



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**PRODUÇÃO DO CUIDADO AO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

BRUNA PAULA DE JESUS SIQUEIRA

**JEQUIÉ-BA
2013**

BRUNA PAULA DE JESUS SIQUEIRA

**PRODUÇÃO DO CUIDADO AO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à banca de defesa da dissertação de mestrado, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração Saúde coletiva, como requisito para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e
Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. DSc. Eduardo Nagib Boery.

**JEQUIÉ-BA
2013**

Siqueira, Bruna Paula de Jesus.

S628 Produção do cuidado ao homem na estratégia saúde da família/Bruna Paula de Jesus Siqueira.- Jequié, UESB, 2013.

100 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013.
Orientador: Prof^o. Dsc. Eduardo Nagib Boery.

1. Cuidado ao homem – Atenção primária à saúde da família 2. Saúde masculina 3. Usuários do sexo masculino dos serviços de saúde – Cuidado ao homem 4. Política de saúde – Masculinidade I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 616.65

FOLHA DE APROVAÇÃO

SIQUEIRA, Bruna Paula de Jesus. **Produção do cuidado ao homem na estratégia saúde da família**. 2013. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

Banca Examinadora

Profº Dr. Eduardo Nagib Boery

Doutor em Enfermagem

Professor Adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Orientador e Presidente da Banca

Profº Dr. Túlio Batista Franco

Doutor em Saúde Coletiva

Professor Adjunto da Universidade Federal Fluminense
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Profaº Dra. Silvia Matumoto

Doutora em Enfermagem em Saúde Pública

Professora Adjunta da Universidade de São Paulo
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública - EERP - USP

Jequié/BA, 12 de dezembro de 2013.

Dedicatória

À pessoa que me ensinou a ser quem eu sou hoje, a quem devo a minha vida e todas as minhas conquistas, minha mãe, Nilza Maria de Jesus

Agradecimentos

Acima de tudo, agradeço a **Deus** por me conceder o dom da vida, da sabedoria, por me presentear com a família maravilhosa, com os amigos verdadeiros, com os professores, por estar comigo em todas as horas, por me conceder tantas bênçãos, conquistas e vitórias.

Aos **meus pais**, pelos ensinamentos de toda uma vida e em especial a **minha mãe**, meu exemplo de vida, quem está comigo em todas as horas, lugares e momentos, me apoiando em todos os meus planos.

Às minhas irmãs **Brena e Fernanda**, por se fazerem presentes em todos os momentos e de todas as formas. Em especial, a **Duda**, por todas as horas que não me permitiu estudar, me fazendo trocar os livros pelos brinquedos.

À toda a **minha família**, meu cunhado, meus tios, primos que mesmo de longe sempre torceram pelo meu sucesso.

Às minhas **professoras** da UFS, em especial **Alzira** pessoa que me inspira a seguir essa carreira, que sempre esteve presente e incentivando todos os meus planos.

Aos meus **professores** da UESB em especial a **Rita e Alba**, por todos os ensinamentos, por todos os momentos que estiveram ao meu lado, me apoiando e me compreendendo, pela confiança e carinho, por me acolher tão bem nesse programa.

Ao meu orientador **Boery**, por acreditar no meu trabalho, pela confiança depositada em mim, pelos ensinamentos, por apoiar as minhas ideias, por me permitir crescer e mostrar o meu potencial.

Aos professores **Márcio e Túlio Franco** presentes desde o início deste trabalho, que tanto contribuíram para a realização dele e para o meu crescimento pessoal, por todos os ensinamentos que, sem dúvida, foram fundamentais para a concretização deste trabalho.

À Professora **Silvia Matumoto**, pelas contribuições e disponibilidade em me ajudar, desde bem antes da minha defesa, agradeço pela oportunidade de compartilhar este momento com você.

Ao colega **Fabício Almeida**, quem plantou a semente da saúde do homem na minha vida, permitindo a realização deste trabalho.

Às minhas **amigas**, que compreenderam a minha ausência e mesmo de longe se fizeram perto sempre que precisei.

Às colegas **Mara, Mary, Lausy e Dora**, por todo o apoio nos momentos que precisei e por compartilhar esse momento comigo.

Aos profissionais e usuário que protagonizaram este trabalho e com suas experiências, contribuíram para a construção do conhecimento científico e para o meu crescimento.

Aos **colegas do mestrado** turma promessa 4, que me acolheram muito bem, sempre me fizeram sentir em casa. Carinho especial pelas amizades construídas (**Jules, Doane, Michele, Marcela e Leo**).

Ao meu amigo, parceiro, companheiro e namorado **Paulo Neto**, herança do mestrado, primeira pessoa que conheci e que esteve ao meu lado em todos os momentos, me ajudando a concretizar esse sonho e a suportar a distância de casa e ausência da família, dividindo minhas alegrias e tristezas, sem dúvida, tornou a minha passagem pelo mestrado bem mais fácil.

Às companheiras de trabalho, especialmente minha **equipe IV**, que mesmo distante sempre estiveram ao meu lado me apoiando e me defendendo de tudo que pudesse me fazer mal.

À CAPES, pelo auxílio concedido para a realização deste trabalho.

SIQUEIRA, Bruna Paula de Jesus. **Produção do cuidado ao homem na Estratégia Saúde da Família. Dissertação [mestrado]**. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié/BA. 2013. 100p.

RESUMO

Respaldados por estereótipos de gênero e pela cultura machista, os homens não tem o hábito de cuidar da própria saúde, principalmente quando o foco é na prevenção e promoção à saúde, adotam comportamentos de risco e com isso protagonizam indicadores de saúde lamentáveis. Nesse contexto, trabalhar na perspectiva das linhas de cuidado e redes de atenção à saúde para a produção do cuidado integral de forma a contemplar as necessidades de saúde em todas as suas dimensões e complexidade, é um desafio importante para o sistema de saúde, para os usuários e para os profissionais. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde têm um papel central, visto que a sua atuação, mediada pelos encontros, desejos, subjetividades, afetos e singularidades, tem potencial para determinar o perfil de um serviço, se trabalha na perspectiva da fragmentação ou da integralidade. Dessa forma, implantar políticas de saúde ou modelos tecnoassistenciais sem intervir no campo da micropolítica do processo de trabalho, não garante uma nova forma de organizar o trabalho em saúde. Com isso, este trabalho tem o objetivo de analisar a linha de cuidado ao homem na estratégia saúde da família do município de Aracaju/SE e caracterizar o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família no cuidado ao homem. Para isso, adotou-se como estratégia de pesquisa o estudo de caso, pois, a partir da sua reconstituição permite analisar o cuidado prestado ao usuário, o processo de trabalho, a organização e funcionamento dos serviços de saúde, entre outros aspectos. Este estudo foi realizado entre fevereiro e agosto de 2013, no município de Aracaju, com um usuário do sistema e uma equipe de saúde da família. Com base nas informações analisadas, evidenciou-se que mesmo após a implantação da política de saúde do homem no município, não percebemos estratégias de cuidado que estimulassem os homens a cuidar da sua saúde, a linha de cuidado encontra-se fragmentada e fragilizada, decorrente da atuação profissional nos moldes do modelo tecnoassistencial hegemônico, limitando o poder resolutivo do serviço, direcionando o cuidado à produção de procedimentos, através de projetos terapêuticos parcialmente resolutivos e efetivos. Com isso, concluímos que é a atuação micropolítica, operada pelo trabalho vivo e tecnologias leves, que têm potencial para transformar a estrutura organizacional de um serviço de saúde, assim como efetivar uma reestruturação produtiva e tecnológica, caminhando em direção à integralidade do cuidado, através do funcionamento das linhas de cuidado e da rede de atenção à saúde com um efeito rizomático. Com isso, sugerimos a adoção da estratégia do estudo de caso nos programas de educação permanente em saúde, nas instituições formadoras e mesmo no cotidiano dos estabelecimentos de saúde, como forma de avaliar o processo de produção do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Homens; Masculinidade; Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde, serviços de saúde.

SIQUEIRA, Bruna Paula de Jesus. **Production Care to man in the family health strategy.** Thesis [MA]. Post-Graduation Program in Nursing and Health, State University of Southwest of Bahia. Jequié-BA. 2012. 100p.

ABSTRACT

Endorsed by gender stereotypes and male chauvinist culture, men do not have the habit of taking care of their health, especially when the focus is the prevention and health promotion, adopt risk behaviors and with this they are protagonists of lamentable health indicators. In this context, work towards the lines of care and health care networks for the production of integral care in order to contemplate the needs of health in all their dimensions and complexity is a major challenge for the health system, for the users and for professionals. From this perspective, health professionals have a central role, due to their performance, mediated by encounters, desires, subjectivities, affections and singularities, having the power to determine the profile of a service, if it works from the perspective of fragmentation or integrality. Thus, to implement health policy or health care technical models without intervening in the area of the micropolitics of the work process, does not guarantee a new way of organizing the health work. Therefore, this study aims to analyze the line of care to the man in the family health strategy the city of Aracaju / SE and characterize the work process of the Family Health Teams in the care to man. For this, it was adopted as a research strategy the case study, thus, from their reconstitution allows analyzing the care given to the user, the work process, organization and operation of health services, among other aspects. This study was realized between February and August 2013 in the city of Aracaju, with a user of the system and a family health team. Based on the information analyzed it was observed that even after the implementation of health policy of man in the city we do not perceive care strategies that stimulate men to take care of your health, the line of care the line of care is fragmented and weakened as a result of professional practice in the molds of hegemonic technical-assistance model, limiting the resolving power of the service, directing the care to the production of procedures through therapeutic projects partially resolute and effective. Thus, we conclude that is the performance is micropolitics, operated by living labor and light technologies that have the potential to transform the organizational structure of a health service, as well as to effect a productive and technological restructuring, walking toward the integrality of care through operation of the lines of care and of the health care network with a rhizomatic effect. With this, we suggest the adoption of the strategy of the case study in the permanent education programs in health, in formative institutions and even in everyday of the health establishments as a form of evaluate the process of work in health.

keywords: Men; Masculinity; Primary Health Care; Health Policy, healthcare.

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.

Paulo Freire

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 CAPÍTULO 1: FASES INICIAIS DESSE ESTUDO | 12 |
| 2 CAPÍTULO 2: REVISÃO DA LITERATURA | 18 |
| 2.1 Contextualizando a Saúde do Homem e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem | 18 |
| 2.2 Considerações sobre processo de trabalho em saúde: interseções no mundo do modelo tecnoassistencial | 23 |
| 2.3 Linhas de produção do cuidado integral na estratégia saúde da família: desafios de uma atuação em rede | 30 |
| 3 CAPÍTULO 3: PERCURSO METODOLÓGICO | 38 |
| 3.1 Tipo de estudo | 38 |
| 3.2 Campo da pesquisa | 38 |
| 3.3 Sujeitos do estudo | 39 |
| 3.4 Instrumentos de coleta e Análise dos dados | 40 |
| 3.5 Aspectos Éticos | 41 |
| 4 CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO | 44 |
| 4.1 Linha de cuidado ao homem na estratégia saúde da família, um estudo de caso | 44 |
| 4.2 Macro e Micropolítica na saúde do homem: uma tensão constituinte do cuidado | 65 |
| 5 CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS | 85 |
| 6 REFERÊNCIAS | 87 |
| APÊNDICES | 95 |

LISTA DE SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CTT – Composição Técnica do Trabalho

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

Capítulo 1

Fases Iniciais desse estudo

1 FASES INICIAIS DESSE ESTUDO

As inquietações que motivaram a realização deste trabalho ocorreram há alguns anos, ainda na época de graduação, ao me deparar com a pequena demanda masculina aos serviços de saúde, associada às dificuldades enfrentadas, pelos profissionais, para o atendimento a essa pequena demanda que adentrava ao serviço e para fazer esses homens aderirem ao tratamento que impomos através dos protocolos assistenciais.

Visto que minha formação foi guiada por protocolos assistenciais, de modo que, no campo de estágio, precisava levar um roteiro das ações a serem desenvolvidas para cada grupo programático que aparecia na unidade. Quanto mais ações eu conseguia lembrar e reproduzir na prática assistencial, melhor eu era avaliada. Ressalto que, para os homens não havia um protocolo assistencial específico, eles eram incluídos em outros protocolos mais abrangentes, normalmente o das doenças crônico-degenerativas, talvez isso explique a dificuldade dos profissionais atenderem as demandas específicas desse grupo.

Posteriormente, enquanto enfermeira de uma equipe de saúde da família, responsável pelas condições de saúde e cuidado dessa população, me deparei com as mesmas situações e, dessa vez, sem um professor ao lado e sem saber como agir em cada situação. Vez que, não tinha um protocolo assistencial específico para atendimento ao público masculino, de forma que, os homens que não podiam ser inseridos em outras ações programáticas, eu não sabia como conduzir o cuidado.

Resumindo a situação, de um lado temos um grupo populacional difícil, pois, respaldados pelo modelo machista e pelos estereótipos de gênero, impostos socialmente, é permitido ao homem adotar certos comportamentos como o uso abusivo de álcool, drogas lícitas e ilícitas, atos de violência, comportamentos sexuais de risco.

Do outro lado, temos nós, profissionais de saúde, formados para reproduzir esses protocolos assistenciais, estabelecidos de forma vertical, valorizando o trabalho individual, fragmentado e produtor de procedimentos, como o ideal a seguir; trabalhando em sistema de saúde, que tenta estabelecer modelos de atenção à saúde contra hegemônicos, mas que permanecem organizando os serviços de saúde embasados no modelo hegemônico; e por fim, uma sociedade, que foi

contaminada pelo ideal capitalista e com isso valoriza a produção de procedimentos e fragmentação como ideal de cuidado a saúde.

Diante desse contexto, nós profissionais de saúde, rotineiramente, nos deixamos levar por normas e protocolos de atendimento, talvez por ser cômodo, ou porque temos indicadores e metas a cumprir, e somos muito cobrados para isso, ou ainda por ser uma forma de trabalho aprendida nas universidades e firmadas no imaginário social como ideal.

Muitas vezes, enquanto profissionais de saúde não reconhecemos o enorme poder que temos em nossas mãos, pois, no momento do encontro com o usuário, mediados pelo trabalho vivo em ato, somos nós que estabelecemos os nossos próprios “protocolos”. Neste momento, não há imposição vertical, e com isso, escolhemos entre atuar livremente ou alienado a um modelo de saúde ou a vários programas e políticas que convivem algumas vezes de forma conflituosa, nos deixando perdidos no meio a tanto jogo de ideias.

Neste momento pretendo contextualizar, o porquê defendendo justamente os homens como população prioritária nesse estudo. Os homens representam cerca de 49% dos brasileiros, ao analisar a pirâmide etária é nítido que a população masculina é superior a feminina em faixas etárias mais jovens, ou seja de 0-19 anos. Contudo, ao ultrapassar os 25 anos de idade, o número de mulheres supera o de homens (IBGE, 2010).

A mortalidade masculina é superior à feminina ao longo do ciclo vital, chegando, em alguns casos, a ser quinze vezes maior, como ocorre na faixa etária de 20-29 anos por homicídio (FIOCRUZ, 2008). A cada três adultos que morrem no Brasil, dois são homens, além disso, mais da metade dos registros de óbitos e de internações ocorrem no sexo masculino (BRASIL, 2008). Associado a isso temos que a redução dos índices de mortalidade ocorre de forma mais lenta e em menor proporção na população masculina quando comparado à feminina (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Apesar de serem mais vulneráveis e morrerem mais precocemente, os homens quase não buscam os serviços de saúde, principalmente, a atenção básica, pois se consideram invulneráveis. Isso contribui para que se cuidem menos, os tornando mais propensos ao risco de adoecer (BRASIL, 2009).

Neste contexto, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) relacionam essa menor procura aos serviços de saúde, aos estereótipos de gênero, alimentados no imaginário social, em que o cuidado não é tratado como uma prática da saúde masculina, de modo que amarras culturais e o imaginário do que é ser homem, aprisionam o indivíduo.

Reforçando essa ideia, os profissionais de saúde, reconhecidos na sociedade como detentores do poder e do saber para cuidar da saúde das pessoas, também não reconhecem os homens como sujeitos de cuidado e com isso não estimulam a promoção à saúde dessa clientela. Referem despreparo para atender à demanda do público masculino e, com isso, as consultas são direcionadas às queixas, não valorizando os fatores determinantes e condicionantes que interferem no processo saúde-doença (MACHIN *et al.*, 2011; SCHRAIBER *et al.*, 2010).

Com isso, a atual conformação tecnológica do modelo tecnoassistencial nos serviços de saúde, está centralizada no problema de saúde e na consulta médica, operando na lógica do modelo médico hegemônico, subordinando a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e secundário (FRANCO; MERHY, 2003; MERHY, 1998).

Paralelo a isso, foram desenvolvidos modelos tecnoassistenciais alternativos, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), que tentam superar essa forma de produzir saúde instituída pelo modelo hegemônico. A ESF é operacionalizada por equipes multiprofissionais, direcionada à coletividade e à família, que têm na promoção, proteção da saúde, reabilitação e vigilância, os pilares do seu trabalho (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007).

O trabalho desenvolvido na ESF, mesmo que voltado ao indivíduo e à coletividade, prioriza a atenção a grupos específicos, e os homens, nesse contexto, mantêm-se afastados de algumas abordagens da estratégia, quais sejam a prevenção e promoção da saúde.

Para reverter esse distanciamento entre homens, serviços e cuidados com a saúde, foi instituída, em 2009, no Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Até então, eram pontuais as ações de saúde direcionadas, especificamente, às necessidades de saúde dos homens, principalmente, os adultos jovens. As demandas desse público eram atendidas diluídas em outros programas do Ministério da Saúde (MS).

Contudo, defendemos que a implantação vertical de um programa, política ou modelo de atenção à saúde, por si só, não é capaz de transformar a prática cotidiana dentro dos estabelecimentos de saúde. Mas sim, o quanto essa política consegue produzir subjetividades, nos diversos atores envolvidos nesse processo, que opere na micropolítica do processo de trabalho. Reforçamos que, são os atos assistenciais e cotidianos dos sujeitos responsáveis pela produção do cuidado em saúde, que podem transformar o perfil de um estabelecimento de saúde.

Baseados nessa concepção, entendemos que é a partir de uma análise micropolítica do processo de trabalho, no contexto dos estabelecimentos de saúde, que teremos ferramentas para analisar o funcionamento das políticas de saúde, assim como o modelo tecnoassistencial que organiza a rede de serviços de saúde.

Assim como, é no contexto micro, que podemos promover reflexões nos gestores, profissionais e usuários, sujeitos do trabalho em saúde, de como o sistema de saúde opera produzindo saúde, sua capacidade resolutiva, sua eficácia, assim como as dificuldades enfrentadas pelos profissionais, cotidianamente para produzir saúde, e a luta dos usuários para a satisfação das suas necessidades de saúde.

Com isso, as seguintes questões nortearam a elaboração desse estudo: Como é o processo de trabalho das equipes de saúde da família que atuam na produção do cuidado ao homem? Como funciona a linha de cuidado ao homem no município de Aracaju?

Visando a encontrar respostas para a essas questões, estabelecemos os seguintes objetivos:

- Analisar a linha de cuidado ao homem na estratégia saúde da família do município de Aracaju/SE;
- Descrever o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família na produção do cuidado a saúde do homem;

Diante disso, consideramos relevante esse estudo, pois, durante muito tempo a saúde do homem não foi priorizada, na lógica dos atuais modelos de saúde com o enfoque na vigilância, promoção à saúde e prevenção de agravos, o que contribuiu para que os serviços não fossem compatíveis com as necessidades de saúde dessa população.

Acreditamos que este estudo possa fornecer subsídios para o planejamento de futuras ações a serem desenvolvidas no sentido de consolidar a PNAISH, assim como desvelar a importância dos profissionais de saúde no processo de gestão,

planejamento, implantação e execução das ações de saúde, considerando-os ferramentas importantes para a consolidação de qualquer programa. Uma vez que a subjetividade, o desejo, os afetos, produzidos no encontro entre os sujeitos do cuidado, e que envolve as ações na micropolítica do processo de trabalho, é tão importante quanto estruturar os serviços de saúde, em termos de tecnologias duras e leve-duras.

Capítulo 2

Revisão da Literatura

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Contextualizando a Saúde do Homem e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Recentemente a saúde masculina vem despertando o interesse de gestores, serviços de saúde e de pesquisadores, em estudar questões que envolvem esse grupo populacional. Dentre as possíveis justificativas para este interesse está a elevada morbimortalidade masculina.

A natalidade masculina é mais elevada que a feminina, contudo, a mortalidade também é superior, principalmente em faixas etárias mais jovens, pois ao ultrapassar os 25 anos de idade o percentual de mulheres supera o de homens, ou seja, a população masculina está morrendo mais e de forma precoce (IBGE, 2010).

De acordo com o MS, a principal causa de mortalidade entre os homens na faixa etária de 40 a 59 anos são as doenças do aparelho circulatório, com 25% dos óbitos, as causas externas 18% e neoplasias com 16%. Entretanto, entre os adultos jovens (20-39 anos) as causas externas são responsáveis por 64% dos óbitos. No Brasil o risco de morte por esse tipo de causa é 5,1 vezes maior nos homens do que em mulheres (BRASIL, 2011) e concentram-se em regiões mais pobres (BELON; BARROS; MARÍN-LEÓN, 2012).

Os óbitos por causas externas incluem as lesões decorrentes de acidentes (relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e de violências (agressões/homicídios, suicídios, abusos físicos, sexuais e psicológicos). Essas causas merecem uma atenção especial do setor saúde em trabalhar com a prevenção e a promoção, uma vez que os gastos imediatos referentes a essas vítimas recaem, principalmente, sobre este setor. Em 2010, os homens responderam por 70,5% das internações hospitalares por causas externas em serviços financiados pelo SUS (BRASIL, 2011).

Destarte que, Belon, Barros e Marín-León (2012) identificaram que a mortalidade brasileira, principalmente desses adultos jovens, relaciona-se a condições de vida precárias, comportamentos não saudáveis e dificuldade de acesso a serviços de saúde. As causas apontadas por dificultar este acesso são

inúmeras e dividem-se, didaticamente, em dois grupos: as barreiras socioculturais e institucionais.

As barreiras socioculturais estão relacionadas aos estereótipos de gênero que concebem o ser homem, como um ser forte, viril e invulnerável (GOMES *et al.*, 2011a). Essa ideia está vinculada a imagem de identidade de gênero e a questões culturais, pois há padrões de masculinidade que reprimem as necessidades e os cuidados com a saúde e negam os sinais de fraqueza e vulnerabilidade, reforçando os atributos masculinos de força, virilidade e invulnerabilidade (MACHADO; RIBEIRO, 2012; MACHIN *et al.*, 2011; VIEIRA; GOMES; BORBA, 2013).

Ao associar esta imagem do ser homem ao cuidado com a saúde, resulta em cuidado incipiente, desleixo, objetividade e praticidade no atendimento, valorizando ações meramente curativas e a medicalização do corpo, desvalorizando a prevenção e promoção à saúde (COUTO *et al.*, 2010; FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011; GOMES *et al.*, 2011b; KNAUTH, COUTO, 2012; MACHADO *et al.*, 2012; MACHIN *et al.*, 2011).

Sendo esta imagem reforçada em função de uma visão reducionista, de alguns profissionais de saúde, em relação à saúde do homem, que limita-o a problemas prostáticos, de ordem sexual e ou doenças crônicas, além de não reconhecerem o cuidado como inerente ao ser masculino e, conseqüentemente, não estimularem ou mesmo desestimularem a prevenção e promoção da saúde (VIEIRA, GOMES, BORBA, 2013).

Muitas vezes essa conduta se relaciona ao despreparo desses profissionais para trabalhar com as novas demandas e necessidades de saúde específica da população masculina, pois cada modo de viver a vida traduz diferentes necessidades de saúde (FIGUEIREDO, SCHRAIBER, 2011; GOMES *et al.*, 2011a; SCHRAIBER *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2012)

Entretanto essa visão reducionista, talvez, também esteja vinculada ao fato dos homens acessarem os serviços de saúde em busca do urologista, preocupados com a próstata, ou quando acometidos por problemas agudos, como a dor, ou por doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes ou questões de ordem sexual, como as doenças sexualmente transmissíveis (KNAUTH, COUTO, 2012; VIEIRA, GOMES, BORBA, 2013).

A despeito do descuido com a saúde, o medo de descobrir alguma doença grave e/ou da morte e a vergonha de expor o corpo, geralmente está presente no

imaginário masculino acentuando o abismo que separa o homem do cuidado e dos serviços de saúde (GOMES et al, 2011a; KNAUTH, COUTO, 2012; VIEIRA, GOMES, BORBA, 2013). Neste contexto, Albano, Basílio e Neto (2010) realizaram um estudo com o público masculino em que 57,62% destes revelaram esse medo.

A vergonha de se expor, principalmente no tocante a prevenção do câncer de próstata, a partilhar espaços educativos com mulheres, a demonstração de sinais de fraqueza ao buscar os serviços de saúde, comportamento feminino, ou mesmo a exposição de suas necessidades a profissionais do sexo feminino, também aparece na literatura como forma de expressão da resistência masculina ao autocuidado (GOMES, et al, 2011a).

Estudo realizado com homens jovens mostrou algumas marcas identitárias atribuídas ao ser homem e que podem refletir nas condições de saúde, por exemplo, o ser dominador, o ser provedor e o ser heterossexual. Nesse sentido, o cuidado com o outro aparece como uma atitude masculina, quando associada à ideia de provedor e protetor da família (NASCIMENTO; GOMES, 2008).

Dentre essas marcas, o ser provedor merece uma atenção especial, pois é reconhecida socialmente como uma característica da identidade masculina, atitude que dignifica e confere valor moral ao homem. O trabalho é responsável pelo reconhecimento e respeitabilidade social, permitindo ao homem, cumprir com suas obrigações diante da família e da sociedade. É através do trabalho que ele consegue fazer valer o seu papel de chefe da família (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011).

Entretanto, essa obrigação social que torna o homem o principal responsável pelo sustento da família, desobriga-o do papel de cuidar da própria saúde priorizando, na divisão do seu tempo, o trabalho ao invés da saúde.

Diante do exposto, percebe-se quanto o machismo ainda tem forte influência na perpetuação dessa imagem que o homem não adocece, não chora, é invulnerável, e que permite ao ser masculino a adoção de comportamentos de risco, o uso de álcool, drogas lícitas e ilícitas e os atos de violência (causas externas). Peate (2010) afirma que os homens estão mais propensos a tornarem-se dependentes do álcool, a usar drogas e a serem vítimas de violências e crimes, 87% dos crimes violentos são cometidos por homens (ALVES et al, 2011; KNAUTH; COUTO, 2012).

Estes comportamentos são fatores agravantes as condições de saúde da população masculina, pois além desta não dispensar tempo ao cuidado com a

saúde, ou melhor, de não realizar um cuidado nos moldes que, atualmente, o sistema de saúde propõe como adequado, baseado na vigilância, prevenção e promoção à saúde, os homens adotam comportamentos que os tornam ainda mais vulneráveis.

Dentre as barreiras institucionais que comprometem a busca dos homens pelos serviços de saúde podemos citar o horário de funcionamento das unidades, coincidente com a jornada de trabalho, sendo que a sociedade e o mundo do trabalho desvalorizam a ausência laboral por questões de saúde/doença na população masculina; as equipes de saúde constituída, predominantemente, por mulheres; a demora em conseguir atendimento; o acolhimento deficiente; o despreparo dos profissionais; a ausência de programas voltados ao público masculino; a estrutura física que não permite uma privacidade no atendimento; a precarização e baixa resolutividade dos serviços de saúde, principalmente na atenção básica (COUTO *et al.*, 2010; FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011; GOMES *et al.*, 2011b; KNUTH, COUTO, 2012; MACHIN *et al.*, 2011; SCHRAIBER *et al.*, 2010).

Soma-se a isso uma concepção, presente entre os profissionais da atenção básica, que caracteriza negativamente o comportamento do homem, em função da sua impaciência na espera por atendimento. Os homens buscam um atendimento imediato e por isso, muitas vezes prioriza os serviços de farmácias e pronto-socorros ou mesmo a automedicação (MACHIN, *et al.*, 2011; SCHRAIBER *et al.*, 2010; VIEIRA, GOMES, BORBA, 2013).

Entretanto, alguns estudos, como o de Couto *et al.* (2010) e Pinheiro, Couto e Silva (2012) argumentam que apesar das barreiras que dificultam o acesso masculino aos serviços de saúde, eles têm buscado atendimento, principalmente nos serviços de saúde que dispõem de horários alternativos para atendimento ao público, como terceiro turno (noite), aos sábados ou serviços que funcionam 24 horas. Apontando a necessidades dos gestores avaliarem a viabilidade de expandir o horário de funcionamento dos serviços de saúde, com enfoque na prevenção e promoção a saúde, na tentativa de permitir a classe trabalhadora o cuidado com a saúde.

Para Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005), a atenção primária e as suas estratégias de prevenção e promoção da saúde precisam levar em consideração além das questões já referidas, as diferenças de gêneros e de hábitos, por exemplo,

o hábito de fumar, o alcoolismo, o ambiente e horário de trabalho, o tipo de dieta, o comportamento, entre outros.

Assim como, é igualmente importante considerar os sentidos atribuídos pelos homens à masculinidade, pois este sentido, associado à reprodução de modelos culturalmente construídos, pode gerar agravos à saúde, além de refletir na forma como eles aceitam, recusam ou transformam as propostas na área da saúde (NASCIMENTO; GOMES, 2008).

Diante desse contexto, o MS implantou, em 2009, a PNAISH. Esta política reflete a necessidade de colocar os homens e suas demandas de saúde no foco dos programas de saúde pública, pois é sabido que muitos dos agravos que acometem os homens poderiam ser evitados se eles estivessem inseridos solidamente nos serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2009).

Essa política visa a aumentar o acesso e a adesão masculina, da faixa etária de 20-59 anos, aos serviços e cuidado à saúde, esse foco no acesso, promoção e prevenção se justificam, pois, a maioria dos homens acessa os serviços de saúde quando já apresentam uma doença estabelecida e agravada, nesta ocasião, quase sempre priorizam a atenção especializada, elevando os custos com tratamentos onerosos e prolongados (BRASIL, 2009). Em 2009 a proporção de mulheres que procurou consulta médica foi de 71,2%, enquanto, que a dos homens foi 54,1% (BRASIL, 2011).

Em 2010, Mendonça e Andrade (2010) desenvolveram um estudo para identificar a opinião dos homens em relação a esta política e os resultados mostraram que a população desconhece a sua existência. Mesmo assim, alguns se colocaram contra a proposta de uma política de saúde específica para a população masculina, pois não veem necessidade, outros consideram uma forma de preconceito. Os homens afirmam que eles devem saber quando procurar um serviço de saúde e este deve estar preparado para atender a qualquer clientela.

Já os enfermeiros da atenção básica acham que as informações disponíveis sobre esta política são frágeis e, suas ações ainda não estão sendo praticadas. Informaram que, apesar de considerarem importante para a população masculina, faltam recursos adequados para o seu desenvolvimento em Unidade Básica de Saúde (UBS) (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

Assim, mesmo com as mudanças ocorridas na sociedade nos últimos anos, o homem quando tenta romper com essas barreiras impostas pelo modelo machista

hegemônico e caminhar em direção ao cuidado com a própria saúde, ainda se torna alvo de críticas, pois a visão da sociedade frente ao ser homem ainda é algo limitado que merece diversas análises. É necessário agir intensamente no sentido de desconstruir a imagem de masculinidade vigente no imaginário social numa tentativa de aproximar o universo masculino ao cuidado ativo com a saúde.

Para alcançar essa aproximação do cuidado à saúde ao público masculino, outro fator deve ser considerado, o processo de trabalho dos profissionais de saúde, visto que este pode favorecer ou afastar ainda mais os homens dos serviços de saúde. Com isso, buscaremos, a partir de agora, entender as nuances que envolvem o complexo mundo do trabalho em saúde.

2.2 Considerações sobre processo de trabalho em saúde: interseções no mundo do modelo tecnoassistencial

De acordo com Gonçalves (1992), o processo de trabalho em saúde refere-se à prática cotidiana e a dinâmica de trabalho dos profissionais de saúde. Um complexo de saberes, instrumentos e meios que interagem com os agentes/profissionais, para organizar e produzir serviços, de modo a prestar uma assistência individual e coletiva, a fim de alcançar os produtos e resultados decorrentes de sua ação.

Ao estudar o processo de trabalho em saúde, Gonçalves (1992) analisa os elementos constitutivos desse processo, a saber: o objeto, os instrumentos, a finalidade e os agentes do trabalho. O objeto é a matéria prima, algo passível de transformação, no caso da saúde representa as necessidades de saúde dos indivíduos; os instrumentos podem ser materiais (equipamentos) e não materiais (saber técnico); a finalidade diz respeito à intenção do trabalho. Por fim, é o agente que torna possível o processo de trabalho, ou seja, promove a interação entre objetos, instrumentos e atividades.

O processo de trabalho combina o trabalho vivo em ato (ocorre no momento da execução) e o trabalho morto (produtos feitos em trabalhos anteriores). Na saúde, a produção do cuidado realiza-se, principalmente, pelo trabalho vivo em ato, executado através do trabalho humano, de forma dinâmica, com alta possibilidade inventiva, permitindo maior liberdade para criação, interação e inserção do usuário

na produção do próprio cuidado, possibilitando o desenvolvimento da autonomia (FRANCO, 2006).

Essa relação entre o trabalho vivo e o morto na produção do cuidado é conhecido como Composição Técnica do Trabalho (CTT). Esta, quando valoriza o trabalho morto, caminha para um processo de trabalho produtor de procedimentos, centrada nas tecnologias duras (instrumentos e materiais) e leve-duras (saber técnico-estruturado). Entretanto, se esta relação se desloca na direção do trabalho vivo, haverá uma produção do cuidado cujo enfoque esteja nas tecnologias leves (das relações) (MERHY; FRANCO, 2003).

A conformação adequada da relação entre esses três tipos de tecnologias, vai conferir qualidade à assistência e eficácia ao sistema de saúde. Com isso, embora seja necessário, não é suficiente um serviço ou profissional de saúde produzir um excelente acolhimento ao usuário, se não dispuser de exames para confirmar ou esclarecer uma suspeita diagnóstica, ou se o profissional não tiver um saber técnico estruturado adequado, capaz de produzir uma intervenção eficaz (MERHY, 1998).

Existem algumas ideias equivocadas que atribuem um valor hierárquico as tecnologias da saúde, associando a alta densidade tecnológica (as tecnologias duras) à alta complexidade e, conseqüentemente, à qualidade do cuidado, supervalorizando o trabalho morto e a produção de procedimentos no cuidado à saúde (FRANCO, 2006).

Entretanto, esta hierarquia deveria se embasar, principalmente, nas necessidades de saúde do usuário, vez que para um determinado problema de saúde, por exemplo, um usuário hipertenso, o desenvolvimento de vínculo com a equipe na atenção básica pode ser tão primordial quanto à realização de um procedimento cirúrgico em um paciente com apendicite.

Contudo, quando o processo de trabalho é operado, principalmente, pelo trabalho morto, aprisiona o trabalho vivo, limitando a ação do profissional e sua interação com o usuário, àquilo que já está pré-estabelecido em normas e protocolo, além de reduzir a capacidade resolutiva do serviço de saúde (FRANCO, 2006).

A forma como são organizados e articulados esses diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde individuais e coletivos caracteriza os modelos tecnoassistenciais.

Atualmente, no SUS brasileiro, coexiste, basicamente, o modelo tecnoassistencial médico hegemônico e a ESF, disputando poder e espaço nos

estabelecimentos de saúde, no cotidiano do processo de trabalho, no imaginário social e nas instituições formadoras. Por isso, enfatizaremos o processo de trabalho no contexto desses dois modelos tecnoassistenciais.

O modelo tecnoassistencial hegemônico, conhecido como Modelo Médico Hegemônico, apresenta características médico-centrado, orientado na especialização médica, estimulando o ensino clínico em hospitais, ênfase na pesquisa biológica e no alto consumo de equipamentos, máquinas e fármacos (FRANCO; MERHY, 2006).

Esse modelo de atenção à saúde foi fundamentado no relatório Flexner em 1910, que reorientou o ensino médico nos Estados Unidos, centralizando a clínica no corpo anátomo-fisiológico. Conduziu a uma formação médica especializada, centrado na produção de procedimentos e atribuindo um papel secundário às necessidades de saúde dos usuários (FRANCO; MERHY, 2006).

Os fatores socioambientais e as subjetividades, que interferem no processo saúde doença, foram abstraídos da clínica médica, reduzindo a resolubilidade desse modelo tcnassistencial (MERHY, 1998). Com isso, o compromisso dos atos assistenciais era com o consumo de consultas especializadas e com a produção de procedimentos, perpetuando a medicalização das necessidades de saúde e a assistência de alto custo, ocasionalmente efetiva e necessária (MERHY; FRANCO, 2003).

Diante desse contexto, Merhy e Franco (2003) destacam três efeitos decorrentes desse modelo, o primeiro refere-se ao processo de trabalho que passa a operar centrado nas tecnologias duras e leve-duras, o segundo, a reduzida resolubilidade, uma vez que os problemas de saúde são simplificados ao contexto biológico, conseqüentemente levando a elaboração de projetos terapêuticos simplistas e parciais e por fim, os custos com a saúde são elevados, retroalimentando os interesses econômicos impostos ao setor de produção de serviços.

A crise dos paradigmas que envolvem esse modo de atuar é decorrente, entre outros fatores, do distanciamento dos interesses dos usuários; do isolamento do médico em relação aos demais profissionais; o desconhecimento da importância da atuação de outros profissionais; e atuação centrada nas tecnologias duras, a partir de um conhecimento técnico estruturado, gerando processos de trabalhos

comprometidos com o uso dessas tecnologias, ao invés das necessidades de saúde (MERHY, 1998).

Outro entrave desse modelo médico hegemônico refere-se ao exercício da clínica de forma restrita, através de práticas assistenciais que parecem ter um fim no corpo biológico, como se essas sozinhas, fossem capazes de reestabelecer a saúde por si só. O que é uma ilusão, visto que não há intervenções no campo dos determinantes do processo saúde-doença, limitando o potencial resolutivo dos serviços de saúde (FRANCO, 2003)

Nessa direção, Franco e Galavote (2010) afirmam que o corpo tem uma composição complexa e múltipla, de forma que limitá-lo a dimensão biológica é uma compreensão simplista, incapaz de captar os afetos, desejos e subjetividades que compõe o campo das relações micropolíticas, presentes em uma dimensão do corpo. Ou seja, há um corpo sem órgãos¹, instituído por desejos e afetos, capaz de agir no cuidado de si e produzir vida no sujeito, com isso, é necessário contemplá-lo na produção do cuidado. Dimensão esta, pouco valorizada nos atos assistenciais que restringe a prática clínica ao corpo biológico.

Nesse caminho, Merhy (1998) afirma que a clínica está presente na atuação cotidiana de qualquer profissional de saúde, pois, clínica não é só diagnosticar, prognosticar e tratar, é um espaço de relação, intervenções e trocas. Entretanto, há formas distintas de os profissionais produzirem atos assistenciais que confere uma determinada conformação às tecnologias de saúde, refletindo na capacidade do profissional ou serviço de resolver os problemas de saúde.

Os profissionais têm maneiras distintas de produzir saúde na prática cotidiana, que nem sempre implica em mudança no núcleo tecnológico, ou seja, pode promover apenas mudanças superficiais na forma de produzir saúde, incapaz de desviar a lógica do trabalho hegemônico para outra centrada no trabalho vivo (MERHY; FRANCO, 2009a).

A partir da década de 60, paralelo ao modelo médico hegemônico, responsável pelos altos custos com a saúde e limitação do acesso à população,

¹ Conceito abordado por Deleuze e Guattari no livro Mil platôs: do capitalismo a esquizofrenia, vol. 3, indicando um corpo que ao invés de órgãos é povoado por intensidades, somente circulam intensidades, sendo estas operadas por fluxos e se encontram no plano das relações entre os sujeitos e entre sujeitos e as coisas. É o campo de imanência do desejo, sendo que este está sempre em agenciamento, disparando processos que acionam mudanças.

desenvolveram-se sucessivos modelos de saúde alternativos, como forma de sanar as deficiências do modelo vigente.

Nesse contexto foi instituída a ESF como estratégia para reorientar o modelo hegemônico, apostando em mudanças estruturais, no desenho no qual o serviço opera. Tem um caráter substitutivo ao buscar um novo modelo de atenção, baseado na prevenção, promoção e vigilância à saúde. Adotando como elementos estruturantes a territorialização, através da adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada, vínculo, a responsabilização, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a atuação através de uma equipe multiprofissional.

É importante ressaltar que, a ESF, da forma como foi idealizada, para funcionar como porta de entrada preferencial, nem sempre tem um esquema de atendimento à demanda espontânea. Com isso, não houve uma desburocratização do acesso aos serviços de saúde, de forma que o atendimento a demanda espontânea e as urgências que aparecem, geralmente não estão previstas na programação das atividades e com isso desestruturam o funcionamento do serviço. Contudo, se esse é o local prioritário para atuar como porta de entrada do sistema, essa situação é um ponto crítico e de tensão dentro do serviço (FRANCO; MERHY, 2006).

Diante dessa situação, os usuários ao recorrer à ESF com sofrimentos e angustias, não têm a sua demanda atendida e acabam superlotando as unidades de pronto socorro e, conseqüentemente, a ESF vai perdendo credibilidade junto à população. Com isso, esta acaba valorizando as atividades centradas no modelo médico hegemônico, pois, respondem as suas demandas imediatas, retroalimentando a permanência desse modelo tecnoassistencial no cotidiano dos serviços de saúde (FRANCO; MERHY, 2006).

A ESF, da forma como foi instituída, não opera nos espaços micropolíticos do processo do trabalho, no cotidiano da atuação profissional e das relações interpessoais. De forma que, modificar a estrutura dos serviços não garante, por si só uma nova lógica na organização do trabalho (FRANCO; MERHY, 2006).

É preciso reestruturar o programa para assim, alcançar a potência transformadora a que ele se propõe. Sendo que a principal reorientação a ser feita é no processo de trabalho dos profissionais, muitas vezes desprovidos de atributos como acolhimento, vínculo e responsabilização, diretrizes importantes para a produção do cuidado em saúde (FRANCO; MERHY, 2006).

Nesse sentido, as políticas e os programas de saúde instituídos na ESF tentam padronizar a prática cotidiana dos profissionais, mas o poder de influência dessas padronizações é limitado uma vez que, no cotidiano do trabalho é a subjetividade e a relação usuário/profissional que vai definir como o cuidado será realizado. Ou seja, ainda que as equipes de saúde da família trabalhem orientadas por diretrizes normativas únicas, a atuação de cada profissional que compõe essas equipes será diferente e singular (FRANCO; MERHY, 2011).

Visto que, produzir cuidado não é uma tarefa simples, é necessário haver uma desterritorialização dos sujeitos desse processo, pois os profissionais de saúde atuam a partir de territórios existenciais, organizados pela sua subjetividade. Para modificar uma estrutura organizacional ou um processo de trabalho, é preciso construir uma nova subjetividade nesse trabalhador, para assim produzir essa desterritorialização. Todavia, esse processo é difícil e complexo, e envolve muito mais do que a implantação de uma nova política ou de uma nova estrutura organizacional (FRANCO; MERHY, 2011).

Por isso, acreditamos que não é, apenas, a implantação de uma política de saúde que define de fato o processo de trabalho e o funcionamento de um serviço, mas sim, o quanto essa política consegue produzir subjetividades nos mais diversos atores que produzem o cuidado. Reforçamos que, são os atos assistenciais e cotidianos desses atores que tem potencial para transformar o perfil de um estabelecimento de saúde, e conseqüentemente, de uma rede de serviços.

Nesse sentido, o processo de trabalho operando através das tecnologias adequadas, tem potencial para transformar o perfil da assistência, principalmente quando entramos no mundo da micropolítica da organização do trabalho. Com isso, apesar do modelo hegemônico direcionar os fluxos assistenciais ao profissional médico, há um potencial transformador, presente no trabalho dos profissionais, capaz de produzir cuidado e de aumentar a capacidade resolutiva dos serviços. Isso é possível através da reestruturação do processo de trabalho, de forma a potencializar o trabalho vivo em ato, como fonte de energia criativa e criadora, proporcionando novas conformações do modelo tecnoassistencial (FRANCO, 2003).

Com isso, o debate sobre reestruturação produtiva alcança o contexto do modelo tecnoassistencial, onde reestruturação refere-se a uma nova forma de organizar a produção da saúde, entretanto, essa pode não interferir na CTT. Exemplo é a proposta da ESF, criada para reorientar a atenção básica, estruturada

na ideia de território, família, vigilância à saúde e trabalho em equipe, contudo, em muitos casos, o processo de trabalho permanece centrado na lógica das tecnologias duras, produtor de procedimentos (MERHY; FRANCO, 2003).

Com isso, a reestruturação produtiva pode vir ou não acompanhada de uma mudança no núcleo tecnológico, ou seja, de uma transição tecnológica. Esta é caracterizada por alterações nas relações que envolvem os núcleos tecnológicos constituintes da CTT, configurando um novo sentido as práticas assistenciais. (MERHY; FRANCO, 2003).

Essa reestruturação tecnológica, na produção da assistência, tem se dado de duas formas, na primeira, favorecendo a tecnologia dura, devido a uma intensa normatização que obedece a lógica administrativo-financeira, refletindo os interesses do mercado, base da reestruturação na saúde suplementar. A outra forma, valorizando as tecnologias leves e leve-duras, atuando na micropolítica do processo de trabalho, buscando através das práticas assistenciais, a produção do cuidado (FRANCO, 2003).

Entretanto, reestruturar produtiva e tecnologicamente o processo de trabalho, direcionando o cuidado a saúde ao trabalho vivo em ato, operando através de tecnologias leves, centradas no usuário e suas necessidades, além de propiciar o trabalho em equipe, é capaz de elevar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, principalmente na atenção básica, além de melhorar a qualidade da assistência, de forma a produzir um cuidado integral.

Com isso, além dessa reestruturação do processo de trabalho, é possível alcançar um modelo tecnoassistencial de qualidade, mais barato e resolutivo, de abrangência coletiva e individual, a partir do fortalecimento e qualificação da rede básica, principalmente da ESF e das suas linhas de cuidado, atuando em redes assistenciais. De modo que, comandada pelo universo das tecnologias leves, permita estabelecer relações de confiança e responsabilização entre usuários, gestores e profissionais/equipe de saúde, que busque maior resolubilidade nas intervenções, garanta acesso universal aos diferentes serviços de saúde, buscando assim, um trabalho produtor de cuidados integral e humanizado.

2.3 Linhas de produção do cuidado integral na estratégia saúde da família: desafios de uma atuação em rede

Nesse cenário, a linha de cuidado foi pensada como estratégia para superação da fragmentação do cuidado em saúde e caminhar em direção à integralidade da assistência, através da perspectiva das redes de atenção à saúde. Esta linha é o ponto de encontro de uma rede de petição e compromissos, dos serviços de saúde que alimentam a sua produção.

As redes são imanentes ao processo de trabalho, mesmo que este venha sofrer capturas pelas normativas, sempre haverá a articulação de serviços e equipes, saberes, fazeres, subjetividades atuando de modo a produzir o cuidado. No espaço da micropolítica, verifica-se diariamente o encontro entre sujeitos (profissionais/profissionais, profissionais/usuários), formando uma rede de relações, autorreferenciadas entre os próprios trabalhadores, definindo os atos assistenciais para a produção do cuidado (FRANCO, 2006).

Entretanto, embora imanente, esta rede pode ter perfis diferentes, há aquelas que são modeladas, capturadas pelos sistemas normativos, em cenário de práticas serializadas, não subjetivas e com baixo nível de fluxos conectivos. Mas há outras que se constituem em fluxos e conexões contínuas de produção do cuidado, que são produtos e ao mesmo tempo produzidas por sujeitos singulares que assumem o protagonismo do cuidado nos estabelecimentos de saúde. Imaginar as redes nesta última concepção significa pensá-las como uma estrutura rizomática², operando através de linhas de cuidados, que dão segmentos a inúmeros itinerários terapêuticos que atravessam equipes e serviços de saúde (FRANCO, 2006).

Nesse contexto, as linhas de cuidado são fluxos assistenciais desenhados para assistir a população de forma integral, garantindo resolubilidade e acesso a todos os serviços necessários para atender a necessidade de saúde. Refere-se ao itinerário percorrido pelo usuário dentro da rede de saúde, incluindo os segmentos, não necessariamente, do setor saúde, mas que de alguma forma é necessário para a satisfação das necessidades de saúde da população (FRANCO; SANTOS; SALGADO, 2011).

² Deleuze e Guattari no livro *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, v. 1 (1996), se referem ao rizoma, (figura da botânica) para indicar os sistemas abertos de conexões que transitam no meio social, através de diferentes agenciamentos, nessa concepção a produção da vida ocorre sem que haja um eixo estruturado organizando-a, se produz a partir de múltiplas conexões e fluxos que criam linhas de contato entre atores sociais fontes da produção da realidade.

É regulada por um gestor ou por colegiado gestor, responsável pela operacionalização dos fluxos, garantindo o seu funcionamento, assim como a desobstrução, quando necessário, desburocratizando o acesso aos serviços necessários. Essa responsabilidade pela operacionalização e pelo cuidado é atribuída à atenção básica ou a USF, sendo, portanto o gestor do projeto terapêutico (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2003; FRANCO; SANTOS; SALGADO, 2011).

Transitam pela linha de cuidado vários atores que, de alguma forma, contribuem para o seu funcionamento, dentre esses os usuários, os gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde, entre outros envolvidos da produção do cuidado. Resulta de uma grande pactuação realizada entre esses atores que contribuem para a sua existência e para a eficácia da produção do cuidado. Contudo, a linha de cuidado não é uma estrutura rígida, podendo ser aperfeiçoada a partir de forças instituintes originada na micropolítica do processo de trabalho. (FRANCO, 2003; FRANCO; SANTOS; SALGADO, 2011).

A linha de cuidado tem início na entrada do usuário ao serviço, em qualquer ponto do sistema de saúde, e depende de uma organização macro, que envolve a articulação entre os gestores do sistema e dos serviços de saúde e de uma organização micro, do processo de trabalho dos profissionais. Sendo alimentada por recursos/insumos que expressam as tecnologias assistenciais a serem consumidas durante o processo assistencial (MALTA; MERHY, 2010).

Na perspectiva macro, Malta e Merhy (2010), descrevem que é necessária a articulação entre ações de vigilância, agregando informações sobre as necessidades de saúde da população; a comunicação em saúde, através da divulgação de informações e empoderamento da sociedade; a adoção de políticas públicas integradas, por meio de ações intersetoriais; assim como, a organização das redes de serviços de modo a garantir as ofertas de serviços necessários.

Na perspectiva micropolítica, é imprescindível a atuação da equipe na coordenação do cuidado; a responsabilização do cuidador com o usuário através do acompanhamento do fluxo da linha de cuidado; fortalecer a capacidade do usuário cuidar de si, promovendo a autonomia (MALTA; MERHY, 2010).

Para isso, adota como diretrizes o acolhimento, o vínculo e a responsabilização, de modo que, só é possível estabelecer uma linha de cuidado, se houver um acolhimento ao usuário e uma escuta qualificada, de forma a identificar as necessidades de saúde dele. A partir de então, é estabelecido o vínculo com a

equipe de saúde, que se responsabiliza pelo acompanhamento do usuário ao longo da linha, garantindo o acesso aos serviços necessários (FRANCO; SANTOS; SALGADO, 2011).

A prática do acolhimento dentro dos serviços de saúde promove o aumento do número de atendimentos e de oferta de serviços nas unidades; melhora do acesso, garantindo resolubilidade dos problemas de saúde; a valorização e autonomia dos profissionais não médicos, gerando satisfação desses profissionais com o serviço; e a escuta qualificada, aumentando assim a sensibilidade da equipe na percepção dos problemas e riscos que atingem a comunidade (FRANCO; BUENO; MERHY, 2003; FRANCO; PANIZZI; FOSQUIERA, 2004).

Dessa forma, o acolhimento funciona como uma ferramenta chave para o processo de trabalho, pois permite a elaboração de projetos terapêuticos complexos, disparando as linhas de cuidado integral, operando em rede, com o objetivo de produzir o cuidado.

Unidades de saúde que adotam o acolhimento como diretriz operacional, produzem múltiplas conexões entre as microunidades de cuidado que compõe o serviço, onde há encontros entre sujeitos, constituindo em redes assistenciais com alta conectividade entre si e com outras instancias de produção do cuidado (FRANCO, 2006).

Destarte que, Marinho *et al.* (2011), ao analisar a implantação da linha de cuidado em unidades básicas de saúde, revelaram alguns pontos positivos e negativos. Como positivos, a construção da linha possibilitou aos profissionais de saúde ampliar a sua atuação em direção à promoção da saúde; qualificar as ações para ressignificar a clínica e a atenção ao usuário; conhecer a singularidade do sujeito; desenvolver vínculos entre equipe e usuários; o acompanhamento longitudinal; além disso, facilitou o acesso dos pacientes de grupos de risco ao serviço.

Por outro lado, os negativos foram abordados como obstáculos a operacionalização das linhas de cuidado, a demanda reprimida; o tempo reduzido para atendimento; o relacionamento interpessoal e relação de poder entre os membros da equipe de saúde; a visão limitada dos profissionais de saúde, valorizando o contexto biológico e a doença; dificuldade em romper com o paradigma biomédico; fragmentação da assistência; e a formação dos docentes (MARINHO *et al.*, 2011).

Para produzir o cuidado integral, a linha de cuidado deve ter o seu eixo estruturante no usuário e em suas necessidades de saúde, com isso, torna-se primordial compreender, em seu sentido mais amplo, o significado dessas necessidades de saúde. Para isso, nos apoiamos no conceito descrito por Cecílio (2001), ele aborda essa questão em quatro dimensões.

A primeira refere-se a ter boas condições de vida, abrangendo o contexto social, político, econômico e/ou biológico. A segunda, entendida como ter acesso as diversas tecnologias de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; outra dimensão diz respeito à criação de vínculos afetivos, entre usuário/profissionais/serviços de saúde; por fim, a necessidade de ter autonomia no modo de andar a vida.

Com isso, a linha produtora de cuidado é pensada para atender o usuário de forma integral, abrangendo os diversos aspectos que envolvem a saúde. Dessa forma, garante acesso a todas as tecnologias e serviços necessários para sanar o problema de saúde, pois a linha de cuidado pensada de forma plena atravessa vários serviços de saúde (CECÍLIO; MERHY, 2003)

Nesse contexto, o usuário ao adentrar a um serviço de saúde, carrega consigo uma cesta de necessidades de saúde, cabendo ao profissional ter sensibilidade e preparo para escutar e captar em sua expressão individual. Uma vez que, este usuário, apesar de apresentar uma demanda, muitas vezes modelada pela oferta dos serviços de saúde, carrega consigo sua história de vida, seus problemas sociais, econômicos, amores, dissabores, suas paixões e desejos, necessitando, portanto, de um projeto terapêutico que traga uma abordagem completa do seu ser (FRANCO, 2003).

As linhas de cuidado são disparadas a partir de projetos terapêuticos, voltados ao campo das necessidades de saúde, instituídos pela equipe de saúde responsável pelo cuidado. Quando um usuário acessa o serviço, é acolhido e passa por uma avaliação de risco, sendo que este pode ser biológico, social, econômico, político ou cultural. A partir dessa identificação, são pensados os projetos terapêuticos, que existem enquanto idealizados, se concretizando através de atos assistenciais.

Projeto terapêutico é uma estratégia para a produção do cuidado, organizada a partir da articulação dos atos assistenciais de uma equipe multiprofissional e definida a partir da expressão da subjetividade do sujeito, suas necessidades de saúde e o contexto social no qual o usuário está inserido (BOCCARDO et al, 2011).

Nesse sentido, Boccardo et al. (2011) destacam as reuniões de equipe como condição necessária ao desenvolvimento do projeto terapêutico, visto ser um espaço para reflexão da prática assistencial, além de espaço privilegiado para a produção do conhecimento e do cuidado, na perspectiva interdisciplinar, adotando a horizontalidade nas relações entre as categorias profissionais, a fim de atingir um objetivo maior de produzir o cuidado.

Contudo, Franco (2003) afirma que, a depender do modelo tecnoassistencial e do processo de trabalho adotado, o projeto terapêutico pode ser definido por um profissional, por exemplo, o médico, reflexo do modelo hegemônico, centrado em procedimento médico e atuando mais como um exercício pontual de competência médica com um procedimento especializado do que com o cuidado em si, de uma pessoa real e que vive necessidades a serem satisfeitas (MERHY, 2007). Ou pode ser elaborado por uma equipe multiprofissional, estruturado para produzir o cuidado em saúde.

O cuidado é um somatório de pequenos atos assistenciais parciais, mas que se complementam produzidos pelas diferentes categorias profissionais que constituem uma equipe de saúde e dão vida ao processo de cuidar. Entretanto, algumas relações assimétricas de poder, ocultam essa colaboração que deve existir entre profissionais para a produção do cuidado (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Nesse sentido, Franco (2006) defende que para intervir nas necessidades de saúde dos usuários é necessário um trabalho multiprofissional atuando em rede para resolver os problemas que surgem cotidianamente nos serviços de saúde. Segundo Merhy e Franco (2009b) o trabalho em saúde é sempre realizado de forma coletiva, pois, um profissional sozinho, independente de formação ou profissão, não consegue resolver as necessidades de saúde, objeto real do trabalho em saúde.

Neste sentido, o trabalho em equipe implica o compartilhar do planejamento, da divisão de tarefas, da cooperação e da colaboração, ou seja, significa dividir responsabilidades no cuidado, com isso, é um fator que contribui para a redução da carga de trabalho na ESF (ARAUJO; ROCHA, 2007; TRINDADE; PIRES, 2013). Neste aspecto, o diálogo é um elemento imprescindível para o bom desempenho do trabalho em equipe, pois provoca a escuta um do outro, proporcionando um canal de comunicação (ARAUJO; ROCHA, 2007).

Na ESF, para efetivação deste trabalho em equipe, a comunicação entre os profissionais deve-se constituir uma prática cotidiana, no qual os atores desse

processo de trabalho articulam suas intervenções técnicas mediadas pela linguagem. Sendo que esta articulação refere-se à recomposição do trabalho dos diferentes profissionais, considerando as conexões e interfaces entre as intervenções individuais (ARAUJO; ROCHA, 2007).

Complementando, Matuda, Aguiar e Frazão (2011) destacam que a prática cooperada entre profissionais de saúde, favorece a comunicação e a resolubilidade do serviço, a otimização da participação da equipe na tomada de decisões e a potencialização do respeito entre os integrantes das equipes.

Nesse contexto, Matumoto *et al.* (2011) consideram o espaço das reuniões de equipe para discussão de casos, como oportunidades para os profissionais de saúde trabalharem na perspectiva da cooperação, ajudando uns aos outros a enfrentar as dificuldades que permeiam o mundo do trabalho e da produção do cuidado. Além de proporcionar momento de reflexão sobre o que é e o que pode ser feito, de reviver afetos, de troca de experiências, descobertas, desejos, impotências, muitas vezes dificultada pelo processo de trabalho tecnicista.

Mas também, é espaço para perceber os ruídos e tensões que permeiam o modo de trabalhar em equipe, como as limitações da equipe em articular estratégias para resolver demandas complexas e em trabalhar com demandas subjetivas, emoções e sentimentos, sendo essas, dimensões importantes para o cuidado integral (MATUMOTO *et al.*, 2011).

Uma importante estratégia em direção ao cuidado integral é o apoio matricial, ou seja, uma retaguarda especializada que fornece suporte pedagógico e técnico assistencial as equipes de saúde da família, na produção do cuidado às necessidades de saúde mais complexas. Embasadas nas tecnologias relacionais, o matriciamento foi apontado como um dispositivo que interconecta equipes de saúde e especialistas, promovendo a interação de saberes, orientando a rede de cuidados, facilitando o direcionamento do fluxo na rede de serviços e promovendo articulação entre os níveis de atenção (JORGE *et al.*, 2012).

Enfim, a produção do cuidado é um processo relacional, subjetivo, envolvido por desejos, afetos e singularidades, produzido pelo trabalho vivo em ato, no espaço intercessor. Ou seja, é um processo que, embora envolvidos por um contexto macropolítico, depende do processo de trabalho para ser concretizado e da perfeita articulação entre as tecnologias de saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

Contudo, se os nossos modelos pedagógicos de formação profissional continuarem comprometidos com o ensino de projetos terapêuticos fragmentados ou integralizados por somação, não poderemos esperar um profissional cuidador e responsável, engajado na luta pelos direitos dos usuários e que os aborde de forma mais complexa e humanizada, visando produzir um cuidado integral, através da rede de serviços de saúde (MERHY, 2007).

Atuar em rede, com efeito rizomático, através de linhas de cuidado visando a produzir um cuidado integral é um desafio sem tamanho, requer uma reestruturação produtiva e tecnológica da saúde e do processo de trabalho, mas esse desafio é necessário para atender a complexidade que envolve o campo da saúde e das necessidades de saúde.

No entanto, esse desafio se torna maior, pois vivemos em sociedade impregnada pelos ideais de um modelo tecnoassistencial hegemônico que perpetua uma atuação fragmentada, produtora de procedimentos e biologicista; além disso, somos formados em instituições de ensino com modelos pedagógicos fragmentados, formando profissionais despreparados para atuar frente ao complexo mundo das necessidades de saúde; e por fim, atuamos em um sistema de saúde que vive em constante conflito entre o que é ideal para o sistema de saúde e o que é interessante para contexto econômico e político do país.

Capítulo 3

Percurso Metodológico

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Esse trabalho é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado “Processo de trabalho das equipes de saúde da família que atuam na saúde do homem”, contudo, será apresentado a seguir o percurso metodológico adotado para a realização do estudo de caso.

3.1 Tipo de Estudo

Este trabalho adotou como estratégia de pesquisa o estudo de caso único. Sendo esta uma estratégia preferida quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em um contexto social complexo, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (YIN, 2010).

Ele contribui para compreender os fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos. É uma investigação que preserva as características holísticas e significativas dos eventos da vida real, tais como ciclos de vida, processos organizacionais e administrativos, entre outros (YIN, 2010).

Para este estudo de caso, adotamos a abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2010) essa abordagem caracteriza-se pela empiria e sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou processo em questão, o que permite desvelar processos sociais poucos conhecidos referentes a grupos particulares. Esse método se aplica ao estudo da história das relações, representações, crenças e opiniões resultantes da interpretação das pessoas a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos (MINAYO, 2010).

3.2 Campo e cenário da pesquisa

O campo da pesquisa foi o município de Aracaju, estado de Sergipe, que, segundo o censo de 2010, possui uma população de 571.149 habitantes, sendo

100% urbana, deste total, 46,5% são homens, a razão entre os sexos é 86,85 (IBGE, 2010).

Em Aracaju o atendimento à saúde está conformado em cinco redes assistenciais: Rede da Atenção Básica, Rede de Atenção Psicossocial, Rede Hospitalar, Rede de Urgência e Emergência e a Rede Ambulatorial Especializada.

A Rede de Atenção Básica é constituída por quatro pólos de saúde, cada um sob-responsabilidade imediata de um coordenador regional, e neste momento é constituída por 43 Unidades de Saúde da Família (USF) e 136 Equipes de Saúde da Família. Sendo que o pólo 1 apresenta 11 USF e 35 equipes; o pólo 2 13 USF e 33 equipes; polo 3 dispõe de 10 USF e 34 equipes; o último polo 10 USF e 34 equipes.

Cada equipe é constituída minimamente pelos seguintes profissionais: Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, algumas equipes possuem o cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e/ou assistente social. Até agosto de 2013 a proporção de cobertura populacional estimada pela Estratégia de Saúde da Família, no município é de 80,42 (BRASIL, 2013).

O cenário da pesquisa foi uma das USF do município, aonde atuam três equipes de saúde, a qual foi selecionada de forma aleatória, a partir de um sorteio. Visando a contemplar as diversas realidades sociais presentes no município, o sorteio foi realizado por pólo de saúde, ou seja, a primeira unidade foi sorteada dentre as USF que se localizam no polo 1, a segunda uma das localizadas no polo 2 e, assim por diante. A pesquisa foi iniciada em janeiro de 2013, com o estudo piloto e os dados foram coletados entre fevereiro e agosto de 2013.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde que atuam na atenção básica do município, integrantes de uma equipe de saúde da família e um usuário do serviço de saúde, do sexo masculino, residente na área adstrita da USF selecionada para participar do estudo.

O usuário foi selecionado a partir da indicação da equipe de saúde. Ou seja, chegamos à USF, nos identificamos para os profissionais de saúde e explicamos os objetivos do estudo a esses profissionais, integrantes das equipes de saúde da

família e, então, solicitamos a indicação de um usuário, na faixa etária de 20 à 59 anos, que tivesse buscado a unidade com algum problema de saúde, em que tenha sido necessário o uso de outros serviços, que compõe a rede de atenção à saúde, para a resolução do problema.

No total foram indicados cinco casos e com isso, tentamos contato com esses usuários, contudo só conseguimos contato com um deles, sendo o mesmo convidado a participar do estudo, mediante prévios esclarecimentos sobre a pesquisa. Utilizamos como critérios de inclusão, ser do sexo masculino e ter idade dentro da faixa etária priorizada pela PNAISH (20 – 59 anos) e ser cadastrado na USF.

Enquanto os profissionais da equipe de saúde foram incluídos na pesquisa, a partir da indicação do usuário. Ao conceder a entrevista e contar o seu caso, o usuário indicava os profissionais da atenção básica, que participaram de alguma forma, com o seu tratamento.

Esta equipe de saúde é constituída por uma médica, uma enfermeira, uma dentista, uma assistente social, uma auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. A organização do trabalho ocorre da seguinte forma, os agentes de saúde chegam cedo à USF para auxiliar na recepção dos pacientes, enquanto a enfermeira e a assistente social atendem à demanda espontânea, a médica e a dentista, às consultas agendadas e a auxiliar de enfermagem vai para a unidade produtiva, na qual esteja escalada naquele dia. A agenda é organizada por grupo programático, cada dia um grupo diferente, as reuniões de equipe são mensais e o processo de trabalho segue os protocolos municipais. Atualmente, não há atividades em grupos de educação em saúde sendo desenvolvidas pela equipe

3.4 Instrumentos de Coleta e Análise dos dados

Para a coleta das informações dessa pesquisa utilizamos a entrevista semiestruturada. Esta foi constituída por dois blocos, sendo o primeiro uma caracterização socioeconômica (idade, formação, pós-graduação, cursos, tempo de atuação na ESF, tipo de vínculo); e o segundo bloco foi constituído por um pequeno roteiro, para o usuário e outro para os profissionais da equipe de saúde, com tópicos

essenciais e suficientes para contemplar a abrangência dos objetivos a serem alcançados.

Minayo (2010) recomenda que o roteiro deve ser elaborado de forma a permitir uma flexibilidade para absorver os novos temas e questões trazidas pelo sujeito. Minayo; Assis e Souza (2005) consideram que dessa forma o roteiro pode captar a subjetividade do entrevistado e o pesquisador permite que o sujeito se expresse, tenha voz ativa e imprima o seu significado à temática em questão.

Essas entrevistas foram realizadas em ambiente favorável e livre de constrangimentos garantindo a privacidade e anonimato dos entrevistados. Sendo que, para captar de forma ainda mais concisa e fiel os relatos, foi utilizado um gravador digital de voz, com consentimento expresse prévio dos respondentes.

Os dados foram analisados e discutidos tomando como base o estudo de um caso traçador³, que foi reconstituído detalhadamente, de forma a permitir uma melhor observação do ato de cuidar prestado ao usuário e, com isso, embasados na literatura científica sobre o tema, foram avaliados a linha de cuidado, o processo de trabalho e a produção do cuidado a este usuário. Baseou-se na ferramenta fluxograma descritor elaborado de forma usuário centrado, com a finalidade de observar mais detalhadamente os aspectos da micropolítica do processo de trabalho e organização dos serviços de saúde. Assim como, contribuir para uma análise do serviço de saúde no seu aspecto micro e macroestrutural (MERHY et al, 1997).

O fluxograma descritor é um instrumento gráfico que permite uma reconstituição do processo de trabalho e do caminho percorrido pelo usuário quando busca os serviços de saúde e sua inserção nestes. É uma ferramenta importante, pois possibilita diagnosticar as áreas sombrias dos fazeres cotidianos nos serviços de saúde e os entraves do sistema (FRANCO, 2003).

3.5 Aspectos Éticos

O estudo em questão atendeu à Resolução 196/1996 (revogada pela resolução 466/2012) do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisas

³ O caso traçador é um conceito originário das pesquisas em ciências biológicas e estudos clínicos, que pode ser aplicado ao campo da avaliação de serviços de saúde (Kessner et al., 1973; Travassos, 1985). O método permite avaliar o processo de trabalho de uma equipe de saúde, a partir da reconstituição de um caso, possibilitando uma melhor observação do ato de cuidar prestado ao usuário.

que envolvem seres humanos e respeitou os preceitos ético-legais, de modo a garantir todos os direitos dos participantes do estudo.

Desse modo, antes da coleta dos dados, foi apresentado aos participantes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde constavam todas as informações referentes à pesquisa, inclusive os possíveis danos decorrentes da participação e os contatos dos pesquisadores responsáveis. Após os devidos esclarecimentos, os sujeitos assinaram o termo espontaneamente, e foram incluídos no estudo. Ressaltamos que para garantir o anonimato dos informantes, o usuário foi nomeado pelas iniciais do seu nome, e os profissionais por uma sigla que representa a profissão que estava exercendo no momento da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob nº de protocolo 171.468 e CAAE 10251612.3.0000.0055.

Capítulo 4

Resultados e Discussão

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão dos dados obtidos com esse estudo foram estruturados no formato de dois artigos científicos, cada um contemplando um dos objetivos deste trabalho.

O primeiro artigo foi intitulado “Linha do Cuidado ao homem na Estratégia Saúde da Família, um estudo de caso”, e o segundo nomeado da seguinte forma, “Macro e Micropolítica na saúde do homem: uma tensão constituinte do cuidado”. Ressaltamos que esses artigos foram estruturados no formato sugerido pelas revistas às quais serão submetidos.

4.1. Artigo 1

Linha de cuidado ao homem na estratégia saúde da família, um estudo de caso.

Line of caution to man in family health strategy, a case study.

RESUMO

Esse trabalho refere-se a um estudo de caso, realizado em uma Unidade de Saúde da Família do município de Aracaju/SE, no período de fevereiro a agosto de 2013, com um usuário do serviço público de saúde, utilizou-se a entrevista semiestruturada para a coleta das informações. Teve como objetivo analisar a linha de cuidado ao homem na estratégia saúde da família. Encontrou-se uma linha de cuidado fragilizada, fruto do modelo tecnoassistencial hegemônico, que centraliza os atos assistenciais na figura do médico, valorizando a produção de procedimentos e consultas especializadas, subjugando o trabalho da equipe de saúde. Com isso, construiu-se um projeto terapêutico, parcialmente resolutivo atuando apenas na dimensão biológica das necessidades de saúde masculina. Conclui-se, que embora sejam instituídas mudanças no modelo tecnoassistencial, como a proposta da Estratégia Saúde da Família e a implantação da política de saúde do homem, é o

processo de trabalho, mediado pelas tecnologias leves de saúde e por subjetividades, que tem uma força instituinte capaz de direcionar o perfil da assistência no sentido da produção do cuidado integral ou de procedimentos.

Palavras chaves: Homens; programa saúde da família; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

This work refers to a case study, carried out in a family health unit of the municipality of Aracaju-SE, in the period from February to August of 2013, with the purpose of analyzing the line of caution to the man in the Family Health Strategy. Is there a line of caution fragile, fruit of the hegemonic technoassistencial model that centralizes the assistance in the figure of the doctor, valuing the production procedures and specialized consultations, subjugating the work of the health team. With that, a therapeutic project was built, partly acting on biological dimension resolute of health needs. It is therefore concluded that although changes imposed on the model technoassistencial, how the proposal of the family health strategy is the process of work, and the health mediated technology by subjectivities that defines the profile adopted into production assistance or care procedures. We conclude, that although changes imposed in technoassistencial model , as proposed in the Family Health Strategy and , is the process of work, mediated by health technologies and subjectivities which defines the profile adopted into production assistance or care procedures.

Key words: Men; family health program ; primary health care.

INTRODUÇÃO

Este trabalho aborda a questão das linhas de cuidado como proposta para superar a fragmentação do cuidado à saúde decorrente do modelo technoassistencial hegemônico. Apoiase na Estratégia Saúde da Família (ESF) como o local prioritário de estruturação e articulação da rede de serviços de saúde de modo a assegurar a resolubilidade desta. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de resignificar o processo de produção do cuidado à saúde, incorporando a integralidade no

cotidiano dos serviços e deslocando o eixo estruturante do trabalho em saúde para o usuário e suas necessidades mediado pelo trabalho vivo em ato.

Atualmente, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se o predomínio de dois modelos tecnoassistenciais. O primeiro é o modelo médico hegemônico cujo compromisso dos atos assistenciais é com o consumo de consultas especializadas e com a produção de procedimentos, perpetuando a medicalização das necessidades de saúde e a assistência de alto custo, ocasionalmente, efetiva e necessária¹. O segundo são os modelos alternativos, no qual merece destaque a ESF, cuja principal finalidade é reorientar o modelo de atenção à saúde, a partir da reorganização da atenção básica, para assim, superar as práticas médico-curativas, assistencialistas e hospitalocêntricas. Na ESF o enfoque é na família, no território, no trabalho em equipe, através de práticas de vigilância à saúde, buscando a produção do cuidado integral².

Nesse contexto, destaca-se a proposta da linha de cuidado integral, esta se refere ao fluxo assistencial desenhado para assistir a população de forma integral, garantindo resolubilidade e acesso a todos os níveis de atenção necessários para atender as necessidades de saúde. Tem início na entrada do usuário ao serviço, em qualquer ponto do sistema de saúde, e depende de uma organização macro, do sistema e estabelecimentos de saúde e de uma organização micro, no processo de trabalho dos profissionais. Para tanto, adota diretrizes como acolhimento, vínculo e responsabilização como forma de viabilizar a produção de um cuidado integral³.

Essa linha é operacionalizada a partir de projetos terapêuticos tendo o usuário como eixo estruturante. Esses são estratégias para a produção do cuidado, organizados a partir da articulação dos atos assistenciais de uma equipe multiprofissional e definida a partir da expressão da subjetividade do sujeito, suas necessidades de saúde singulares e o contexto social no qual o usuário está inserido. Cabe à Equipe de Saúde da Família, a responsabilidade pela gestão desses projetos e garantia de acesso aos diversos níveis de serviços, necessários para continuidade e integralidade do cuidado⁴.

Nesse sentido, ressalta-se que a comunicação entre profissionais de saúde e entre estes e os usuários é condição fundamental para o trabalho em equipe, contudo, as equipes de saúde têm dificuldade de construir dinâmicas de trabalho que permitam interação, articulação, reconhecimento compartilhado e

contextualizado das necessidades de saúde dos usuários, comprometendo a produção do cuidado integral⁵.

Desse modo, a forma de produzir saúde na ESF, ainda permanece centrada na figura do médico e nas tecnologias instrumentais. Corroborando com isso, estudos realizados na Atenção Básica apontam que o processo de trabalho dos profissionais, voltado ao público masculino, caracteriza-se pela hegemonia do saber médico. Sendo as consultas limitadas às queixas, sem valorizar o contexto social e as necessidades de saúde reduzidas a patologias, perpetuando a medicalização do corpo masculino⁶⁻⁸.

Toda essa conjuntura nos leva a reflexão de que essa forma de produzir saúde, ou melhor, produzir procedimentos, não mais responde à complexidade das condições de saúde, assim como, os fatores multicausais que envolvem o processo saúde-doença. Da mesma forma, a hierarquização dos serviços de saúde, que tenta transferir para atenção básica a responsabilidade pela porta de entrada do sistema sem, no entanto, qualificá-la para tal, fragiliza o funcionamento do sistema e favorece a ruptura da linha de cuidado.

Além dessas questões que envolvem a organização do sistema de saúde e seus modelos tecnoassistenciais, existem condições peculiares ao público masculino que também precisam ser consideradas e planejadas na construção das linhas de cuidados, visando à contemplação das necessidades de saúde singulares desse grupo, assim como, os determinantes sociais que levam ao adoecimento masculino.

Com isso, após a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em 2009, supõe-se que estejam sendo desenvolvidas estratégias para o cuidado integral que favoreçam e estimulem o homem a buscar os serviços de saúde e, conseqüentemente, a cuidar da própria saúde. Nesse sentido, este estudo tem por objetivo analisar a linha de cuidado ao homem na estratégia saúde da família, no município de Aracaju/SE.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso único, com abordagem qualitativa, realizado no município de Aracaju/SE, entre fevereiro e agosto de 2013, tendo como cenário de pesquisa uma Unidade de Saúde da Família (USF).

Este estudo foi construído através de um caso traçador, que partiu de uma situação real de um usuário cadastrado e acompanhado nessa USF, selecionado através da indicação da equipe de saúde ao qual ele está vinculado. A partir desta condição, foi reconstruído o fluxo deste usuário dentro do sistema de saúde, visando atender as suas necessidades de saúde. O instrumento utilizado na coleta dos dados foi à entrevista semiestruturada, a qual abordou a trajetória do usuário pelos serviços de saúde até a resolução das suas necessidades de saúde. A análise desse caso traçador baseou-se na ideia do fluxograma descritor, pois possibilitou, entre outras coisas, analisar a linha de cuidado construída para atender a demanda deste usuário.

Visando a garantir o anonimato do informante, o usuário foi nominado pelas suas iniciais. Este estudo atendeu à Resolução 196/96 (revogada pela resolução 466/2012), do Conselho Nacional de Saúde, sendo previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob número de protocolo 171.468 e CAAE 10251612.3.0000.0055.

RESULTADOS

O caso JP

JP é um homem de 59 anos, solteiro, trabalhador do comércio informal, obeso, hipertenso e diabético, faz uso frequentemente de bebida alcoólica, reside na casa da nora e há 1 ano e 4 meses, como de costume, havia ingerido bebida alcoólica e deitou-se em uma rede com o braço para o lado de fora, deixando-o exposto ao sol. Ao acordar percebeu que todo o braço, antebraço e mão haviam queimado devido à prolongada exposição.

Ao procurar um Hospital de Pequeno Porte, já com limitação dos movimentos do membro, foi tratado com descaso, pois o médico que o atendeu não acreditou na história contada e, sem uma devida avaliação do caso, mandou que ele procurasse a USF para fazer curativo no braço. Ele procurou a unidade, começou a fazer os

curativos e, após aproximadamente um mês de tratamento, sem evolução favorável da lesão, uma auxiliar de enfermagem que realizou o procedimento neste dia questionou o ocorrido, assim como a ausência de prescrição médica para o tratamento e logo o encaminhou para avaliação médica. Ressalta-se que não há uma pessoa fixa para fazer os curativos na referida USF, havendo intensa rotatividade dos profissionais nessa unidade.

A médica da equipe, por sua vez, orientou que JP procurasse o pronto socorro do Hospital Geral do Estado em busca de um cirurgião plástico. Neste hospital, o médico que o atendeu referenciou JP à outro hospital público do estado, desta vez, com o atendimento previamente agendado, dessa forma, iniciou o tratamento da queimadura.

O cirurgião plástico encaminhou JP de imediato para realizar uma intervenção cirúrgica e durante o tratamento foram realizadas quatro cirurgias, além do acompanhamento clínico e fisioterápico. Os agendamentos para as cirurgias passaram por algumas intercorrências que permearam desde a falta de leito hospitalar até greve dos servidores (primeiro de enfermeiro, posteriormente de anestesistas), de forma que se passaram mais ou menos 5 meses desde o dia do incidente até a primeira intervenção cirúrgica.

Durante o tratamento houve momentos em que não esteve disponível a medicação necessária para a cicatrização da lesão, em decorrência do excesso de burocracia que tornava o processo demorado com isso, os profissionais da equipe de saúde, que trabalhavam em outros estabelecimentos de saúde, pegavam a medicação nesse local e levavam para JP na USF. Ou seja, essas demandas levaram à mobilização da equipe no sentido de resolver a situação e, para isto, nem sempre foi possível usar de meios formais. Outro exemplo, foi a assistente social que, em decorrência da falta de leito hospitalar, conseguiu agendar a cirurgia de JP pois, conhecia profissionais que trabalhavam no hospital e, dessa forma, esses burlavam o sistema e marcavam as cirurgias. Apesar do caso, JP refere não ter atrapalhado o seu contexto socioeconômico e enfatiza a satisfação com a atuação dos profissionais envolvidos no seu tratamento e com a eficácia do mesmo.

Informou que fez o acompanhamento com o cirurgião plástico e comparecia a USF para realizar o curativo, a equipe de saúde não o visitava nas suas internações hospitalares e quando a médica queria vê-lo realizava uma busca ativa, por intermédio do agente de saúde. Referiu que as dificuldades enfrentadas para

resolução do caso não foram por causa do SUS vez que, se os funcionários entraram em greve não era culpa do SUS mas sim, dos profissionais que não queriam trabalhar. E, mesmo no tocante à falta de leito hospitalar, JP justifica como um sinal que o SUS está trabalhando pois, se assim não fosse, haveriam vagas disponíveis.

Há alguns meses problemas familiares motivaram a mudança do local de residência de JP tendo ele perdido completamente o contato com a equipe de saúde que o acompanhou durante a maior parte do período de tratamento. Agora, ele apenas frequenta o serviço de fisioterapia e informou que vai fazer outra cirurgia, pois ainda não recuperou totalmente o movimento do braço.

DISCUSSÃO

A produção do cuidado é sempre um processo relacional, produzido pelo trabalho vivo em ato, no encontro entre trabalhador e usuário¹. Entretanto, esta relação pode assumir características diferentes, podendo direcionar a assistência ao ato prescritivo, produtor de procedimentos, embasada no modelo médico hegemônico ou pode caminhar no sentido da produção do cuidado, centrado na tecnologia das relações.

Ao realizar um cuidado, o trabalhador de saúde utiliza-se da relação entre o trabalho vivo (produzido no momento, em ato) e o trabalho morto (instrumentos produzidos em trabalhos anteriores). Essa relação é conhecida como composição técnica do trabalho e quando favorável ao trabalho morto, reflete um processo de trabalho produtor de procedimentos, centrado nas tecnologias duras (instrumentos e materiais) e leve-duras (saber técnico-estruturado). Contudo, se predomina o trabalho vivo, haverá uma produção do cuidado fundamentado nas tecnologias leves (das relações)².

Envolvidos na ideia que, para a produção do cuidado, o funcionamento das linhas de cuidado deveria ter o seu eixo no usuário e suas necessidades de saúde, buscou-se em Cecílio (2001)⁹ a compreensão do que estas significam. Ele divide a ideia de necessidades de saúde em quatro grandes conjuntos, de modo a tornar esta concepção compreensível e praticável.

O primeiro conjunto diz respeito a ter boas condições de vida, envolvendo vários fatores que podem interferir no processo saúde-doença, como os ambientais,

econômicos, sociais, entre outros aspectos, considerando que cada modo de viver traduz necessidades de saúde diferentes⁹.

O caso JP é potente, pois apesar de viver na casa de parentes, está inserido no mercado de trabalho informal, ser solteiro, diabético, hipertenso, ingerir, frequentemente bebida alcoólica e, mesmo após o acidente, ele não assume esses fatores como desencadeantes de problemas de saúde. Ao contrário, afirma que o acontecido não interferiu negativamente nas suas condições de vida de vida, o que se pode inferir que ele não compreende a complexidade das suas condições de saúde, ou compreende e assume o risco, tentando isentar a equipe da responsabilidade pela limitação do cuidado.

Isso pode significar uma visão reducionista sobre saúde, cuidado e necessidades de saúde, pois os homens convivem com padrões de masculinidade que reprimem o cuidado à saúde, entendido como sinal de fraqueza, reforçando os atributos masculinos de força, virilidade e invulnerabilidade. Além disso, respaldados por estereótipos de gênero, é permitido ao homem adotar comportamentos de risco, como o uso álcool, drogas lícitas e ilícitas, entre outros. Esse contexto tem impacto no modo do homem viver a vida, acarretando problemas adicionais às condições de saúde masculina e que necessitam de uma atenção diferenciada dos gestores, profissionais de saúde e sociedade^{8,10,11}.

O segundo conjunto, se refere à necessidade de ter acesso e de poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida do usuário⁹. Acesso refere-se ao ato de chegar, ingressar, entrar, aproximar e alcançar¹². Adentrando nessa discussão, Assis et. al.¹³ apontam que o acesso tem algumas dimensões a ser consideradas. Pode ser seletivo, excludente e/ou focalizado, que se complementam e, também, se contrapõem nos serviços público e privado. Acesso seletivo se refere à desigualdade no acesso em função do poder de compra das pessoas, em uma prática de saúde gerida pela lógica do mercado. Excludente, pautados no mercado e condicionando o acesso universal à lógica de racionamento de gastos. E acesso focalizado, garantindo o acesso apenas a alguns serviços de saúde.

Além dessas, Assis et. al.¹⁴, abordam outras dimensões de acesso como o geográfico, referente à localização do estabelecimento de saúde na comunidade; o funcional, determinado pela organização do serviço de saúde; e o comunicacional, refere-se a ter acesso à informação, sobre a organização e o funcionamento dos

serviços e da rede de atenção a saúde. Esta última dimensão é um importante instrumento que permite à população participar das decisões políticas, exercendo a sua cidadania.

Ainda segundo Assis et. al.¹⁴, para viabilizar o acesso aos serviços de saúde, as redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção à saúde são instrumentos importantes. Sendo a articulação entre as unidades assistenciais dessas redes de serviços necessárias à produção da linha de cuidado integral. Nesse aspecto, o acesso assume a característica de regulador do sistema de saúde, definindo fluxos, funcionamento, capacidade, necessidades de expansão e organização da rede para o cuidado progressivo ao usuário, impulsionando o planejamento em saúde na direção da dimensão cuidadora horizontal, proposto no modelo assistencial de círculo, descrito por Cecílio¹⁵.

Segundo este autor, a dinamicidade do círculo se faz no movimento, nas múltiplas alternativas de entrada e saída dos serviços de atenção à saúde. Logo, os centros de saúde, os prontos socorros, os hospitais, as escolas e outras instituições podem se constituir em portas de entrada. Através deste modelo, ele propõe que é preciso qualificar essas portas para se tornarem espaços privilegiados de acolhimento, vínculo e responsabilização do cuidado, tanto em nível individual quanto coletivo. Além de serem espaços de reconhecimento de grupos vulneráveis e organização, no sentido de garantir o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado para o seu caso¹⁵.

Nesse contexto, pode-se dizer que JP teve “um acesso” aos serviços e tecnologias de saúde demandada pela condição clínica apresentada por ele, caracterizado no que Assis et. al.¹³ definiu como acesso focalizado. Embora este acesso não tenha sido de fato garantido pelo sistema, uma vez que a relação oferta e demanda nem sempre assegurou o direito constitucional de acesso universal, sendo necessárias intervenções “informais” para garantir esse direito a JP. Ou seja, na prática, os profissionais de saúde, através do seu autogoverno e do poder criativo e inventivo, precisaram desenvolver linhas de fuga para sanar as falhas inscritas na rede de serviços.

JP enfrentou importantes barreiras ao acesso funcional aos serviços, sendo necessárias idas e vindas pelos estabelecimentos da rede de saúde, sem responsabilização dos profissionais/equipe de saúde na resolubilidade à sua demanda. Isso é reflexo da fragilidade na linha de cuidado e na sua gestão, assim

como, no limitado acesso à informação, sendo este um entrave à resolubilidade deste caso e ao exercício da cidadania.

No terceiro conjunto de necessidades, Cecílio⁹ refere-se à criação e estabelecimento de vínculos afetivos, relação de confiança, contínua, pessoal e intransferível, entre a equipe de saúde e o usuário. Este vínculo vai além das propostas de programas de saúde que estabelecem um limite territorial e/ou sanitário para atuação de uma equipe e independe do local onde esteja sendo operado o cuidado.

Todo profissional de saúde, independente do seu papel dentro do serviço, opera o cuidado e, com isso, deveria ser capacitado para atuar no campo das tecnologias leves, produzindo acolhimento, vínculo e responsabilização. Da mesma forma que, ao ser responsável por um projeto terapêutico, além de produtor de cuidado, o profissional é um administrador e deve promover a articulação entre os saberes dos diversos trabalhadores que compõem a equipe responsável pela intervenção em saúde¹⁶.

O vínculo estabelecido com JP foi criado a partir do encontro dele com a profissional de saúde que realizou o curativo em certo dia. Este encontro imprimiu um novo fim à história de JP, a partir do acolhimento ele tornou-se o eixo estruturante da produção do cuidado. Contudo, o poder transformador deste encontro esbarrou na hegemonia de um modelo tecnoassistencial produtor de procedimentos e, com isso, logo JP retornou à sua condição inicial de um ser meramente biológico. Neste caso, a elaboração do projeto terapêutico não se concretizou em um atendimento integral, mas se limitou a atos prescritivos.

Diante disso, vale ressaltar o poder instituinte da subjetividade no processo de trabalho. Nesse sentido, Merhy¹⁶ afirma que, todo profissional de saúde faz clínica sendo esta o campo de atuação das tecnologias leves no sentido de articular as dimensões tecnológicas para produção do cuidado. Segundo ele, a clínica não é apenas o saber diagnosticar, prognosticar e curar um problema de saúde, mas sim, um espaço de relações, intervenções e trocas de forma partilhada, na qual se faz presente o jogo entre necessidades e tecnologias em saúde. Entretanto, apesar de todos fazerem a clínica, há formas distintas dos profissionais de saúde produzir atos assistenciais, que conferem uma conformação às tecnologias de saúde, marcando a sua competência em solucionar os problemas de saúde.

Por fim, o último conjunto de necessidades de saúde se refere à autonomia no modo de andar a vida, o que implica em resignificar os sentidos da vida de forma que seja decisivo no modo de viver. A educação em saúde, nesse contexto, é apenas uma etapa nesse processo de construção da autonomia dos sujeitos⁹.

Assim, não foi perceptível menção em nenhum aspecto a essa necessidade que leve a acreditar na mobilização da equipe para intervir no caso de forma a estimular a autonomia em JP. Destarte, o usuário apesar de apresentar, explicitamente, uma necessidade clínico-biológica ao acessar o serviço, sua história de vida trás situações que deveriam ser alvo de atos assistenciais.

JP trouxe uma necessidade de saúde principal ao serviço, o tratamento da queimadura, entretanto Cecílio⁹ defende que cada usuário ao buscar um serviço de saúde traz consigo uma “cesta de necessidades” e que a equipe de saúde precisa ter sensibilidade e preparo para escutar e captar essa necessidade na expressão individual e, assim, atuar da melhor forma. A demanda apresentada pelo usuário é um pedido explícito a um atendimento, de certa forma, modelado pelo serviço, que não necessariamente é a real necessidade do usuário.

Nesse aspecto, Merhy¹⁷ discorre que as necessidades de saúde estão em constante processo de captura pelo saber técnico estruturado, que pode e deve ser inventado em processo que se publiciza, pressupondo não haver singularidade, mas modos coletivos de instituir que massificam os sentidos de necessidades.

Nessa direção, defende-se que os modelos tecnoassistenciais devem levar em consideração os abrangentes campos das necessidades de saúde, operando, para isso, no território das tecnologias relacionais, aposentando o modelo produtor de procedimentos. É no cotidiano dos atos assistenciais que o modelo tecnoassistencial ganha forma vez que, no momento do encontro entre os sujeitos do cuidado, o profissional apresenta um autogoverno do seu processo de trabalho que pode direcionar a construção de um projeto terapêutico parcialmente resolutivo ou na perspectiva da integralidade do cuidado.

Ao acessar o serviço, seria realizada uma avaliação de risco do usuário, considerando que este risco pode ser, social, ambiental, econômico e/ou biológico e, a partir daí, seria pensado um projeto terapêutico visando atender a essa demanda. Esse projeto pode ser construído de forma individualizada, expressando o modelo produtor de procedimentos, ou por uma equipe multiprofissional, caminhando na direção da produção do cuidado.

Tomando como exemplo o caso JP, os profissionais de saúde ao elaborar um projeto terapêutico podem caminhar em duas direções: na primeira, o profissional poderia cuidar da queimadura utilizando, exclusivamente, o consumo de procedimentos e medicamentos visando à cicatrização do braço, limitando-se a atos prescritivos, território das tecnologias duras.

Na segunda opção, o projeto terapêutico utilizaria os instrumentos necessários ao caso (procedimentos cirúrgicos, medicamentos, exames), mas valorizaria a tecnologia relacional como instrumento nuclear, com a finalidade de desenvolver a autonomia do sujeito. Considerando que JP, apesar de apresentar um problema de saúde, está inserido em um contexto social, familiar, econômico e que teria uma subjetividade decorrente da sua história de vida. Dessa forma, o projeto terapêutico seria capaz de atuar nos diferentes campos das necessidades de saúde de forma a produzir um cuidado integral.

Destarte que, um usuário, ao adentrar um serviço de saúde, não extingue, naquele momento, sua história de vida, seus problemas sociais, econômicos, amores, dissabores, suas paixões e desejos, ou seja, não nega a sua subjetividade em detrimento de um possível problema clínico, necessitando, portanto, de um projeto terapêutico que traga uma abordagem completa do seu ser¹⁸.

Nessa direção, vale a pena ressaltar uma questão social importante que envolve o ser homem, o papel de provedor da família, possível através do trabalho, sendo esse papel reconhecido socialmente como uma característica da identidade masculina, atitude que dignifica e confere valor moral ao homem. É o trabalho que o impulsiona ao reconhecimento e respeitabilidade social permitindo-o cumprir com suas obrigações diante da família e da sociedade¹⁹. Após o incidente com JP, este papel pode ter sido comprometido e isso ter implicações na sua saúde, visto que, o modo de viver a vida acarreta diferentes necessidades de saúde.

Portanto, o projeto terapêutico de JP, foi elaborado por um profissional e baseado no ato prescritivo propondo uma intervenção simplificada na medida em que não reconhece o fator multicausal inscrito no processo saúde-doença e, desta forma, outros saberes não são chamados a comparecerem neste projeto terapêutico. Franco¹⁸ reforça que os problemas de saúde são suficientemente complexos e, por isso, exigem a articulação de diversos saberes para a elaboração de projetos terapêuticos igualmente complexos, que possam resolver efetivamente as necessidades de saúde produzindo um cuidado integral.

A integralidade é um tema transversal a todos os campos de necessidades de saúde discutidos anteriormente e ganha relevância na construção das linhas de cuidado¹. Com isso, essas linhas são pensadas para atender o usuário de forma integral abrangendo os diversos aspectos que envolvem a saúde, dessa forma, garante acesso a todas as tecnologias e serviços necessários para sanar o problema de saúde, pois a linha de cuidado pensada de forma plena atravessa os vários estabelecimentos de saúde²⁰.

Ao analisar a construção das linhas de cuidado, Malta e Merhy²¹ apontaram três desafios na perspectiva da micropolítica, a atuação da equipe de saúde na coordenação do cuidado; vinculação e responsabilização do cuidador; busca da produção da autonomia do usuário. Convém ressaltar que, no caso estudado, a atenção hospitalar atuou como local de coordenação do cuidado, favorecendo a criação de vínculo com o profissional especialista. Atribuindo assim, um papel secundário à USF e sua equipe, desvalorizando o seu potencial cuidador e orientador das linhas de cuidado.

Nesse sentido, dois aspectos se destacam no caso JP, o suposto “acesso” aos níveis de complexidade tecnológica que a situação clínica demandava vez que, as “vias formais” do sistema de saúde nem sempre garantiram o atendimento a JP; e a visão reducionista, dos profissionais, sobre as necessidades de saúde dele. Ressalta-se assim, a simplificação da ideia de corpo apenas como expressão anátomo-fisiológico adotada pelos profissionais envolvidos neste caso.

Nesse contexto, Franco e Galavote²² destacam que o corpo é múltiplo em sua composição de forma que, limitá-lo a essa dimensão anatômica seria uma simplificação da compreensão de corpo, a qual não seria capaz de perceber os afetos, desejos e subjetividades que compõe o campo das relações micropolíticas. A subjetividade inscrita na relação trabalhador/usuário produz atos concretos e reais, embora não visíveis.

Enfatizam ainda que, há outra dimensão do corpo, produzida através de um processo de trabalho operado pelas tecnologias relacionais, que é capaz de recuperar a potência do agir sobre o mundo. Ou seja, há um corpo sem órgãos, instituído por desejos e afetos capaz de agir no cuidado de si e produzir vida no sujeito como parte do cuidado com isso, é necessário contemplá-la na produção do cuidado²².

O cuidado na saúde é, necessariamente, multiprofissional e depende da coordenação e conjugação de pequenos cuidados parciais desenvolvidos por cada profissional e esses vão se complementando. Entretanto, há no mundo do cuidado à saúde uma relação assimétrica de poder entre diferentes categorias profissionais que compromete a colaboração que deveria existir entre esses diferentes trabalhadores de saúde para a produção de um cuidado integral²⁰.

Nesse contexto, Cecílio e Merhy²⁰ descrevem o cuidado em saúde como uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, que compõem um processo dialético de disputa e, também, de complementação. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas da equipe de saúde. No caso JP, essa articulação entre profissionais e entre estes e os estabelecimentos que compõem a linha de cuidado estava em desarmonia, comprometendo o reconhecimento das necessidades de saúde e o funcionamento dessa linha na produção do cuidado em saúde de forma integral.

Contudo, esses autores expõem que pode existir certo grau de integralidade focalizada produzida em um determinado serviço de saúde, na qual os integrantes de uma equipe articulam suas práticas para escutar e atender da melhor forma possível às necessidades de saúde do usuário, construindo uma linha de cuidado integral, contínua, transversal e horizontal baseada no trabalho vivo em ato. Mesmo inserido no contexto de um modelo tecnoassistencial que valorize o trabalho morto, o trabalho vivo em ato tem um poder instituinte para transformar o cotidiano de qualquer serviço de saúde, através de um processo de trabalho que desencadeie atos assistenciais produtores de cuidado²⁰.

Malta e Merhy²¹ destacam ainda, dentre outros aspectos, o desafio da organização em rede para construção da linha de cuidado, vez que a integralidade só é possível em rede e que esta deve garantir a integração dos diferentes níveis de atenção da saúde. Nesse aspecto, Franco²³ complementa que as redes são imanentes ao processo de trabalho, mesmo que este venha sofrer capturas pelas normativas, sempre haverá a articulação de serviços e equipes, saberes, fazeres, subjetividades atuando de modo a produzir o cuidado.

Entretanto, essa linha de cuidado pode sofrer uma fragmentação no decorrer do seu percurso podendo ser causada, entre outros fatores, pela ausência de gestão

e regulação do processo e deficiência da rede de serviços, como aconteceu com JP diante da falta de leito hospitalar.

Interessante destacar que, JP não reconhece esses problemas como ruptura dessa linha decorrente de um sistema de saúde vulnerável e fragilizado. O que pode ser justificado pelo que Assis et al.¹⁴ caracteriza como acesso comunicacional. De fato, JP desconhece o funcionamento do sistema de saúde e o caminho a ser percorrido para a resolubilidade da sua necessidade. Dessa forma, a falta de informação apropriada compromete o exercício da cidadania e a participação social.

Por conseguinte, o trabalho em equipe aparece como uma estratégia primordial para superar essa fragmentação e alcançar a integralidade do cuidado. Essa estratégia passa pela necessidade dos profissionais de saúde se colocar em posição de estranhamento em relação à forma de organização do trabalho em saúde vigente, na tentativa de buscar e elaborar argumentos consistentes que possam abrir caminho a uma negociação, de modo a produzir um desfecho diferente. Deve-se entender que, no espaço intercessor, criado no momento do encontro entre os sujeitos do cuidado, o profissional expressa um autogoverno e tem a possibilidade de transformar sua prática²⁴.

A forma de conceber a prática profissional vigente está vinculada a um contexto social, em que, diante de uma instabilidade clínica, a sociedade espera um atendimento qualificado na dimensão biológica. Além disso, há um interesse muito grande da indústria em produzir equipamentos, medicamentos e alta tecnologia para atender ao doente em situações críticas de saúde. A família também espera uma atuação profissional precisa e suporte terapêutico adequado para que seu ente querido assuma novamente seu papel social e em boas condições de saúde²⁴.

Nesse contexto, JP mostra-se satisfeito com seu tratamento pois, em geral, a sociedade ainda convive com a ideia de produção de procedimentos e alta densidade tecnológica como a forma ideal para a resolução das necessidades de saúde. Em algumas situações cotidianas, um profissional que utiliza da tecnologia relacional para resolver um problema, é taxado de forma negativa por um usuário que foi na USF buscar o consumo de procedimentos ou medicamentos, para atender suas necessidades de saúde. As pessoas continuam buscando nos profissionais de saúde a medicalização do próprio corpo e o consumo de procedimentos cada vez mais sofisticados e caros, nem sempre resolutivos.

Diante dessa situação, o profissional fica envolvido em um dilema entre atender a solicitação do usuário por certos procedimentos e fazer uso indevido dos recursos públicos ou, se negar, e ser acusado de um mau atendimento, gerando pontos de tensão e conflito com os usuários. Esse é um fenômeno gerador de ruídos dentro dos serviços de saúde²⁵.

Neste aspecto, o caso JP é uma situação ainda, predominante, no contexto dos serviços de saúde, pois, se o usuário e a sociedade em geral, em sua visão, pouco esclarecida e/ou fragilizada, alicerçada no modelo de saúde hegemônico, espera do serviço de saúde um atendimento médico, voltado à medicalização do corpo e ao consumo de procedimentos. O que podemos fazer para convencer a quem produz o cuidado, a modificar o seu processo de trabalho, se além da produção para “esses consumidores/mercado”, eles foram formados para atuarem desta forma?

Franco e Merhy²⁵ apresentam a concepção de produção imaginária da demanda, na qual o usuário atribui a um procedimento, a responsabilidade pelo cuidado e satisfação das suas necessidades. Ele atribui um valor simbólico à realização de um exame, por exemplo, conferindo-lhe uma potencialidade que esse não tem. É como se a realização do procedimento fosse proteger a sua saúde por si só, sendo, imaginariamente, suficiente para produzir o cuidado, não sendo visto como parte de um plano de cuidado, desenvolvido por uma equipe de saúde, que prevê a realização desse exame como apoio diagnóstico.

Esta concepção, difundida no imaginário social, fruto de uma economia capitalística que incentiva arduamente a produção e o consumo de procedimentos e medicamentos e estimula essa ideia ilusória que atribui o valor de cuidado à realização de procedimentos. E por isso, JP atribuiu ao seu tratamento um valor positivo enfatizando a sua satisfação com a resolubilidade do seu caso, vez que, a ideia de cuidado presente no estabelecimento de saúde, materializada nos atos assistenciais, coincidiu com a expectativa de JP sobre o que seria bom para o seu caso.

Esse valor simbólico atribuído ao procedimento/exame, também, está embutido no cotidiano dos profissionais de saúde, fruto de uma formação nos moldes hegemônicos produtor de procedimentos, gerando uma produção imaginária da oferta no mesmo sentido anterior. Esta, é alimentada pelo modelo tecnoassistencial que induz o consumo de procedimentos e processos de trabalho

centrados na lógica instrumental sendo que, esta centralidade induz nos usuários a ideia de que esse é o caminho para produzir o cuidado²⁵.

Por fim, reforçamos que a formação profissional nos moldes flexneriano associada à fragilidade das políticas de educação permanente para profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde, constituem barreiras importantes para a organização de um modelo de saúde voltado a produção do cuidado integral. Com isso, é imprescindível resignificar o processo de formação profissional, de modo a acompanhar as mudanças ocorridas no mundo do trabalho em saúde e na organização do sistema de saúde, de forma a aproximar o processo de formação das necessidades dos usuários e do sistema¹⁴.

Dessa forma, estimulando a atuação multiprofissional interdisciplinar através de modelos pedagógicos que valorizem a excelência técnica, mas também a relevância social, promovendo parcerias entre universidades e serviços de saúde, comunidades, entidades e outras instituições da sociedade civil, visando uma maior sintonia com o princípio da integralidade na saúde²⁶.

O ideal de profissional que o sistema precisa, pode ser atingido se aprendermos a reconhecer as necessidades e o poder criativo de cada um, escutar e refletir sobre a prática profissional, inicialmente cheia de valores e de significados, os quais, muitas vezes, se perdem pelo caminho²⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As tentativas de superação do modelo tecnoassistencial hegemônico, decorrente das propostas em torno da reestruturação produtiva, trouxe inovações na forma de organizar os serviços de saúde. Entretanto, essas mudanças não imprimiram uma transição tecnológica, de forma que, diante de um modelo de atenção à saúde, como a proposta da ESF, ainda opera a hegemonia do trabalho morto, produtor de procedimentos e centralizado na figura do médico.

Talvez essa situação seja uma das justificativas pela qual a implantação da política de saúde do homem ainda não promoveu transformações efetivas na prática cotidiana dos profissionais e dos estabelecimentos de saúde, no sentido de trabalhar as necessidades de saúde singulares ao homem, facilitar e incentivar o acesso aos serviços de saúde, assim como resignificar no homem e na sociedade a ideia de cuidar da saúde como atribuição da população, independente do sexo.

Diante disso, a construção de uma linha de cuidado, dentro desse contexto, começa de forma fragilizada, tendendo à ruptura. A linha de cuidado analisada mostrou-se fragilizada, descontínua e fragmentada, refletindo um modelo tecnoassistencial ultrapassado e, ocasionalmente resolutivo, mas hegemônico no contexto dos sistemas de saúde, da micropolítica dos processos de trabalho e da formação profissional. Isso perpetua um modelo produtor de procedimentos, valorizado no imaginário social e dos profissionais de saúde, que ofertam/demandam procedimentos como forma de (des)cuidar da saúde.

Neste cenário, as necessidades de saúde de JP, foram reduzidas ao aspecto biológico, com atuação limitada da equipe, de forma que, esta esteve subsumida ao saber médico levando, conseqüentemente, a elaboração de um projeto terapêutico parcialmente resolutivo. Outro entrave encontrado no caso analisado, refere-se ao acesso aos serviços de saúde em suas várias dimensões, dentre elas destacaram-se o acesso funcional e comunicacional como importantes barreiras à produção do cuidado integral e ao poder resolutivo do serviço assim como, ao exercício da cidadania pelo usuário.

Com isso, ressaltamos que é necessário unir esforços em nível macro, no sentido de fortalecer as linhas de cuidado e garantir o acesso a todos os serviços necessários à resolução das necessidades de saúde da população. Entretanto, é preciso considerar que, as questões envolvidas na micropolítica são essenciais nesse sentido. Com isso, é imprescindível sensibilizar os profissionais de saúde para a necessidade e importância de reestruturar e resignificar o processo de trabalho, pois não é apenas uma mudança vertical do modelo tecnoassistencial que vai transformar a lógica de trabalho das ESF. Uma vez que, no espaço intercessor, é a subjetividade do profissional e sua interação com o usuário que vai determinar a produção ou não do cuidado integral com a saúde.

Por fim, sugerimos a realização de outros estudos de caso, como estratégia a ser desenvolvida para a educação permanente em saúde, pois, favorece uma análise, pormenorizada, do funcionamento e efetividade dos serviços e sistema de saúde e, conseqüentemente, das dificuldades enfrentadas pelos usuários. Além de proporcionar aos profissionais de saúde, um momento para uma reflexão e autocrítica, do modo como eles estão exercendo o seu autogoverno e a sua subjetividade, presentes no espaço micropolítico do processo de trabalho, em benefício ou não do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*. 2003; 27: 316-23.
2. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE et al. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2006. p.55-124.
3. Franco CM, Santos AS, Salgado, MF. *Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde*. Pessoa, LR, Santos, EHA; e Torres, KRBO (Org.). Rio de Janeiro, Ensp, 2011.
4. Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev. ter. ocup.*,2011; 22(1):85-92.
5. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza CS, Silva, JAM .Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*. 2011, 21(2):629-46.
6. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al . Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(5): 961-70.
7. Gomes R, Rebello LEFS, Nascimento EF, Deslandes SF, Moreira MCN. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(11): 4513-21.
8. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(11): 4503-12.
9. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco; 2001.
10. Machado MF, Ribeiro MAT. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(41): 343-56.
11. Vieira KLD, Gomes VLO, Borba MR, Costa CFS. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. *Esc. Anna Nery*. 2013; 17(1): 120-127.
12. Fernandes F. *Dicionário de sinônimos e antônimos da língua portuguesa*. São Paulo: Globo, 2005.

13. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003; 8(3): 815-823.
14. Assis MMA, Levi DL, Nascimento MAA, Leal JAL, Moreira RCR, Souza PRC, Cerqueira EM. Acesso ao PSF: garantia para a resolubilidade dos serviços de saúde? In: ASSIS MMA et al. (Org.). *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários* [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180p.
15. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*. 1997; 13(3): 469-478.
16. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-20.
17. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p.71-112.
18. Franco TB. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento os casos de Luz (MG) In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2006. p.161-98.
19. Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*; 16(Suppl 1): 935-44.
20. Cecilio LCO, Merhy, EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. p.197-210
21. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(34): 593-606.
22. Franco TB, Galavote, HS. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: Franco TB, Ramos VC. *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010.
23. Franco TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (Org.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*; Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2006.
24. Pirollo SM, Ferraz CA, Gomes R. A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. *Rev. esc. enferm. USP*. 2011; 45(6): 1396-1402.

25. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 181-193.
26. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção Básica. *Rev Bras Educ Méd*. 2001; 25(2): 53-59.
27. Batista KBC, Goncalves, OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saude soc*. 2011; 20(4): 884-899.

4.2. Artigo 2

Macro e Micropolítica na saúde do homem: uma tensão constituinte do cuidado

Macro and Micropolitics in and human health: a stress component of care

RESUMO

Independente dos modelos tecnoassistenciais, que compartilham o mesmo espaço dentro do sistema de saúde, são os espaços da micropolítica do processo de trabalho, que tem o potencial transformador dos serviços de saúde. Com isso, este trabalho trata de um estudo de caso, realizado entre fevereiro e agosto de 2013, em uma unidade de saúde da família do município de Aracaju-SE, que tem o objetivo de descrever o processo de trabalho da equipe de saúde da família, na produção do cuidado ao homem. Os resultados evidenciam um processo de trabalho estruturado nos moldes do modelo hegemônico de saúde, convivendo com atos assistenciais subjetivos, que ensaiam as diretrizes propostas para a produção do cuidado integral. Com isso, evidencia-se o poder invisível que habita nos microespaços das relações entre os sujeitos do cuidado e que precisam ser valorizados na reestruturação de qualquer modelo tecnoassistencial.

Palavras-chave: Masculinidade; saúde da família; assistência à saúde; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Independent of the technoassistencial models that share the same space within the health system, are the spaces of the micropolitics of the worker process, which has the transformative potential of health services. Therefore, this paper is related to a case study, conducted between February and august of 2013, in a family health unit of the municipality of Aracaju (SE), which aims to analyze the working process of the family health team, in the production of the male subject care. The results show a worker process structured along the lines of the hegemonic model of health, living

with assistance subjective acts, which rehearse the guidelines proposed for the production of integral care. Thus, it is evident the invisible power which inhabits the microspaces of relations between subjects of care, and who need to be valued in the restructuring of any model tecnoassistencial.

Key words: Masculinity; family health; delivery of health care; primary health care.

INTRODUÇÃO

Esse trabalho tem seu ponto de partida no pensamento que, a atual forma de produzir saúde mescla ideias que direcionam a produção da saúde para a prática multiprofissional, atuando em redes de atenção a saúde. Contudo, esta forma convive com ideias predominantes de assistência centralizada no saber médico. Com isso, apesar da multiplicidade de políticas, programas, modelos tecnoassistenciais, que tentam estabelecer a melhor forma de produzir o cuidado à saúde, são os atos assistenciais, cotidianos, individuais, subjetivos dos atores envolvidos neste processo que, realmente, tem o poder de determinar o perfil de um serviço de saúde.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi instituída como estratégia para reorientar o modelo tecnoassistencial hegemônico, apostando em mudanças estruturais, no desenho no qual o serviço opera. Entretanto, Franco e Merhy (2006) apontam que é necessário reestruturar esse programa para assim alcançar a potência transformadora a que ele se propõe. Destacam que, a principal reorientação a ser feita, é no processo de trabalho dos profissionais, muitas vezes desprovidos de atributos como acolhimento, vínculo e responsabilização, diretrizes importantes para a produção do cuidado em saúde.

A ESF, da forma como foi instituída, não opera nos microprocessos do trabalho em saúde, no cotidiano da atuação profissional e das relações interpessoais. De forma que, modificar a estrutura dos serviços não garante, por si só uma nova lógica na organização do trabalho. Embora a ESF esteja voltada ao trabalho em equipe multiprofissional, isso não garante a ruptura com o modelo hegemônico, é preciso sensibilizar os profissionais de saúde para atuarem na perspectiva proposta pelos modelos tecnoassistenciais alternativos (FRANCO; MERHY, 2006).

Dessa forma, o trabalho desenvolvido na ESF, mesmo que voltado ao indivíduo e às coletividades, prioriza a atenção para grupos específicos e os homens mantêm-se, de certa forma, afastados de algumas abordagens da estratégia, quais sejam a prevenção e promoção da saúde.

Para reverter o distanciamento entre o homem e a atenção à saúde e incorporá-lo em todos os níveis de atenção, o Ministério da Saúde implantou, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Esta política visa qualificar a atenção ao homem na perspectiva da produção do cuidado resguardada na integralidade. Para isso adota princípios como a integralidade, equidade e humanização enfatizando ainda, a necessidade de mudança de paradigma em relação à percepção masculina sobre o cuidado com a sua saúde e da sua família, considerando essencial, uma organização dos serviços de saúde de modo a acolher e fazer o homem se sentir integrado (BRASIL, 2009).

A PNAISH tem como objetivos fortalecer e qualificar o acesso dos homens aos serviços de saúde, apoiando-se na atenção básica como porta de entrada prioritária do sistema; desenvolver ações de saúde que sejam capazes de promover o autocuidado; destacar a saúde como um direito básico de todos; apoiar a promoção da saúde, facilitar e ampliar o acesso; além de qualificar os profissionais para o atendimento específico à população masculina, articulando com o setor educação, de forma a promover novas formas de pensar e agir (BRASIL, 2009).

Contudo, instituir políticas de saúde e fazê-las funcionar não depende apenas da elaboração, implantação e financiamento por parte dos gestores, pois existem os recursos humanos envolvidos nesse processo e que são os instrumentos necessários para o funcionamento e, conseqüentemente, o sucesso ou não dessas políticas.

Por isso, acreditamos que não é, apenas, a implantação vertical de uma política de saúde que define, de fato, o processo de trabalho e o funcionamento de um serviço, mas sim, o quanto essa política consegue produzir subjetividades nos mais diversos atores do processo, que opere na micropolítica do processo de trabalho. Reforçamos que, são os atos assistenciais e cotidianos das pessoas responsáveis pela produção do cuidado em saúde, que podem mudar a lógica de um estabelecimento de saúde, e conseqüentemente, redimensiona uma rede de serviços, como um efeito rizomático.

Diante disso, acreditando que é no espaço micropolítico que se estabelecem as estruturas macro do sistema de saúde, que objetivamos, neste estudo, descrever o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família na produção do cuidado ao homem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso único que adotou uma abordagem qualitativa. Realizado entre fevereiro e agosto de 2013, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Aracaju-SE, com um usuário do serviço de saúde e com a equipe de saúde da família a qual ele estava vinculado.

Os integrantes desta equipe que participaram do estudo foram: uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma assistente social e a agente comunitária de saúde responsável pela microárea onde reside o usuário em questão. Ressalta-se que essas profissionais foram incluídas no estudo a partir do relato do usuário do envolvimento destas na resolução da necessidade de saúde que o motivou a buscar o serviço de saúde.

Para a coleta dos dados utilizou-se a entrevista semiestruturada constituída inicialmente por uma caracterização socioeconômica, seguida de questões norteadoras para a realização da mesma.

A discussão deste trabalho baseou-se em um caso traçador e na ferramenta fluxograma descritor, pois permitiu avaliar a micropolítica do processo de trabalho de uma equipe de saúde, a partir da reconstituição do caso, possibilitando uma melhor observação do ato de cuidar prestado ao usuário. Visando garantir o anonimato dos informantes, o sujeito do estudo foi nomeado pelas suas iniciais e os profissionais de saúde foram nomeados por uma sigla que representou o cargo que desempenhava no serviço.

Este estudo atendeu à Resolução 196/96 (revogada pela 466/2012) do Conselho Nacional de Saúde, sendo previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob número de protocolo 171.468 e CAAE 10251612.3.0000.0055.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente enfatizamos que, o usuário quando entra em um serviço de saúde, se conecta com ele através de fluxos comunicantes e, são esses fluxos que irão produzir uma relação de múltiplos cuidados dependendo da subjetividade estabelecida na experiência dos trabalhadores e do usuário. A busca pelos serviços de saúde ocorre através da percepção do usuário quanto às ações que são fornecidas. Se a ideia de cuidado, concretizada em atos assistenciais, produzida pelos profissionais, não coincidir com a expectativa do usuário, pode tornar esses fluxos comunicantes ruidosos e gerar conflitos que interceptam a relação de cuidado (FRANCO; MERHY, 2005).

Com isso, acreditamos que os profissionais de saúde, mediados pelo processo de trabalho, podem facilitar ou torna-se uma barreira à produção do cuidado, principalmente na dimensão que tange o acesso dos homens ao serviço de saúde. Uma vez que, a visão reducionista adotada por alguns profissionais em relação à saúde do homem, limitando-no a problemas prostáticos, de ordem sexual e/ou doenças crônicas, não reconhecem o cuidado como inerente ao ser masculino e, conseqüentemente, não estimulam ou mesmo desestimulam-no a buscar o serviço de saúde para a produção do cuidado (VIEIRA et al., 2013; SCHRAIBER et al., 2010).

O acesso de JP ao sistema de saúde ocorreu através do serviço de urgência, este atuou como a porta de entrada escolhida pelo usuário, como o local de possível resolução do seu problema de saúde. Entretanto, ele experimentou uma situação de desrespeito, partindo do profissional que o atendeu, que infelizmente alguns usuários precisam enfrentar para tentar solucionar a sua necessidade de saúde, e que vai de encontro ao que o próprio sistema de saúde defende.

“Após o ocorrido com o braço eu fui num posto de saúde (Hospital de Pequeno Porte)... foi um 24 horas,... só que lá eu não fui bem recebido... um médico, ele viu, perguntou, eu respondi a ele que tinha sido queimadura de sol, ele simplesmente olhou assim pra mim e disse, conte outra, quer dizer, me chamou de mentiroso... aí minha nora disse moço o senhor responde assim ao rapaz, ao cidadão, ele simplesmente baixou a cabeça, e mandou que eu entrasse...” (JP).

Corroborando com nossos achados, estudos demonstram que os serviços de urgência são um dos locais de acesso preferido pelos homens na resolução das

suas necessidades vez que, eles priorizam o atendimento imediato e objetivo, valorizando ações curativas, além de funcionarem em horário compatível com a jornada de trabalho. Sendo a demora no atendimento, apontada com uma barreira para o acesso ao serviço de saúde (SCHRAIBER et al., 2010; MACHIN et al., 2011; VIEIRA et al., 2013).

Além desse comportamento masculino que prioriza os serviços de urgência na resolução dos seus problemas, Barros e Sá (2010) evidenciaram que esses serviços apresentam barreiras de menor intensidade ao acesso comparado as Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo, a disponibilidade de médico e exames, o horário de funcionamento e a garantia da continuidade da assistência. Assim como, apontam a densidade tecnológica, a cultura popular e a dificuldade de acesso organizacional (funcional) e geográfico dos serviços de atenção primária, como fatores que contribuem para a demanda aos serviços de urgência (BARROS; SÁ, 2010).

Nesse aspecto, Assis et al. (2010) ressaltam que o acesso não se limita a disponibilidade de recursos, envolve uma gama de dimensões importantes que devem funcionar em harmonia, para garantir o atendimento efetivo as necessidades de saúde da população. Uma dimensão importante refere-se ao acesso funcional, importante barreira presente, cotidianamente, entre usuário e estabelecimentos de saúde, essa dimensão do acesso diz respeito tanto à disponibilidade de recursos necessários ao atendimento integral, quanto à articulação da rede de saúde para garantir todos os serviços e recursos necessários à produção do cuidado.

O acesso funcional atualmente vem sendo caracterizado por problemas organizacionais, por exemplo, as filas de espera, a demora para o atendimento, a distribuição de fichas, a dificuldade de marcação de exames, a falta de medicamentos e a ausência de certos serviços (ASSIS et al., 2010). Dessa forma, a organização do serviço estudado, oferece barreiras ao acesso da população, burocratizando a porta de entrada do sistema e promovendo rupturas na linha de cuidado.

Nesse contexto, Cecílio (1997) ao defender o círculo como forma de organização do modelo tecnoassistencial, afirma que a porta de entrada do sistema pode ser qualquer ponto, desde o posto de saúde, a farmácia, a creche até o pronto socorro hospitalar. A estratégia necessária é qualificar essas portas de entradas

para acolher a demanda, identificar os grupos de risco e organizá-los de forma a garantir o acesso ao serviço mais adequado a cada situação.

Reforçando esta perspectiva, o Ministério da Saúde avança na concepção de porta de entrada ao serviço, considerando como local de atendimento inicial de forma que, esse pode ser qualquer ponto do sistema de saúde, possibilitando aos gestores, a ampliação dessas portas de entrada, através da criação de novos locais de acesso a depender da necessidade da rede de serviços (BRASIL, 2011).

No caso estudado, após buscar o pronto socorro, JP foi orientado a procurar outro serviço de saúde, a USF, sem, no entanto, ter uma garantia de atendimento e de continuidade da assistência, sem responsabilização, por parte do profissional, pela resolução do seu caso. Cabendo ao usuário, tentar um novo acesso através de uma nova porta de entrada, na qual JP possa ser de fato acolhido e ter a sua demanda atendida. Começa então, a tão conhecida peregrinação do usuário em busca de acolhimento e resolução para a sua necessidade de saúde.

JP buscou um novo acesso através da USF, nesta, a recepção é responsável por direcionar a demanda da unidade, limitando o acesso funcional e centralizando a sua atuação à distribuição de fichas para consulta médica. Não havendo uma equipe ou pessoa responsável por acolher os usuários.

É importante ressaltar que, a ESF, da forma como foi idealizada para funcionar como porta de entrada preferencial, nem sempre tem um esquema de atendimento à demanda espontânea. Com isso, não houve uma desburocratização do acesso aos serviços de saúde visto que, não há um esquema estruturado para atendimento aos casos de urgências e demanda espontânea que aparecem, esses casos nem sempre são previstos no processo de trabalho com isso, torna-se um ponto de tensão do serviço (FRANCO; MERHY, 2006).

Diante dessa situação, os usuários ao recorrer à ESF com sofrimentos e angustias não têm a sua demanda atendida e acabam superlotando as unidades de pronto socorro e, conseqüentemente, a ESF vai perdendo credibilidade junto à população. Com isso, esta acaba valorizando as atividades centradas no modelo médico hegemônico, pois, respondem as suas demandas imediatas, retroalimentando a permanência desse modelo tecnoassistencial no cotidiano dos serviços de saúde (FRANCO; MERHY, 2006).

Com isso, ao buscar a unidade, JP foi direcionado a uma das unidades produtivas, a sala de curativo, e de lá ia embora, sem qualquer contato ou vínculo

com a equipe de saúde. Entretanto, após um mês realizando curativos, sem evolução favorável da lesão, a sensibilização de uma profissional de saúde em relação à situação de JP modificou o rumo dessa história. Esse encontro desencadeou fluxos de intensidades, desejos, afetos e subjetividades, que não encontraram limites na dimensão do corpo anátomofisiológico mas, expressaram-se em uma dimensão do corpo, o corpo sem órgãos. Capaz de produzir vida ou morte, como parte do cuidado (FRANCO; GALAVOTE, 2010).

“...eu procurei saber o que tinha acontecido, ele contou o que aconteceu, eu olhei o braço, perguntei se ele já tinha ido ao médico, ele disse que não, então eu comuniquei a médica da equipe o que estava acontecendo...” (AE)

De acordo com Franco e Merhy (2006, p 84) acolhimento é:

“a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas da unidade a todos os usuários que dela necessitarem. E ainda como a escuta qualificada do usuário, o compromisso com a resolução do seu problema de saúde, dar-lhe sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros quando necessários”.

O acolhimento, enquanto tecnologia de organização dos estabelecimentos de saúde, propõe-se a reorganizar o funcionamento do serviço, garantindo o acesso universal e humanizado assim como, a resolubilidade do problema de saúde apresentado pelo usuário. Para isso, é necessária uma reorganização do processo de trabalho deslocando o eixo do trabalho médico para o trabalho em equipe multiprofissional, por vezes denominada de equipe de acolhimento (FRANCO; BUENO; MERHY, 2003).

Nessa perspectiva, a recepção da unidade de saúde deixa de ser o local que define quem terá acesso ou não, carregando a responsabilidade pelo cuidado ao usuário, para tornar-se um espaço de direcionamento do fluxo assistencial. No caso JP, o processo de trabalho não se apoiava na equipe de acolhimento, sendo ainda depositada na recepção a responsabilidade por selecionar os que teriam assegurados o seu direito à saúde, situação comumente encontradas em outros estudos (SANTOS; ASSIS, 2006; BARROS; SÁ, 2010).

Experiências, com a implantação do acolhimento como estratégia operacional, mostraram o aumento do número de atendimentos nas unidades, aumento da oferta de serviços, conseqüentemente, do acesso, maior resolubilidade dos problemas de saúde, maior valorização e autonomia dos profissionais não médicos, gerando satisfação desses profissionais com o serviço. A escuta

qualificada aumentou a sensibilidade da equipe na percepção dos problemas e riscos que atingem a comunidade. Enfim, o acolhimento possibilitou um melhor aproveitamento da capacidade instalada (FRANCO; BUENO; MERHY, 2003; FRANCO; PANIZZI; FOSQUIERA, 2004).

Contudo, apoiamos a ideia que, independente da existência de uma equipe de acolhimento, este pode ser desenvolvido nos microespaços das relações, criados no encontro entre os sujeitos do cuidado (profissional e usuário), em qualquer momento e lugar, como, por exemplo, neste caso estudado, na sala de curativo (SANTOS; ASSIS, 2006).

Uma vez que, dentro de um programa de saúde ou um modelo tecnoassistencial, por mais que sejam estabelecidas diretrizes bem estruturadas para o funcionamento do serviço de saúde, há uma produção subjetiva do cuidado que opera nos microespaços de produção do cuidado. Com isso, o processo de trabalho não segue um padrão único e pré-estabelecido, pois dentro desse, as ações da micropolítica operam baseadas na singularidade de cada profissional e de cada relação estabelecida com usuário na produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2011).

Neste estudo de caso, JP, ao ser avaliado pela médica da equipe, foi orientado a buscar outro serviço do sistema de saúde, o pronto socorro do hospital geral do estado, referência no tratamento de queimados. Novamente, sem a garantia de que seria acolhido, JP foi arriscar um novo acesso em busca de uma solução para o seu caso. Neste local, foi encaminhado a um segundo hospital, onde finalmente, conseguiu ter a sua demanda acolhida.

“Cheguei no hospital o outro médico me atendeu e disse que não era com ele, era com o cirurgião plástico... que ia ligar para ele e pediu que eu não saísse... eu aguardei, ele chegou e me atendeu muito bem, até hoje. Quando eu cheguei no outro hospital também fui muito bem recebido...” (JP).

O acolhimento quando é inserido no processo de trabalho de uma equipe ou como política institucional, favorece o estabelecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e o usuário, com consequente responsabilização, ou melhor, coresponsabilização da equipe com o usuário, favorecendo a produção do cuidado à saúde integral e atendendo de fato às necessidades de saúde demandadas. Nesse aspecto, foi evidenciado nas falas, o desenvolvimento dessa relação entre os envolvidos no caso.

“Quando eu chamei a médica, chamei porque ele não tinha passado por ninguém e a lesão estava muito extensa, era o membro superior esquerdo todinho e aí como ele não veio com prescrição nenhuma, com acompanhamento nenhum, a primeira coisa foi chamar a médica para ela poder acompanhar e informar tudo direitinho.” (AE).

“...e ele já tinha vindo algumas vezes nesse posto fazer curativo, e aí quando eu fui ver, achei estranho essa lesão, foi uma queimadura,... e no prontuário tinham vários curativos e não tinha falando da evolução do paciente, e aí já comecei a achar estranho por aí e aí naquele momento eu disse vou assumir esse paciente, não vou deixar assim,...” (ENF).

“...eu agendei a consulta em janeiro, aí no dia eu disse: eu não vou não, quando foi no outro dia ela (agente de saúde) foi lá em casa saber porque eu não fui...” (JP).

Acreditamos que, quando um serviço de saúde opera baseada na tecnologia das relações ao acolher o usuário e suas necessidades de saúde, é desenvolvido, nesse espaço intercessor, criado no encontro entre os sujeitos do cuidado, uma aproximação afetiva e o desenvolvimento de vínculo e responsabilização. Vínculo, segundo Franco, Bueno e Merhy (2003), refere-se ao estabelecimento de uma equipe de referência para o cuidado ao usuário de forma que, aquela se responsabilize pela produção do cuidado e desenvolvimento da autonomia do sujeito de forma a garantir a integralidade.

Entretanto, a forma de organização do trabalho posposta pelo capitalismo, se distancia desse cuidado integral idealizado pelo Sistema de Saúde, pois, promove uma fragmentação no processo de cuidar e uma hierarquização dos trabalhos e dos saberes dos profissionais, atribuindo diferentes valores à remuneração das forças de trabalho. Este modelo de organização resulta em relações de trabalho muitas vezes conflituosas, além de promover um distanciamento dos profissionais das equipes do entendimento do seu objeto e da finalidade de seu trabalho (PIRES, 2009).

O caso JP, reflete essa forma de organização do trabalho, primeiro porque, sem uma devida referência, JP retornou do hospital para a unidade, para a realização dos curativos necessários ao seu caso, prescrito pelo médico especialista, sem, no entanto a equipe ter informações sobre os cuidados desenvolvidos nos serviços de referência. A atuação da equipe de saúde limitou-se a execução da prescrição médica e acompanhamento clínico, visando à cura do braço queimado, assim como a mobilização no sentido de garantir a JP os insumos e medicamentos necessários ao cumprimento desta prescrição.

“... depois que ele foi para o serviço de referência a gente não sabe como foi por lá, pois não tem um serviço de contra referência, só sabemos o que ele contava, a gente aqui fazia o acompanhamento da evolução da lesão...” (ENF).

Segundo, pois foi notória uma invisibilidade masculina no serviço de saúde, uma vez que, JP passou um mês realizando curativo, sem ser percebido pelos profissionais e depois de percebido, as suas necessidades de saúde continuaram invisíveis aos olhos da equipe de saúde. Ou seja, em momento nenhum, no discurso dos participantes, foi mencionado o cuidado a outras necessidades de saúde que pudesse ter surgido em decorrência do incidente, seja na dimensão social, ambiental, psicológica, econômica ou mesmo na dimensão biológica, vez que, JP também era hipertenso e diabético.

Segundo Cecílio (2001), cada modo de viver a vida traduz necessidades de saúde diferentes com isso, o contexto social masculino, dominado por estereótipos de gênero e comportamentos machistas, que consideram o homem um ser forte e invulnerável, traduz mais uma demanda, peculiar a esse grupo. Neste caso, a única preocupação da equipe foi com a recuperação de uma parte do corpo do paciente, o braço.

“O meu acompanhamento neste caso foi só a parte clínica mesmo, eu sempre via o braço dele, enquanto estava fazendo o curativo eu pedia para ver porque se tivesse sinal de infecção ou alguma coisa agente tinha que intervir, em momento nenhum teve intercorrência, não precisou intervenção.” (MED).

“... o meu problema, minha preocupação era não pegar infecção, então a questão da supervisão desta lesão até conseguir o debridamento, depois fazer o enxerto...” (ENF)

Essa fragmentação no cuidado, entre outras coisas, fere o princípio da integralidade da assistência e juntamente com a falta de comunicação, pode comprometer o poder de resolubilidade da equipe e da atenção básica, resultando em encaminhamentos desnecessários e um serviço pouco resolutivo.

Nesse contexto, destacamos a importância da divulgação da informação sobre a ESF e o funcionamento da rede de serviços, de forma a fornecer subsídios à população para exercer a sua cidadania e participação social. Assim como, essa informação é importante para que os profissionais de saúde possam adotar medidas efetivas, que garantam o acesso e resolubilidade das necessidades de saúde da população.

Essa dimensão, Assis et al. (2010), caracterizam como acesso comunicacional, sendo que este pode funcionar como uma barreira, quando a informação é incipiente, ou um facilitador de acesso e fluxos assistenciais, quando presente no cotidiano dos serviços de saúde.

Uma comunicação efetiva, entre os membros da equipe, favorece a continuidade da assistência, a resolubilidade, a integralidade, entre outros fatores. Contudo, a sua ausência pode comprometer ou dificultar o atendimento a necessidade de saúde, comprometendo a integralidade do cuidado, retroalimentando a fragmentação da assistência. Essa última situação foi evidenciada através das falas a seguir.

“Ela (a médica) avaliou e aí eu não sei o que ela fez, se encaminhou para algum especialista, isso aí eu não sei..” (AE)

“... eu sei que essa parte clínica eu não sei direito, essa parte é mais específica do profissional, então eu sei o que me diziam, o que ele (JP) me dizia, olhe vou fazer hoje a cirurgia, vim fazer o curativo...” (ACS)

Nesse contexto, Caçapava et al. (2009) mostram que o trabalho em equipe, a escuta qualificada e o desenvolvimento de vínculo são estratégias que facilitam o fluxo das pessoas no serviço, a identificação das necessidades do usuário, além de possibilitar um cuidado integral.

Nesse estudo, evidenciamos que a equipe de saúde trabalhou no sentido de resolver a necessidade de saúde apresentada pelo usuário, entretanto teve momentos que não ficou evidente o trabalho em equipe, mas sim o trabalho isolado de cada membro da equipe, cada um trabalhando dentro da sua caixa de competências. Como evidenciado nos depoimentos abaixo:

“... por isso que a assistente social entrou nesse processo, pra tentar fazer com que esse paciente conseguisse a cirurgia para a cicatrização, pra não perder o braço... a partir daí a coisa começou a andar, porque a equipe começou a fluir, começou a interagir, a assistente social.” (ENF).

“... a enfermeira estava de licença médica, aí eu passei para outras enfermeiras para poder informar que estava com esse problema que tinha que pegar material de curativo... depois a enfermeira da área voltou e passei o caso para ela, eu passei o caso para a médica...” (ACS)

“...trabalho em equipe eu acho que era para ser perfeito..., mas o que acontece, eu não participo geralmente de nenhuma reunião, nunca me chamam para nenhuma reunião de área, vai ter reunião e nunca sou comunicada... quando tem visita para fazer, o paciente me

avisa e eu vou, ninguém me acompanha... atividades educativas, as vezes acontecem e eu nem sei, só quando a comunidade vem me falar..." (AE)

Importante chamar atenção, que justamente, a auxiliar de enfermagem, tanto desvalorizada e excluída do processo de trabalho da equipe, foi a grande responsável pelo desfecho favorável do caso JP. Reforçando a ideia da produção subjetiva do cuidado, pois diante das normativas instituídas no cotidiano do estabelecimento de saúde, o encontro com JP proporcionou uma força instituinte, que fez essa profissional superar o que está estabelecido, indo à busca de alternativas ao modelo fragmentado instituído, de forma a produzir o cuidado que JP precisava.

Nesse sentido, Araújo e Rocha (2007) apontam duas concepções sobre a ideia de equipe, a primeira como um agrupamento de agentes, caracterizando uma assistência fragmentada e a segunda aborda a equipe como uma integração de relações e práticas consonante com a ideia de integralidade do cuidado e com a necessidade contemporânea de recomposição dos saberes e trabalhos especializados.

O cuidado à saúde, por ser uma atividade complexa, requer a interação dos mais diversos profissionais de saúde que compõem uma equipe. Essa interação pode ocorrer de modos diferentes, como através da cooperação. Matumoto et al. (2011) contemplam que os espaços das reuniões de equipe e discussão de casos são locais privilegiados para os profissionais de saúde trabalharem de forma cooperativa no enfrentamento das dificuldades decorrentes do trabalho.

Desta forma, estudos sobre a cooperação profissional enfatizam a importância da atuação conjunta da equipe de saúde. Nesse sentido, Matuda, Aguiar e Frazão (2013) revelam que as equipes que trabalham juntas, são mais efetivas e inovadoras e mais aptas e capazes de coordenar a atenção, identificar as reais necessidades da população e desenvolver novas tecnologias de atenção, produzindo respostas às demandas de saúde. E com isso, os efeitos da prática cooperada podem alcançar desde uma melhor resolubilidade até a melhoria da comunicação entre trabalhadores, à otimização da participação da equipe na tomada de decisões e a potencialização do respeito entre os integrantes das equipes.

Entretanto, apesar dos profissionais de saúde desempenharem papel importante para a efetivação dessa cooperação, características históricas da

formação acadêmica, entre outros determinantes, levam-nos a não atuar de forma colaborativa (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

Neste aspecto, Campos et al. (2001) enfatizam a importância dos atores do sistema de saúde, fornecerem suporte para as instituições de ensino reorientarem o modelo de formação dos profissionais de saúde, de modo a atender as necessidades do sistema de saúde. Incorporando uma visão mais integral do processo saúde-doença, e superando os modelos pedagógicos que fragmentam o conhecimento e segregam teoria e prática. Para mudar a forma de produzir o cuidado no cotidiano do processo de trabalho em saúde, é necessário resignificar o modo como os profissionais são formados, principalmente a superação da suposta hegemonia do saber médico em detrimento dos demais profissionais de saúde.

Apesar dessas questões, já discutidas, que limitam o potencial resolutivo do serviço, destaca-se no caso JP que, embora houvesse dificuldades para o agendamento da cirurgia decorrente da ausência de leito hospitalar e greve de funcionários, ou para a disponibilização das medicações necessárias a resolução da demanda trazida pelo usuário, JP conseguiu todo o tratamento através do sistema público de saúde. Embora, algumas vezes, alcançada não pelas vias oficiais, mas sim, favorecido por contatos pessoais de membros da equipe com profissionais de outros serviços que ajudaram a burlar o sistema e agendar as cirurgias, assim como conseguir as medicações necessárias ao tratamento.

Neste momento, destacou-se uma situação de tensão, presente no cotidiano dos serviços de saúde, a dialética entre instituído/instituinte. Quando há uma prevalência do instituído, as instituições e seus estabelecimentos capturam os processos de subjetivação singulares, impondo-lhes seu próprio modelo através da centralidade do poder e do saber. Por outro lado, quando as forças instituintes emergem, tem-se a possibilidade da produção de novos agenciamentos, novas composições e arranjos próprios de subjetividades livres e desejantes (PEREIRA, 2007).

Com isso, embora o sistema de saúde estabeleçam redes assistenciais, fluxos, protocolos normativos, serviços de referências, entre outros, na prática, fazer funcionar esta rede, da forma como instituída, é quase uma utopia. No cotidiano dos serviços, são as forças instituintes do profissional de saúde, através do seu autogoverno, associada a sua capacidade inovadora e criativa, que desenvolve mecanismos alternativos, mas concretos, capazes de resolver a situação da

população, através de condutas ético-políticas que estavam além do poder resolutivo instituído nas normativas dos serviços. Isso foi presenciado no desfecho do caso JP.

“... a gente se mobilizou nessa unidade para não prejudicar o paciente, fomos dando um jeitinho, mas pelo que eu lembro acho que ele não chegou a ficar sem tratamento... pois chega um momento que agente não tem mais o que fazer ...” (ENF)

“... a gente fez um contato, fez relatório encaminhou via gerente a secretaria e encaminhou ele para a cirurgia... Mas, como eu conhecia uma colega que trabalha nesse hospital, ela me ajudou.” (ASOCIAL)

“... teve um dia que não tinha medicação, aí a assistente social pediu que eu tirasse xerox dos meus documentos entregasse a ela para mandar a secretaria... eu entreguei... no outro dia tava aqui 70 pomadas colagenase no meu nome...” (JP)

“... tem uma colega que trabalha no hospital, ela trazia a medicação dele de lá, a gente escondia, pois sabia que no outro dia ele ia precisar, sei que isso não é certo, mas, se não fosse assim...” (AE)

Com isso, concordamos com Peduzzi (2009) e Peduzzi et al (2011) quando expõe que o processo de trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional precisa preservar as especificidades do trabalho individual, mas também, articular as intervenções de cada profissional a fim de, respeitar e valorizar o trabalho de todos os integrantes da equipe, propiciando uma dimensão dialógica, ética e cuidadora.

Esse esforço oculto da equipe para solucionar as dificuldades encontradas pelo caminho pode ter refletido na forma como JP enxergou o sistema de saúde, pois, mesmo diante das situações mencionadas que, não proporcionou um atendimento integral às necessidades de saúde de JP, para ele, só o fato de alcançar a melhora clínica do braço, objetivo dele naquele momento, já foi motivo de satisfação com o serviço.

“... não tenho o que reclamar do SUS, em nada, fui muito bem atendido, pelo médico, pela equipe de enfermagem, por todo mundo que me acompanhou no hospital, tive tudo durante a interação, tudo que eu precisei eu tive, não precisei comprar nada, levar nada. Até hoje, eu nunca comprei um comprimido para isso aqui, tudo o SUS me dá.” (JP)

Nesse contexto, Franco e Merhy (2005) esclarecem que, no imaginário social há uma ideia que atribui o valor de cuidado à realização de procedimentos, não sendo estes vistos como parte integrante de um plano de cuidado, desenvolvidos por uma equipe de saúde, que prevê a realização desse exame como apoio diagnóstico. Mas sim, como algo que tem o poder de proteger a saúde da

população, sendo, imaginariamente, suficiente para produzir o cuidado e satisfazer a suas necessidades de saúde.

Sendo esta ideia alimentada pelo modelo hegemônico que estrutura o processo de trabalho a partir do consumo de procedimentos, induzindo nos usuários, a ideia de ser esse o caminho ideal para produzir o cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente percebemos um processo de trabalho fragmentado e descontextualizado, mesmo após a implantação de uma política específica à saúde do homem, que chamou atenção aos fatores condicionantes e determinantes da população masculina que interferem no processo saúde-doença, não houve uma sensibilização dos profissionais de saúde no sentido de trabalhar esses fatores no processo de trabalho. Dessa forma, houve uma invisibilidade do usuário dentro do serviço e com isso, um atendimento parcial das necessidades de saúde de JP, limitando o potencial resolutivo do serviço de saúde.

Contudo, apesar da organização do serviço e do processo de trabalho refletirem o modo de produzir saúde do modelo hegemônico, que limita o poder resolutivo dos profissionais e dos serviços de saúde, os profissionais ensaiaram nuances do novo modelo tecnoassistencial, que tem nas tecnologias relacionais (como acolhimento, vínculo, responsabilização, trabalho em equipe), no usuário e nas suas necessidades de saúde, o eixo que tenta reestruturar a produção do cuidado.

É válido destacar que, apesar de todas as limitações enfrentadas pelos profissionais de saúde, nos “bastidores” (prática cotidiana) da produção do cuidado, e que dificultaram a sua atuação, eles não deixaram transparecer esses problemas ao usuário atendido. De forma que, quando esse chega, apenas no momento do “espetáculo” (atendimento), tudo parece tão bonito, eficaz e simples que não reflete o caminho percorrido para chegar ali. Gerando apenas “aplausos” ao sistema de saúde que “funciona harmonicamente” sendo que, na verdade foram os profissionais, que muitas vezes, não mediam esforços para conseguir produzir a saúde da melhor forma possível e transmitir dessa maneira aos espectadores. Reflexos da tensão cotidiana entre o que é instituinte e o que é instituído.

Com isso, defendemos que independente de quais programas, políticas ou modelos assistenciais sejam instituídos no sistema de saúde, esses devem ser estabelecidos a partir da experimentação e experiência cotidiana dos atores envolvidos na produção do cuidado. Uma vez que, eles são à base do serviço de saúde e a interação entre profissionais e usuários, mediada pela tecnologia relacional, tem o poder de estabelecer, ou reestruturar, o perfil do modelo tecnoassistencial. Por isso é necessário sensibilizar os profissionais, desde o processo de formação, no sentido de trabalhar às necessidades de saúde singulares aos homens, como eixo estruturante do processo de trabalho que vise à produção do cuidado integral a saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007.

ASSIS, M. M. A. et al. Acesso ao PSF: garantia para a resolubilidade dos serviços de saúde? In: ASSIS, M. M. A., et al. (Org.). *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários* [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180p. ISBN 978-85-232-0669-7. Disponível em SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

BARROS, D. M.; SÁ, M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - *Política nacional de atenção integral à saúde do homem* (Princípios e Diretrizes), 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

CAÇAPAVA, J. R. et al. Trabalho na Atenção Básica: Integralidade de Cuidado em Saúde Mental. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 43, n. spe2, 2009.

CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção Básica. *Rev Bras Educ Méd.* v. 25, n. 2, p. 53-59, 2001.

CECILIO, L.C.O "As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde" IN: Pinheiro, R. e Mattos , R.A (org) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMSUERJ-ABRASCO, 2001.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais: pirâmide ao círculo uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997

FRANCO, T.B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E.E. et al. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Hucitec, 2003. p. 37-54.

FRANCO, T.B.; GALAVOTE, H.S. Em Busca da Clínica dos Afetos, In: Franco, T.B.; Ramos, V.C. *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde.* Hucitec, São Paulo, 2010.

FRANCO, T.B; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Hucitec, 2006. p. 55-124.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco, 2005. p.181-93.

FRANCO, T.B., MERHY, E.E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud colectiva*, v. 7, n. 1, p. 9-20, 2011.

FRANCO, T.B., PANIZZI, M., FOSQUIERA, M. O Acolher Chapecó e a Mudança do Processo de Trabalho na Rede Básica de Saúde. *Divulg. saúde debate*, n. 30, p. 30-35, 2004.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZAO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v. 22, n. 1, 2013.

MATUMOTO, S. et al. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 3, 2011.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ª ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 419-26.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

PEREIRA, W. C. C. Movimento institucionalista: principais abordagens. *Estud. pesq. psicol.*, v. 7, n. 1, p. 10-19, abr. 2007.

PIRES, D. E. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* 2ª ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 130-35.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.

VIEIRA, K. L. D. et al. Atendimento da população masculina em unidade básica Saúde da família: motivos para a (não) procura. *Esc Anna Nery (impr.)*, v.17, n. 1, p.120 –127, 2013.

Capítulo 5

Considerações Finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciamos que mesmo após a implantação da PNAISH, o acesso aos serviços, o processo de trabalho e as linhas de cuidado integral ao homem encontraram-se burocratizadas, fragilizadas e fragmentadas, comprometendo o funcionamento da rede de serviços de saúde na produção do cuidado. Nesse sentido, aflora a situação conflituosa existente no cotidiano do processo de trabalho entre o que foi instituído e o que foi instituinte. Evidenciou-se que a potencia instituinte, decorrente da ação criativa e criadora promovida pelo trabalho vivo em ato desenvolve, cotidianamente, linhas de fugas que tentaram sanar as falhas da rede de atenção.

O processo de trabalho, mesmo no contexto da ESF, centralizou os seus atos assistenciais no modelo hegemônico. Entretanto, foi perceptível a capacidade transformadora da subjetividade que permeou a atuação profissional, pois mesmo diante de uma organização do trabalho embasada nas tecnologias duras e leveduras, um profissional ao conseguir superar essa barreira que aprisiona o seu trabalho vivo e a sua capacidade de produzir cuidado, conseguiu modificar o rumo do caso JP.

Com isso, defendemos que é a atuação micropolítica, operada pelo trabalho vivo e tecnologias leves, que tem potencia para transformar a estrutura organizacional de um serviço de saúde, assim como efetivar uma reestruturação produtiva, caminhando em direção à integralidade do cuidado, através do funcionamento das linhas de cuidado e da rede de atenção à saúde, com um efeito rizomático.

Entretanto, para que os profissionais de saúde tenham essa consciência, é preciso dentre outras coisas, uma reestruturação dos modelos pedagógicos das instituições formadoras. De modo que, os profissionais sejam formados com uma visão ampliada das questões que permeiam o mundo das necessidades de saúde, reconhecendo a necessidade de atuar em equipe multiprofissional e intersetorial e do poder inscrito no uso adequado das tecnologias de saúde.

Dessa forma, é necessário “regredir no tempo” para avançar na saúde, ou seja, precisamos tirar o protagonismo do cuidado dos instrumentos e máquinas, das especialidades, da fragmentação, do saber médico, para retornar ao tempo anterior ao modelo hegemônico, em que os profissionais atuavam de forma generalista. Não descartamos, com isso, o avanço e a importância das tecnologias duras e leve-duras na constituição da saúde, apenas defendemos que o eixo do processo de trabalho e dos serviços de saúde se desloque, para uma atuação multiprofissional e intersetorial, mediada pelas tecnologias leves e estruturada pelos usuários e suas necessidades.

Enquanto não pararmos para pensar que um remédio, procedimento ou um exame não respondem mais as complexas condições que envolvem as necessidades de saúde da população, as pessoas vão continuar adoecendo, os serviços de saúde sempre estarão lotados limitando o acesso, a qualidade e a eficácia seriamente comprometidos, pois o que estamos fazendo são ações paliativas, pontuais e momentaneamente efetivas.

Contudo, apesar da realização de procedimentos não responder às necessidades de saúde, no caso JP, ainda que a atuação tenha sido limitada ao contexto biológico, essa deve ter produzido alguma subjetividade no usuário e na equipe. As tentativas para resolução do problema de saúde podem ter produzido novos sentidos de vida em JP visto que, apesar de todas as barreiras que limitaram a assistência e do tempo decorrido até o início do tratamento, ele demonstrou satisfação com o serviço, os resultados obtidos e com a equipe. Da mesma maneira que, a equipe se mobilizou para encontrar uma resolubilidade ao caso JP, ou seja, de alguma forma, o caso afetou aqueles profissionais de saúde, produziu subjetividades que os impulsionaram a buscar uma solução para o caso JP.

Por fim, reconhecemos que o estudo de caso é uma estratégia que possibilita aos gestores, profissionais e usuários, refletir sobre a organização das linhas de cuidado, o funcionamento da rede de serviços de saúde, a micropolítica do processo de trabalho, os entraves do serviço, entre outros fatores. Nesse ínterim, acreditamos que é uma importante estratégia a ser adotada pelos programas de educação permanente em saúde e pelas instituições formadoras, pois apesar de ser uma única situação analisada, permite avaliar cuidadosamente um contexto amplo que envolve a produção do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M. C.; NEVES, J. B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária a saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 3, n. 2, p. 554-563, 2010.

ALVES, R.F., et al. Gênero e Saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol teor prat [online]**; v. 13, n.3, p.152-166,2011.

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007.

BELON, A. P.; BARROS, M. B.; MARÍN-LEÓN, L. Mortality among adults: gender and socioeconomic differences in a Brazilian city. **Rev BMC Public Health**, v. 12 n. 39, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da atenção básica. **Histórico de cobertura do Programa Saúde da família**. Brasília, DF, 2013. Disponível em http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php Acesso em 19 de setembro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38462. Acesso em 31 de julho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - **Política nacional de atenção integral à saúde do homem** (Princípios e Diretrizes), 2009.

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A.; MACIEL, P. S. DE O. Olhar masculino acerca do atendimento na estratégia saúde da família. **Revista Rene**, v. 11, n. 4, p. 135-142, 2010.

CECILIO, L C.O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, p.197-210, 2003.

CECILIO, L.C.O “As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde” IN: Pinheiro, R. e Mattos , R.A (org) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMSUERJ-ABRASCO, 2001.

COUTO, M. T.; PINHEIRO, T. F.; VALENÇA, O.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S. O homem na atenção primária à saúde□: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface comun. saúde educ.**, v. 14, n. 33, p. 257-270, 2010.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Cien Saúde Colet**, v. 16, supl. 1, p. 935-944, 2011.

FIOCRUZ. **Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. Relatório “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”**. FIOCRUZ. **Anais...** Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. , 2008.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. “**Gestão Em Redes**”, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, T.B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde**. 2003. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas - SP.

FRANCO, T.B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento os casos de Luz (MG) In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2006. p.161-98.

FRANCO, T.B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E.E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 37-54.

FRANCO, TB; GALAVOTE, HS. Em Busca da Clínica dos Afetos, In: Franco, T.B.; Ramos, V.C. **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. Hucitec, São Paulo, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Salud colect.**, v.7, n.1, p. 9-20, 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudanças no modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRANCO, T.B.; PANIZZI, M.; FOSQUIERA, M. O Acolher Chapecó e a Mudança do Processo de Trabalho na Rede Básica de Saúde. **Divulg. saúde debate**, n. 30, p. 30-35, 2004.

FRANCO, C. M.; SANTOS, A. S; SALGADO, M. F. **Manual do Gerente**: desafios da média gerência na saúde. PESSÔA, L. R; SANTOS, E. H. A.; TORRES, K.R.B.O. (Org.). Rio de Janeiro, Ensp, 2011.

GOMES, R. et al. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4513-4522, 2011b.

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

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. DO; 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. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GONÇALVES, R. B. M. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, **Cadernos Cefor**, 1 . Série textos, 1992.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Censo 2010**. Disponível em http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00#topo_piramide. Acesso em 25 de setembro de 2013.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; VASCONCELOS, M. G. F.; PINTO, A.G.A.; SOUZA, R.S.; CAMINHA, E. C. C. R. Ferramenta matricial na produção do cuidado integral na estratégia saúde da família. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n. spe.2, p26-32, 2012.

JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. **Rev. enferm. UFSM.**, v. 1, n. 2, p. 144-152, 2011.

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 [online]**; v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

MACHADO, M. F.; RIBEIRO, M. A.; TEIXEIRA. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. **Interface comun. saúde educ.**, v. 16, n. 41, p. 343-356, 2012.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero , masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 14, n. 34, Sept. 2010.

MARINHO, C. C. C. et al. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (vi)vendo o tecer dos fios. **Rev. baiana saúde pública.**, v. 35, n.3, p.619-633, 2011.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZAO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, 2013.

MATUMOTO, S. et al. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 3, 2011.

MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, A. N. DE. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão?. **Rev. psicol. polít.**, v. 10, n. 20, p. 215-226, 2010.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In Merhy EE. **O SUS em Belo Horizonte**. Ed. Xamã, São Paulo,1998.

MERHY, E.E. et al. Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: alnformação e o Dia a Dia de um Serviço, Interrogando e Gerindo Trabalho em Saúde. In: Merhy; Onicko (orgs.). **Agir em Saúde**, HUCITEC: São Paulo, 1997

MERHY, E. E. Saúde a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007, 189p.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. In Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009a, p. 348-52.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª ed. Revista e ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009b, p. 427-432.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2010.

NASCIMENTO, E. F.; GOMES, R.. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, Jul, 2008.

PEATE, Ian. Time for a national strategy for men's mental health? (Editorial) **British Journal of Nursing**, v 19, n 7, p. 405, 2010.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N. Homens e cuidado: Construções de masculinidades na saúde pública brasileira. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, v. 2, p. 177-195, 2012.

SCHRAIBER, L. B et al. O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.

SILVA, P. A. S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 16, n. 3, p.561- 568, 2012.

TRINDADE, L. L; PIRES, D. E. P. Implications of primary health care models in workloads of health professionals. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 1, 2013.

VIEIRA, K. L. D.; GOMES, V. L. O.; BORBA, M. R.; COSTA, C. F. S. Atendimento da população masculina em unidade básica Saúde da família: motivos para a (não) procura. **Esc Anna Nery (impr.)** jan -mar; 17 (1):120 – 127, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**, 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248p.

Apêndices



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA
BAHIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM E SAÚDE



APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

GRUPO - EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

| |
|-------------------------------------|
| Nº do Entrevistado: _____ UBS _____ |
| Data da Coleta: ____/____/____ |
| Início _____ Fim _____ |

1. Caracterização do sujeito:

1.1 Idade: _____ Sexo: M () F ()

1.2 Função/Cargo: _____

1.3 Tempo de formação: _____

1.4 Tempo de serviço na ESF: _____ Regime de trabalho: _____

1.5 Carga horária semanal: _____

1.6 Tem duplo vínculo? Sim () Especifique _____ Não ()

1.7 Pós-graduação: Sim () Área _____ Não ()

1.8 Participou de algum curso de atualização no último ano? () Sim () Não

Se Sim, Qual(is): _____

1.9 Você foi capacitado para atender as demandas da população masculina?

() Sim () Não

2. Questão Norteadora

Comente o desenrolar do caso JP e a sua participação no caso desde quanto teve conhecimento da situação (primeiro contato) até agora.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA
BAHIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM E SAÚDE



APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

GRUPO – USUÁRIO

| |
|-------------------------------------|
| Nº do Entrevistado: _____ UBS _____ |
| Data da Coleta: ____/____/____ |
| Início _____ Final _____ |

1 Caracterização do sujeito:

- 1.1 Idade: _____ Sexo: M () F ()
- 1.2 Função/Cargo: _____
- 1.3 Tempo de formação: _____
- 1.4 Regime de trabalho: _____
- 1.5 Carga horária semanal: _____
- 1.6 Tem duplo vínculo? Sim () Especifique _____ Não ()
- 1.7 Pós-graduação: Sim () Área _____ Não ()

2 Questão Norteadora

Comente como aconteceu seu problema de saúde e tudo o que você precisou fazer para tentar resolver, todos os lugares que você procurou até agora, quem te ajudou e como você se sentiu com os acontecimentos.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)**

Prezado(a) Senhor(a):

Sou **Bruna Paula de Jesus Siqueira**, aluna do Mestrado em Enfermagem e Saúde do PPGES/UESB, e juntamente com o professor Eduardo Nagib Boery estou realizando a pesquisa “**Processo de trabalho das equipes de saúde da família no cuidado ao homem**”. Estamos convidando o(a) senhor(a) para participar da nossa pesquisa, que tem como objetivo: Analisar a produção do cuidado a saúde do homem quanto ao processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família no município de Aracaju-SE. Ao concordar com a participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá estar à disposição para responder as perguntas por meio de uma entrevista, a qual será gravada. Durante a realização da entrevista existe o risco de alguma pergunta lhe causar constrangimento ou incômodo, ficando o(a) senhor(a) à vontade para não responder tal pergunta. Sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades. A sua identidade será mantida em sigilo, somente o pesquisador responsável e colaboradores terão acesso a estas informações identificadas. Qualquer relatório ou publicação que seja resultado deste trabalho, a identificação do participante não será revelada. O senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento e caso precise de mais informações sobre a pesquisa, pode entrar em contato com Bruna Paula de Jesus Siqueira ou Eduardo Nagib Boery no endereço da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia, pelo telefone (73) 3528-9738 (Mestrado em Enfermagem e Saúde) ou e-mails: brunapjs@hotmail.com ou eboery@ig.com. Ou ainda pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, no mesmo endereço indicado anteriormente, telefone (73) 3528-9727. Caso aceite participar livremente deste estudo, por favor, assine comigo este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma ficará com o(a) senhor(a).

Agradeço sua atenção!

Assinatura da Participante _____

Assinatura do Pesquisador _____

Aracaju, SE, ____/____/____.



Polegar Direito

APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos para fins acadêmicos, que a aluna Bruna Paula de Jesus Siqueira realize a pesquisa "Processo de trabalho das equipes de saúde da família que atuam na saúde do Homem" nas UBS:

USF. Augusto Franco - Estudo piloto
USF. Augusto César Leite
USF. Sta. Terezinha (Robalo)
USF. Elizabeth Pita
USF. Geraldo Magela
USF. Pref. Celso Augusto Daniel
USF. Hugo Gurgel
USF. Ávila Nabuco
USF. Dr. Max de Carvalho
USF. Irmã Caridade
USF. Manoel de Souza Pereira
USF. Fernando Sampaio
USF. Edézio Vieira de Melo
USF. Dona Jovem
USF. Cândida Alves
USF. Francisco Fonseca
USF. Porto Dantas
USF. Eunice Barbosa
USF. Anália Piná de Assis
USF. Lauro Dantas Hora
USF. Onésimo Pinto
USF. João Cardoso N Junior (CSU)
USF. Renato Mazze Lucas

Aracaju, 03 de dezembro de 2012.

Maria Angela Leite Chaves

Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde.

APÊNDICE E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família que atuam na Saúde do Homem

Pesquisador: Bruna Paula de Jesus Siqueira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10251612.3.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 171.468

Data da Relatoria: 17/12/2012

Apresentação do Projeto:

Os homens representam 49% da população brasileira e apesar de nascerem em maior quantidade, eles também morrem mais e de forma precoce, a cada dois adultos que morrem no Brasil, dois são homens. Apesar de serem mais vulneráveis, eles não buscam os serviços de saúde e quando acessam o sistema é através da média e alta complexidade, onerando os custos com a saúde, além disso, a população masculina não valoriza as ações de caráter preventivo. Diante desse contexto em 2009 foi implantada a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem (PNAISH). O objetivo deste trabalho é analisar a política de saúde do homem quanto ao processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família e as ações de saúde do homem realizadas no município de Aracaju/SE. Para isso será realizada uma pesquisa descritiva com abordagem, predominantemente, qualitativa. Os dados serão coletados através da entrevista semiestruturada, observação direta, análise documental do Plano Municipal de Saúde, das Programações Anuais de Saúde e dos Relatórios de Gestão. Os dados serão analisados com a técnica da Análise de conteúdo modalidade temática, proposta por Bardin. O projeto será submetido ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia por envolver estudo com seres humanos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

-Analisar a política de saúde do homem quanto ao processo de trabalho das equipes de Saúde da

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIÉ

Telefone: (73)3525-6683

Fax: (73)3528-9727

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Família e as ações de saúde do homem no município de Aracaju/SE.

Objetivos Específicos:

- Descrever as estratégias utilizadas para a implantação das ações de saúde do homem após lançamento da política de saúde do homem no município de Aracaju/SE;
- Caracterizar o processo de trabalho dos profissionais das equipes de Saúde da Família e as ações da saúde do homem após implantação da política de saúde do homem;
- Conhecer a percepção dos usuários quanto às ações de saúde do homem desenvolvidas pelas equipes de saúde da família após a implantação da política de saúde do homem;
- Identificar os avanços, limites e perspectivas em relação a Política de Saúde do Homem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos referentes à pesquisa são compensados perante os benefícios que podem ser advindos da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A escolha dos sujeitos do estudo permitirá tanto aos profissionais de saúde responsáveis pela execução das atividades planejadas e como dos usuários do sistema, foco das ações; conhecer visão dos profissionais e usuários envolvidos, pois se torna inviável uma política que esteja bem elaborada, mas que não alcance o objetivo de atender a real demanda da população, ou que não sensibilize os usuários para a importância de participar das ações planejadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários à apreciação do projeto foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos de parecer favorável à aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado pelo CEP/UESB.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIÉ
Telefone: (73)3525-6683 Fax: (73)3528-9727 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com