda preconiza que os mesmos participem de atividades educativas desenvolvidas durante o pré-natal, no intuito de estimular a sua participação por ocasião do parto e cuidados com a criança e ao mesmo tempo exerçam uma paternidade ativa, dessa forma eles passam a compreender a amplitude das alterações emocionais e fisiológicas de seu filho (SILVA, 2012).

Cabe destacar ainda que existem muitas oportunidades, fornecidas pelo Ministério da Saúde, no tocante ao aprimoramento profissional a respeito do assunto relacionado à saúde dos homens. Nesse sentido, existe o Curso Promoção do Envolvimento dos Homens na Paternidade e no Cuidado, o qual foi elaborado em parceria com o Instituto Promundo, organização não governamental, fundada no Brasil desde 1977, hoje atua em diversos países buscando promover a igualdade de gênero e prevenção da violência com foco no envolvimento de homens e mulheres. Esse curso é direcionado para profissionais da saúde e gestores e tem como objetivo discutir questões relacionadas ao exercício da paternidade e do cuidado, como gênero, sexualidade, diversidade sexual, masculinidade e violência, com foco na área da saúde. Com isso, os homens devem ser incentivados e apoiados em expressar seus

sentimentos e emoções no ato do atendimento feito pelo profissional da saúde, buscando promover uma escuta qualificada, acolhedora e resolutiva (BRASIL, 2016).

As ações voltadas para o planejamento reprodutivo deverão ser trabalhadas como uma estratégia essencial para qualificar a atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, a perspectiva da inclusão do homem aos serviços de saúde, por meio do Pré-Natal do Parceiro, aprimorando, assim, os vínculos afetivos familiares dos usuários e das usuárias nos serviços ofertados. Essas ações têm grande potencial para auxiliar em um dos principais objetivos da política que é ampliar o acesso e o acolhimento dos homens aos serviços e programas de saúde e qualificar as práticas de cuidado com sua saúde de maneira geral no âmbito do SUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Normalmente, o homem desconhece o direito de ser incluído no programa pré-natal de seus filhos, isso ocorre por parte de um descaso dos serviços de saúde em não realizar campanhas divulgando os direitos paternos, também pela falta de comunicação entre profissionais e as gestantes sobre a importância da presença do pai durante as consultas. Essa falta de informação mantém os pais distantes dos detalhes da gestação e do parto de seus filhos (SHIMIZU; LIMA, 2009; SILVA; BRITO, 2010).

Dessa maneira, o curso “Pai Presente Cuidado e Compromisso” foi pensado para atender à crescente demanda de pais e/ou futuros pais sobre como se envolver em todo o processo de planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e pós-parto de sua parceira e nos cuidados durante o desenvolvimento da criança. Tem como objetivo aumentar os vínculos dos homens com a suas parceiras e com seu filho e, ao mesmo tempo, estimular o seu autocuidado com a saúde, promovendo uma paternidade ativa, possibilitando uma melhor qualidade do vínculo afetivo saudável. A questão paternidade propicia a entrada do homem no serviço de saúde, na tentativa de mantê-lo presente no serviço a PNAISH, garante a oferta de exames de rotina, testes rápidos, hipertensão e diabetes no pré-natal do parceiro (BRASIL, 2016).

Verifica-se que existem diversas formas de inclusão da saúde do homem na atenção primária. No entanto, os estudos apontam que a presença dos homens aumenta em determinadas atividades, especialmente nas consultas médicas, atendimentos odontológicos e atividades disponibilizadas em alguns dos serviços específicos como a fisioterapia. Os homens participam menos de consultas de enfermagem,

acompanhamento do pré-natal e da puericultura – e de atividades educativas (Couto *et al.*, 2010; Moura *et al.*, 2014).

Cabe explicar que os cursos acima descritos são ofertados gratuitamente, com certificação e carga horária de 60h e 12h, disponíveis no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS – AVASUS (BRASIL, 2010).

Apesar da tecnologia e do acesso às informações serem uma realidade, o perfil de morbimortalidade ainda não apresentou diferenças e melhoras significativas. De acordo com dados do DATASUS (2011), a proporção de óbitos entre os homens no Brasil atingiu a marca de 227.975 indivíduos, na faixa etária de 20 a 59 anos, no Estado de Mato Grosso do Sul (MS) e, dentre as causas, em primeiro lugar apareceram as doenças do aparelho circulatório (30,12%), as causas externas (provocadas por acidentes/violência) (21,05%), demais causas definidas (18,58%), neoplasias (14,64%), doenças do aparelho respiratório (10,07%), doenças infecciosas e parasitárias (3,66%).

Não obstante, chama atenção que em 2014 ocorreu aumento de 133.602 óbitos na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, sendo assim registrados no total 361.577 óbitos no Brasil. Quando se relaciona ao sexo, 68% dessas mortes foram em homens. A maior proporção desses óbitos entre os homens ocorreu na faixa etária de 50 a 59 anos (38%), vale destacar que as principais causas de morte está relacionado à causas externas (agressão por meio de disparo de arma de fogo ou não específica) com 29.297 óbitos, seguido de óbitos por doenças do aparelho circulatório, destacam-se nessa categoria as mortes por infarto agudo do miocárdio (IAM), com 22.310 óbitos, ainda podendo ser citadas como causas de morte o acidente vascular encefálico, hemorragias intracerebrais e cardiomiopatias, assim como também sendo outra causa de mortalidade expressiva no homem a doença alcoólica do fígado, que nesse mesmo ano foi registrada 7.269, entre os óbitos por neoplasias (tumores) são apontados 6.365 mortes por neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões (BRASIL, 2014).

De acordo com Moura *et al.* (2014), as oportunidades para atrair os homens ao comparecimento à UBS precisam ser mais exploradas pelas equipes de saúde da família com a principal finalidade de ampliar o conceito e desenvolver atividades que englobam além de questões referentes ao planejamento familiar, uso de bebidas alcoólicas e demais drogas, em atividades educativas específicas.

Outro olhar que deverá ser observado quando tratamos com o público masculino é a equidade no atendimento dessa população, considerando suas diferenças de idade, condição socioeconômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou mental e pelas orientações sexuais (PNAISH, 2008). Além disso, trazer uma direção que poderá repercutir em assistência à saúde mais eficiente e eficaz, contribuindo, assim, para a redução de complicações e aparecimento de agravos na população masculina (SILVA *et al*, 2012).

De acordo com Santana *et. al.* (2011), no intuito de melhorar a presença dos homens na UBS e trabalhar as suas questões de saúde, os profissionais ofereceram atendimento em horário ampliado, trabalharam em conjunto com outros setores da sociedade, mobilizaram associações de moradores e até mesmo alguns times de futebol, para fazer interações com outros grupos sociais da comunidade.

Nesse contexto, a educação em saúde assume um papel fundamental na atenção básica de saúde, tendo relação direta com a promoção do diálogo na construção da autonomia e emancipação dos indivíduos e coletividade. As informações sobre grupos sociais, suas inserções política, social e histórica, fazem a própria educação popular defendida por Freire (2007), como transformação do pensar em agir. Nesse sentido, Costa (2012) afirma que a educação em saúde contribui significativamente na formação da consciência crítica reflexiva do envolvido na ação, alcançando e adquirindo práticas voltadas a promoção de sua própria saúde e comunidade na qual está inserido. Couto *et. al.*, (2010) ressalta que a educação em saúde é um importante instrumento facilitador para capacitação de profissionais e comunidade, contribuindo para a promoção da saúde. Dessa forma, o profissional deverá desenvolver as práticas educativas e ações aos usuários de forma com que ambos sejam inseridos no contexto e construam coletivamente os saberes e práticas do cotidiano em saúde.

Não basta apenas desenvolver a assistência de atenção primária, sendo primordial utilizar métodos e temas específicos que estejam direcionadas às reais necessidades da comunidade. Também deve haver incentivos, por parte da gestão, para que os profissionais reconheçam que a educação em saúde deva ser praticada rotineiramente em todas as atividades e no cotidiano. A partir da educação das grandes massas, por meio de campanhas e ações educativas sanitárias, em prol da saúde, a

promoção e prevenção podem ser concretizadas (RODRÍGUEZ; KOLLING; MESQUIDA, 2007).

Esse déficit existente na implementação de promoção de saúde, por meio de atividades educativas, está atrelado a valorização das reais necessidades dos usuários, além da impossibilidade de horários flexíveis. Na busca de resultados satisfatórios que atinjam os objetivos de promover saúde, as estratégias educativas devem incentivar uma maior participação dos usuários, instigando o processo de mudança comportamental na ações de saúde implementadas, de forma livre e espontânea e não limitada ao repasse de informações (FIGUEIREDO, 2012).

Tendo como pilar da educação em saúde, a metodologia problematizadora, propõe que o conhecimento seja construído e compartilhado entre os envolvidos, profissionais e usuários. A partir dessa construção, as práticas educativas são direcionadas ao cotidiano da população que busca o serviço de saúde, alcançando maior resolutividade dos problemas de saúde e assim proporcionar melhor qualidade de vida a população atendida (ALMEIDA, 2012).

METODOLOGIA

4.1 Percurso Teórico

Foi utilizada educação popular como método para fundamentar a prática educativa com o intuito de levar informações que possam gerar profissionais comprometidos e reflexivos, pela mudança de atitudes e comportamentos, frente às questões sociais. Segundo Brasil (2007), as mudanças de atitudes e comportamentos trazem engajamento ativo nas lutas por direitos, posturas acolhedoras e de constituição da autonomia das pessoas e dos grupos sociais, sendo de extrema importância a disponibilidade de uma escuta e fala dos envolvidos, visão de saberes e cooperação.

A educação e o ensino devem se tornar um ato político e conduzir a um compromisso com a sociedade no intuito de gerar transformação e libertação. Nesse sentido, o trabalho foi conduzido nos pilares freirianos, a partir da educação problematizadora, de relação dialógica, ou seja, dialogar e politizar, problematizando e aprendendo juntos e, ainda, despertar a consciência crítica nas relações causais e circunstanciais, propiciando a transformação da consciência ingênua em crítica reflexiva (FREIRE, 2007)

Partindo do pressuposto do pensamento do educador Paulo Freire de que o diálogo produz a conscientização de modificação e transformação em uma relação de interdisciplinaridade, o ato educativo tem o diálogo como base pedagógica na prática humanista e mediatizada, sendo, antes de tudo, uma atitude de fé nos homens, do fazer e refazer, criar e recriar, fundamentados em três pilares: educador – educando e objeto de conhecimento (FREIRE, 1997).

O diálogo foi realizado utilizando a roda de conversa, conhecida como um espaço que intenciona a construção de novas possibilidades e a expansão do pensar, em um movimento contínuo de perceber – refletir – agir – modificar. Nesse espaço os sujeitos podem se reconhecer como integrantes da construção de suas ações e de suas próprias possibilidades de serem mais participativos nas modificações sociais e na realidade em que estão envolvidos (VASCONCELOS, 2007). Esses encontros dialógicos promovidos pelas rodas de conversas possibilitam a construção de sentidos, saberes e experiência. Essa proposta é coerente na promoção da saúde e políticas

públicas, valorizando o conhecimento existente e participação da sociedade (BUSS, 2003).

Também foram utilizados os encontros de oficinas enquanto estratégia facilitadora da relação ensino/aprendizagem. Essa estratégia permite a participação e expressão individual e a construção coletiva. De acordo com Silva *et. al.* (2012) e Lacerda *et. al.* (2013), a utilização das oficinas resgatam as reais necessidades do contexto explorado; além de ser um espaço de troca de experiências e saberes. Nesse momento, os participantes compartilham os conhecimentos sobre um determinado conteúdo ou temática, oportunizando um novo processo de assimilação e construção de saberes. As oficinas de aprendizado são formatos de construção de conhecimento pela ação e reflexão, que integra conceitos, crenças e informações da realidade dos participantes. São também espaços dialogados e construtivos, norteadores de formação em serviço de saúde, orientados pelas concepções problematizadora da aprendizagem e podem ser utilizadas as rodas de conversas, enquanto espaço dialógico.

4.2 Delineamento do Estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa e a amostra feita por conveniência, livre demanda até saturação das informações apontadas. Foi proporcionado aos participantes emitir suas opiniões sobre os temas, objeto ou conceito. De acordo com Leite (2012), esse tipo de estudo desperta aspectos individuais e aborda motivações não específicas, ou mesmo conscientes de maneira instintiva. Possibilitou o estudo das relações, representações e o acesso a experiências e interações em seu contexto natural, alcançando as particularidades do objeto de estudo.

4.3 Local e período estudado

O estudo foi realizado na ESF (Estratégia de Saúde da Família) Central, localizada no município de Glória de Dourados, Mato Grosso do Sul, que possui 9.927 habitantes, sendo 4.894 do sexo masculino (49,3%). A unidade escolhida para a pesquisa foi a ESF Central devido a sua localização ser de fácil acesso e também por possuir no cadastro do E-SUS (Estratégia de Reorientação do Sistema Único de Saúde) uma população de 1.172 homens, correspondendo a 24% da população total do sexo

masculino residente no município. A coleta de dados e demais atividades foram realizadas por um período de quatro meses, de março a junho de 2018.

Cabe ressaltar que esse município foi escolhido por ser de pequeno porte, devido ao vínculo que já tinha sido construído pelo pesquisador, uma vez que já fez parte da equipe da referida ESF e assim tornou-se viável o alcance dos participantes e ainda viabilizar projetos futuros e estender o trabalho para as demais ESFs do município e localidades circunvizinhas.

4.4 População e Participantes da Pesquisa

Os participantes usuários foram vinte homens maiores de 18 anos, cadastrados na respectiva ESF e que buscaram atendimento na ESF Central de Glória de Dourados/MS no período da coleta dos dados, que ocorreu entre os meses de março a julho de 2018. Nesse mesmo período também foram entrevistados dez profissionais, os quais estão lotados na equipe da respectiva ESF e que realizam atendimento para esse público. Não fizeram parte da pesquisa indígenas e profissionais da saúde que não possuíam vínculo efetivo com a unidade ESF Central, ou seja, os profissionais que estavam substituindo ou suprimindo necessidades de licença médica ou de maternidade, férias e/ou profissional prestador de serviço terceirizado.

4.5 Aspectos Éticos

A realização do trabalho foi autorizada pela Gerência Municipal de Saúde do Município de Glória de Dourados (Anexo A). O projeto foi submetido na Plataforma Brasil e na íntegra ao Comitê de Ética com Seres Humanos (CESH) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), sendo o mesmo aprovado por meio do parecer de número 2.507.108 (Anexo B). Os participantes, após receberem o convite, foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, etapas, formato, riscos e benefícios. Foi garantido o sigilo de identidade e que não haveria nenhuma forma de pagamento pela participação do estudo e caso se recusassem a participar sua vontade seria respeitada conforme as Diretrizes da Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que traz as normas para pesquisas envolvendo seres humanos.

4.6 Coleta dos dados

4.6.1 Dos usuários

A coleta dos dados em relação aos usuários foi realizada por meio de entrevista, utilizando questionário semiestruturado, a qual foi gravada e, posteriormente, transcrita na íntegra, extraindo os principais temas norteadores para entendimento das causas ou motivos que levam o público masculino a procurar a unidade e sobre a circunstância e horário em que eles teriam maior facilidade de acesso a unidade de saúde. A entrevista foi realizada pelo próprio pesquisador. Foram entrevistados 20 usuários da ESF Central, sendo que a mesma foi feita de forma aleatória e por livre demanda. As entrevistas foram realizadas por um período de quatro meses, ou seja, de março a julho de 2018, sendo o encerramento feito por meio do método de saturação.

Cabe explicar que para a coleta dos dados com os usuários, o pesquisador ficou em horário e tempo de funcionamento da unidade de saúde das 07h às 11h, como estipulado pela coordenação. Foram entrevistados os homens que procuraram o atendimento da unidade de saúde espontaneamente, sendo que o convite foi feito e os mesmos participaram de forma voluntária. Depois de aceito o convite, os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B). Destaca-se que as entrevistas foram realizadas no consultório de pré consulta da unidade de saúde, cedido pela coordenação para realização de todas as etapas da pesquisa.

Para realização da gravação, foi utilizado um Mídia Player - MP4, pela possibilidade de armazenar e reproduzir as entrevistas no computador, o que facilitaria sua escuta e posterior transcrição. Foi garantido o anonimato da identidade de todos os participantes dessa pesquisa, sendo que para cada entrevistado foi utilizada a nomenclatura Usuário, conforme a ordem da realização da coleta de dados. Segue o exemplo: Usuário 1, Usuário 2, Usuário 3, Usuário 4, e assim sucessivamente até Usuário 20.

4.6.2 Dos Profissionais da Equipe da ESF

O contato com os profissionais aconteceu a partir do convite para participar da pesquisa e contribuir na construção da tecnologia educativa. Os mesmos assinaram o TCLE que se encontra em anexo (Apêndice A). Foi realizada entrevista individual, a qual foi gravada com os profissionais de saúde: médico, enfermeiro, fisioterapeuta,

assistente social, odontólogo, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e recepcionista, utilizando um questionário semi-estruturado (Apêndices C e D). No segundo momento foram agendados encontros educativos, trabalhados em formato de roda de conversa (na sala que já foi anteriormente estabelecida). Os encontros aconteceram no período vespertino, durante os meses de setembro a novembro de 2018. Esse movimento proporcionou construir os questionamentos e demandas a respeito do conhecimento e implementação das políticas públicas voltadas ao público masculino. A partir desses questionamentos foi possível consolidar o embasamento teórico para planejar e promover as oficinas educativas que tiveram como finalidade criar estratégias motivadoras que desmistificassem a presença do homem na ESF e deixar o roteiro de um processo educativo para estabelecer o atendimento aos homens na atenção básica de saúde.

Destaca-se que as oficinas foram realizadas após a interpretação e análise dos dados trazidos pelos usuários e o trabalho realizado com os profissionais da ESF foi construído a partir da demanda e necessidades do usuário, com intuito de permitir o acesso e melhorar o atendimento ao público masculino.

4.7 Análise dos Dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas posteriormente. Para isso optou-se por utilizar Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). Os dados foram categorizados, permitindo a identificação dos pontos comuns.

Foi escolhido o método de análise proposto por Bardin (2011), que define a análise como um conjunto de técnicas e utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Esse método tem como base a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e que pode recorrer a indicadores quantitativos ou não. Além disso, está voltado ao estudo das comunicações entre os indivíduos, enfatizando o conteúdo das mensagens e os aspectos qualitativos do método. A análise de conteúdo é um método que pode ser aplicado tanto para uma pesquisa quantitativa como para a qualitativa, mas com aplicações diferentes, sendo que na primeira o que serve de informação é a frequência com que surgem determinadas características, enquanto na segunda é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características em um determinado

fragmento de mensagem que é levado em consideração (BARDIN, 2011). A análise de conteúdo consiste na leitura detalhada de todo o material transcrito, na identificação de palavras e conjuntos de palavras que tenham sentido para a pesquisa (BELEI *et. al.*, 2008).

Bardin (2016), sugere que a análise de conteúdo seja realizada em três fases fundamentais: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na primeira fase deve ser estabelecido um esquema de trabalho preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis. A segunda fase consiste no cumprimento das decisões tomadas na etapa anterior e, por fim, na terceira etapa, o pesquisador, apoiado nos resultados brutos, busca torná-los significativos e válidos.

Assim, baseado nos autores descritos para interpretação dos resultados na fase de pré-análise, foram realizadas as leituras das transcrições das entrevistas, com a finalidade de verificar e identificar as principais ideias contidas nos textos. Em relação à fase de exploração do material, foram selecionados os fragmentos das entrevistas pertinentes ao estudo e, após isso, categorizados. E, por fim, na fase do tratamento dos dados, foi iniciada a análise propriamente dita, estabelecendo relações e confrontando os dados com os marcos teóricos utilizados no estudo.

Por intermédio dos dados obtidos na análise de conteúdo, foi possível a proposição de inferência e interpretações relacionadas aos objetivos propostos na pesquisa, dialogando com autores sobre os temas encontrados.

4.8 Construção da tecnologia educativa

Após a coleta dos dados iniciou-se a construção da tecnologia, sendo que para este processo foi utilizado o método de Freire, já discutido anteriormente, e as estratégias educativas foram realizadas em forma de rodas de conversa e oficinas. A estratégia de roda de conversa é um procedimento firmado no diálogo e interação, respaldado pelo teórico Paulo Freire que afirma a importância dessa prática educativa problematizadora, na qual pessoas por meio das palavras se humanizam (PANOZZO, 2010).

Após conhecer a população masculina, no tocante às necessidades e características e os motivos que procuram a unidade espontaneamente, os resultados foram apresentados aos profissionais em forma de oficinas educativas. Essa estratégia

possibilitou o aprofundamento do contexto de conhecimento e saberes do usuário e profissionais envolvidos nesse processo de construção.

As oficinas abordaram os temas que foram gerados a partir das entrevistas realizadas com os usuários no primeiro momento, além de servirem como estratégia educativa no intuito de resgatar a necessidade do contexto explorado, da troca de experiência e saberes. Essa construção de conhecimento se deu pela ação e reflexão, que integra crenças, conceitos, e informações da realidade dos participantes, norteadas pela formação em serviço de saúde, orientadas pela problematização e aprendizagem das rodas de conversas (LACERDA, 2013).

Os temas das oficinas foram construídos a partir dos dados obtidos dos usuários entrevistados, que procuraram a UBS de forma espontânea, sendo estimulados a apresentarem as suas necessidades e características. Os temas trabalhados foram desenvolvidos de forma que fosse possível o aprofundamento sobre o PNAISH e a necessidade de estabelecer estratégias e ações para sua implementação; pensar em estratégias para melhoria do acolhimento do homem na UBS e, assim, permitir maior adesão ao programa e construir a sequência de um processo educativo. A assiduidade dos participantes aos encontros foi muito boa e notou-se uma aproximação entre os diferentes profissionais da equipe de trabalho no cuidado e assistência multiprofissional

Para análise da efetividade das oficinas, o processo aconteceu com a implementação da avaliação somativa e formativa, oportunizando que cada participante julgasse aspectos do pesquisador/facilitador e de todo o processo das oficinas nos seguintes pontos: conteúdo apresentado, clareza na apresentação, materiais disponibilizados, duração da oficina, ambiente e metodologia aplicada. A avaliação formativa consiste na prática da avaliação contínua realizada durante os processos de ensino e aprendizagem, com finalidade de melhorar a aprendizagem em curso, por meio de um processo de regulação permanente (VILAS BOAS, 2006).

Essa prática de avaliação diferencia-se pela atuação tanto do educador em sua maneira de atuar no processo de ensino, quanto na forma que educando atua, no tocante as discussões e geração das inferências a determinada temática. É sabido que o educador não é detentor de todo conhecimento, mas sim um mediador no processo de avaliação que promove aprendizagem (ARAUJO, 2015).

Segundo o mesmo autor, avaliação formativa consiste na evolução de aprendizagem pela motivação e incentivo do educando no desenvolvimento da autoavaliação e reconhecimento de seu próprio desempenho, com isso, fica evidente a compreensão dos critérios e objetivos previamente estipulados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

5.1.2 Participantes Usuários

Utilizando o método de conveniência e saturação dos assuntos apontados, foram entrevistados 20 usuários, os quais aceitaram participar da pesquisa de maneira voluntária. Os dados foram coletados durante o atendimento realizado na ESF – Central. A caracterização desses usuários está resumida na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos homens atendidos em uma unidade de saúde da família. Gloria de Dourados (MS), de março a julho de 2018.

Características	Variáveis	N	%
Estrato de idade	20 – 29 anos	2	10%
	30 – 39 anos	2	10%
	40 – 49 anos	3	15%
	50 – 59 anos	8	40%
	>60 anos	5	25%
	Total		20
Escolaridade	Ensino fundamental completo	17	85%
	Ensino médio completo	2	10%
	Ensino superior	1	5%
	Total		20
Estado civil	Casado	16	80%
	Solteiro	03	15%
	Viúvo	01	5%
	Total		20
Profissões	Agricultor	4	20%
	Aposentado	4	20%
	Autônomo	3	15%
	Motorista	2	10%
	Montador de moveis	2	10%
	Operador de maquina	2	10%
	Mecânico	1	5%
	Pedreiro	1	5%
	Assistente administrativo	1	5%
	Total		20
Categoria financeira	Assalariado	8	40%
	Autônomo	8	40%
	Aposentado	4	20%
	Total		20

Fonte: Elaborado pelo pesquisador

Os participantes apresentaram um estrato de idade discrepante, porém notou-se que a média de idade foi de 53,6 anos, sendo o mais jovem com 23 anos e o mais velho com 75 anos de idade. A Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem, direciona a assistência e atenção ao homem com idade de 20-59 anos (BRASIL, 2008), destaca-se que esse estrato de idade foi a maior porcentagem encontrada nos entrevistados desta pesquisa.

No que se refere ao grau de escolaridade, observou-se que 85% dos participantes tinham o ensino fundamental completo, dois declararam possuir ensino médio completo e um concluiu o ensino superior. Quanto ao estado civil, 80% declararam serem casados, 15% estarem solteiros e 5% viúvo. O nível de escolaridade influencia significativamente na adesão aos programas e ações de saúde, pelo simples fato de ter dificuldade no entendimento e compreensão das orientações e condutas prestadas pelos profissionais, o usuário que se sente intimidado facilmente abandona os grupos e as práticas educativas e preventivas voltadas a essa clientela (OSHIRO, 2010).

Em relação às ocupações, notou-se que as atividades estão relacionadas com trabalhos que exigem esforço físico e que privam os participantes de buscar o suficiente para manter condições adequadas de saúde, descanso e alimentação. Sendo assim, atividades ou estilos de vida laborais que ao longo dos anos podem gerar problemas crônicos de saúde.

Ainda no tocante à categoria de ocupação laboral, associada com o financeiro, observou-se que 40% dos entrevistados responderam serem autônomos enquanto agricultores ou motorista e aposentados. Essa situação permite ter uma flexibilidade em relação ao horário relacionado ao trabalho, pois não exige apresentação de atestado para justificar a ausência.

As atividades laborais, exercidas pela grande maioria dos homens entrevistados é que 40% são assalariados, isso restringe o acesso do homem ao serviço de saúde devido à incompatibilidade dos horários de funcionamento da unidade básica de saúde com sua jornada de trabalho diária. Essa situação deixa o trabalhador apreensivo por não atingir as tarefas habituais de seu dia de trabalho e exprimem o sentimento e receio da possibilidade de ser prejudicado por sua ausência (LEMOS *et. al.*, 2017).

Contribuindo ainda com a reflexão frente à jornada de trabalho e cuidado de saúde, pode-se afirmar que o rigor em cumprir uma jornada laboral diária e a

obrigatoriedade de executar as tarefas no tempo prescrito para o alcance de metas e objetivos da empresa, normalmente coincidem com o horário de funcionamento dos serviços de saúde, impossibilitando a inserção do homem aos serviços de saúde no que se refere a promoção e prevenção da assistência à saúde (SCHRAIBER *et. al.*, 2005). É necessário que tanto profissionais quanto as unidades de saúde, apresentem adequações, na medida do possível, no tocante a horários flexíveis e/ou estendidos para que os homens participem das atividades e busquem atendimento assistencial e preventivo (VIEIRA *et. al.*, 2013).

A partir do questionário e no intuito de compreender como o homem era inserido e de que forma ele adentrava a unidade de saúde, foram realizadas algumas perguntas. Nesse sentido, obtiveram-se diferentes respostas, as quais estão resumidas na Tabela 2. Cabe explicar que os fatores foram elencados enquanto características que fizeram os mesmos a estarem na UBS no momento da entrevista e fatores que impedem, dificultam ou afastam o homem na procura pelos serviços.

Tabela 2 - Fatores associados ao comparecimento ou não do homem para atendimento espontâneo na unidade de saúde da família. Glória de Dourados, MS, março a julho, 2018.

Variáveis	N	%
Quando não me sinto bem	17	34%
Dor inespecífica	8	16%
Solicitação de exame laboratorial	4	8%
Dor no peito	3	6%
Situação em que procura o serviço de saúde	3	6%
Trocar receita	3	6%
Vacina	3	6%
Resfriado	3	6%
Pressão alta	3	6%
Medidas preventivas	3	6%
Troca de Curativo	2	4%
Gastrite	1	2%
Horário de funcionamento da unidade	4	20%
Preconceito, machismo e vergonha	4	20%
Liberação do trabalho	4	20%
O que dificulta a procura ao serviço de saúde	4	20%
Demora no atendimento	4	20%
Morar longe da unidade de saúde	1	5%
Não possuir especialidade no posto	1	5%
Falta de informação das ações	1	5%
Não conhecer a política	1	5%

Fonte: Própria do pesquisador (dados da entrevista)

Observou-se que o principal motivo que levou os participantes a procurarem a UBS estava relacionado à condição de se sentirem adoecidos. Ou seja, eles procuraram ajuda porque já não conseguiam resolver a situação e, assim, foram em busca de ajuda e cuidados de assistência. Dentre essas situações, a questão da dor inespecífica foi a que mais foi mencionada, seguida da necessidade de realizar exames laboratoriais. Notou-se ainda que somente os itens “vacina” e “medidas preventivas” (como realizar exames em geral), apresentaram um caráter preventivo, motivos que deveriam ser os principais quando pensamos em promoção de saúde e prevenção de agravos, enquanto papel fundamental da saúde pública. Os demais estavam relacionados às questões curativas e emergenciais. Há estudos, a exemplo de Figueiredo (2005), que apontam que os serviços emergenciais de atendimento imediatista, tais como pronto socorro e farmácias, tem maior procura entre o público masculino, com a justificativa de dispor maior facilidade em expor seus problemas com a comodidade de não enfrentar filas a espera do atendimento do profissional de saúde e acreditar na resolutividade imediata e emergencial de seu problema. Nesse sentido, Gomides (2012) e Duarte (2012) afirmam que o aumento da procura dos serviços de média e alta complexidade pelos homens, são influenciados pela incompatibilidade do horário de funcionamento das unidades de saúde.

Cabe destacar que, a segunda parte da entrevista aos usuários proporcionou uma visão ampla ao pesquisador em relação aos aspectos de humanização e assistência integral, de como o homem se sentia ao receber o atendimento na unidade de saúde e ainda se esse serviço o acolhia de forma resolutiva. Foi possível notar também a opinião e o desejo dos participantes em relação ao horário e período do dia que gostariam de ser atendidos. Foi possível observar que a procura pela unidade de saúde concentrou-se no período matutino e, quando indagados sobre a possibilidade de atendimento noturno ou horário ampliado após o horário de funcionamento habitual da unidade, 80% afirmaram que seria mais fácil comparecer de forma mais sistemática ao posto de saúde e não somente em situações críticas.

Chamou atenção que os participantes não relataram conhecimento acerca da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem. Fato esse, também apontado por

Mendonça (2010), como um ato de surpresa por parte dos homens ao saberem da existência de uma política voltada exclusivamente para a assistência ao sexo masculino.

Enquanto destaque do pesquisador, percebeu-se que os entrevistados, de maneira unânime, demonstraram satisfação em relação ao atendimento diferenciado que receberam no momento da entrevista. É incontestável que a estratégia e política de humanização em saúde, tão falada e praticada por profissionais da atenção básica, influenciam diretamente na criação de vínculo do usuário com a unidade de saúde, proporcionando uma relação de confiança entre profissionais e usuários, o que facilita e aumenta a adesão ao serviço, sendo, portanto, papel fundamental para que ações e estratégias alcancem seus objetivos e resolutividade trabalhar constantemente o acolhimento e humanização (SILVA *et al.*, 2012; FERREIRA, 2011). Chama atenção para a importância em discutir as necessidades em saúde para o sexo masculino entre os profissionais, para que sejam rompidas as barreiras impostas pela população e pelos próprios profissionais, eliminando o pensamento enraizado de que o homem não “precisa” ou não tem “direito” a prevenção à saúde (CAVALCANTI *et al.*, 2014).

Quando questionados se era a primeira vez que buscavam o atendimento na unidade de saúde, dezenove afirmaram que já haviam ido à unidade mais de duas vezes e somente um dos entrevistados estava na unidade pela primeira vez. Um dos entrevistados comentou: “[...] *só fui porque estava me sentindo mal ao acordar pela manhã*” (Usuário 9). Percebeu-se que esse motivo foi relatado por 34% dos entrevistados.

Outro dado que vale a pena ser registrado, sendo uma característica dos entrevistados, é que os mesmos adentram a unidade de saúde e buscavam o atendimento curativo quando, na verdade, havia uma real necessidade de assistência. 68% dos homens entrevistados, relataram que buscam de forma efetiva quando apresentam dor inespecífica seja ela de intensidade leve, moderado a grave, dor no peito com sensação de morte e iminência de resfriado e hipertensão.

A prevenção em saúde é um assunto muito falado entre os profissionais da atenção básica de saúde, também são seguidas diretrizes e normas pautados em diferentes cadernos de atenção à saúde. No entanto, percebeu-se que, de maneira geral, os usuários homens não se mostraram conscientizados e deixam em segundo plano o cuidado com sua própria saúde. O déficit de informação acerca do autocuidado,

juntamente com a ideia formada e irredutível de invulnerabilidade masculina, são consequências da baixa adesão e ida ao serviço de saúde, impulsionando o aumento dos índices de morbimortalidade desse público (SCHWARZ *et. al.*, 2012).

Nesse sentido, constatou-se que não existem publicações específicas em cadernos de atenção básica voltados ao homem como os existentes para a saúde da mulher, das crianças entre outros. Consta inserido no último caderno de atenção básica de saúde, do ano de 2014, um capítulo abordando a saúde do adulto de forma ampla e inespecífica. No cenário atual de assistência em saúde, pouco se tem discutido sobre a prestação de cuidados ao homem e suas necessidades, bem como as práticas instituídas de prevenção e promoção aos agravos específicos de seu gênero, ocasionando a escassez do tema (SANTOS, 2009).

Neves (2010) afirma que direcionar a assistência da saúde do homem na ABS é um grande desafio para que ocorra a implementação da política pública, pois os profissionais nem sempre valorizam ou compreendem a importância em promover saúde para esse público, por outro lado, o próprio homem não se sente incluído no sistema.

Dentre os motivos que dificultam aos usuários procurarem a UBS chamou atenção a questão do horário de atendimento e questões de preconceito, machismo e vergonha, sendo que os mesmos destacaram como sendo um fator “preconceituoso” quando eles se encontravam na UBS para atendimento. Além disso, as questões e relações sobre o trabalho foram apresentadas como impeditivas para que o homem possa procurar mais efetivamente a UBS e não apenas em situações emergenciais.

A seguir estão apresentadas seis falas que chamaram a atenção, pois, foram colocadas enquanto justificativas mais marcantes pela não participação efetiva dos grupos de saúde e por desconhecer sobre a política voltada a sua assistência:

- a. [...] não participo porque moro no sítio e fica longe pra vir [...] (Usuário 1 e 17);
- b. [...] não, nunca me dediquei saber sobre isso aí... nunca vim não, já ouvi falar [...] (Usuário 2 e 11);
- c. [...] não, há não gosto mesmo [...] (Usuário 6);
- d. [...] não, graças a Deus não, não preciso, sou mais forte que você pensa, e aí é perda de tempo se um dia eu precisar eu venho [...] (Usuário 7);
- e. [...] não, como assim programa saúde do homem? [...] (Usuário 13);
- f. [...] não, participo não, sei que tem o programa saúde do homem, mas não sei como funciona não [...] (Usuário 14).

Nota-se que os serviços de saúde não são vistos pelos homens como um local onde eles se sentem integrados. Essa situação poderá estar associada pela própria organização da unidade de saúde, a qual apresenta lacunas no processo de observação da demanda que procura a unidade, pois em sua estrutura organizacional não estimula a participação do homem nesse segmento. Além disso, o mundo do trabalho em que estão inseridos não oportuniza a adoção de práticas saudáveis (GOMES *et. al.*, 2007).

Nessa mesma perspectiva, Araújo (2005) afirma que são poucas as unidades que possuem como estratégia voltada em atendimento em horário ampliado, com turnos noturnos e plantões nos finais de semana para atender o público masculino. Sem essas medidas o homem trabalhador que segue sua jornada de trabalho rigorosamente, não consegue se ausentar com frequência, pois poderá comprometer a sua estabilidade no emprego.

Essa condição também foi relatada por Gomes (2011) e a justificativa alegada pelos homens estava relacionada com a divergência dos horários de suas atividades laborais rotineiras e aos serviços prestados nas unidades de saúde. A literatura aponta também que existem poucas estratégias específicas direcionadas ao público masculino, no tocante a prevenção e promoção em saúde. Dessa maneira, Storino (2013) chama atenção para a necessidade de sensibilizar os profissionais atuantes para que adotem condutas de escuta qualificada no intuito de promover a compreensão e maior percepção acerca da saúde do homem enquanto é fator primordial para melhor adesão deste ao programa. Essa postura estabelece vínculo entre o profissional e o homem, influenciando diretamente na assistência do cuidado em saúde e participação efetiva do público masculino (PORCHE, 2014).

No tocante ao insuficiente conhecimento sobre o programa, seus objetivos e diretrizes podem ser aspectos condicionantes pela incipiente procura do público masculino. Nesse sentido, Brito (2010) notou que a maior porcentagem de atendimentos voltados para o público masculino está concentrada nos serviços de médio e alta complexidade nas unidades e serviços de saúde da atenção básica, corroborando assim com os achados desta pesquisa, pois os homens têm procurado, na grande maioria, os serviços e o cuidado com aspecto curativo.

5.1.3 Participantes Profissionais

Dentre os dez entrevistados, profissionais responsáveis pelo atendimento prestado ao usuário masculino na ESF – Central, foram dois médicos, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um assistente social e cinco agentes comunitários de saúde. Observou-se que noventa por cento (90%) dos profissionais trabalham mais de dois anos na função e na mesma unidade de saúde, sendo uma característica positiva, pois permite a criação de vínculo com a comunidade.

Foi visível a hegemonia feminina, sendo que dos dez profissionais entrevistados, oito foram mulheres, assim, o primeiro contato com a atenção básica de saúde é sempre realizado por mulheres. Essa característica poderá ser um fator que propicia certo constrangimento ao público masculino quando comparece e permanece nesses serviços, visto que o ambiente está mais conveniente às mulheres. Dessa maneira, Alves *et. al.* (2011) verificaram que indivíduos do sexo masculino estabelecem como barreira para buscar as unidades de saúde o fato da equipe daquele local ser composta predominantemente por mulheres e, por esse motivo, criam receios por considerarem um espaço que não os pertencem.

Quando os profissionais foram questionados no tocante a realização do acolhimento do homem no momento do atendimento (Apêndice C), as respostas demonstram que os mesmos a realizam de forma empírica e baseada no atendimento aos demais estratos de idade e sexo. Afirmaram ainda que as ações voltadas aos homens estão centralizadas no novembro azul e que se tornou um espaço utilizado para divulgação da PNAISH e momento do qual é dispensada maior atenção no intuito de realizar campanhas preventivas. Apontaram que nos períodos de campanha existe melhor adesão e parece facilitar a realização de exames específicos ao homem. Também comentaram que a maior dificuldade em atender o público masculino é o próprio homem, pois o mesmo não possui o hábito do autocuidado. Além disso, os profissionais associaram que um entrave importante está associado ao horário de atendimento da unidade de saúde e o horário de trabalho do homem, situação que impede a comparecimento desse público de maneira regular. A seguir estão listadas seis falas que confirmam essas situações:

- a. [...] bom eles vem demanda espontânea mesmo, uma vez novembro que faz alguma coisa diferente [...] (Profissional 2);
- b. [...] só em campanha, no dia a dia isso não tem... somente no mês de novembro [...] (Profissional 4);

- c. [...] aqui então eu percebo que o acolhimento em dias normais ele não se diferencia ... fora o novembro azul que a gente faz uma atividade mais voltada ao público masculino, a gente não tem conseguido fazer algo voltado para o homem [...] (Profissional 8);
- d. [...] o horário de trabalho deles, que eles nunca querem deixar pra vir consultar [...] (Profissional 3);
- e. [...] o homem não se previne, até pra tomar remédio de pressão, eles toma um dia ai para, passa um tempo eles passam mal e voltam aqui [...] (Profissional 9);
- f. [...] eu acho que deveria ter sim um atendimento noturno, seria uma porta de entrada desse homem na unidade [...] oportunidade de fazer prevenção [...] (Profissional 1, 3, 4, 5, 6,7 e 10)

Segundo Schraiber (2010), se apresenta comum entre os homens a justificativa de falta de tempo para procurar a unidade de saúde com o intuito de participar e realizar práticas preventivas. No seu estudo ele verificou que as justificativas estavam associadas com o receio de se ausentar das atividades laborais e, conseqüentemente, ser desligado de seu emprego. Além disso, os homens demonstraram preferir e valorizar práticas imediatistas e resolutivas de seu problema de saúde, como o aspecto curativo e alívio da dor aguda.

Esse pensamento de penalização em relação ao trabalho, relatado pelos participantes usuários e também referido pelos profissionais, mesmo com a concessão de atestado médico, reflete diretamente na adesão do homem à política pública disponibilizada nos serviços de saúde e, assim, este procura o serviço somente em situação de maior comprometimento e gravidade de seu quadro de saúde (CAVALCANTI, 2014; CORDEIRO *et al*, 2014).

No quesito de relacionar quais eram os motivos que fazem os homens procurarem a unidade básica de saúde, os mesmos evidenciaram que seus atendimentos estão associados com complicações a partir das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente com a hipertensão e o diabetes, resfriado, dor aguda, troca de receita. Esses motivos convergem com o apontado pelos próprios usuários enquanto motivação para procurar o serviço de saúde. Nesse aspecto, Viera *et. al.* (2013) afirmam que o homem busca o atendimento em duas circunstâncias: em último caso, quando isso afeta suas atividades laborais, ou na presença de dor insuportável. Associado a esses motivos, Knaut *et. al.* (2012) relataram que a outra parte do público masculino que busca o atendimento está ligado a razão de doenças crônicas, revalidação de receitas e solicitação de medicamentos.

5.2 Análise das Entrevistas

Após a transcrição das entrevistas, agrupadas as unidades e registrados os pontos que continham significado relacionado ao objetivo do estudo foram construídas as categorias temáticas.

Na Tabela 3 estão apresentadas as categorias que foram identificadas, sendo duas categorias temáticas e seis subcategorias que convergiram para os objetivos propostos.

Tabela 3 – Resumo das categorias e subcategorias encontradas na análise das entrevistas, Glória de Dourados, MS, março a julho, 2018.

Categorias	Subcategorias
Inserção do homem no serviço de saúde	Atitudes pessoais e ações na unidade básica com a intensão de prevenção da saúde
	Adesão ao serviço de saúde
	Barreira cultural na unidade de saúde
Efetivação da Política de Atenção a Saúde do Homem para promoção em saúde	Conhecimento relativo à promoção da saúde.
	Atenção integral à saúde do homem
	Potencialidade para aumentar a adesão do homem no serviço de saúde

Na sequência, serão apresentados fragmentos das falas das entrevistas e serão estabelecidos diálogos entre as categorias e subcategorias encontrados na fase de pré-análise e confrontados com autores que discutem esses assuntos.

5.2.1 Inserção do homem no serviço de saúde

Em relação a esta categoria temática, observou-se que grande parte dos homens que foram entrevistados relatou ter dificuldades em comparecer à unidade de saúde,

sobretudo em horário comercial. Nesse sentido, foram identificadas três subcategorias que estarão conversando com essa problemática.

5.2.1.1 Atitudes pessoais e ações na unidade básica com a intensão de prevenção da saúde

A atenção integral à saúde do homem no âmbito nacional se dá de forma bastante tímida, apesar da necessidade se mostrar abrangente. Historicamente, a assistência prestada à saúde na atenção primária está direcionada ao segmento materno infantil e para o estrato de idade idosa. Notou-se que essa visão persiste e foi encontrada nas falas, tanto pelos usuários quanto pelos profissionais entrevistados. Na sequência estão apresentadas falas que expressam essa percepção:

- a. [...] homem não liga muito para a questão de saúde, como a mulher faz... a mulher tem o preventivo e o homem não tem muito isso [...] (Usuário 8);
- b. [...] a grande maioria de meu atendimento é mulher, criança. O homem é pouco e quando vem foi por que se machucou, tá com dor, ou seja, de forma curativa [...] (Profissional 8 e 9);
- c. [...] ajudaria muito se da mesma forma que faz o preventivo para as mulheres no período noturno, fizesse pra eles né, viria muita gente eu tenho gente de minha área que nunca fez nada [...] (Profissional 3);
- d. [...] o homem também é ser humano e são iguais, eu sou de acordo que seja igual o da mulher se ela precisa de acompanhamento, nós também [...] (Usuário 7).

De acordo com Brasil (2018), nos últimos anos houve um crescente número de mortes entre o público masculino por doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus, o que em sua grande maioria poderia ter sido evitada com medidas de prevenção, sendo as unidades básicas de saúde como disseminadoras. Para Gomes (2017), os profissionais de saúde tendem vincular as ações preventivas às mulheres e curativas aos homens, devido ao fato que a demanda espontânea das unidades de saúde tem maior percentual entre o público feminino e infantil. Nesse aspecto, a PNAISH apresenta essa problemática, mas parece que a situação ainda não conseguiu melhorar e necessita de enfrentamento.

Muitos 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 (PNAISH, 2008, p.5).

A PNAISH deixa claro em seu texto que todo usuário deve ter atenção integral, focado na redução de morbimortalidade e na implementação de ações que levem a promoção, proteção, recuperação da saúde do indivíduo. Assim, a assistência oferecida se porta de forma holística e continuada e, sobretudo, garante os direitos do cidadão ao acesso aos serviços de saúde, porém nota-se uma lacuna importante entre o direito assegurado e o resolutivo.

5.2.1.2 Adesão ao serviço de saúde

Quando os usuários foram questionados em relação ao que consideravam como dificuldade para o acesso ao atendimento no serviço de saúde, três principais pontos foram relatados, sendo eles: a demora do atendimento prestado, a correria do dia a dia por conta da não liberação do seu local de trabalho e as características machistas do próprio homem. Os demais pontos foram bem variados e, assim, cabe ressaltar algumas. Chamou atenção que o usuário relatou não ter surgido oportunidade de ir à unidade e quando existia algum tipo de ação específica ao homem, não recebiam a informação em tempo hábil. Outra dificuldade apresentada foi referente à distância da unidade de saúde e, por isso, buscavam o atendimento quando estavam realmente doentes.

Os obstáculos constituídos por vários motivos que interferem no processo interação entre o sexo masculino e as unidades básicas de saúde são inúmeros. Os homens não possuem uma cultura formada para frequentar a unidade de saúde em busca de prevenção, com isso acabam negligenciando o acesso e ações que são direcionadas a eles. A inclusão do homem nas ações de saúde é desafiadora, pelo motivo de não reconhecer a importância do autocuidado e da promoção em saúde (SILVA *et al*, 2013).

Na sequência estão apresentadas falas de usuários e de profissionais em relação a essa subcategoria:

- a. [...] se você olhar a placa de atendimento a partir das 07h, ninguém consegue ser atendido antes das 08:30h, começa por ai [...] (Usuário 10);
- b. [...] tem que pegar ficha e esperar a sua vez [...] (Usuário 14);
- c. [...] eu acho que a demora pra atender, mais isso é em todo lugar né [...] (Usuário 17);
- d. [...] homem é mais complicado pra vim no posto mesmo, pra vim hoje aqui eu vim por causa de minha esposa que ficou no meu pé, há vai fazer uma consulta, coisa e tal se for pra esperar eu não venho, fica naquela amanhã eu vou e não vai [...] (Usuário 18);

- e. [...] *se tem fila eles ficam nervosos e querem ir embora [...]* (Profissional 3);
- f. [...] *o horário de trabalho deles, atrapalha, nunca quer deixar o trabalho pra vim, eles não tem paciência de ficar esperando [...]* (Profissional 3);
- g. [...] *só que é difícil agente vim, eu trabalho na usina, venho quando estou de folga [...]* (Usuário 8);
- h. [...] *minha irmã sempre fala, você fica só trabalhando, você não se cuida [...]* (Usuário 13).

Nas falas pode-se observar outro ponto marcante e que influencia a baixa adesão do homem em procurar atendimento nas unidades de saúde; está vinculado ao horário de funcionamento e ainda pela demora em serem atendidos. Situações que implicam negativamente em função de estarem associadas à jornada de trabalho. Assim, quando buscam o atendimento de saúde preferem a atenção secundária à atenção primária de saúde e dessa forma as ações ficam restritas a forma curativa e nunca há tempo de realizar ou executar ações preventivas (BRASIL, 2008).

A falta de infraestrutura organizacional e sistematizada das unidades de saúde prestadoras de serviços, não dispõe de horários flexível e/ou diferenciado para atender especificamente o público masculino, o que caracteriza um dos maiores impedimentos para o cuidado e promoção à saúde do homem (MORREIRA, 2014).

Nesse aspecto, Silva *et al.* (2013), Cavalcanti *et al.* (2014) e Correia *et al.* (2014) corroboram com os achados deste trabalho, pois em seus estudos verificaram que o homem se mostra um ser resistente, que não se permite adoecer, se mostra corajoso e forte na maioria das vezes enquanto provedor da casa e da família. A autoimagem somada às dificuldades relacionadas ao horário de atendimento e funcionamento das unidades de saúde, faz com que os homens busquem menos o serviço, quando comparados aos demais estratos de idade e estado fisiológico.

Quando os profissionais foram questionados a respeito das dificuldades para atendimento da população masculina na unidade estudada, os mesmos apontaram que:

- a. [...] *o homem é muito fechado em si [...]* (Profissional 1);
- b. [...] *o que acontece aqui e em todo o país é que o homem é mais difícil de tirar consulta que as mulheres [...]* (Profissional 6);
- c. [...] *mentalidade dos profissionais focarem a assistência nas mulheres que os homens é uma dificuldade. Homem vem por si só muito pouco, procura quando tem dor de forma curativa, ou só lá no novembro azul [...]* (Profissional 7);
- d. [...] *eu acho que deveria ter mais ações não somente o novembro azul [...]* (Profissional 4);
- e. [...] *não existe um trabalho específico procurando o homem para fazer uma consulta no posto de saúde [...]* (Profissional 6);

- f. [...] assim, não oferece nada específico essa consulta com clínico geral e só, não tem uma especialidade e quando tem é pelo SUS demora [...] (Profissional 9);
- g. [...] eu acho que eles até viriam mais que tivesse mais alguma coisa não só a consulta em si [...] (Profissional 2).

Notou-se forte questionamento sobre a não existência de programas exclusivamente destinados para a população masculina e também uma comparação, já que outros grupos ou estados fisiológicos recebem maior atenção e existem ações encontradas. Nesse sentido, Mendonça e Andrade (2010) e Couto *et al.* (2010) corroboram que, ao frequentar um serviço de atenção primária, é evidente a elaboração de programas e ações voltadas à saúde da mulher, no entanto não visualizam rotineiramente a mesma proposta direcionada aos homens.

Parece que a carência de protocolos assistenciais e horários flexíveis para o atendimento aos homens, reduz a demanda de quem procura espontaneamente a unidade para o atendimento, fato que pode ser encontrado nas falas dos profissionais. Quando indagados sobre se em sua unidade existia algum tipo de estratégia ou ação específica voltada ao público masculino, foram unânimes em afirmar que a assistência do homem se concentrava em ações exclusivas, em determinado período e tempo do ano. Essa constatação pode ser encontrada nas falas a seguir:

- a. [...] é feito somente no novembro azul mesmo [...] (Profissional 1);
- b. [...] só mesmo nas campanhas, teve ação mais no ano passado, novembro azul [...] (Profissional 4);
- c. [...] certamente não existe um trabalho específico procurando que o homem faça uma consulta no posto de saúde, não existe essa política de saúde no município todo tá [...] (Profissional 6);
- d. [...] a não ser o novembro azul, não tem nada mais [...] (Profissional 9).

5.2.1.3 Barreira cultural na unidade de saúde.

Notou-se que as questões culturais são um forte impeditivo para que os usuários masculinos não frequentem rotineiramente a unidade básica de saúde. Essas questões podem ser visualizadas tanto pelas falas dos usuários, mas principalmente dos profissionais, apresentadas a seguir:

- a. [...] eu acho que ainda tem muita barreira é que a mulher acaba buscando mais do que o homem, barreira da própria cultura do homem [...] (Profissional 7);
- b. [...] até mesmo nos profissionais tem aquela mentalidade o homem não vai mesmo a mulher ela trabalha mais sempre dá um jeito de ir, essa é a visão

*mentalidade dos profissionais [...] (Profissional 8);
c. [...] sem tá doente nunca vim, homem já não gosta de vim no medico e
ainda sem tá doente ficar vindo (risos) é difícil [...] (Usuário 8).*

Existe um pensamento enraizado na cultura do qual o usuário homem é apontado de forma negativa pelos profissionais da assistência por expressar impaciência na espera pelo atendimento. De acordo com Toneli *et al.* (2010) e Couto (2010), o comportamento da mulher normalmente tende a uma espera mais passiva e a mesma possui a docilidade e mansidão mais evidentes.

Cabe explicar que em relação ao fator cultural, sugere ser a própria identidade nascida na história, que ao mesmo tempo nos individualiza e nos torna eternos, sendo reconhecido pela diversidade de classe, gênero e raça. Pode ser um campo amplo da criação, da transgressão, do diálogo, da crítica, do conflito, da diferença e do entendimento (CAMPOMORI, 2008). Está presente em toda esfera da sociedade, interfere no aspecto e modo de viver, pensar e de se comporta no convívio com demais pessoas; valores e ideias são transmitidos a estes indivíduos pelo processo de educação e ensinamento, passado de gerações em gerações (CHIAVENATO, 2010).

O fator cultural, relacionado com a masculinidade, reduz a procura dos serviços de saúde e impossibilita muitas vezes a adesão devido a exigência socialmente construída de que o homem seja física e psicologicamente forte, que rejeita cuidar de si, adiando ou negando tratamentos preventivos e de promoção e de proteção da saúde (SILVA *et al.*, 2012).

O homem precisa manter seu status e, estar doente, remete a fraqueza e fragilidade, características da feminilidade MENDONÇA *et al.* (2009), afirma que o ser homem está associado à invulnerabilidade, força e virilidade, características incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança. Visto que hábitos de prevenção, usualmente são mais associados às mulheres do que aos homens (GOMES *et al.*, 2012). Essa constatação pode ser encontrada nas falas a seguir:

a. [...] o homem é muito fechado em si [...] (Profissional 1);
b. [...] os homens não ligam pra saúde eu acho as mulheres se cuidam mais [...] (Profissional 2);
c. [...] eu acho que é machismo dizer: “eu não estou doente”, eles não aceitam muito não, pelo que percebo aqui [...] (Profissional 9);

d. [...] meu maior problema é a vesícula. Então quando eu como comida gordurosa aí ataca, sinto dor eu venho no posto, somente nesta situação. Só venho quando o bicho tá pegando [...] (Usuário 6);

e. [...] eu sempre venho aqui quando tenho uma dor aqui, outra dor ali, quando tem problema né (risos) se a gente não tem nada, a gente não vem mesmo né [...] (Usuário 17).

A identidade masculina dentro do seu processo sociocultural é centrada na invulnerabilidade, preferindo buscar atendimento em farmácia ou prontos socorros, onde são atendidos imediatamente quando se sentem doentes, ao invés de buscar a promoção e prevenção em unidade de atenção básica (MOREIRA *et. al.*, 2014). O público masculino demora a reconhecer suas necessidades de saúde e essa característica faz com que os homens procurem o sistema de saúde por meio da assistência especializada, tendo como consequência o agravamento das doenças e a dificuldade de cura. Esses achados corroboram com Henz, Medeiros e Salvadori (2017), pois os mesmos verificaram que esses aspectos foram o principal motivo da ausência do público masculino nos serviços de saúde.

De acordo com Couto *et al.* (2010), a invisibilidade do homem no serviço de saúde é provocada por diferentes grandezas, tais como: assistência integral à saúde, onde a maior demanda nas unidades de saúde são mulheres e crianças, associado ao despreparo dos profissionais de identificarem e acolherem esse público na unidade de saúde em sua concepção e expectativa de assistência.

Outro desafio está relacionado com a assistência voltada quase que exclusivamente para demanda espontânea. Nesse sentido, percebeu-se que os homens não possuem um espaço exclusivo para o seu atendimento, ou seja, que os mesmos possam ser atendidos de maneira reservada e ainda ocorre demora no atendimento. Observou-se que essa característica provoca constrangimento nesse público, pois movimenta os aspectos culturais, como a sua autoimagem enquanto figura que não pode faltar ao trabalho para cuidar da saúde. Percebeu-se também, pelas falas dos usuários descritas logo adiante, um pensamento preconceituoso e machista. Outra dificuldade relatada está associada com a incompatibilidade de horário de trabalho e horário de funcionamento da unidade, bem como a liberação da empresa para busca de prevenção e assistência médica, ou mesmo uma solicitação das empresas para atividades preventivas no próprio local de trabalho. A falta de conhecimento gerado pelo avanço de políticas públicas também cria barreiras na oferta e procura por atendimento especializado.

Dessa maneira, por acharem que o ambiente dos serviços de atenção à saúde são espaços predominantemente de mulheres e que esse local se torna uma área feminina e também que os profissionais existentes na unidade frequentemente são constituídos por mulheres, o homem não se sente inserido no ambiente onde se promove saúde (FIGUEREDO, 2011). Essa característica pode ser notada pelas falas apresentadas a seguir:

- a. [...] o homem é mais complicado mesmo de vim no posto eu mesmo vim aqui hoje por causa de minha esposa que ficou no pé [...] (Usuário 18).
- b. [...] olha, 97% não vem por desleixo, falta de grau de escolaridade ... o homem é mais cabeça dura [...] (Usuários 3 e 14);
- c. [...] como ti falei o homem e mais ranzinza, foca no trabalho tem que trabalhar e não liga muito pra questão de saúde como a mulher, a mulher faz preventivo e o homem não tem muito disso não [...] (Usuário 18).

Para Furtado *et al.* (2012), os padrões de masculinidade assumidos distanciam os homens do autocuidado e se ausentam dos serviços de saúde. Também os valores que abrangem a educação familiar e que conduzem o homem a ser o provedor e protetor. Essa tradição gera modelos masculinos pouco envolvidos com a prática do cuidado em saúde e pode influenciar o comportamento de outros homens que tendem a gerar postura hostil e de pouca aderência ao autocuidado com sua própria saúde, como se pode notar nas falas apresentadas a seguir:

- a. [...] o homem é machista né, só vem quando está precisando mesmo [...] (Usuário 12);
- b. [...] só venho quando tenho algum problema mesmo, se agente não tem não vem né, por exemplo eu venho no medico e não tenho nada, ele vai falar o que você está fazendo aqui [...] (Usuário 17).

Com essa visão e convicção que são invulneráveis e fortes, os mesmos criam sua própria barreira, que os impede de praticar e participar de boas ações de saúde (SILVA *et al.*, 2010; COUTO *et al.*, 2010). A procura e permanência dos homens nos serviços de saúde, apontado por Couto *et al.* (2010), é que os ambientes e instalações da unidade de saúde não são favoráveis à permanência dos homens nos serviços, uma vez que esses ambientes são notoriamente destinados ao público feminino, sala com temas e imagens infantis para atrair a atenção das crianças e demais temas relacionados com questões de vacinais.

5.2.2 Divulgação da Política de Atenção a Saúde do Homem para promoção em saúde

A Política de Atenção à Saúde do Homem, criada desde o ano de 2008, trabalha o acesso e acolhimento do homem na unidade de saúde no intuito de organizar estratégias para a melhoria da qualidade de vida ao público masculino e reduzir os índices de mortalidade desse gênero. Apesar dos investimentos por parte dos órgãos governamentais, essa política ainda hoje possui fragilidades no tocante à sua concretização e adesão do público masculino. Notou-se, de maneira geral, que os profissionais que estão à frente da assistência ainda demonstraram desconhecimento do verdadeiro sentido dessa política e, por isso, foram criadas barreiras, pois exige habilidades para as práticas dispensadas à saúde do homem. Essas questões se tornaram bem pontuais, uma vez que entre os participantes da pesquisa foi mencionada a necessidade de receber mais conhecimentos específicos voltados ao público masculino e comentaram ainda que as ações não podem ficar concentradas em um determinado mês do ano, mas distribuídas por todo o ano.

5.2.2.1 Conhecimento relativo à promoção da saúde.

Muitos homens têm em sua concepção a imagem do serem fortes e que não ficam doentes e ainda pensam que cuidar da saúde é “coisa de mulher”. Também que os serviços de saúde devem ser procurados apenas quando estão doentes com agravos agudos e dores intoleráveis. A atenção à saúde precisa gerar o acolhimento das necessidades dos homens em geral e implementar ações direcionadas e atrativas para essa população, ou seja, não apenas responder às demandas (MEDRADO; AZEVEDO, 2011).

Dessa maneira, observou-se que a procura do público masculino pelo serviço de saúde está vinculada ao tratamento ou complicações das doenças crônicas como hipertensão e diabetes, quando em estágios avançados. Notou-se também que justamente porque a prevenção não ocorreu de maneira concreta, ocorreu essa falha e as ações preventivas poderiam ter ajudado a minimizar e controlar a evolução para a necessidade por assistência de forma curativa. Ainda, a procura em situações agudas de dor, mal-estar, febre e resfriado foram também mencionadas, sendo que os mesmos

procuram quando os outros “jeitos” não resolvem seus problemas. Essa constatação pode ser encontrada nas falas a seguir:

- a. [...] a saúde do homem é muito fechadinha no mundinho dele e só pensa na próstata ou só pensa na vacina ... se ver o número de mortalidade no homem altíssimo por falta de promoção em saúde [...] (Profissional 8);
- b. [...] não existe um trabalho voltado especificamente ao homem, ele só vem mesmo quando está bem mal [...] (Profissionais 3 e 6);
- c. [...] eles tem que procurar assistência antes da doença e não quando já está com a doença instalada [...] (Profissional 1);
- d. [...] por si só, o homem vem muito pouco, quando tem dor de forma curativa eles vem mais [...] (Profissional 7);
- e. [...] quando eu procurei o serviço de saúde eu já tinha infartado, agora eu venho mais [...] (Usuário 20);
- f. [...] a gente acaba ficando amarrado, porque quando vem pra mim já vem praticamente para internação [...] (Profissional 7).

A procura diminuída dos homens aos serviços de saúde provoca dificuldade aos profissionais da rede de atenção básica à saúde em realizar os objetivos instituídos pelo programa em promover a promoção e ações preventivas (LEITE *et al.*, 2010). Observou-se que os próprios homens não conhecem as diretrizes e os objetivos de um programa criado para eles, dessa forma, quando questionados se conheciam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, implantada pelo Ministério da Saúde, responderam predominantemente que não conheciam a política ou que nunca ouviram se quer falar a respeito.

- a. [...] já ouvi falar sobre saúde do homem, mais nunca vim não [...] (Usuários 1, 2);
- b. [...] não conheço não, saúde do homem? Só consulto mesmo [...] (Usuário 10);
- c. [...] saúde do homem? Eu já ouvi falar meio por cima essas coisas aí [...] (Usuário 8);
- d. [...] como assim programa saúde do homem, eu já fiz o exame da próstata é isso? Duas vezes mais nunca deu nada [...] (Usuário 13);
- e. [...] não tenho conhecimento sobre isso, sei que tem o programa saúde do homem [...] (Usuário 14);
- f. [...] falar a verdade eu não sabia que existia e também nunca procurei [...] (Usuário 16).

5.2.2.2 Atenção integral à saúde do homem

É imprescindível que os profissionais envolvidos na assistência à saúde do homem se empoderem de uma visão holística, rompendo crenças e valores, adquirindo novos conceitos no desenvolvimento de ações, promoção, proteção, prevenção e recuperação adequadas à assistência masculina.

A atenção à saúde do homem deve ser integral, cabendo aos profissionais integrantes da equipe multiprofissional envolvidos realizar constantes diálogos no intuito de buscar contemplar uma assistência que vise a proteção, prevenção e promoção, de forma prática, coordenada e continuada. Ainda buscar programar intervenções que possam ser realizadas em conjunto com outras unidades e setores como educação, esporte, cultura e lazer, objetivando alcançar o homem aonde ele se encontra (MEDRADO; AZEVEDO, 2011).

Ao longo do tempo, notou-se que a rede de atenção básica de saúde não preparou profissionais para atender as particularidades e especificidades da assistência à saúde do homem. Os principais aspectos estão relacionados com situações de vida e de trabalho dessa população com potenciais agravos à saúde, no entanto, não existe um procedimento a ser seguido, ou seja, esses profissionais se deparam com a necessidade de discutir e fazer saúde de forma a se reinventar diariamente, pensando em meios para atender as necessidades de saúde desse público, partindo do pressuposto de ter conhecimento prévio sobre as condições epidemiológicas e potencialidades de agravos referidos ao grupo em questão (CARRARA, 2009).

Observou-se que os profissionais participantes da pesquisa manifestaram essa necessidade em discutir e adquirir conhecimento acerca da política de atenção à saúde do homem, que foi implantada desde 2009, no entanto, poucas ações estão sendo executadas e até o conhecimento sobre a política e sua implementação está pouco elucidada e divulgada, tanto entre os usuários como profissionais. Essa característica pode ser notada por meio das respostas apresentadas a seguir:

a. [...] eu gostaria muito mesmo que a equipe se reunisse e trabalhasse a prevenção, estudar, sentar mesmo, fazer uma roda e ter conhecimento para chamar a atenção deles, toda a equipe [...] (Profissionais 2 e 8);

b. [...] os profissionais deveriam estudar mais sobre esta política, tentar implementar né, nos serviços que temos: pré-natal... atualizar sabe estudar, montar grupo de estudo, fazer educação permanente, sentar e discutir as vivências as pessoas não tem o habito de fazer isso [...] (Profissional 7).

A necessidade de aprimorar condutas e assistência voltadas ao público masculino é apontada por Silva (2013), que descreve que os profissionais necessitam adotar práticas diferenciadas para atender a demanda do público masculino, devem conseguir romper as barreiras físicas estruturais da unidade e a própria crença do

homem que busca o atendimento, incorporando novos conceitos e maneiras de se fazer saúde na promoção ao público masculino.

Segundo Medrado e Azevedo (2011), as ações educativas devem ser oferecidas para todos os que compõem a atenção básica de saúde, desde gestores até os profissionais de saúde, para que os envolvidos possam compreender a proporção e a necessidade de ações dirigidas aos homens, bem como elencar prioridades e estratégias a serem implementadas em seu serviço, a fim de reverter a visão do homem em sua postura machista, principal aspecto que leva a não pertencer ao ambiente da unidade de saúde a qual fazem parte enquanto política. Entender esses aspectos e gerir ações concretas constitui o principal desafio, pois necessitamos fazer esse enfrentamento e proporcionar mudanças concretas.

No intuito de atender o anseio sobre o conhecimento a respeito do que a política preconiza, foi ministrada uma oficina educativa, parte do projeto de extensão intitulado: “Orientação sobre saúde do homem”. O tema foi a respeito da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem e a atividade durou 45 minutos de exposição e depois proporcionou um momento de discussão. Dentro desse tema, o que gerou maior discussão foi sobre o que a política prioriza em assistência e o que é possível ser feito em sua unidade de saúde. Assim, ao final do encontro os participantes elaboraram um mapa conceitual do que significa a saúde do homem e seus principais objetivos de implementação e construção.

Os participantes da oficina esboçaram que, na maioria das vezes, são passíveis de transformação e sentiram que poderiam realizar mais ações, apesar do baixo investimento por parte dos gestores em capacitações e aperfeiçoamento. Essas constatações também foram observadas por Souza *et al.*, (2014), que relataram que a inércia, o comodismo e a rotina estática do serviço foram considerados um entrave para que a assistência ao homem possa ser mais criativa. Sobre a promoção e educação em saúde, a percepção dos profissionais foi de que as mesmas estão sendo pouco efetivas e que existe urgência para maior divulgação e disseminação da política, de seus princípios e objetivos, tomando como ponto de partida ações com base em dados epidemiológicos e ainda lembraram que o acolhimento é o principal ponto que gera a humanização.

5.2.3.1 Potencialidade para aumentar a adesão do homem no serviço de saúde

A elaboração de estratégias voltadas para a ampliação de ações e de forma de inclusão acerca da saúde do homem são questões muito discutidas na atualidade, bem como a sensibilização e conscientização dos homens sobre a importância do cuidado com sua própria saúde e autocuidado.

Promover estratégias acessíveis de serem implementadas na rede de atenção à saúde, poderia ser iniciada com a capacitação enquanto porta de entrada do SUS, ou seja, construção de uma assistência em rede eficaz no acolhimento e resolutividade dos problemas enfrentados pelo usuário masculino (GOMES, 2011; BRITO 2011).

Para tudo isso ser possível, torna-se indispensável que se tenha liderança estimulada para criar formas adequadas de orientação acerca da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades que acometem os homens. Também, instituir proposta inclusiva para que eles entendam que os serviços de saúde são espaços acolhedores e ambientes que devem ser utilizados pelo público masculino (BRASIL, 2008).

- a. [...] a promoção deve ser diária, utilizar vídeos educativos curtos na sala de recepção e consigam visualizar sua presença da unidade [...] (Profissional 6);
- b. [...] explicar a importância da participação na unidade de saúde em todas as oportunidades em que este homem vem buscar atendimento espontaneamente [...] (Profissional 5);
- c. [...] realizar uma busca ativa, colocar pontos nas ruas, praças onde eles possam ver [...] (Profissional 9);
- d. [...] a maioria trabalha e quanto tem campanhas noturnas eles participam mais [...] (Profissional 4).

Para Silva (2013), o desafio de alcançar níveis maiores de conscientização nos aspectos de prevenção, promoção e adesão do homem nas ações desenvolvidas pelos serviços de saúde é um trabalho árduo e exige trazer informações diárias nas unidades, com o intuito principal em reduzir as taxas e fatores de riscos que levam altos índices de morbimortalidade entre o público masculino.

Quanto estratégia, quando oportunizamos a possibilidade de horário estendido ou noturno para atendimento ao homem, ambos os sujeitos da pesquisa concordaram que essa estratégia influencia significativamente na adesão dos homens ao serviço de saúde. Relatos de profissionais em experiências já vividas, apontaram resultados satisfatórios e reafirmaram a intenção em retornar com esse tipo de estratégia.

- a. [...] durante o dia eles tem muita dificuldade por conta do trabalho e assim de noite seria ideal [...] (Profissional 1).
- b. [...] se tivesse um horário a noite seria muito bom, principalmente pra aquele que trabalha durante o dia [...] (Usuário 10);
- c. [...] a noite o posto não abre mesmo, se abrisse seria um horário bom, pra gente que trabalha [...] (Usuário 15);
- d. [...] se tivesse um horário diferente eu viria [...] (Usuário 3).

De acordo com Vieira (2013), nos serviços em que foram disponibilizados atendimentos em horários diferenciados e dias específicos, houve uma presença significativa do público masculino em comparação com aqueles que não flexibilizaram horários para atendimento. Assim, percebeu-se que a estratégia de ampliar o horário para mais tarde pode ser um ponto favorável na adesão dos homens.

Outra potencialidade seria a garantia do direito ao buscar o serviço sem ônus a sua ausência no trabalho, mesmo que já assegurado na Consolidação das Leis de Trabalho. O fato é que uma parcela significativa da clientela masculina estar inserida no mundo formal de trabalho e são apontados como uma das razões da baixa procura dos serviços de saúde pelos homens. O receio em ser penalizado no trabalho por se ausentar para consulta medica, mesmo sabendo que é disponibilizado o atestado para esta finalidade, foi apontado como motivo em que se afastam dos serviços de saúde. Essa característica está associada ao fato de muitos empregadores abonarem apenas atestados prescritos pelo profissional médico, sendo que atividades preventivas como realizar a vacinação e participar de ações educativas não são abonadas, ou seja, um atestado de comparecimento na unidade de saúde não será considerado válido (KNAUTH, *et al*, 2012). Essa percepção pode ser visualizada nas falas transcritas abaixo:

- a. [...] ele nunca quer deixar o trabalho pra vim eu falo trabalho é trabalho, saúde em primeiro lugar [...] (Profissional 3);
- b. [...] não tenho tempo é uma correria, não tem tempo é uma dificuldade [...] (Usuário 4);
- c. [...] é difícil vim a gente trabalha, eu faço mais no dia de minha folga isso se tem alguma coisa eu venho [...] (Usuário 8); d. [...] eu trabalho durante o dia em uma usina, mesmo pegando atestado eles descontam a metade, daí a gente não quer perder pra vim no posto, venho no dia da folga [...] (Usuário 5).

Assim, os compromissos e jornada de atividades dos trabalhadores com horário concomitante ao funcionamento das unidades de saúde, as quais atendem em horário comercial e padronizado no período matutino e vespertino, inviabilizam a participação

do homem nas ações desenvolvidas sobre a prevenção a sua própria saúde (VIEIRA, 2013).

A demanda espontânea dos homens que buscam atendimento nas unidades de saúde de atenção básica, quando comparado com o público feminino e crianças, é menor. Essa baixa adesão está vinculada ao sentimento de invulnerabilidade aos agravos, a falta de tempo gerada por sua jornada de trabalho e receio da descoberta de algum tipo de doença (COURTENAY, 2000; GOMES *et al.*, 2007).

O trabalho remunerado é uma realidade de muitos homens brasileiros, essa prática de trabalho está ligada a fatores de satisfação das necessidades de participar da manutenção familiar, em atender as necessidades básicas de sobrevivência e aceitação da sociedade para sua identidade masculina. Nessa condição, prioriza muito mais o seu trabalho e uma condição de vida razoável, ao invés de destinar um tempo para promoção de saúde (FRENZEL, 2014).

Apesar de ser garantido por lei trabalhista a ausência do trabalhador, desde que apresente atestado médico devidamente preenchido, muitas empresas infringem o que consta na CLT em seu artigo nº131, de 01 de maio de 1943, por descontar dos funcionários e impedir que o mesmo falte um período de sua jornada de trabalho para buscar assistência médica curativa e/ou preventiva, alegando que determinado atestado não abona sua ausência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi observado que o público masculino, nas unidades de saúde da rede pública de atenção básica à saúde, tem uma participação reduzida, quando comparado com o número de atendimentos realizados às mulheres, crianças e idosos.

Constatou-se que o homem possui em sua própria concepção a figura de ser invulnerável, que não fica doente, que sente medo de realizar consultas e assim se deparar com alguma doença incurável, exerce um posicionamento de provedor de sua casa e, por isso não dispõe de tempo para buscar atendimento de caráter preventivo ou de promoção da saúde.

Verificou-se que o principal motivo que leva o homem à unidade de saúde está ligado a problemas agudos como a dor generalizada ou inespecífica, devido às complicações da hipertensão, diabetes ou outras doenças crônicas. Também em situações de dor no peito ou outro agravo que precisa de um atendimento imediato para solução do problema que lhe causou mal-estar.

Notou-se que raramente adentra a unidade em situação que requer prevenção e/ou promoção e quando isso ocorreu estava associado a realização de vacinas e solicitação de exames periódicos. Notou-se que essas situações de prevenção ou solicitações de exames foram associadas com exigência do empregador para verificar a sua aptidão para desenvolver suas atividades laborais. Todavia, o mundo do trabalho não garante formalmente a adoção de tal prática preventiva e, assim, o mesmo mencionou que se sente prejudicado na iminência de perder o emprego e assim estar ameaçado seu papel de provedor.

Outro ponto detectado na pesquisa está correlacionado à predominância de profissionais femininas prestarem assistência ao homem. Esse aspecto faz com que surja uma barreira no sentido de que os assuntos de sua intimidade e masculinidade devem ser expostos ao sexo oposto. Os relatos mostraram impacto negativo e apreensão do primeiro contato ser realizado por uma mulher, além do ambiente do local de espera ser voltado para as demandas de outros estratos de idade e estados fisiológicos.

Observou-se que os serviços de saúde apresentaram dificuldades em atender a demanda apresentada pelos homens, quando estes buscam o atendimento espontaneamente. Principalmente no tocante ao tempo de espera, uma vez que o mesmo

precisa retornar ao seu trabalho o mais rápido possível. Essa situação também foi relatada pelos profissionais e os mesmos colocaram que está associado com a organização dos serviços e fluxograma de âmbito estrutural ou logístico. Para planejamento desse quesito, foi pensada a necessidade de criar estratégias que disponibilizem cuidados e condutas específicas voltadas ao homem para que esse atendimento ocorra em formato mais racional e sem “preconceitos”.

Situação interessante é o reconhecimento de criar estratégias que estimulem o acesso dos homens a comparecerem e participarem das campanhas em saúde pública, que os mesmos possam se enxergar como usuários e também parte da família como um todo; que eles consigam, por exemplo, se integrar de ações de “planejamento familiar” ou “pré-natal”, entender que a responsabilidade do homem é de igual importância com a da mulher. Os profissionais entenderam que existe a escassez de publicações e protocolos que os direcionem à assistência integral à saúde do homem. Assim, são necessárias mudanças nas estratégias dos serviços de saúde e no enfoque relacionado ao público masculino, com o intuito de inclusão em todas as atividades da comunidade.

Para os profissionais de saúde, o homem ainda não é reconhecido como personagem do cuidado e promoção em saúde e, nesse aspecto, foi apontada a urgência de melhorar o acolhimento. Essa condição pode ser visualizada devido à ausência do homem para o atendimento e, enquanto profissionais, pouco se tem sido feito para aumentar a adesão do homem ao serviço. Nesse aspecto, os profissionais apontaram para a necessidade, parceria e sensibilização de todos os atores envolvidos no processo, ou seja, gestores, profissionais, trabalhadores da saúde, usuários dos serviços e da população em geral. Observou-se uma expectativa e esperança por parte dos participantes profissionais no sentido da possibilidade de reduzir os indicadores de morbimortalidade masculina, os quais, na atualidade, têm mostrado aumentos a cada ano e, assim, causando maiores gastos com ações curativas ou até deixando sequelas.

Sugere-se então, o imperativo de ampliar as discussões sobre a temática de atenção à saúde do homem, considerando sempre as especificidades e complexidades do público masculino e, principalmente, utilizar-se da flexibilidade, coerência e adequação para um atendimento adequado. Lembrando sempre que as temáticas relacionadas à saúde do homem e à masculinidade, bem como as práticas educativas e estratégias de prevenção e promoção da saúde, não são abordadas de forma adequada

nem no âmbito da saúde e nem no da educação, o que tem contribuído para os insucessos e resistências associados ao atendimento do homem na unidade de saúde.

Os resultados demonstraram que os profissionais entendem e até realizam, de maneira geral, o acolhimento aos usuários, no entanto, apresentam fragilidades em realizar uma assistência dirigida ao homem em sua totalidade e complexibilidade. Cabe destacar que se observou ainda urgência em criar estratégias para envolver a comunidade em todo o processo de ensino e aprendizagem por meio da troca de experiência entre profissional e usuário, com objetivo de alcançar relações melhores de trabalho e qualidade de vida para a população desse estudo.

Outro fator importante está associado com as estratégias adotadas que estão especificamente focadas em um único mês do ano, como por exemplo, o “novembro azul”. Notou-se que as demandas são permanentes e deve-se encontrar um formato para que a política de saúde do homem aconteça diariamente a partir de seus respectivos gestores de saúde. Durante a execução das atividades deste projeto foram experienciadas estratégias para proporcionar e dar subsídios na implementação de medidas simples, como: extensão do horário de atendimento e atendimento noturno mensal, além do formato de organograma diferenciado para atendimento dos homens.

Acredita-se, portanto, que o envolvimento de forma ativa de todos os atores do processo interfere de maneira positiva na decisão do homem em procurar a unidade de saúde. Ainda que o conhecimento dos profissionais acerca das diretrizes e ações possíveis que regem a política nacional de atenção a saúde do homem, contribuiu significativamente na adesão e inserção do homem ao serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. F. *et al.* Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. In.: **Psicologia: teoria e prática**, v. 13, n. 3. p.152-166, 2011.

ALMEIDA, M. V. de. Gênero, masculinidade e poder: revendo um caso no sul de Portugal. In: **Anuário Antropológico: 1995**. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1996, p. 161-189.

ALMEIDA, F. A; SOUZA, M. C. M. R. **Educação em saúde: concepção e pratica** no cuidado de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ARAÚJO, M. A. L.; LEITÃO, G. C. M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. In.: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 396-403, 2005.

ARAUJO, F. M. R. **A avaliação formativa e o seu impacto na melhoria da aprendizagem**. Universidade de Lisboa, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à gestão participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Nacional de Saúde do Homem, **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**, Brasília: Ministério público, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**. Indicadores de mortalidade. Mortalidade proporcional por grupos de causas. Segundo sexo masculino, 2011. Indicadores de base de (IDB), 2012. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c04.def>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**: Mortalidade masculina na faixa etária de 20 a 59 anos. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**. Taxa de mortalidade específica por causas externas do sexo masculino, 2011. Indicadores de base de (IDB), 2012. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c09.def>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem: (princípios e diretrizes)**. 2008. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>. Acesso Janeiro 2017.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Saúde do Homem para Agentes Comunitários de Saúde – Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ambiente virtual de aprendizagem do SUS – AVASUS, 2010. Disponível em: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=67>).

BRASIL. A situação da paternidade no Brasil. Rio de Janeiro, Brasil: PROMUNDO, 2016. Disponível em: https://promundo.org.br/wp-content/uploads/sites/2/2016/10/relatorio_paternidade_03c_baixa.pdf

BRAZ, N, A. Construção da subjetividade masculina seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. In.: **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v, 10. N, 1, p, 97 – 104, 2005.

BORDENAVE, J; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino e aprendizagem**. 4 ed, 1989.

BRITO RS; SANTOS DLA. Percepção de homens hipertensos e diabéticos sobre a assistência recebida em Unidade Básica de Saúde. In.: **Rev. Eletr. Enf.** 2011;13(4):639-47.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

CARRARA, S et al. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. In.: **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v19, n 3, 2009.

CALVOCANTI, J.R.D, FERREIRA, J.A, HENRIQUES, A. H B, MORAES, G. S. N, TRIGUEIRO, J. V. S, TORQUATO, I. M.B, **Assistência Integral a saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento**. Escola Anna Nery. Rio de Janeiro. 2014

CAMPOMORI, MAURÍCIO JOSÉ LAGUARDIA. **O que é avançado em cultura**. A república dos saberes: arte, ciência, universidade e outras fronteiras. Belo Horizonte: Ed.da UFMG, 2008. p. 73-80.

CHIAVENATO, I. **Comportamento organizacional**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CONNELL, R. W. Políticas da masculinidade. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 185-206, 1995.

COUTO, M.T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. In.: **Comunicação saúde educação** v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010.

Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. In.: **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(10):2569-2578, 2012.

COUTO, MT; PINHEIRO TF; VALENÇA AO; MACHIN R; SILVA GSN; GOMES R, *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. In.: **Interface Comun Saúde Educ** 2010; 14(33):257-270

COURTENAY, W.H. Constructions of masculinities and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. In.: **Soc Sci Med**. 2000.

CORDEIRO, S. V. L., FONTES, W. D., FONSÊCA, R. L. S., BARBOZA, T. M., & CORDEIRO, C. A. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. In.: **Escola Anna Nery**, 2014.

COSTA, V. V. Educação e Saúde. In.: **Unisa Digital**, p. 7-9, 2012.

DANTAS, A. E. A. *et al.*, Perfil de homens a partir dos 40 anos atendidos no programa saúde do homem. In.: **Revista Ciências da Saúde Nova Esperança**. v.13 n. 1. p. 21-33. 2015.

DUARTE, S. J. H; OLIVEIRA, J. R; SOUZA, R. R. A política saúde do homem e sua operacionalização na atenção primária à saúde. In.: **Revista eletrônica gestão e saúde**, 2012.

FALKEMBACH, Elza Maria F. Diário de campo: um instrumento de reflexão. In: **Contexto e educação**. Ijuí, RS Vol. 2, n. 7 (jul./set. 1987).

FERRAZ, D; KRAICZYK, J. “Gênero e Políticas Públicas de Saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS”. In.: **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 9, nº 1, p. 70 – 82, 2010.

FERREIRA JÁ; MENESES RMV; MAIA RCA; MIRANDA FAN; SIMPSON CA; FONTES WD *et al.* Efetivação da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino: fatores influenciadores. **Rev. Enfermagem RFPE**. 2013; 7 (2): 579-588.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 30 ed. 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

FIGUEIREDO, W, S; SCHRAIVER, L, B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, 2011.

FIGUEIREDO, M.F.S; RODRIGUES, N.J.F; LEITE, M.T.S. **Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário**: Interface comunicação saúde educação, 2012.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. In.: **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, jan./mar. 2005.

FRENZEL, H. S; BARDAGI, M. P. Adolescentes trabalhadores brasileiros: um breve estudo bibliométrico. In.: **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**. Florianópolis, v14, nº 1, p 79 – 88, 2014.

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

GOMIDE, M. F. S; PINTO, I. C; GOMIDE, T. M. P; ZACHARIAS, F. C. M. Perfil de usuário em um serviço de saúde pronto atendimento. Medicina Ribeirão Preto. In.: **Rev. Latino. Ame. Enfermagem**, 2012.

GOMES, Romeu *et al.* Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. In.: **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 983-992, 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do; ARAUJO, F. C. de. “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”. In.: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, Mar. 2007.

HENZ, G.S; MEDEIROS, C.R; SALVADORI, M. A Inclusão paterna durante o pré-natal, **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Vol 6, n. 1, pg:52-66, 2017

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico, características da população sexo masculino, 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0,50,500400&cat=-1,1,2,-,128&ind=4707>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais, uma análise das condições de vida, 2013.

Instituto Lado a Lado pela Vida. Novembro azul: a campanha, 22 Nov 2015.

JESUS. D. C., SILVA R. P. Dificuldades encontradas para implementação da política nacional de atenção integral à saúde dos homens nas unidades básicas de saúde. In.: **Revista Enfermagem Integrada**. Ipatinga. v. 7. n. 2, 2014.

JUNIOR, Eduardo Alves Lima; LIMA, Hermínio de Sousa. Promoção da saúde masculina na atenção básica. In.: **Pesquisa em Foco**, v.17, n.2, p.32-41, 2009

LACERDA, A. B. M.; SOARES, V.M.N.; GONÇALVES, C.G.O.; LOPES, F.C.; TESTONI, R. Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. In.: **Audiol. Commun. Res.**, São Paulo, v.18, n.2, p.8592, Jun. 2013.

LEITE, Denise Fernandes; FERREIRA, Iracema Maria G; SOUZA, Marta Solange de; NUNES, Vanessa Silva; CASTRO, Paulo Roberto. A influência de um programa de educação na saúde do homem. In.: **O Mundo da Saúde**, v.34, n.1, p. 50-56, 2010.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. In.: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012.

KOHN, K. C. & STREY, M. N. A. (Nova) **política de saúde para homens: abrindo caminhos para os discursos masculinos**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2011.

KORIN D. Novas perspectivas de gênero em saúde. In.: **Adolesc Latinoam** 2001; 2(2):67-79.

LEMOS, Ana Paula et al. Saúde do Homem: Os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. In.: **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(Supl. 11):4546-53, nov., 2017.

MACHIN R; COUTO MT, Silva GSN *et al*. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. In.: **Cien Saude Colet** 2011; 16(11):4503-4512.

MACHADO MF; RIBEIRO MAT. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. In.: **Interface: comunicação, saúde e educação**. Abr/jun, 2012

MEDEIROS AP; MENEZES MPB; NAPOLEÃO AA. Fatores de risco e medidas de prevenção câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. **Rev. Bras enferm**, 2011.

MENDONÇA, VS; ANDRADE, NA. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidades ou ilusão? In: **Rev. Psicol.polit.** São Paulo, 2010.

MEDEIROS, R. L. S. F. M. **Dificuldades e estratégias de inserção do homem na atenção básica à saúde: a percepção dos enfermeiros**. 2013. 73p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Paraíba. João Pessoa. 2013.

MEDRADO, B., LYRA, J., AZEVEDO, M. 'Eu Não Sou Só Próstata, Eu Sou um Homem!': Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: GOMES, R., org. **Saúde do homem em debate** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

MOURA, E. C *et al.* Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2):429-438, 2014.

MOREIRA, R. L. S. F; FONTES, W. D; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. In.: **Esc. Anna Nery Enfermagem**, 2014.

OSHIRO ML; CASTRO LLC; CUMROT R. Fatores para não adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande MS. In.: **Rev. Ciência Farm. Básica**, 31 (1): 95-100, 2012.

PANOZZO, N. S. P. **Leitura no entrelaçamento de linguagens: literatura infantil, no processo educativo e mediação.** Tese de doutorado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, RS, 2010.

PINHEIRO, R. S., et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviço de saúde no Brasil. In.: **Ciência e Saúde Coletiva**, v7, n, 4, p. 687 – 707. 2002.

PORCHE DJ. Patient-centered men's health. *Am J Mens Health*. 2014.

RODRIGUEZ, C. A; KOLLING, M. G; MESQUIDA, P. Educação e Saúde: um binômio que merece ser resgatado. In.: **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 60-66, 2007.

SANTANA, N. E *et al.* A atenção a saúde do homem: ações e perspectivas dos enfermeiros. In.: **Rev. Min. Enferm.** jul./set., 2011.

SEPARAVICH, M.A; CANESQUI, A.M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. In.: **Saúde Soc. São Paulo**, v.22, n.2, p.415-428, 2013.

SCHRAIBER, L.B *et al.* Necessidades de saúde e masculinidade: atenção primária no cuidado aos homens. In.: **Cad. Saúde Pública**. 2010.

SCHRAIBER L, B. **Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das praticas no Programa Saúde da Família do Recife.** Rio de Janeiro: Abrasco/UNFPA; 2005.

SCHRAIBER L,B; GOMES R; COUTO MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. In.: **Cienc. Saúde Coletiva**. 2005.

SCHWARZ, E., et al. Política de saúde do homem. In.: **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 108-116, Dec. 2012.

SCOTT, J. Gênero, uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, 1990.

SILVA, Patricia Alves dos Santos et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. In.: **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 561-568, Set. 2012.

SILVA, F.C.B; BRITO, R.S. Percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no pré-natal. In.: **Rev. RENE**. 2012.

SILVA, B. T. O. et al. Promoção e prevenção da saúde do homem. In.: **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, v.2, n.1, p. 95-101, 2013.

SOUZA LP; ALMEIDA ER; QUEIROZ MA; SILVA JR; SOUZA AAM; FIGUEIREDO MFS. Conhecimento de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sobre a política de atenção à saúde masculina. In.: **Trab Educ Saúde** 2014; 12(2):291-304.

STORINO LP; SOUZA KV. Necessidade de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. In.: **Esc. Anna Nery**. 2013; out/dez, 17 (4): 638-645.

TONELI MJF; SOUZA, MGC; MULLER RCF. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. In.: **Physis**, 2010; 20(3):973-994.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.

VIEIRA KLD, GOMES VLO, BORBA MR, COSTA CFS. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. In.: **Esc Anna Nery**. 2013 mar;17(1):120-7.

VIEGAS SMF; PENNA CMM. A construção da integralidade no trabalho contínuo da equipe de saúde da família. In.: **Esc. Anna Nery**. 2013 mar; 17 (1).

VILLAS BOAS, Benigna M. de Freitas. Avaliação formativa e formação de professores: ainda um desafio. In.: **Linhas Críticas**, Brasília, v. 12, n. 22, p.1-21, mar./jun. 2006.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO – AOS PROFISSIONAIS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O Sr.(a) _____, está sendo convidado a a participar como participante, da pesquisa intitulado: “SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DE UM PROCESSO EDUCATIVO”. A pesquisa tem como objetivo: conhecer sua opinião para a construção de um processo educativo para profissionais de saúde que prestam assistência a população masculina, na rede de atenção básica de saúde; promovendo o diálogo e troca entre a pratica e o saber relacionado a do homem, com os profissionais de saúde, o que subsidiara a realização de oficinas educativas abordando a Política Nacional Saúde do Homem, Estratégias de qualificação dos profissionais e adesão do homem ao programa bem como o perfil de saúde do usuários masculino que busca atendimento na unidade básica de saúde. Na oportunidade será aplicado estratégia de encontros educativos em forma de roda de conversa que possibilitam encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e ressignificação de sentido – saberes – sobre as experiências dos partícipes. A pesquisa será realizada pelo pesquisador Joselito de Araujo Meneses, do Programa de pós-graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, orientado por Dr^a Vivian Rahmeier Fietz e coorientado por Dr^a Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe. No estudo sua identidade será mantida em sigilo. As entrevistas serão gravadas e aplicadas de forma individual e ambiente individualizado e acolhedor, Não haverá nenhuma forma de pagamento pela participação do estudo e caso o Senhor (a) se recuse a participar sua vontade será respeitada. Neste mesmo período serão construídas oficinas para a realização das atividades com os profissionais, onde o resultado vai culminar na elaboração de um processo educativo e estabelecer, em conjunto, um padrão de atendimento para a população masculina, no intuito principal de estabelecer um vínculo e acolhimento desse grupo, para que os mesmos sintam liberdade nos atendimentos e possam disseminar essa procura entre a população do sexo masculino. Os benefícios transformar o modo de ver o outro, despertando a visão critica embasado na produção de um processo educativo feito em conjunto pesquisador e participante. Trará ao usuário uma assistência de qualidade e modificação do atendimento prestado na unidade bem como ampliação do serviço e adesão ao programa saúde do homem. Como risco evidência de não aplicação de políticas públicas voltadas a população masculina, constrangimento dos profissionais e dos usuários porque serão abordados temas de sua vida particular e conduta profissional, com a realidade enfrentada de sua unidade de atenção a saúde. O resultado da

pesquisa irá gerar dados para a área acadêmica e de pesquisa, subsidiando futuros estudos, serão apresentados em forma de oficinas educativas. Ao termino da pesquisa será entregue a cada unidade de assistência a saúde e aos participantes desta pesquisa um exemplar do processo educativo para profissionais de saúde da Atenção Básica, na assistência a saúde do homem. Assim se o (a) Senhor (a) aceitar o convite para participar da pesquisa, por favor, preencha os espaços abaixo: Eu, _____, RG: _____, fui devidamente esclarecida (o) do projeto de Pesquisa acima citado e aceito o convite para participar.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do responsável pela

pesquisa

Obs: Caso queira mais esclarecimentos sobre a pesquisa entre em contato: Joselito de Araújo Meneses - Rua Manoel Correa Filho,440 - Dourados, MS, Brasil. Fone: (67) 9 9147-7874 E-mail: enfermeirojoselitoaraujo@hotmail.com.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO - AO USUÁRIO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O Sr. _____ está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: “SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DE UM PROCESSO EDUCATIVO”, que tem como objetivo conhecer sua opinião sobre a sua saúde e informações a respeito da procura por assistência na unidade básica de saúde, para posterior construção de um processo educativo para profissionais de saúde que prestam assistência a população masculina na rede de atenção básica de saúde. Será realizado por meio de entrevista que abordarão perguntas sobre sua saúde e questões sociodemográficas. Será realizada pelo pesquisador Joselito de Araújo Meneses, do Programa de pós-graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, orientado por Dr^a Vivian Rahmeier Fietz e coorientado por Dr^a Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe. No estudo sua identidade será mantida em sigilo. As entrevistas serão gravadas e aplicadas de forma individual em ambiente individualizado. Não haverá nenhuma forma de pagamento pela participação do estudo e caso o senhor se recuse a participar sua vontade será respeitada. Como benefícios você terá informações sobre sua saúde e estará contribuindo para a melhoria do atendimento da população masculina. E como risco pode ocorrer o constrangimento porque serão abordados temas de sua vida pessoal, porém para sanar estes riscos realizaremos a entrevista em local reservado e caso não queira responder, sua vontade será respeitada. Os resultados da pesquisa serão apenas utilizados em meios científicos e sua identidade será preservada. Assim se o Senhor aceitar o convite para participar da pesquisa, por favor, preencha os espaços abaixo. Cabe esclarecer que este documento será composto por duas vias e uma será entregue ao senhor. Em caso de dúvida poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS no telefone 3902-2644, ou pelo email cesh@uems.br ou entrar em contato com os pesquisadores Joselito de Araújo Meneses - Rua Manoel Correa Filho,440 - Dourados, MS, Brasil. Fone: (67) 9 9147-7874 Email: enfermeirojoselitoaraujo@hotmail.com, Prof. Vivian R. Fietz e Prof. Elaine A M T Watanabe no telefone 3902-2684.

Eu, _____, RG: _____, fui devidamente esclarecida (o) do projeto de Pesquisa acima citado e aceito o convite para participar.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do responsável pela pesquisa

APÊNDICE C – ROTEIRO DE PERGUNTAS

Roteiro de perguntas para entrevista com usuários

Nome: _____

Estado Conjugal _____

Escolaridade: _____

Profissão _____

Idade: _____

Nome da Unidade: _____

Perguntas:

01 - Essa é a primeira vez que o senhor procurou essa Unidade de Saúde? Se sim, por quê?

02 – Quando o senhor procurar a unidade de saúde, como se sente? É bem recebido?

03 – Qual o horário que o senhor preferi e/ou procura a unidade de saúde?

04 – Em que situação e/ou problema o senhor procura a unidade de saúde?

05 – O que o senhor considera como dificuldade de acesso, para o atendimento do homem nesta unidade de saúde?

06 – O que o senhor considera como facilidade de acesso, para o atendimento do homem nesta unidade de saúde?

07 – O senhor participa de algum grupo de saúde na unidade de saúde?

08 – O senhor gostaria de fazer algum comentário ou sugestão?

APÊNDICE D – ROTEIRO DE PERGUNTAS

Roteiro de perguntas para entrevista com os profissionais

Nome: _____

Formação: _____

Escolaridade: _____

Profissão _____

Idade: _____

Nome da Unidade: _____

Tempo de serviço nesta unidade: _____

Cargo: _____

Perguntas:

01 – Como é realizado o acolhimento da população masculina nesta unidade de saúde?

02 – Existe algum tipo de estratégia ou ação específica voltada ao público masculino nesta unidade de saúde?

03 – O que você consegue visualizar como facilidade para atender a população masculina nesta unidade de saúde?

04 – O que você consegue visualizar como dificuldade para atender a população masculina nesta unidade de saúde?

05 – Na sua opinião o horário flexível e/ou estendido influencia no acesso do homem as unidades de saúde?

06 – O processo de trabalho sofre alguma influência como o horário flexível e/ou estendido?

07 – Existe algum tipo de estratégia que motive o retorno e participação dos homens à unidade de pessoa, após a primeira consulta?

08 - O que você mais atende na faixa etária de 20 – 59 anos, aqui nesta unidade?

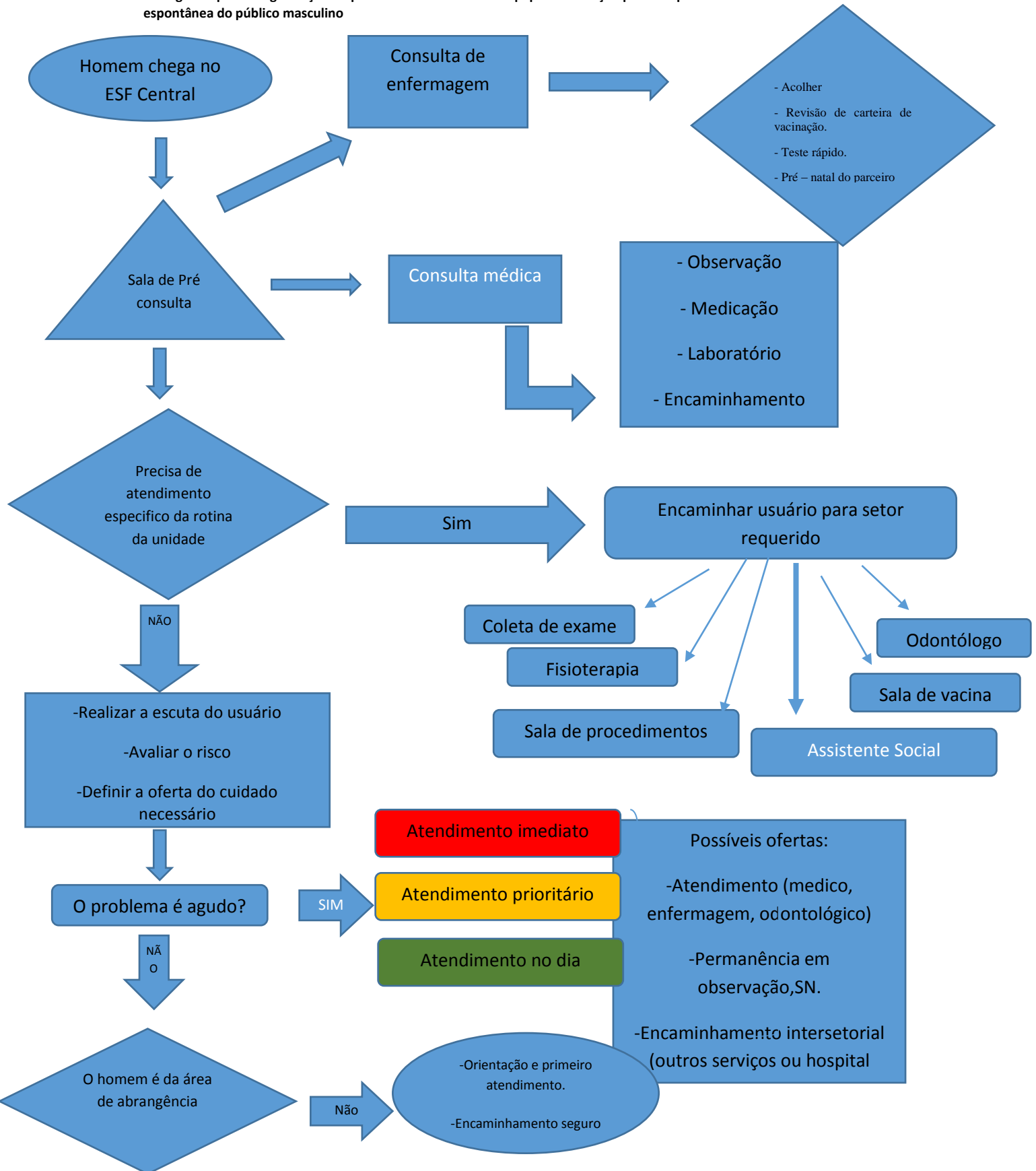
09 – Existe alguma ação de promoção e prevenção para o público masculino?

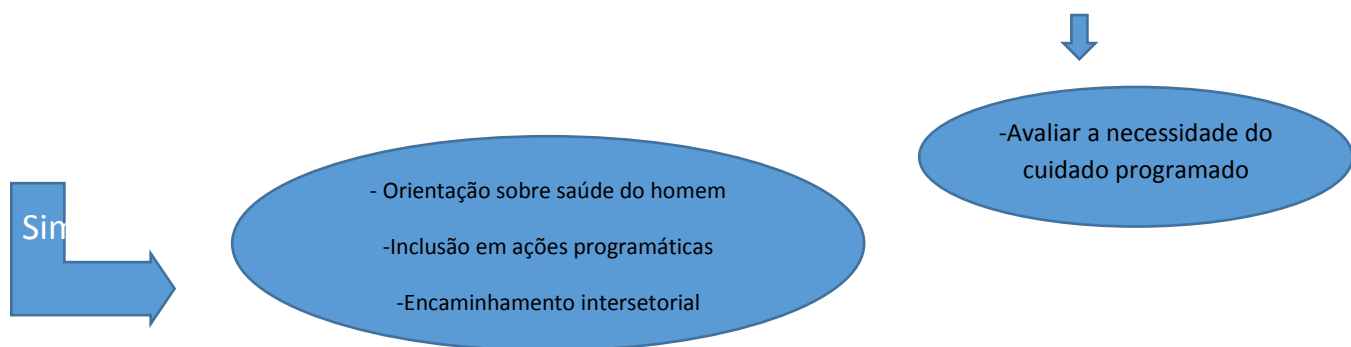
10 – O senhor deseja fazer algum comentário adicional ou sugestão?

APÊNDICE E – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DO HOMEM NA UNIDADE DE SAÚDE, ESF GLÓRIA DE DOURADOS, MS 2018.


ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA PÚBLICO MASCULINO.

Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea do público masculino





ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO LOCAL DA PESQUISA



Estado de Mato Grosso do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DE GLÓRIA DE DOURADOS
GERENCIA MUNICIPAL DE SAÚDE


AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu **CAIO FERNANDO CORREIA DA SILVA**, responsável pela **GERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, DO MUNICÍPIO DE GLÓRIA DE DOURADOS – MS** autorizo a realização da Pesquisa intitulada **GUIA PRÁTICO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA, NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO HOMEM**, que tem por objetivo, **DESENVOLVER UM GUIA PRÁTICO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA A POPULAÇÃO MASCULINA, NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.**

Estou ciente de que a pesquisa será realizada sob a responsabilidade de **JOSELITO DE ARAÚJO MENESES**, e concordo que a mesma seja realizada.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidade como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

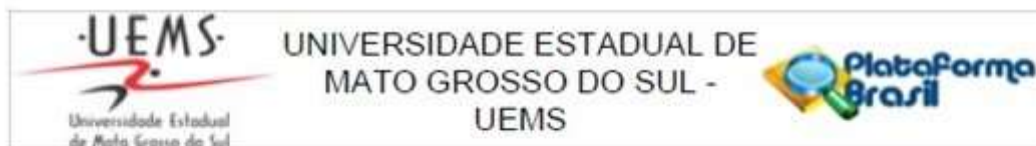
Atenciosamente,


Caio Fernando C. da Silva
Gerente Municipal
de Saúde

Caio Fernando Correia da Silva
Gerente Municipal de Saúde

Rua Tancredo de Almeida Neves, s/nº - CEAD - 79.130-000
Fone/Fax: 3466-2700 e-mail: smgkrtia@hotmail.com

ANEXO B – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GUIA PRÁTICO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA, NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO HOMEM.

Pesquisador: Joselito de Araujo Meneses

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80208817.4.0000.8030

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.507.108

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa sobre a assistência à saúde do homem. O objetivo do trabalho visa desenvolver um guia prático para os profissionais de saúde que prestam assistência à saúde do homem na rede de atenção básica, bem como promover o diálogo e a troca de conhecimento entre o saber e a prática. O trabalho será realizado na Estratégia da Saúde da Família (ESF) Central, no município de Glória de Dourados/MS.

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver um guia prático junto e para profissionais de saúde que prestam assistência ao homem na rede de atenção básica, no intuito de promover a desmistificação da presença do homem na ESF Central, do município de Glória de Dourados/MS.

Objetivo da Pesquisa:

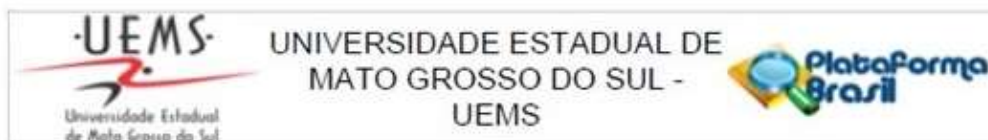
Desenvolver um guia prático junto e para profissionais de saúde que prestam assistência ao homem na rede de atenção básica, no intuito de promover a desmistificação da presença do homem na ESF Central, do município de Glória de Dourados/MS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios transformar o modo de ver o outro, despertando a visão crítica embasado na produção do guia prático feito em conjunto pesquisador e participante. Trará ao usuário uma assistência de qualidade e modificação do atendimento prestado na unidade bem como ampliação do serviço e adesão ao programa saúde do homem.

Riscos: Evidenciar a não aplicação de políticas públicas voltadas a população masculina, constrangimento dos profissionais e dos usuários porque serão abordados temas de sua vida particular e conduta profissional, com a realidade enfrentada de sua unidade de atenção a saúde.

Endereço: Rodovia Dourados Itahum - Km 12 - Cx:351
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 79.804-970
UF: MS **Município:** DOURADOS
Telefone: (67)3902-2699 **E-mail:** cesh@uem.br



Continuação do Parecer: 2.507.108

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa e a amostra dos usuários será por conveniência, livre demanda até saturação das informações apontadas pelos usuários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nada a considerar. Foram feitos os ajustes solicitados.

Há TCLE para os usuários e outro para os profissionais de saúde.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1014390.pdf	06/01/2018 21:36:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAOUSUARIO.pdf	06/01/2018 21:35:46	Joselito de Araujo Meneses	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAOSPROFISSIONAIS.pdf	06/01/2018 21:34:50	Joselito de Araujo Meneses	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	20/11/2017 17:31:15	Joselito de Araujo Meneses	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoInstituicao.pdf	20/11/2017 17:21:07	Joselito de Araujo Meneses	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	20/11/2017 17:10:57	Joselito de Araujo Meneses	Aceito

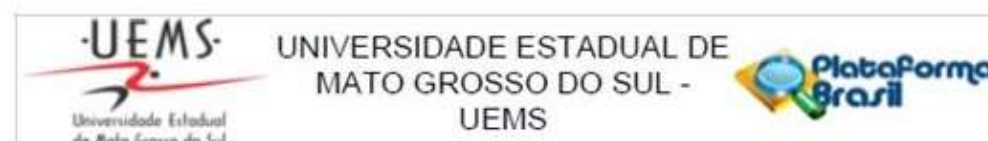
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rodovia Dourados Itahum - Km 12 - Cx:351
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 79.604-970
 UF: MS Município: DOURADOS
 Telefone: (67)3902-2699 E-mail: cesh@uems.br

Página 02 de 03



Continuação do Parecer: 2.507.108

Não

DOURADOS, 22 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
 Cynthia de Barros Mansur
 (Coordenador)

PROCESSO EDUCATIVO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO
BÁSICA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO HOMEM

JOSELITO DE ARAÚJO MENESES

VIVIAN RAHMEIER FIETZ

ELAINE APARECIDA MYE TAKAMATU WATANABE

M499p Meneses, Joselito de Araújo

Processo educativo para assistência à saúde do homem na
Atenção Básica/ Joselito de Araújo Meneses. – Dourados, MS:
UEMS, 2019.

Produto Técnico (Mestrado Perofissional) – Ensino em
Saúde – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2019.

Orientadora: Prof.^a Dra. Vivian Rahmeier Fietz.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Elaine Aparecida Mye Takamatu
Watanabe.

ISBN: 978-85-7136-047-1

1. Atenção primaria a saúde 2. Saúde do homem 3.
Políticas públicas I. Fietz, Vivian Rahmeier II. Watanabe,
Elaine Aparecida Mye Takamatu III. Título

CDD 23. ed. - 613.0423

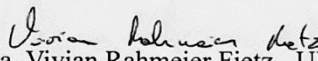
JOSELITO DE ARAÚJO MENESES

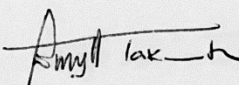
***PROCESSO EDUCATIVO PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO
BÁSICA***

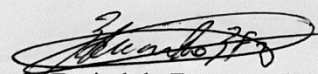
Produção Técnica do Curso de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.

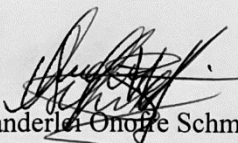
Validação em: 06 de setembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA:


Profa. Dra. Vivian Rahmeier Fietz - UEMS


Profa. Dra. Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe - UEMS


Prof. Dr. Eduardo Espindola Fontoura Junior – UEMS


Prof. Dr. Wanderlei Onofre Schmitz - UFGD

OS AUTORES

Joselito de Araújo Meneses

Graduado em Enfermagem pela Universidade da Grande Dourados – UNIGRAN – Dourados – MS (2019), Pós-graduado em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade UNIDERP – Campo Grande – MS (2011) e Urgência e Emergência pela Faculdade IMEC – Campo Grande – MS (2014). Advanced Trauma Care for Nurses – ATCN (2014). Foi enfermeiro assistencialista do Pronto Socorro do Hospital da Vida – Dourados – MS, por cinco anos, Gerente de Enfermagem do mesmo hospital por um ano. Trabalhou na Saúde Pública após aprovação em concurso público no Município de Glória de Dourados – MS, por um ano e oito meses, onde desempenhou a função de coordenador da Unidade de Saúde ESF Central e do Programa Municipal Saúde do Homem, na oportunidade esteve Gerente Municipal de Saúde. Atualmente enfermeiro assistencialista da Unidade de Terapia Intensiva Adulto EBSEH/HU/UFGD – Dourados – MS. Docente das disciplinas Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem em Urgência e Emergência e Enfermagem em Administração Hospitalar para o Curso de graduação em enfermagem e Fundamentos em Saúde Pública para o curso tecnólogo em radiologia, da Universidade da Grande Dourados – UNIGRAN. Mestrando em Ensino e Saúde da UEMS (2017).

Vivan Rhameier Fietz

Graduada em Nutrição pelo Instituto Metodista de Educação e Cultura (1987), mestrado em Nutrição Humana Aplicada pela Universidade de São Paulo (1998) e doutorado em Engenharia de Alimentos pela Universidade Estadual de Campinas (2007). Atualmente é professor adjunto da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Tem experiência na área de nutrição, com ênfase em Bioquímica da Nutrição, Fisiologia humana e dietoterapia. Atuando principalmente nos seguintes temas: avaliação do estado nutricional de populações, consumo de alimentos, educação nutricional, saúde, crianças, adolescentes e dados antropométricos. Inserida como docente permanente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (PPGEES), linha de pesquisa: Práticas Educativas em Saúde.

Elaine aparecida Mye Takamatu Watanabe

Graduada em Enfermagem e Obstetricia pelo Centro de Estudos Superiores de Londrina (1988) e mestrado em Desenvolvimento Sustentavel pela Universidade de Brasilia (2001), Doutorado em Alimentos e Nutrição pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP (2013). Atualmente é professor titular da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: ações de enfermagem, compromisso social, educação em saúde, assistência de enfermagem e humanização.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
INTRODUÇÃO	9
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	11
2. PERCURSO METODOLÓGICO	14
3. ESTRUTURA DAS OFICINAS EDUCATIVAS	17
3.1. Oficina I.....	17
3.2. Oficina II.....	20
3.3. Oficina III.....	23
3.4. Oficina IV.....	25
3.5. Oficina V.....	27
4. REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO – AO USUÁRIO	33
APÊNDICE B – ROTEIRO DE PERGUNTAS AOS USUÁRIOS	34
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMNETO – AOS PROFISSIONAIS	35

APRESENTAÇÃO

Esta parte do desenvolvimento do “Processo educativo para profissionais de Saúde da Atenção Básica na assistência à saúde do homem” trata-se de uma produção técnica realizada no curso de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde – Mestrado profissional (PPGEES) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS).

Com o intuito de discutir as necessidades voltadas para a assistência do público masculino e colaborar junto aos profissionais que exercem essas atividades na Atenção Básica de Saúde. O principal objetivo foi fomentar estratégias para melhor adesão do homem aos programas vinculados à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e proporcionar meios para a construção de um fluxograma de atendimento ao homem, no qual todos os profissionais possam ser inseridos e ainda participar como protagonistas do cuidados, buscando uma assistência integral ao homem que procura espontaneamente a unidade de saúde.

O trabalho intitulado “Processo educativo para profissionais de saúde da Atenção Básica na assistência à saúde do homem”, iniciou-se com uma pesquisa junto ao público masculino que procurava o serviço de saúde espontaneamente. Buscou-se reconhecer e identificar os principais motivos que levavam os homens a procurar a unidade de saúde.

Na sequência foi elaborado e aprovado o projeto de extensão “Orientação sobre saúde do homem”, o qual foi executado a partir dos dados gerados da pesquisa, onde foi possível caracterizar o público masculino e seus principais motivos que os levavam a procurar a unidade de saúde, com isso notou-se o conhecimento prévio insuficiente sobre saúde do homem e as necessidade dos profissionais em promover assistência voltada ao homem.

Foram realizadas cinco oficinas educativas, envolvendo os seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, assistente social, fisioterapeuta, agentes comunitários de saúde e técnico enfermagem. Destaca-se que todos são pertencentes a unidade de saúde ESF Central do município de Glória de Dourados – MS. Optou-se pelo formato de oficina, uma vez que possui a finalidade de proporcionar maior discussão, aprendizado, troca de experiência e dialogo. Também foi possível produzir e despertar a capacidade dos profissionais para que pudessem relacionar o senso critico reflexivo nos aspectos de planejamento, estratégias, acompanhamento e avaliação dos resultados.

As oficinas aconteceram de maneira presencial e assim foram criados vínculos com os profissionais. As estratégias educativas foram elaboradas a partir de problemas levantados a cada encontro e, dessa forma, construídos novos conhecimentos capazes de transformar a realidade estudada. Essa dinâmica possibilitou realizar discussões que envolviam diversos temas relevantes à assistência da população masculina.

Cabe ressaltar que essa produção fornece caminhos que permitem colaborar com estratégias e oportunizam maior atenção por parte dos profissionais da Atenção Básica de Saúde que prestam assistência ao público masculino.

INTRODUÇÃO

A VIII Conferência Políticas Públicas de Saúde, foi o grande marco histórico e base de transformação do perfil demográfico e epidemiológico da população, visando assegurar a concretização do direito e do acesso à saúde. Entretanto, observa-se que, primeiramente, a maior parte das políticas foram destinadas aos grupos mais frágeis como crianças, mulheres e idosos, sendo assim, o público masculino permaneceu desfavorecido no quesito políticas públicas de atenção à saúde (GOMES *et al*, 2011).

Na última década, esse público tem apresentado maior notoriedade nas políticas públicas de saúde devido ao perfil de morbimortalidade. Segundo dados do Datasus (2011), mais de 60% dos óbitos do sexo masculino no país em 2011, foram devido à três grupos de causas: doenças do aparelho circulatório (28,2%), causas externas (19,3%) e neoplasias (15,8%). Observa-se que no estado de Mato Grosso do Sul, esses valores são maiores que a média nacional, ou seja, doenças do aparelho circulatório com (30,1%), causas externas com (21,5%), e se apresentou inferior nas neoplasias com (14,64%). Um fator que se vincula a essa problemática é a dificuldade desse grupo de reconhecer suas próprias necessidades em saúde. Dentre as questões sócio-culturais os homens tem como papel ser o provedor da família e, por essa razão, não pode ser visto como alguém vulnerável, fazendo com que cultive um pensamento que rejeita a possibilidade de adoecer. Outro fator a acrescentar é o acesso aos serviços de atenção básica, cujos horários de funcionamento coincidem com as jornadas laborais, o que dificulta o atendimento dessa população (SILVA *et al*, 2011).

Mesmo diante do elevado índice de mortalidade masculina, comparado com o das mulheres, o homem tem menor procura aos serviços de saúde, o que se percebeu estar vinculado aos paradigmas sócio-culturais de gênero e classe, visto que a assistência à saúde não é uma prática espontânea do homem. Assim, as medidas de prevenção e promoção em saúde ficam prejudicadas, pois o homem é visto pela sociedade como um ser forte, invulnerável e que sua presença em uma unidade de saúde o configura como sendo fraco (ALBANO *et al*, 2011).

Para minimizar tais fragilidades do sistema de saúde, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), cujos objetivos principais são: qualificar a assistência à saúde masculina na perspectiva delinhas de cuidados que resguardam a integralidade, qualifica a atenção primária para que ela não se restrinja

somente à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção (PNAISH, 2008).

Assim, para a reorientação dos serviços de saúde no intuito de promover, proteger, prevenir e reabilitar a saúde do homem que adentra os serviços de saúde em todo o Brasil, o Ministério da Saúde (MS) ampara-se na PNAISH, ligando à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e as Estratégias de Saúde da Família (ESF), fundamentando o princípio de acolher e humanizar as práticas de saúde, fortalecendo o cuidado em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Estudos recentes reforçam a importância de gestores e profissionais serem capacitados e habilitados para as práticas de assistência voltadas ao homem de forma integral, de modo a atingir sua realidade enquanto unidade de saúde e desenvolvimento de medidas estratégicas inclusivas, capazes de atender a demanda espontânea e real necessidade do homem (VIERIA, 2013).

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Com a VIII Conferência Nacional de Saúde no Brasil, a saúde foi concebida enquanto direito dos cidadãos e a partir da Constituição Federal de 1988, no Art. 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas a redução do risco de doenças e de outros agravos e aos acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

De maneira geral, os homens são mais vulneráveis que as mulheres, em especial pelas enfermidades crônicas e graves, levando ao óbito precocemente. Normalmente os homens não são identificados pelos serviços de atenção primária e sua entrada no sistema de saúde se dá, principalmente, pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Cabe ainda ressaltar que esse perfil favorece ao agravamento da morbidade devido à busca ao atendimento, gerando maiores custos ao Sistema Único de Saúde (SUS) (CARRARO, RUSSO E FARO, 2009; SEPARAVICH, 2013).

Dados do Ministério da Saúde (MS), indicam que o homem tem em média de sete anos a menos de vida que as mulheres e, que a cada três mortes, duas são do sexo masculino, fato esse relacionado a condições severas de doenças crônicas preveníveis de responsabilidade da atenção básica de saúde (LAURENTI, 2005). Embora, de modo geral, haja ampla discussão sobre a saúde do homem, ainda persiste escassez de estudos sobre o público masculino, voltado a seu estilo de vida e boas práticas de saúde no aspecto preventivo (COURTENAY, 2000).

Com a implementação do PNAISH foi possível verificar a realidade da saúde masculina, de acordo com dados epidemiológicos, baseados em taxas de morbimortalidade, correlacionados a determinantes de saúde no processo saúde/doença, fundamentados em diversos eixos de atenção. Hearn (2010) alerta que uma Política Pública direcionada aos homens deve partir da visão crítica de gênero relacionada à masculinidade, além das relações de poder vinculadas em interações sociais, no enfrentamento de situações geradoras de sofrimento e aflição vividas de formas diferentes pelo sujeito no meio social.

Assim, notou-se a necessidade de desenvolver estudos com enfoque para esse grupo populacional, principalmente no que se refere ao acolhimento e humanização do atendimento, por meio de escuta qualificada e responsável, avaliando primariamente a

necessidade real e propondo estratégias que atendam e supram a demanda dessa população pelos profissionais que atuam diretamente ligados à assistência.

Os estudos devem apontar para questões fundamentais que regem o princípio do SUS como a universalidade, equidade e integralidade e buscar um olhar no sujeito em relação às estruturas e características fisiológicas singulares e não simplesmente ao que adoece e morre. Deve-se entender que se trata de um indivíduo que pertence à determinada classe social, que deve ter assegurado o cuidado integral de maneira a promover a resolutividade de seu problema que o levou a buscar o serviço. Faz-se necessário pressupor que gênero é uma dimensão de inter-relação social que ocasiona desigualdade nesse contexto, assim, a política pública de saúde, no âmbito do SUS, deve outorgar a existência de diferenças e intervir, com vista na promoção dos princípios doutrinários (FERRAZ, 2010).

Nesse sentido, a Educação Popular pode ajudar os profissionais de saúde a referenciar, pois a mesma permite e contribui para a formação de profissionais comprometidos e reflexivos com as questões sociais. Não busca somente pela mudança de atitudes e comportamentos, mas, principalmente, pelo engajamento ativo nas lutas pelos direitos. Dessa maneira, posturas acolhedoras e de construção da autonomia das pessoas e dos grupos sociais se apresentam de extrema importância na posição de disponibilidade em uma escuta e fala dos envolvidos, visão de saberes e cooperação (BRASIL, 2007).

Partindo do pressuposto do pensamento do educador Paulo Freire, de que o diálogo produz a conscientização de modificação e transformação em uma relação interdisciplinar, o ato educativo tem o diálogo como base pedagógica na prática humanista e mediatizada, sendo, antes de tudo, uma atitude de fé nos homens, do fazer e refazer, criar e recriar, fundamentados em três pilares: educador, educando e objeto de conhecimento (FREIRE, 1997). Despertar a consciência crítica nas relações causais e circunstanciais, transformando a consciência ingênua em crítica reflexiva (FREIRE, 2007).

Uma dinâmica para ser utilizada nessa construção é a das rodas de conversa que permitem a construção de novas possibilidades em que se expandem o pensar, em um movimento contínuo de perceber – refletir – agir – modificar, no qual os sujeitos possam se reconhecer como integrantes da construção de suas ações e de suas próprias possibilidades de serem mais participativos nas modificações sociais (VASCONCELOS, 2007). Assim, os encontros dialógicos promovidos por esses momentos possibilitam a

construção de sentidos, saberes e experiência. Essa proposta é coerente na promoção da saúde e políticas públicas, valorizando o conhecimento existente e participação da sociedade (BUSS, 2003).

Esse método consiste na participação coletiva de debates acerca de determinado conteúdo, fortalecido por um espaço dialogado, garantindo o direito de se expressar e praticar a escuta. A roda de conversa fortalece a autonomia dos sujeitos envolvidos, através da problematização, com isso socializa os saberes, voltado para a ação e reflexão. Proporcionando troca de experiências, conversas, discussão e divulgação de conhecimentos entre os envolvidos nessa metodologia (NASCIMENTO e SILVA, 2009). O que foi essencial para o desenvolvimento desse trabalho.

Assim, o desenvolvimento do processo educativo se deu pela utilização de oficinas educativas que seguem a adequação e a sequência lógica de passos para que se alcance o objetivo. Ressalta-se que permite a criação e descobertas cujos produtos construídos apresentam aspectos da contribuição de cada sujeito (LÉO, 2008). Gerando assim, conhecimento por meio da inter-relação ação – reflexão – ação, a qual o participante vivencia a experiência concreta e participativa (VALLE, 2012).

As oficinas de ensino aprendizagem são formatos de construção do conhecimento pela ação e reflexão, que integram conceitos, crenças e informações da realidade dos participantes. São também espaços dialogados e construtivos, norteadores de formação em serviço de saúde, orientados pelas concepções problematizadora da aprendizagem de rodas de conversas (LACERDA *et al*, 2013; SILVA *et al*, 2012).

Partindo do princípio da necessidade de enfatizar a atenção ao sexo masculino e suas necessidades em saúde, optou-se em realizar oficinas educativas com a participação direta dos profissionais. O principal intuito foi que os participantes profissionais pudessem simular uma situação e construir um fluxograma que melhorasse o atendimento.

2. PERCRUSO METODOLÓGICO

Foi desenvolvida uma pesquisa com abordagem qualitativa a partir da experiência profissional vivida na Atenção Básica de Saúde. Todo o desenvolvimento da pesquisa foi realizado no município de Glória de Dourados, na Estratégia de Saúde da Família – Central. A amostra foi obtida por conveniência e saturação dos dados dividida em três momentos distintos. O primeiro foi realizado com a população masculina que procura de forma espontânea a unidade de saúde para atendimento. O segundo momento foi desenvolvido entre os profissionais atuantes na unidade básica de saúde e o terceiro foi realizado após análise dos dados das atividades desenvolvidas em conjunto com os profissionais. Esse processo foi construído baseado no método dialógico de Freire e as estratégias educativas em forma de rodas de conversa e oficinas educativas.

Para descrever o primeiro momento, o qual aconteceu a partir de entrevistas com o público masculino, cabe dizer que o pesquisador ficou em horário e tempo de funcionamento da unidade de saúde, ou seja, no período matutino das 07h até às 11h, uma vez na semana em dias aleatórios, nos meses de março a julho de 2018, sendo ao final entrevistados 20 homens. Explica-se que os mesmos procuraram o atendimento da unidade de saúde espontaneamente e, após o convite e o aceite para participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A) e as perguntas norteadoras estão apresentadas no Apêndice B.

Cabe esclarecer que as entrevistas ocorreram na sala de pré consulta, por ser o ambiente mais acolhedor e confortável, sendo disposto de cadeiras, ar condicionado e ambiente individualizado, no intuito de garantir a identidade e sigilo.

O contato com os profissionais foi para contribuir na construção do processo educativo para que os mesmos pudessem abranger a assistência à saúde do homem. Esse momento foi trabalhado no formato de execução do projeto de extensão “Orientação sobre saúde do homem”. As questões norteadoras se encontram no Apêndice C, sendo a coleta realizada por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, conduzida no local de trabalho dos entrevistados, após concordância em participar do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Esse momento foi realizado entre os 15 (quinze) profissionais que atuam na unidade básica de saúde. As oficinas educativas, propostas no projeto de extensão “Orientação sobre saúde do homem”, possibilitaram o aprofundamento do contexto de

conhecimento e saberes do usuário e profissionais envolvidos na assistência e acolhimento do homem na unidade de saúde.

Assim, a partir dos temas geradores obtidos das entrevistas, foram construídos os temas desenvolvidos por meio das oficinas, as quais foram utilizadas como estratégia educativa no intuito de resgatar a necessidade do contexto explorado, da troca de experiência e saberes. Essa construção de conhecimento partiu da ação e reflexão, que integram crenças, conceitos, e informações da realidade dos participantes, norteadas pela formação em serviço de saúde, orientadas pela problematização e aprendizagem das rodas de conversas (LACERDA, 2013).

A partir das entrevistas, foram selecionados os temas mais relevantes, os quais nortearam as condutas quanto à abordagem da assistência ao homem na unidade de saúde. Nesse sentido, o tema central foi sobre o acolhimento do homem na unidade e o que cada profissional deve fazer no atendimento ao homem. Destaca-se que nesse primeiro contato com os profissionais, os agentes comunitários de saúde se prontificaram a realizar as visitas e convidar a população masculina de sua área para ações futuras que serão desenvolvidas na unidade. Também o assistente administrativo, que atua na recepção da unidade, firmou o compromisso de ser mais atencioso no atendimento ao homem que busca auxílio na unidade de saúde e que o encaminhará prontamente para a sala de pré-consulta para atendimento de enfermagem. Em relação ao técnico de enfermagem, se prontificou a aferir sinais vitais e orientar para que o mesmo passe por consulta de enfermagem e, nesse momento, o enfermeiro acolherá sua demanda, realizando uma escuta qualificada, verificação de calendário vacinal e oferta de testes rápidos disponíveis na unidade. A partir desse momento, o usuário será encaminhado aos demais colegas que fazem parte da equipe multiprofissional existente na unidade. Quando referenciado ao profissional médico, este realizará consulta e solicitação de exames periódicos de rotinas, além de atender sua queixa principal com garantia de retorno e acompanhamento até resolução do caso. Em relação ao profissional fisioterapeuta, o mesmo fica responsável por atender encaminhamento e realização de atividades coletivas nos programas saúde do homem e Hiperdia. O odontólogo relatou que agendaria uma consulta de avaliação e acompanhamento ao homem que adentrar a unidade pela primeira vez. O assistente social assumiu o compromisso de rever se todas as necessidades demandadas pelo homem seriam atendidas e garantiria sua integralidade enquanto usuário.

As oficinas educativas foram executadas no módulo presencial, em dias agendados previamente pela coordenadora da unidade, com carga horária de 2h. Para cada

oficina foi traçado um plano de atividade com as seguintes estruturas organizacionais: título, contextualização, objetivo do dia, método, discussão dos resultados, avaliação e referência utilizada.

As oficinas educativas foram analisadas por meio de avaliação somativa e formativa, oportunizando que cada participante julgasse aspectos do pesquisador/facilitador e de todo o processo. Ou seja, as oficinas foram avaliadas nos seguintes pontos: conteúdo apresentado, clareza na apresentação, materiais disponibilizados, duração da oficina, ambiente e metodologia aplicada. Foi disponibilizado um campo onde os profissionais poderiam expressar sugestões ou críticas particulares. O facilitador realizou a avaliação em cada encontro, bem como a devolutiva do aprendizado individual e coletivo. Por fim, foi disponibilizada uma avaliação final a cada integrante. A avaliação formativa consiste na prática da avaliação contínua realizada durante os processos de ensino e aprendizagem, com finalidade de melhorar a aprendizagem em curso, por meio de um processo de regulação permanente (CUNHA, 2014).

Assim, após o desenvolvimento das atividades educativas, foi construído um Relatório Técnico enquanto produção. Neste se buscou descrever o que foi gerado nas discussões e como elas foram desenvolvidas. Além disso, apresentar de forma sistemática as oficinas e de como foram estabelecidas dentro da estrutura construída.

3. ESTRUTURA DAS OFICINAS EDUCATIVAS

3.1 OFICINA I

Título: Diagnóstico e conhecimento prévio acerca da Saúde do Homem

Objetivo: Verificar o conhecimento pré-existente dos profissionais sobre o programa e atenção ao homem.

Contextualização: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi implementada em 2009 pelo Ministério da Saúde e vem sendo aprimorada, desde sua criação em 2009 pelo Ministério da Saúde, na tentativa de qualificar e reduzir índices de mortalidade masculina (BRASIL, 2008).

Segundo Gomes (2012), os profissionais reconhecem e percebem a necessidade de trabalhar com o público masculino. No entanto, percebeu que existe uma necessidade de incentivo ao fortalecimento de práticas que facilitem a realização de ações que atraiam e acolham o homem nos serviços de saúde. Também constatou haver falta de habilidade e capacitação entre o pessoal, tornando o atendimento uma atividade mecânica, trazendo o foco da atenção e assistência ao homem em demandas recorrentes no serviço de saúde.

De acordo com Moreira e Carvalho (2016), existem poucos profissionais qualificados para implementar ações resolutivas como, por exemplo, a flexibilidade no horário de atendimento. Os autores verificaram que alguns profissionais justificaram a ausência de ações em saúde voltadas para o grupo masculino em decorrência da falta de compromisso que o público apresentou no tocante aos aspectos relacionados com o autocuidado.

A baixa adesão e invisibilidade do homem no serviço de saúde ainda estão vinculadas a sua pouca procura nos serviços de saúde, sendo um ponto marcante e comum nas unidades básicas de atenção primária, apesar de grandes investimentos na distribuição de cartilhas e folders descrevendo aspectos direcionados à saúde do homem e sua política (FERREIRA, 2013).

Método: Os participantes foram divididos em dois grupos e foram separados em salas distintas para que não houvesse interlocução e troca de ideias acerca da saúde do homem. Após a separação em grupos, foram distribuídas manchetes da atual situação de saúde do homem no Brasil, sendo os seguintes temas: Saúde do homem é tema de

colóquio internacional¹; MS no campo destaca ampliação nos atendimentos do programa saúde do homem e da mulher rural². A partir da leitura desse material, foram disponibilizados papel e caneta e solicitada a criação de uma nuvem de pensamento, levantando suas fragilidades e potencialidade no serviço que atuam.

Os integrantes verificaram as principais potencialidade e fragilidades de compreender e desenvolver a assistência da saúde do homem, sendo esses elementos distribuídos em nuvens de pensamentos e, posteriormente, foram socializadas as ideias.

Discussão: Foi possível fazer um debate e os profissionais conseguiram expressar e apresentar as principais fragilidades sem nenhum tipo de recriminação. A dinâmica de expressar o pensamento e a ideologia no formato de nuvem proporcionou gratidão aos sujeitos, pois notaram possibilidade de mudanças e melhorias dentro de sua unidade.

A técnica de escuta e diálogo, promovidos no ambiente de trabalho, podem gerar vínculo entre os profissionais e usuários, contribuindo para o melhor andamento dos trabalhos em equipe. Outro ponto marcante que foi elencado estava associado à valorização profissional, seja ela feita pelo usuário, outros profissionais ou gestor, pois estabelece um estreitamento de laços entre os seus membros e permite efetivação de uma assistência harmoniosa e saudável no cotidiano dos serviços de saúde (LIMA *et al*, 2016).

Dentre as fragilidades apontadas, vale destacar: a) insuficiência de conhecimento sobre a política pública da saúde do homem; b) falta de capacitação sobre o programa saúde do homem e c) o homem não tem a cultura de cuidado preventivo.

Aguiar e Almeida (2012) afirmam que a mobilização de todos os envolvidos no atendimento ao homem é necessária, sendo que esta iniciativa deveria partir da própria gestão pública de saúde. Ou seja, a implementação da política nacional de atenção integral à saúde do homem, bem como o investimento na formação dos profissionais, foram os eixos apontados e essas questões devem ser sanadas para que a política nacional de atenção à saúde do homem não fique desacreditada pela população masculina perante o atendimento prestado por uma equipe despreparada.

Os profissionais da saúde, em se tratando da abordagem à saúde do homem, apresentaram falhas no tocante à qualificação e habilidades técnicas assistenciais

¹ Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2017/04/saude-do-homem-e-tema-de-coloquio-internacional.html>

² Disponível em: <http://www.agraer.ms.gov.br/ms-no-campo-destaca-ampliacao-nos-atendimentos-do-programa-saude-do-homem-e-da-mulher-rural/>

insuficientes, visto que voltam sua assistência somente para a demanda recorrente (GOMES *et al.*, 2011).

Leal (2012) aponta que a fragilidade existente no processo de capacitação e formação dos profissionais que atendem a saúde do homem na unidade de saúde básica, pode ser suprida pela implementação de educação permanente, incentivados e apoiados pelos gestores e órgãos governamentais.

O grande desafio em trazer o homem para dentro da unidade de saúde está relacionado com a promoção de mudança de hábitos e cuidados, pois o homem tem em sua maneira de ser e agir, enraizada no ser invulnerável, deixando de lado o autocuidado (KNAUTH *et al.*, 2012).

Quando levantadas as potencialidades do serviço, foram elencados: educação continuada para os profissionais, apoio da gestão na flexibilização de horários diferenciados para o atendimento e implementação de ações noturnas com atendimento multiprofissional.

A prática de educação permanente para os profissionais é indispensável em toda e qualquer atividade relacionada à saúde, pois é necessário o devido preparo para lidar com mitos, crenças e preconceitos, gerados no contexto social dos homens, já que os mesmos não se sentem inseridos na unidade de saúde (LEAL *et al.*, 2012). Uma possibilidade de melhorar o atendimento dessa população seria em relação ao desenvolvimento da educação continuada, favorecendo que os profissionais de saúde se tornem mais atuantes e resolutivos no cuidado da saúde dessa população (MOREIRA e CARVALHO, 2016).

As ações e práticas desenvolvidas por uma equipe multiprofissional que tem como foco o atendimento à saúde do homem e compartilham do mesmo objetivo, permitem maior visibilidade da política nacional e contribui significativamente para inserção do homem no serviço de saúde (COUTO *et al.*, 2010).

As unidades de saúde, precisam se reestruturar e transformar sua forma de acolher e atender o homem que busca o serviço de saúde espontaneamente, promovendo uma assistência singular e específica para esse público, utilizando estratégias que assegurem o acesso livre, acomodações físicas adequadas e flexibilização de horários para a assistência à saúde do homem (SILVA *et al.*, 2012).

Cordeiro *et al.* (2014) citam que o atendimento noturno, quando instituído pelas unidades de saúde, apresenta eficácia por se tratar de um horário alternativo, visto que o

horário habitual de funcionamento das unidades é incompatível com o horário de atividade laboral da maioria desses indivíduos.

Ao consolidar as fragilidades e potencialidades, a equipe demonstrou maior compreensão sobre o programa de saúde do homem e foi possível realizar alguns contratos e propostas de atitudes inovadoras. Ou seja, seria possível tornar a assistência multiprofissional uma realidade e esta poderia oportunizar seus recursos no ato do atendimento enquanto demanda espontânea na própria unidade de saúde. Também foi interessante a discussão para que seja retomada a implementação e flexibilização de horário diferenciado para atendimento ao homem, pois esse recurso proporcionaria a adesão dos homens na unidade básica.

Avaliação: Ao final das atividades cada participante realizou a avaliação da oficina, sendo que esta aconteceu por meio da expressão de uma palavra e/ou sentimento. Tais palavras motivaram ainda mais a equipe, podendo ser citado:

- a. [...] *é muito importante esta troca de experiência [...]* (P11);
- b. [...] *pra mim foi abrir minha mente para o homem e assistência [...]* (P9);
- c. [...] *pude visualizar melhor o que posso fazer para a população masculina [...]* (P8);
- d. [...] *poder falar o que penso e saber que minha fala influenciará em algo para melhor o atendimento aqui em minha unidade, é maravilhoso [...]* (P1).

De acordo com Souza *et al.* (2010), é importante os profissionais reconhecerem o lugar que ocupam no processo de trabalho em saúde, o saber específico de cada profissão para que todos possam contribuir para o estabelecimento de uma assistência humanizada.

O acolhimento e a comunicação no trabalho em saúde permitem a transformação do modo como a população vem tendo acesso à saúde. A habilidade dos profissionais em planejar um cuidado adequado para as necessidades de saúde desse público é fundamental para que o seu trabalho seja reconhecido e para que os homens se identifiquem como sujeitos do seu cuidado e de suas necessidades (CAVALCANTI *et al.*, 2014).

3.2 Oficina II

Título: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Objetivo: Explorar as potencialidades da política de saúde do homem.

Contextualização: A atenção integral à saúde do homem estimula e reconhece o autocuidado, sendo a saúde um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros. Em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, intrinsecamente ligada à Política Nacional de Atenção Básica que corresponde a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, com as estratégias de humanização, ações e serviços em cuidados da saúde (PNAISH, 2008).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi implantada recentemente e tem muito a contribuir, oferecendo vários subsídios que possam ampliar o acesso desse público e amenizar possíveis doenças e agravos, já que são problemas que estão aumentando cada vez mais e difíceis de serem reduzidos. No entanto, por se tratar de uma política nova, ainda não é divulgada de forma contínua, implicando em dificuldades de acesso da população à informações sobre a mesma (ANDRADE e MONTEIRO, 2012).

Método: Aula expositiva e dialogada com utilização de *data show* e formulação de mapa conceitual.

A aula expositiva permitiu expor conteúdos contando com a participação ativa dos envolvidos: docente e discente. Assim, o ponto inicial desse método aborda o conhecimento prévio, além disso, favorece o diálogo entre os envolvidos, tornando acessível a prática de ensino (ANASTASIOU 2004). O mapa conceitual proporciona a visualização gráfica de conceitos sobre determinado tema e compartilha significados. Pode ser considerada uma técnica flexível e, por esse motivo, pode ser utilizada em diversas situações com finalidades diferentes, desde análise a técnicas didáticas, sendo assim, um recurso de aprendizagem (MOREIRA e BUCHWEITZ, 1993).

Discussão: Com a utilização do mapa conceitual, foi possível identificar conceitos concretos que os profissionais possuíam acerca da PNAISH. Assim, para cada domínio apresentado no material que foi exposto pelos participantes foi representada a PNAISH e seus objetivos para a saúde pública. Diante disso, os profissionais elencaram sua base teórica, mesmo que se sentissem inseguros, já que confienciaram desconhecem de maneira profunda as questões da PNAISH. Esse desconhecimento foi também relacionado ao fato de que, desde a criação, a mesma não tem sido implementada de forma concreta e efetiva.

Foi realizada uma discussão e trocadas experiências de vivência na prática assistencial à saúde do homem, com foco na política estabelecida pelo Ministério da

Saúde. Esse momento teve duração de 40 (quarenta minutos) e possibilitou elucidar algumas lacunas que foram observadas. Para esse momento o pesquisador apresentou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem de forma expositiva e dialogada nos seguintes tópicos: a) resumo da PNAISH; b) apresentação dos dados epidemiológicos nacionais e regionais; c) objetivos da PNAISH e d) desafios aos profissionais na implementação da política.

Após a apresentação foram retomadas as discussões, sendo destacados os seguintes domínios: a) O que é a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, b) prioridades de atendimento e estratégias para serem utilizadas e c) necessidade de adaptar a política e programas em função da realidade vivida na experiência profissional. Cabe destacar que os pontos que foram retomados chamaram atenção dos participantes e puderam ser associados com a realidade em que exercem sua atividade. O principal intuito e resultado dessa discussão foi a percepção dos profissionais no que tange ao que tem possibilidade de ser modificado em relação aos conceitos já estabelecidos, necessidade de ajustes. Toda dinâmica foi sistematizada e interpretada a partir do mapa conceitual elaborado pelos participantes. Destaca-se que nas falas dos profissionais foi apontado que a realização e o transcorrer da oficina se mostrou esclarecedora e que a apresentação e discussão sobre a política subsidiou novos conceitos e pensamentos, oportunizando o aumento da convicção acerca das possibilidades que a política sobre a saúde do homem possui em seu conceito.

Avaliação: Solicitou-se que cada participante apresentasse uma palavra que poderia definir e avaliar o dia de aprendizado. As respostas foram: gratidão e desafio, comprometimento e trabalho multiprofissional, perspectivas em relação à implantação, perseverança e mudança da realidade.

Ainda nesse sentido, uma fala foi marcante para o grupo:

a. [...] a política deveria ser muito mais disseminada aos profissionais, e recebermos mais apoio dos órgãos públicos nos incentivando a promover o programa [...] (P8).

Araújo *et al* (2014) afirmaram que os profissionais de saúde além de não receberem o apoio necessário para realizar suas ações, também não conhecem a PNAISH em sua totalidade. Assim, a prática continua priorizando as ações assistenciais como um modelo de transformação do processo saúde/doença para o público masculino. Os autores apontam a importância de realizar atividades de capacitação e discussão entre os profissionais como forma de potencializar suas atividades, mas considerando a particularidade da população masculina.

3.3 OFICINA III

Título: Modelo de acolhimento do homem na unidade básica de saúde

Objetivo: Elaborar um fluxograma de atendimento a partir de um atendimento de demanda espontânea.

Contextualização: A presença dos homens foi observada na rotina do serviço onde ocorreu esta pesquisa e se notou homens de diferentes faixas etárias, raça e condição sociodemográfica, sendo que raramente os mesmos estavam acompanhados por um familiar. Nessa perspectiva, Gomes, Nascimento e Araújo (2007), afirmam que os serviços possuem um déficit em atender integralmente a real necessidade apresentada pelo público masculino, principalmente no tocante ao fator tempo, como por exemplo, quando se trata de um trabalhador que necessita ser atendido rapidamente para retornar ao seu ofício. Outro aspecto observado estava associado ao atendimento primário, no qual esse homem foi chamado para realizar a imunização por meio de campanhas estabelecidas pela unidade, porém o mesmo investe um tempo excessivo para essa atividade. Nesse sentido, chama-se atenção ao fluxograma de atendimento, o qual se apresenta muito demorado. Outra questão que se apresenta enquanto a assistência é a exigência de ampliação de medidas e estratégias direcionadas aos homens na prestação de seus serviços em relação ao atendimento prestado, principalmente para aquele que é trabalhador.

O homem não possui hábito de prevenção e busca o serviço de saúde em situações emergenciais e condições agudas. No entanto, o serviço de saúde também, na maioria das vezes, não estimula sua procura, sendo necessário criar estratégias para estimular ações de promoção e prevenção da saúde. As principais causas de procura do serviço de saúde correspondem a presença de doença aguda ou crônica, busca de medicamentos, situações específicas da saúde do homem, como disfunção erétil, obstrução urinária, suspeita de câncer de próstata, vasectomia e busca de preservativo (MOURA et al, 2014).

Método: Foi organizado um grupo de verbalização e observação, norteado pelo seguinte questionamento: Você está dentro ou fora do programa? Para Lea e Lenoir (2004), o grupo de verbalização e observação consiste na análise de um tema/problema sob coordenação do facilitador e a partir daí dois grupos são formados, sendo um de verbalização e outro de observação. Essa estratégia é aplicada ao longo do tempo no processo de construção de conhecimento, sendo importante relatar que o grupo de verbalização será avaliado pelo facilitador e por seus colegas do grupo de observação.

No final, ocorreu a formulação e execução de uma atividade teatral com a intenção de representar a possibilidade de alcançar o homem no primeiro atendimento na unidade. Cabe explicar que essa atividade, construída de maneira espontânea pelos participantes, desencadeou a construção do fluxograma de atendimento. Medina e Braga (2010) consideram o teatro de grande relevância em se tratando de recurso didático, pois envolve o indivíduo em torno de uma ideia, com a possibilidade de exploração das teorias e conceitos, além de impor o cumprimento de regras.

Discussão: Os participantes foram divididos em dois grupos, no formato de círculos, sendo um o grupo de observação e outro de verbalização. Como colocado anteriormente e para motivação ou disparador, os mesmos foram questionados a partir da pergunta: Você, enquanto profissional, se encontra dentro ou fora do programa? Ainda no início das atividades, foram apontadas questões afirmativas e interrogativas para que pudessem ser utilizadas para o início das reflexões. As questões foram direcionadas para os aspectos de acolhimento e também os mecanismos para realizar a assistência ao homem. Ao final das discussões dos grupos eles foram divididos novamente, sendo que cada grupo teve o tempo de 10 (dez) minutos para elaborar uma peça de teatro, a qual deveriam demonstrar como poderia acontecer a abordagem do homem no momento que o mesmo procura a unidade saúde. Essa teatralização foi gravada com autorização dos participantes e recolhida a assinatura do TCLE (Termo de consentimento livre esclarecido). Posteriormente, o vídeo foi analisado com a equipe e formulado um fluxograma de atendimento do homem na unidade (Apêndice D). Onde todos os participantes se comprometeram em realizar atendimentos específicos de sua categoria profissional, de forma multiprofissional e sistematizada.

Cabe destacar que, quando instigados, a participação se tornou criativa, expressiva e espontânea, demonstrando como cada profissional, em suas possibilidades, poderia contribuir na implementação de uma sistematização no atendimento do homem na Unidade de Saúde.

Avaliação: Os profissionais afirmaram a necessidade de dar maior importância e visibilidade ao que já está sendo prestado ao homem em sua rotina diária de atendimento; que a assistência à população masculina deve se aproveitar da oportunidade quando o mesmo chega na unidade, necessitando acontecer de forma sistematizada para que não ocorram lacunas e perdas no atendimento. O ponto significativo para a equipe foi a elaboração em conjunto do fluxograma de atendimento ao homem e seu comprometimento em fazer promoção em saúde.

Avaliaram de forma positiva que a metodologia desenvolvida nessa oficina oportunizou uma visão do que eles fazem em sua rotina e, sem mesmo notarem, não conseguem atingir o que a política nacional de saúde do homem preconiza.

3.4 OFICINA IV

Título: Construção de estratégias para adesão do homem ao programa

Objetivo: Apresentar estratégias a partir das que já estão sendo utilizadas pelo ministério da saúde, enriquecer as mesmas no intuito de motivar equipe na sua implementação.

Contextualização: O grande desafio hoje, devido a precariedade do serviço, está em prestar uma atividade de qualidade, a partir da responsabilidade de todos os profissionais envolvidos na assistência. Também de atingir métodos que permitam realizar adaptações constantes com base da real necessidade do usuário

Quando essas estratégias estiverem articuladas às ações, objetivando a promoção em saúde e, integrando todos os agentes geradores de mudanças, por meio da iniciativa no bem comum à assistência, alcançarão melhores resultados terapêuticos assistenciais, oferecidos aos usuários individuais e coletivamente (CAMELO, 2011).

O espaço de compartilhar saberes e práticas, em trabalhos conjuntos, garante a formação de laços e vínculos de corresponsabilização e acolhimento interdisciplinar e multiprofissional (GARCIA *et al*, 2015).

A utilização do espaço de conversa, conhecido como roda, permite a construção de novas possibilidades em que se expandem o pensar, em um movimento contínuo de perceber – refletir – agir – modificar, no qual os sujeitos podem se reconhecer como integrantes da construção de suas ações e de suas próprias possibilidades de serem mais participativos nas modificações sociais (VASCONCELOS, 2007). Assim, essa proposta foi coerente na promoção da saúde e políticas públicas, valorizando o conhecimento existente e participação da sociedade (BUSS, 2003).

A estratégia de roda de conversa é um procedimento firmado no diálogo e na interação, respaldado pelo teórico Paulo Freire que afirma a importância dessa prática educativa problematizadora, na qual pessoas, por meio das palavras, se humanizam (PANOZZO, 2010).

Método: Roda de conversa e aplicação de tempestade cerebral

O grupo formou um corredor e cada participante tinha em mãos um balão que configurava suas ideias e sugestões em relação ao objetivo de tornar real a promoção da

saúde do homem. O mesmo foi lançado para um líder que passaria pelo corredor recolhendo todas as sugestões com a missão de acolher todos sem deixar cair nenhuma ideia/sugestões que foram lançadas. Estimulando novas ideias e perspectivas de forma espontânea e natural, deixando a imaginação fluir, no sentido que não há certo ou errado, tudo que for levantado é passivo de explicação por parte do participante (LEA e LEONIR, 2004).

O líder iniciou o percurso e logo chamou a atenção pela quantidade de ideias e sugestões recebidas devido a equipe ser muito grande. O mesmo relatou: “não vou conseguir chegar ao final do corredor”. Notou-se que, na representação, o líder fez acúmulo de situações que necessitariam de resolução e demonstrou desconforto pela sua incapacidade por ter deixado cair algumas estratégias e, assim, não ser bem-sucedido. Ao observar tal situação, a equipe notou que sozinho nenhum líder conseguiria solucionar as demandas. Assim, surgiu a ideia de que, por ser uma equipe, todos precisariam se ajudar e o líder convidou um membro para tentar novamente acolher todas as ideias/sugestões sem passar despercebido por nenhuma delas. Eles fizeram de tudo para manter todas as estratégias sem cair no chão e conseguiram atingir o objetivo proposto. No entanto, os membros existentes no corredor agora sustentavam o balão até a aproximação do líder e colega de trabalho que o ajudava. Por meio dessa dinâmica observou-se que todos perceberam que o trabalho só atinge os objetivos propostos se todos andarem e estiverem com o mesmo objetivo, o que pode ser percebido pela fala a seguir:

a. [...] *sozinhos não conseguimos nada [...]* (P8).

Discussão: A dinâmica colaborou para que os profissionais entendessem e pudessem visualizar que uma única pessoa não consegue realizar o trabalho, mas exige a presença de uma equipe flexível e se utilize da inovação tecnológica simples para realizar a promoção de saúde entre os homens.

Identificou-se que os participantes tiveram liberdade e autonomia para expressar e participar da construção, objetivando estabelecer estratégias para fazer diferença, serem agentes transformadores e flexíveis na relação entre usuários, trabalhadores e gestores.

Avaliação: A criação de parcerias entre profissionais de diferentes categorias proporcionou vínculo durante as atividades da equipe multiprofissional com o intuito de prestar um atendimento de qualidade e excelência, empoderando e responsabilizando todos os membros de uma equipe.

3.5 OFICINA V

Título: Construção do processo educativo.

Objetivo: Construção do processo educativo voltado para os profissionais da atenção básica no atendimento à saúde do homem.

Contextualização:

A construção do processo educativo possibilitou entendimento e uma visão coletiva entre os profissionais, pois contribuíram de forma efetiva e não mediram esforços para a sua concretização. Cabe explicar que o processo foi escrito e sistematizado baseado, primeiramente, na construção de um portfólio construído em conjunto na própria unidade pesquisada.

O processo educativo proporcionou avanços significativos no ensino-aprendizagem e vai de encontro com o que é defendido pelo precursor teórico desse trabalho de que as ações fazem sentido quando estão baseadas na comunicação e dialogicidade entre os membros da equipe. Além de desenvolver atitudes, habilidades e conhecimento específicos, embasadas na ação teórica e na prática desenvolvida (LIMA, 2005).

A construção coletiva nada mais é do que uma estratégia de ensino e aprendizagem, no tocante a incitar o desenvolvimento do pensamento crítico reflexivo, bem como a autonomia e comprometimento do trabalho em equipe, adquirindo, assim, uma postura mais ativa perante seu posicionamento no desenvolvimento de ações para a saúde (ALARCÃO, 2001).

Método: Foi elaborado um portfólio em conjunto com os profissionais, no qual cada um levantou as principais ações que desenvolve na unidade voltada para questões relacionadas à assistência à saúde do homem.

Para essa construção, os participantes foram orientados tanto de forma individual quanto coletiva pelo pesquisador, que exercia o papel de facilitador. A orientação era prestada de acordo com as perspectivas vividas no percurso das oficinas educativas ministradas, estabelecendo relações de sucesso e insucesso das práticas políticas voltadas à saúde do homem, sua posição inicial enquanto indivíduo de um grupo, percepções e reflexões sobre os temas abordados.

De acordo com Cotta (2015), o portfólio é um instrumento pedagógico que possibilita o desenvolvimento cognitivo do indivíduo por meio dos aspectos crítico, reflexivo e compreensivo.

Discussão: A utilização do produto criado torna explícito o dispositivo pedagógico capaz de registrar todo trajeto a ser percorrido e, Sá-Chaves (2009) afirma que esse percurso estabelece o amadurecimento e a transformação profissional e pessoal, possibilitando, a cada instante, a capacidade e censo crítico-reflexivo.

Diante disso, a construção do processo educativo foi empregada como um método para estimular o envolvimento dos profissionais, bem como a possibilidade de repensar e avaliar competências e habilidades. A construção coletiva promove a capacidade inovadora e subsidia mudanças de condutas perante novas perspectivas, no tocante a ação, reflexão e ação (BRASIL, 2010).

Avaliação: Entre os profissionais que estiveram envolvidos, houve unanimidade sobre os benefícios que a construção da sequência do processo educativo trará à unidade e à equipe. Os mesmos avaliaram o trabalho coletivo como sendo de relevância e externaram como sendo importante, já que foi direcionado para uma população específica e regional de seu cotidiano. Nas falas apresentadas a seguir pode-se notar o impacto que as atividades proporcionaram:

a. [...] a construção do processo educativo facilitará nossas ações enquanto profissionais da saúde, com embasamento teórico de nossa realidade [...] (P7);

b. [...] será uma ferramenta para que possamos melhorar nossa assistência ao homem, para que não passe despercebido nos atendimentos de rotina em nossa unidade [...] (P8)

Cabe explicar que em cada etapa da construção da sequência do processo educativo, foi proporcionado um espaço para que os profissionais sanassem suas incertezas, dúvidas e dificuldades que foram surgindo no transcorrer do percurso. Também foram ressaltadas as reações e sentimentos vividos durante o processo de aprendizagem do conteúdo aplicado. O *feedback* está expresso na fala a seguir:

a. [...] espera-se que esse seja apenas o marco inicial de grandes transformações nas condutas utilizadas na atenção à saúde do homem a começar por nossa unidade [...] (P11).

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 10719: informação e documentação: relatório técnico e/ou científico: apresentação. Rio de Janeiro, 2009

AGUIAR, Milena C.; ALMEIDA, OBERTAL S. A implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Brasil: um desafio para a saúde pública. In.: **Diálogos & Ciência**, Feira de Santana, v. 10, n. 31, p. 144-147, 2012.

Albano BR, Basílio MC, Neves JB. **Desafios para a Inclusão dos homens nos serviços de Atenção Primária a Saúde. Revista Enfermagem Integrada.** 2010 dez;3(2):554-63

Alarcão I. **Escola reflexiva e nova realidade.** Porto Alegre: Artmed Editora; 2001.
ANDRADE, R. F.; MONTEIRO, A. B. Fatores determinantes para criação da política nacional de saúde do homem. **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP.** n.5, p.71-86, 2012.

ARAÚJO, Mércio Gabriel et al. Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** 18(4):682-689. Out-Dez 2014

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à gestão participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem:** (princípios e diretrizes). 2008. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>. Acesso Janeiro 2017

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. Curso de especialização em ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde: Caderno do especializando. 3. ed. Brasília: Fiocruz; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).** Indicadores de mortalidade. Mortalidade proporcional por grupos de causas. Segundo sexo masculino, 2011. Indicadores de base de (IDB), 2012. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c04.def>

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

CAMELO, S.H.H. **O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa.** 16 (4): 734-40, 2011.

CORDEIRO, S. V. L. *et al.* Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. In.: **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 644-649, 2014.

CARRARA, S *et al.* A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. In.: **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v19, n 3, 2009.

CAVALCANTI, J. da R. D. *et al.* Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 18(4):628-634. Out-Dez; 2014.

COTTA R.M.M.; COSTA G.D.; MENDONÇA, E.T. **Portfólios críticos-reflexivos: uma proposta pedagógica centrada nas competências cognitivas e metacognitivas**. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):573-88.

COTTA, R. M. M. *et al.* Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós?. In.: **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.171-179, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100018&lng=pt&nrm=iso >. acessos em 03 jul. 2016.

CUNHA, K. S. O campo da avaliação: tecendo sentidos. **Ensaio Pedagógico**: Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia das Faculdades OPET, Pernambuco, p. 1-14, 2014.

COUTO, M.T. *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. In.: **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a03v14n33.pdf>

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

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde - construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. In.: **Revista de Psicologia da UNESP**, 2010 jul/dez. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/166/215>

FERREIRA, M.C. Desafios da política de atenção à saúde do homem: análise das barreiras enfrentadas para sua coloidação. **IN: Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, v 4, p 1555-1569,2013.

FREIRE, P. **Educação como pratica da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 30 ed. 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

GARCIA, A.C.P. *at al.* O trabalho em equipe na estratégia saúde família. In.: **Rev Epidemiol Control Infect**. 2015; 5(1):31-6.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. 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. In.: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GOMES, R. *et al.* “Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária”. In.: **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p. 983-992, 2011.

GOMES, R. *at al.* A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. In.: **Ciência saúde coletiva**, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a24v16n11.pdf>

HEARN, J. Reflecting on men and social policy: contemporary critical debates and implications for social policy. *Critical Social Policy*, London, v. 30, n. 2, p. 165-188, 2010.

KNAUTH, D.R.; COUTO, M.T.; FIGUEIREDO, W.S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, Out. 2012.

LACERDA, A. B. M *at al.* Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. In.: **Audiol. Commun. Res.**, São Paulo, v.18, n.2, p.8592, Jun. 2013.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. In.: **Ciência Saúde Coletiva**, 2005; 10:35-46.

LAURENTI, R. *et al.* “Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina”. In.: **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LÉA, G.C.A.; LONIR, P.A. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para estratégias de trabalho em aula, 3ªed, 2ª triagem – Joinville SC: UNIVILLE, 2004

LEAL, A.F.; FIGUEIREDO, W.S.; SILVA, G.S.N. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) desde a sua formulação até a sua implantação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Cienc. saude colet.* [on line]. 2012;[citado em 2014 Jan 22];17(10): 2607-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/10.pdf>

LÉO, C.C.C.; GONÇALVES, A. “Aplicando metodologias: recortes da experiência de saúde coletiva e atividade física na UNICAMP”. In.: **R. da Educação Física/UEM**. 2008; 19(2):529-38.

LIMA, V.V. “Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde”. In.: **Interface Comum Saúde Educ**, 2005; 9(17):369-379.

LIMA, F.S. *et al.* Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)* [Internet]. 2016; Jan/Mar; [cited 2017 Mar 10]; 8(1):3893-906. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-27363>

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

MACHIN, R. et al. **Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária**. Cienc. saúde colet. 2011 fev;16(11):4503-12.

MOREIRA, M.A; BUCHWEITZ, B. Novas estratégias de ensino e aprendizagem: os mapas conceituais e o Vê epistemológico. Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 1993.

NASCIMENTO, M.A.G.; SILVA, C.N.M. Rodas de conversa e oficinas temáticas: experiências metodológicas de ensino-aprendizagem em geografia. **ENPEG**. (pôster), Porto Alegre, 2009. Disponível em: <[http://www.agb.org.br/XENPEG/artigos/Poster/P%20\(36\).pdf](http://www.agb.org.br/XENPEG/artigos/Poster/P%20(36).pdf)>. Acesso em: 03 Jul. 2016.

Portaria n. 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 28 ago 2009: Seção1: 1. 6.

Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 24 out 2011: Seção 1: 1.

SÁ-CHAVES, I.S.C. **Portfolios reflexivos: estratégia de formação e de supervisão**. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2009.

SILVA, P.A.S. *et al.* “A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde”. In.: **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 561-568, Set. 2012.

SOUZA, S.S. *et al.* Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):449-55.

VALLE, H. S; ARRIADA, E. “Educar para transformar”: a prática das oficinas. Revista Didática Sistêmica, v. 14, n. 1, p. 3-14, 2012

VASCONCELOS, E.M. “Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde”. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.

VIEIRA K.L.D *at al.* **Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura**. Esc Anna Nery. 2013 mar;17(1):120-7.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO – AO USUÁRIO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O Sr. está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: “PROCESSO EDUCATIVO PARA ASSISTENCIA À SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA”, que tem como objetivo conhecer sua opinião sobre a sua saúde e informações a respeito da procura por assistência na unidade básica de saúde, para posterior construção de um guia prático para profissionais de saúde que prestam assistência a população masculina na rede de atenção básica de saúde. Será realizado por meio de entrevista que abordarão perguntas sobre sua saúde e questões sociodemográficas. Será realizada pelo pesquisador Joselito de Araújo Meneses, do Programa de pós-graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, orientado por Dr^a Vivian Rahmeier Fietz e coorientado e Dr^a Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe. No estudo sua identidade será mantida em sigilo. As entrevistas serão gravadas e aplicadas de forma individual em ambiente individualizado. Não haverá nenhuma forma de pagamento pela participação do estudo e caso o Senhor se recuse a participar sua vontade será respeitada. Como benefícios você terá informações sobre sua saúde e estará contribuindo para a melhora do atendimento da população masculina. E como risco pode ocorrer o constrangimento porque serão abordados temas de sua vida pessoal, porem buscara sanar estes riscos realizando a entrevista em local reservado e caso não queira responder, sua vontade será respeitada. Os resultados da pesquisa serão apenas utilizados em meios científicos e sua identidade será preservada. Assim se o Senhor aceitar o convite para participar da pesquisa, por favor, preencha os espaços abaixo. Cabe esclarecer que este documento será composto por duas vias e uma será entregue ao senhor. Em caso de dúvida poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS no telefone 3902-2644, ou pelo email cesh@uems.br ou entrar em contato com os pesquisadores Joselito de Araújo Meneses - Rua Manoel Correa Filho,440 - Dourados, MS, Brasil. Fone: (67) 9 9147-7874 Email: enfermeirojoselitoaraujo@hotmail.com, Prof. Vivian R. Fietz e Prof. Elaine A M T Watanabe no telefone 3902-2684.

Eu, _____
_____,

RG: _____, fui devidamente esclarecida (o) do projeto de Pesquisa acima citado e aceito o convite para participar.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do responsável pela pesquisa

APÊNDICE B – ROTEIRO DE PERGUNTAS AOS USUÁRIOS**Roteiro de perguntas para entrevista com usuários**

Nome: _____

Estado Conjugal _____

Escolaridade: _____

Profissão _____

Idade: _____

Nome da Unidade: _____

Perguntas:

01 - Essa é a primeira vez que o senhor procurou essa Unidade de Saúde? Se sim, por quê?

02 – Quando o senhor procurar a unidade de saúde, como se sente? É bem recebido?

03 – Qual o horário que o senhor preferi e/ou procura a unidade de saúde?

04 – Em que situação e/ou problema o senhor procura a unidade de saúde?

05 – O que o senhor considera como dificuldade de acesso, para o atendimento do homem nesta unidade de saúde?

06 – O que o senhor considera como facilidade de acesso, para o atendimento do homem nesta unidade de saúde?

07 – O senhor participa de algum grupo de saúde na unidade de saúde?

08 – O senhor gostaria de fazer algum comentário ou sugestão?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO – AOS PROFISSIONAIS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O Sr, está sendo convidado a participar da pesquisa intitulado: “PROCESSO EDUCATIVO PARA ASSISTENCIA À SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA”, que tem como objetivo: Conhecer sua opinião e conhecimento sobre a Atenção a Saúde do Homem, bem como a estratégias adotadas em sua unidade de trabalho para a assistência ao homem que procura o atendimento espontaneamente, posteriormente em conjunto, com o pesquisador e profissionais da unidade de saúde pesquisada, será desenvolvido um guia prático para profissionais de saúde que prestam assistência a população masculina, na rede de atenção básica de saúde. Será realizada pelo pesquisador Joselito de Araújo Meneses, do Programa de pós-graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, orientado por Dr^a Vivian Rahmeier Fietz e coorientado por Dr^a Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe. No estudo sua identidade será mantida em sigilo. As entrevistas serão gravadas e aplicadas de forma individual em ambiente individualizado. Não haverá nenhuma forma de pagamento pela participação do estudo e caso o senhor (a) se recuse a participar sua vontade será respeitada. Como benefícios você terá informações sobre o perfil de saúde da população masculina que busca atendimento em sua unidade, sobre a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem e subsídios para melhor atender a população masculina. Como risco pode ocorrer o constrangimento por não prestar assistência condizente com o que rege os protocolos e manuais do Ministério da Saúde voltados a atenção a saúde do homem. Os resultados da pesquisa serão apenas utilizados em meio científico e sua identidade será preservada, serão apresentados em forma de oficinas educativas e ao termino da pesquisa será entregue a cada unidade de assistência a saúde e aos profissionais participantes desta pesquisa um exemplar do guia pratica para profissionais de saúde da Atenção Básica, na assistência a saúde do homem. Assim se o senhor (a) aceitar o convite para participar da pesquisa, por favor, preencha os espaços abaixo. Cabe esclarecer que este documento será composto por duas vias e uma será entregue ao senhor. Em caso de dúvida poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS no telefone 3902-2644, ou pelo email cesh@uems.br ou entrar em contato com os pesquisadores Joselito de Araújo Meneses - Rua Manoel Correa Filho,440 - Dourados, MS, Brasil. Fone: (67) 9 9147-7874 Email: enfermeirojoselitoaraujo@hotmail.com, Prof. Vivian R. Fietz e Prof. Elaine A M T Watanabe no telefone 3902-2684.

Eu, _____,

RG: _____, fui devidamente esclarecida (o) do projeto de Pesquisa acima citado e aceito o convite para participar.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do responsável pela pesquisa

PROCESSO EDUCATIVO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO
BÁSICA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO HOMEM

Organização Geral

JOSELITO DE ARAÚJO MENESES

VIVIAN RAHMEIER FIETZ

ELAINE APARECIDA MYE TAKAMATU WATANABE

(Mestrado Profissional Ensino em Saúde – PPGES)