



VALÉRIA CRISTINA YOSHIDA

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NA VISÃO DE
TRABALHADORES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS:
POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A ATENÇÃO BÁSICA**

CAMPINAS

2014



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

VALÉRIA CRISTINA YOSHIDA

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NA VISÃO DE
TRABALHADORES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS:
POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A ATENÇÃO BÁSICA**

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria da Graça Garcia Andrade

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde. Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA
PELA ALUNA VALÉRIA CRISTINA YOSHIDA
E ORIENTADA PELA PROF^a DR^a MARIA DA GRAÇA GARCIA ANDRADE**

Assinatura da orientadora

Campinas

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Y831a Yoshida, Valéria Cristina, 1973-
Atenção integral à saúde do homem na visão de
trabalhadores hipertensos e diabéticos : possíveis
contribuições para a atenção básica / Valéria Cristina
Yoshida. -- Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador : Maria da Graça Garcia Andrade.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Assistência integral à saúde. 2. Atenção primária
à saúde. 3. Saúde do homem. 4. Hipertensão. 5.
Diabetes Mellitus. I. Andrade, Maria da Graça
Garcia, 1954-. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Comprehensive health care regarding men workers with
Hypertension

and Diabetes : potential improvements for primary health care

Palavras-chave em inglês:

Comprehensive health care

Primary health care

Men's health

Hypertension

Diabetes Mellitus

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Maria da Graça Garcia Andrade [Orientador]

Gastão Wagner de Souza Campos

Antônio de Pádua Pithon Cyrino

Data de defesa: 18-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva, Política e Gestão Pública

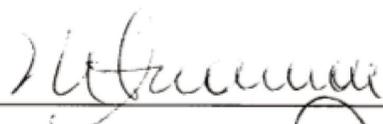
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

VALÉRIA CRISTINA YOSHIDA

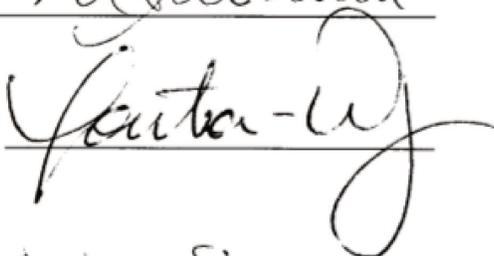
Orientador (a) PROF(A). DR(A). MARIA DA GRAÇA GARCIA ANDRADE

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). MARIA DA GRAÇA GARCIA ANDRADE



2. PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS



3. PROF(A). DR(A). ANTONIO DE PADUA PITHON CYRINO



Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 18 de fevereiro de 2014

Agradecimentos

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade pela orientação que permitiu refletir sobre a minha prática.

À Profa. Dra. Letícia Marín-Léon por sua contribuição na análise dos dados do cadastro dos usuários do Ambulatório.

Aos Professores Dra. Silvia Maria Santiago e Dr. Edison Bueno pelas sugestões que contribuíram para a qualificação deste trabalho.

Ao Programa de Pós Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, representado pelo Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos, pelo estímulo à reflexão e ao crescimento dos profissionais de saúde.

À Maria Cristina Prini, coordenadora do Ambulatório, que além do incentivo e apoio para este trabalho, tem proporcionado um serviço voltado às necessidades dos trabalhadores da CEASA-CAMPINAS.

À Patrícia Hirata e à Tatiana Giovanelli Vedovato pela disposição em entrevistar os sujeitos da pesquisa.

À Valéria Ceriani, coordenadora do CS São Marcos e ao Distrito de Saúde Norte pela liberação para o mestrado.

Aos trabalhadores da CEASA, usuários do Ambulatório, que têm me mostrado que, apesar de todas as dificuldades, desejam cuidar de sua saúde, mostrando sua capacidade para o auto-cuidado.

À minha família, Silvestre, Gabriel, Felipe e Ricardo pelo apoio e compreensão durante esta jornada.

Resumo

Uma grande conquista do movimento da Reforma Sanitária garantida pela Constituição de 1988 foi o direito à saúde, regido pelos princípios da universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado. Em 2013 o SUS completou 25 anos e, embora tenha experimentado vários avanços, ainda enfrenta muitos desafios. Um deles refere-se ao acesso, particularmente dos homens em idade produtiva aos serviços da atenção básica. O reconhecimento de que os homens acessam o sistema de saúde pela atenção especializada levou o Ministério da Saúde a priorizar esta população, por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em 2008. Seu objetivo principal é o fortalecimento e a qualificação da atenção básica para a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis na população masculina. O presente estudo, de caráter qualitativo, parte do pressuposto de que a atenção básica não tem se constituído em porta de entrada e de seguimento longitudinal para homens trabalhadores, tanto por dificuldades relacionadas à organização destes serviços, quanto por fatores socioculturais, sobretudo ligados às questões de gênero. Nesse contexto, o Ambulatório da CEASA-Campinas, um serviço do SUS localizado dentro de um local de trabalho, onde predominam homens, vem organizando seu processo de trabalho de forma a ofertar ações e serviços preconizados pelas Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Saúde do Homem. Embora o Ambulatório não seja uma unidade básica de saúde, ele tem exercido esta função dentro da CEASA. Assim, pretendeu-se aprofundar a compreensão sobre o acesso e a integralidade do cuidado na atenção básica, a partir da análise de experiências de trabalhadores homens relacionadas à utilização de serviços de saúde. Para tanto, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 10 trabalhadores portadores de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus acompanhados no Ambulatório, assim como com profissionais deste serviço. Para melhor contextualização, o perfil de 130 usuários hipertensos e diabéticos acompanhados no Ambulatório também foi objeto de análise, a partir de dados secundários. A análise do material empírico, constituído pelos relatos dos trabalhadores e dos profissionais de saúde, permitiu trabalhar centralmente duas categorias: atributos da masculinidade na sua relação com o cuidado à saúde e acesso dos homens aos serviços de saúde, com foco na atenção básica. Quanto aos atributos da masculinidade, os núcleos de sentido encontrados dizem respeito à importância do trabalho, à resistência pela procura de serviços de saúde e a alguns hábitos mais prevalentes nos

homens, como o alcoolismo e o tabagismo. Com relação ao acesso aos serviços de saúde, particularmente os da atenção básica, foram expressivas as barreiras de acesso, o pouco acolhimento recebido, assim como a redução da UBS a local para aquisição de remédios. O acesso ao Ambulatório da CEASA, por sua vez, mostrou que, para além da facilidade geográfica, há um maior acolhimento com produção de vínculo com a equipe e possibilidade de um cuidado regular e integral. A análise trouxe reflexões que permitem afirmar que a forma como os serviços da atenção básica estão organizados não promove o acesso e a integralidade do cuidado a homens trabalhadores. Embora os atributos da masculinidade interfiram na busca e utilização de serviços de saúde, quando são ofertadas ações baseadas no acolhimento, vínculo e responsabilização, os homens se dispõem ao cuidado de sua saúde.

Palavras-chaves: assistência integral à saúde, atenção primária, saúde do homem, Hipertensão, Diabetes Mellitus.

Abstract

Health rights, established by the Constitution of 1988 was a great achievement from Health Reform and has as its principles the universal access, equity and comprehensive care. In 2013, SUS, the Brazilian Health System, completed 25 years and although it had experienced many advances, it still has many challenges. One of those concerns to access, particularly access for men workers in primary care. Then, the Ministry of Health established a policy to promote men's health, especially in primary care, in 2008. In this context, there is a public health service in a central supply of Campinas-SP (CEASA), whose majority of workers are men, that is organizing its work process to promote actions in accordance with national policies of primary care and men's health. This service had assumed the function of a primary care unit in CEASA, although it hadn't been originally one of its goals. This qualitative study assumes that the primary health care doesn't resemble the entrance door nor follow this kind of user in the health system, due to difficulties in services, and also to social factors, like gender. Then, this study aims to put under the spotlight the experiences of men workers in search of health services and their effective utilization, in such a way to put under assessment the access and the comprehensive care, specially in primary health care. Ten hypertensive and diabetic workers and professionals working at CEASA were interviewed. Researches into index of the 130 hypertensive and diabetic users were performed in order to know the customer's profile. Two categories were found from reports. One of them was masculinity with regard to health care. Another was men access to health services, specially in primary health care units. Three sides respecting the masculinity have been found: the work value, the resistance for searching health services and habits like alcoholism and smoking. Related to health services access, specially in primary care, there were: bounds to access, assistance without qualification, in the sense of being able to attract the needs of users, and reduction of the role of the primary care unit to a place for acquiring medications. The access of service in CEASA has shown that more than an easy access point (geographic), it is a kind of assistance that make bond and comprehensive care contributing for a major adherence on treatment. The analysis has shown that the manner such primary care services organize themselves don't promote the access and comprehensive care to men workers. Although the manhood interfere on health care, services that look for listen the needs of their users and

that make bond promote more health among men.

Keywords: comprehensive health care, primary health care, men's health, Hypertension, Diabetes.

Lista de abreviaturas

APS – Atenção Primária à Saúde

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CEASA – Central de Abastecimento de Campinas

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

DM – Diabetes Mellitus

DST – Doença sexualmente transmissível

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PSF – Programa de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

PA – Pronto Atendimento

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Índice de tabelas e quadros

Tabela 1: Distribuição dos trabalhadores em acompanhamento por Hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus no Ambulatório da CEASA-Campinas, segundo sexo, faixa etária, diagnóstico da doença e classificação de risco, segundo o escore de Framingham. Campinas, 2013. (n=130).....	28
Tabela 2: Distribuição dos homens de 25-59 anos, portadores de Hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus, em acompanhamento no Ambulatório da CEASA, segundo variáveis sócio-demográficas e do trabalho. Campinas, 2013. (n=87).....	29
Quadro 1: Perfil dos usuários entrevistados, quanto a idade, escolaridade, ocupação, procedência, estado civil, e posição na família.....	31
Quadro 2: Perfil dos usuários entrevistados quanto ao diagnóstico de Hipertensão arterial (HAS) e/ou Diabetes mellitus (DM) e tempo de doença.....	32

Sumário

Agradecimentos.....	vi
Resumo.....	vii
Lista de abreviaturas.....	xi
Índice de tabelas e quadros.....	xii
Apresentação.....	1
1 Introdução	
1.1 A Atenção Básica no SUS.....	4
1.2 Acesso aos serviços de saúde e integralidade do cuidado.....	8
1.3 Gênero e saúde.....	12
1.4 Hipertensão arterial, Diabetes mellitus e gênero.....	16
1.5 Os homens trabalhadores da CEASA-Campinas e as doenças crônicas.....	19
2 Objetivos.....	21
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos Específicos.....	21
3 Sujeitos e métodos.....	22
3.1 O local da pesquisa.....	22
3.2 Sujeitos da pesquisa.....	23
3.3 A coleta e análise dos dados.....	24
4 Resultados e discussão.....	27
4.1 Perfil dos trabalhadores hipertensos e/ou diabéticos em acompanhamento no Ambulatório da CEASA.....	27
4.2 Perfil dos usuários entrevistados.....	30
4.3 Atributos da masculinidade e o cuidado à saúde.....	33
4.4 O acesso ao cuidado nos serviços de saúde, em especial os da atenção básica.....	38
4.4.1 O acesso dos homens ao Ambulatório da CEASA.....	49
4.5 O olhar de um usuário da Unidade Básica de Saúde.....	56
4.6 O modelo assistencial do Ambulatório da CEASA.....	61
5 Considerações finais.....	73
6 Referências.....	76
Anexos.....	82
Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários.....	83
Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais.....	84
Anexo 3 - Roteiro de entrevista com os usuários.....	85
Anexo 4 - Roteiro de entrevista com os profissionais.....	86

Apresentação

Minha identidade profissional se expressa em primeiro lugar, como uma trabalhadora do SUS com experiência de 10 anos no serviço público de saúde e depois como pesquisadora que almeja conseguir produzir conhecimento a partir dessa prática.

Acredito que ser trabalhadora e, ao mesmo tempo, sujeito epistemológico, embora traga dificuldades, contribui para produzir conhecimentos que possam ser mais coerentes com a realidade dos serviços. Parto do pressuposto de que o conhecimento adquire uma legitimidade maior quando decorre de um processo que envolve amadurecimento e reflexão acerca do campo de práticas, impulsionado e correlacionado com a teoria.

Ser pesquisadora e, ao mesmo tempo, estar inserida no campo de estudo contribui para uma reflexão acerca do trabalho que venho realizando, porém exige um cuidado maior na análise dos dados devido à proximidade com o objeto a ser pesquisado.

Trabalho como generalista na rede de saúde de Campinas desde 2002, quando terminei a residência em Medicina de Família e desde 2009 também trabalho como clínica no Ambulatório da CEASA-Campinas. Embora uma parte da clientela atendida no Ambulatório resida na região onde atuo como generalista, ela era, até então, desconhecida por mim. Trata-se de homens, em sua maioria, na fase produtiva da vida e que exercem atividades que exigem grande esforço físico. Em geral são chefes de família, sendo uma parcela considerável, constituída por autônomos e caminhoneiros, o que traz dificuldades na busca pelo cuidado com a saúde, principalmente quanto à prevenção de doenças e suas complicações. Apresentam comportamentos de risco, destacando-se aqueles relacionados ao alcoolismo e tabagismo, além de hábitos alimentares que não são saudáveis e também privação de sono. Apesar de se mostrarem em boas condições de saúde, constatei, como clínica do ambulatório, que frequentemente são acometidos por doenças crônicas, como a Hipertensão arterial e o Diabetes mellitus, negligenciadas pelos próprios trabalhadores e pelos serviços de saúde.

Nesses anos de prática na atenção básica de Campinas, além das dificuldades relacionadas à falta de recursos humanos, particularmente de médicos com perfil e capacitação para atuação na atenção básica, financiamento insuficiente, ambientes pouco

acolhedores, observo a dificuldade que as unidades básicas de saúde enfrentam na organização do seu processo de trabalho. Embora o município assuma que a saúde está organizada sob a lógica da Estratégia de Saúde da Família, as equipes possuem área e clientela adscritas maiores do que as preconizadas pelo Ministério da Saúde, pelo fato de serem constituídas por médicos das três especialidades (ginecologia, pediatria e clínico geral). O número de agentes comunitários é proporcionalmente menor e a população, em geral não é totalmente cadastrada.

Para muitos, um generalista seria equivalente a esses três profissionais. Entretanto o que ocorre na prática é a fragmentação do cuidado do indivíduo e de sua família, quando o atendimento ocorre por profissionais diferentes. A adscrição da clientela permite o estabelecimento do vínculo do usuário com os diferentes profissionais, mas não destes com o seu núcleo familiar. A falta de agentes comunitários, em número relativamente menor, quando consideramos o tamanho do território, leva a dificuldades no desenvolvimento de ações comunitárias.

Apesar de Campinas ser um município de grande porte e contar com uma rede de saúde que possui recursos próprios nos três níveis de atenção, produz-se um cuidado de saúde fragmentado e caro, centrado na atenção médica especializada, muitas vezes pouco resolutive.

Essa dupla inserção, generalista na unidade básica de saúde e clínica no Ambulatório da CEASA evidenciou uma grande deficiência no conhecimento do território e das famílias que estão sob a responsabilidade da equipe de referência da qual faço parte. Em geral, as unidades básicas de saúde organizam seu processo de trabalho sob a influência da demanda espontânea. Atender a demanda que chega no serviço é importante e é uma das atribuições da atenção básica, ser porta de entrada do sistema de saúde. Mas é importante que não seja um atendimento por si só, como numa unidade de pronto atendimento, ou seja, a unidade básica de saúde deve ser capaz de identificar e atuar sobre fatores sócio-culturais, ocupacionais e familiares da população adscrita, que diminuam essa demanda espontânea, produzindo cuidado integral.

Diante disso, desde 2009, o Ambulatório da CEASA que é um serviço do Sistema Único de Saúde em Campinas propôs-se a fazer o seguimento de portadores de Hipertensão

arterial e Diabetes mellitus, mesmo não constituindo-se numa unidade básica de saúde, dada a frequência dessas doenças, a vulnerabilidade em que se encontra a clientela atendida e a dificuldade de acesso às UBS.

A partir da assistência prestada aos trabalhadores da CEASA percebi que apesar das dificuldades de seguimento, considerando a questão de gênero e as exigências que o cuidado da doença crônica impõe ao seu portador, quando lhes é oferecido um serviço de fácil acesso e que se dispõe a segui-los, uma parcela considerável adere ao tratamento.

A motivação para o presente estudo é conhecer, a partir da visão dos usuários do Ambulatório e da análise do modelo assistencial deste serviço, aspectos que possam facilitar o acesso e a integralidade do cuidado na atenção básica, local privilegiado para intervenções junto aos diferentes sujeitos, principalmente por permitir uma visão ampliada dos mesmos.

1 Introdução

1.1 A Atenção Básica no SUS

No Brasil, o modelo de assistência médica-hospitalar da Previdência Social, gerado na década de 30 e estruturado em 1967, entrou em crise no início dos anos 80. Num contexto de transição para um regime democrático, após dois períodos de ditadura (1930-1945 e 1964-1985) e frente à crise financeira previdenciária, diversos setores da sociedade organizaram-se para reivindicar o direito à saúde e reforma do sistema de saúde. Este movimento de democratização, conhecido como Reforma Sanitária levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988. Um dos grandes avanços trazidos pela Constituição foi a garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a substituição do modelo assistencial centrado no hospital pela Atenção Primária à Saúde (ALMEIDA, GIOVANELLA, NUNAN, 2012).

Além da implantação de um sistema de saúde que pretende ser abrangente e universal, outra grande conquista foi a garantia de cuidados preventivos e curativos por meio da gestão descentralizada dos serviços de saúde e com a participação da comunidade em todos os níveis de governo (PAIM, 2012).

Uma iniciativa do governo federal que levou à ampliação do acesso, principalmente para populações que até então estavam desassistidas foi a criação do Programa de Saúde da Família em 1994. Em 1998, incentivado pelos resultados positivos do programa, o governo federal criou um recurso financeiro repassado aos municípios que aderissem a ele, o que levou à expansão da política, hoje denominada Estratégia de Saúde da Família.

No Brasil, o termo Atenção Primária à Saúde foi substituído por Atenção Básica para que não assumisse significado de atenção primitiva à saúde, ou de uma política focalizada às populações mais pobres (BRASIL, 2011a).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde reformulou a concepção da Atenção Primária por meio da nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Nela,

a Atenção Básica caracteriza-se como um conjunto de ações, individuais e coletivas, voltadas para a promoção de saúde e prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e trabalho em equipe dirigido a populações de territórios delimitados. Utiliza tecnologias de alta complexidade e baixa densidade tecnológica e que devem resolver os problemas de saúde mais frequentes da população sob sua responsabilidade. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e coordenação do cuidado, vínculo e responsabilização, humanização, equidade e participação social. Tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização (BRASIL, 2007, p.12).

Apesar da terminologia (primária ou básica) apresentar, muitas vezes, significado de simples ou elementar e levar à desvalorização desse nível de atenção, STAFIELD (2002, p.34) mostrou, em estudo realizado em 12 países industrializados, que aqueles “com uma orientação mais forte para atenção primária, na verdade, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos.”

Segundo STAFIELD (2002), são atributos da atenção primária:

- atenção ao primeiro contato – acessibilidade e utilização do serviço a cada novo problema que leva as pessoas buscarem atenção à saúde;
- longitudinalidade – existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, a partir do vínculo da população com a fonte de atenção;
- integralidade – o paciente deve receber todos os tipos de serviços de atenção à saúde, incluindo encaminhamentos para serviços secundários e terciários;
- coordenação – atenção contínua dos profissionais, mesmo após serem encaminhados para outros níveis de atenção.

Essa mesma autora mostrou também várias evidências dos benefícios da Atenção Primária como porta de entrada do sistema de saúde: médicos de atenção primária trabalham na comunidade (facilita o reconhecimento da influência do contexto social na manifestação das doenças); há utilização reduzida de serviços especializados e consultas em sala de emergência (o conselho e a orientação de um médico da atenção primária facilita a seleção da melhor forma de atenção); médicos de atenção primária pedem menos exames e realizam menos procedimentos (a probabilidade de verdadeira enfermidade na população da atenção primária é menor); o acesso ao médico da atenção primária é mais fácil (atenção

adequada é obtida precocemente evitando gastos quando o problema de saúde se agrava) (STARFIELD, 2002).

Entretanto, ela destaca que se a porta de entrada não for suficientemente reconhecida e habilitada nos diagnósticos ou manejo dos problemas de saúde, a atenção necessária é adiada. Daí a importância do médico da atenção primária ser capaz de coordenar a atenção (especificação de critérios justificáveis para o encaminhamento), não se deixar dominar por interesses econômicos (quando a existência de uma "porta" tem o objetivo de conter despesas - redução de gastos x bem estar do paciente) e pela disponibilidade de especialistas na comunidade (muitas vezes relacionada ao número de profissionais existentes, e não à incidência das doenças) (STARFIELD, 2002).

CAMPOS et al (2008) destacam algumas diretrizes organizacionais necessárias para que a atenção básica cumpra seu papel:

- **Acolhimento** à demanda envolvendo organização da equipe para avaliação de risco, busca ativa com avaliação de vulnerabilidade e estabelecimento de vínculo com as famílias, facilitado pela adscrição de clientela.
- **Clínica ampliada e compartilhada**, que considera, não somente a dimensão biológica ou orgânica dos riscos e das doenças, mas também o contexto social e os aspectos subjetivos dos diferentes indivíduos.
- **Saúde coletiva**, relaciona-se às intervenções de prevenção e de promoção de saúde, como a vacinação, busca ativa de doentes, projetos de educação em saúde.
- **Co-gestão**, refere-se a democratização da gestão dos serviços de saúde com a participação da população na organização do processo de trabalho na unidade básica de saúde. Cria-se uma co-responsabilização da comunidade, reforçando a relação com a equipe de saúde.

Em 2010, havia cerca de 236 mil agentes comunitários de saúde e 30 mil equipes de saúde da família cobrindo aproximadamente 98 milhões de pessoas em 85% (4.737) dos municípios brasileiros (PAIM, 2012).

Apesar da expansão da estratégia de saúde da família em várias regiões do país, a rede básica ainda apresenta problemas relacionados ao acesso, integralidade do cuidado e

eficácia das ações. O financiamento é insuficiente, não há uma política de pessoal ou projetos para formação de especialistas na área (CAMPOS et al, 2008).

Além disso, a consolidação da Estratégia de Saúde da Família também é dificultada pela existência de unidades tradicionais de atenção básica, localizadas muitas vezes na mesma área geográfica das unidades de saúde da família (PAIM, 2012) .

Alguns pesquisadores (CECÍLIO et al, 2012) questionam se essa Atenção Básica e as inúmeras atribuições a ela colocadas pela política de saúde não a tornariam excessivamente idealizada conformando o que se poderia denominar de “quimera da rede básica”, um sonho que nunca se realiza plenamente. Para esses autores essa concepção idealizada contrasta com o imaginário de muitos usuários, para os quais atenção básica remete à noção de coisas simples e que, em geral é desvalorizada, sobretudo no que diz respeito à função do médico generalista .

Outro desafio é o aumento da prevalência de condições crônicas, dado pela transição epidemiológica, acarretando exigência de um cuidado contínuo, que requer serviços interligados nos diferentes níveis de atenção. Nesse contexto, a coordenação do cuidado pela atenção básica é uma questão atual, que vem sendo amplamente discutida.

Para MENDES (2010), o sistema de saúde deve se organizar para responder à tripla carga de doenças, dada pela convivência das doenças infecto-parasitárias, desnutrição e problemas na saúde reprodutiva com o aumento crescente das condições crônicas e das causas externas. A abordagem das doenças crônicas exige que o sistema de saúde substitua o modelo fragmentado de atenção às condições agudas pelas redes, organizações onde os serviços de saúde vinculam-se entre si, numa ação interdependente e cooperativa, de modo a ofertar atenção contínua e integral, coordenadas pela atenção primária.

Entretanto, como destacado por CECÍLIO et al (2012, p. 2900), na prática, a atenção básica “não reúne condições materiais (tecnológicas, organizacionais e operacionais) e simbólicas (valores, significados e representações) de deter a posição central da coordenação das redes temáticas de saúde.”

Para esses autores é necessário maiores investimentos na atenção básica, de forma a permitir que ela experimente diferentes graus de participação e responsabilidade, considerando os diferentes contextos em que se insere. Assim, ampliaria, gradualmente, sua

capacidade de intervenção e legitimidade como centro do cuidado dos usuários e de comunicação com os demais serviços (CECÍLIO et al, 2012).

Frente ao conjunto de deficiências, uma das diretrizes atuais do Ministério da Saúde (2011b) é ampliar o acesso e a qualidade dos serviços da Atenção Básica nos diferentes contextos existentes no país. Nesse sentido, em julho de 2011 foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que tem como desafios a serem enfrentados: inadequadas condições de trabalho (tanto com relação a rede física, aos recursos materiais e à sobrecarga pelo excesso populacional), necessidade de qualificação das equipes e da gestão (relacionada ao acolhimento, integralidade e coordenação do cuidado e resolutividade das ações) e a alta rotatividade de profissionais (compromete o vínculo e a longitudinalidade do cuidado).

Entretanto, um grande entrave para a sustentabilidade do SUS é regular a interação entre os setores público e privado, como destaca PAIM (2012, p. 28):

À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos (acesso universal vs. segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde.

O desafio, agora, está presente muito mais na esfera política do que técnica e como afirma SCHEFFER (2013, p.3) “não haverá solução fácil e definitiva sem mudanças estruturais no sistema de saúde, sem mais financiamento público, sem a presença do Estado, sem reforma profunda na formação de novos médicos.”

1.2 Acesso aos serviços de saúde e integralidade do cuidado

A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é um dos princípios do SUS (BRASIL, 1988).

No dicionário Aurélio da língua portuguesa, acesso significa ingresso, passagem (FERREIRA, 2008).

Poderíamos entender então, como ingresso no sistema de saúde. Entretanto o fato de ingressar, passar por um serviço de saúde não significa necessariamente que o indivíduo alcançou o cuidado e todas as tecnologias necessárias para melhor assistir à sua saúde .

Nesse sentido, TRAVASSOS e CASTRO (2008), ao abordarem o conceito de acesso, atentam para o fato de que, para alguns autores, ele não se refere somente a procura e entrada no serviço, mas também à qualidade do cuidado (diagnóstico e tratamento) e seu resultado. O modelo explicativo de Andersen e Newman¹ é citado por Travassos e Castro (2008), onde o acesso possui quatro dimensões: acesso potencial (relacionado aos fatores individuais e comunitários), acesso realizado (refere-se à utilização de serviços de saúde), acesso efetivo (refere-se à utilização de serviços de saúde que melhoram as condições de saúde ou à satisfação das pessoas) e acesso eficiente (refere-se à mudanças nas condições de saúde decorrente do cuidado recebido).

Ou seja, acesso efetivo e eficiente referem-se à “qualidade técnica do cuidado prestado e às relações interpessoais entre profissionais de saúde e pacientes” (TRAVASSOS e CASTRO, 2008, p. 225)

A utilização de serviços de saúde é uma expressão do acesso e resulta da interação do indivíduo que procura cuidados com os profissionais de saúde que, após o primeiro contato, definem o tipo e a intensidade de recursos a serem utilizados. Em geral, são fatores que determinam a utilização dos serviços: necessidades de saúde, características sócio-demográficas, ocupacionais e culturais dos usuários, características dos profissionais de saúde (especialidade, experiência prática), organização dos serviços e sua localização geográfica e a política de saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

A percepção das necessidades de saúde e a sua conversão em demanda varia em função de fatores ligados às experiências sociais dos indivíduos e da disponibilidade de serviços de saúde (PINHEIRO et al, 2002).

Segundo CECÍLIO (2001, p. 116), “demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem”. Para este autor, é função da equipe de saúde traduzir a demanda trazida pelo usuário (solicitação de consulta, medicamento, exames), no sentido de satisfazer as reais necessidades dele, que podem ser outras.

TRAVASSOS e CASTRO (2008, p. 218), destacam que a “necessidade de saúde percebida pelos indivíduos difere da necessidade de saúde diagnosticada por profissionais

1 ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. **Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States**. *Milbank Quarterly*, 51, p. 95-124, 1973.

da saúde. É um conceito relativo, pois varia entre os indivíduos, os grupos, a cultura e ao longo do tempo.”

Ao considerar que as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas e trazem, portanto uma complexidade em sua compreensão e mensuração, CECÍLIO (2001) adota uma conceituação capaz de ser utilizada pelos trabalhadores de saúde no seu cotidiano. Para ele, as necessidades de saúde envolvem quatro conjuntos: o relacionado às boas condições de vida; o acesso às tecnologias capazes de melhorar e prolongar a vida; o vínculo de confiança entre usuário e profissional ou equipe de saúde; e a autonomia no modo de andar a vida .

Com relação às condições de vida, desigualdades sociais têm influência direta sobre a saúde.

Estudo realizado utilizando dados da PNAD 2008 evidenciou que, em geral, a situação de saúde dos estratos mais pobres é pior que a dos mais ricos e que estes últimos, apresentam maior utilização de consultas médicas (GARCIA, STIVALI, SANTANA, 2011).

Da mesma forma, estudo realizado no município de Campinas, mostrou que grupos populacionais com baixa escolaridade e renda e que vivem em condições precárias estão mais expostos a vários fatores de risco para doenças e lesões, frequentam menos o médico, adoecem com mais frequência e morrem mais precocemente que seus pares (BELON, BARROS, LÉON, 2012).

Por outro lado, as desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde dependem das características do sistema, ou seja, da disponibilidade de serviços, de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, do financiamento dos serviços e de sua organização. Assim, modificações nessas características, alteram as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, mas não se constituem no único fator capaz de mudar as condições de saúde de uma dada população (TRAVASSOS e CASTRO, 2008).

As características da oferta, relacionadas aos serviços/profissionais de saúde constituem as barreiras de acesso, que aumentam ou obstruem a utilização dos serviços. São as barreiras geográficas (localização dos serviços), financeiras (capacidade de compra de serviços), organizacionais (organização dos serviços) e de informação (informação do sistema/serviço de saúde e das doenças e suas alternativas terapêuticas) (TRAVASSOS e

CASTRO, 2008).

Nessa perspectiva, BELON, BARROS, LÉON (2012) concluíram, em estudo realizado no município de Campinas, que as disparidades socioeconômicas levam a desigualdades nas taxas de mortalidade, de acordo com sexo, idade e causas de óbito. Portanto indicadores socioeconômicos são importantes no planejamento de ações direcionadas à melhoria nas condições de vida e no acesso a cuidados de saúde de qualidade, incluindo cuidados preventivos e curativos.

Daí a importância da integralidade do cuidado, como outro princípio do SUS.

Na Lei nº 8080, encontra-se: “integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Alguns autores trabalham a integralidade considerando que ela envolve mais de uma dimensão. PINHEIRO (2001) aponta um plano individual e um plano sistêmico (compreendendo a integralidade das ações na rede de serviços). CECÍLIO (2001) fala em integralidade focalizada, decorrente das ações da equipe de saúde no atendimento das necessidades de saúde das pessoas e a ampliada, que envolve a articulação do serviço de saúde a uma rede constituída por outros serviços de saúde e outras instituições, não necessariamente do setor saúde.

A integralidade ampliada ou no plano sistêmico decorre da necessidade de acesso a tecnologias para melhorar e prolongar a vida, que muitas vezes não é passível de ser satisfeita num único serviço de saúde (CECÍLIO, 2001).

MATTOS (2001), traz uma reflexão acerca de três dimensões que a integralidade pode assumir. Uma relacionada às políticas, na medida em que abordam não somente ações preventivas, mas também assistenciais. Outra relacionada à organização dos serviços de saúde, no que diz respeito ao atendimento da demanda espontânea e programada e como esse serviço se relaciona com os outros níveis de atenção. E um outro sentido seria a integralidade no encontro com o usuário, no sentido de abordar as reais necessidades de saúde, além daquela demandada por ele, articulando-se prevenção com assistência.

Diante deste panorama, frente a tal abrangência que os conceitos de acesso e

integralidade do cuidado nos remetem, CECÍLIO (2001, p.113) afirma:

a integralidade e a equidade vão além do simples consumo ou acesso a determinados serviços e nos remetem ao campo da micropolítica de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos. A luta pela equidade e pela integralidade implica, necessariamente, repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde.

Ou seja, diante de um campo marcado por tantos conceitos e idealizações, é importante que sejamos capazes de pensar modos de operacionalizá-los, considerando a micropolítica do trabalho em saúde, a realidade dos diferentes serviços, os programas e políticas verticais e os recursos disponíveis para tal objetivo. O usuário, dentro de seu contexto e com toda sua singularidade, deve estar no centro deste processo, difícil de ser executado, mas que verdadeiramente possa produzir saúde.

Nesse sentido, a integralidade se expressa no modo como os profissionais de saúde e os serviços abordam os diferentes sujeitos, a partir de uma visão ampliada do seu contexto de vida e da sua singularidade, buscando o atendimento do conjunto das necessidades de saúde.

1.3 Gênero e saúde

O conceito de gênero tem sua origem nas ciências sociais, a partir dos anos 70, e refere-se à construção social da relação entre os sexos (OLINTO, 1998).

Gênero refere-se tanto a homens como a mulheres e surgiu a partir do movimento feminista, que passou a questionar as relações de poder entre os sexos. Os estudos sobre gênero e saúde no Brasil surgiram no final da década de 80, rompendo com as explicações naturalistas, baseadas nas diferenças biológicas. Até então, predominavam os estudos sobre saúde da mulher, em geral, relacionados à saúde materno-infantil (AQUINO, 2006).

Como afirma MEDRADO (1997) eles eram denominados estudos de mulheres e foram substituídos por estudos de gênero, a partir da compreensão de que a relação entre homens e mulheres insere-se num contexto sócio-histórico mais amplo, em que coexistem outros fatores, como raça, idade e classe social.

Dessa forma os estudos sobre gênero cresceram, principalmente a partir dos anos 2000, em substituição àqueles que abordavam homens e mulheres numa diferenciação

puramente biológica. Os homens foram introduzidos nos estudos a partir da década de 90, quando passou-se a questionar o modelo da masculinidade hegemônica e, com a epidemia de AIDS, tornaram-se objeto dos estudos sobre sexualidade (AQUINO, 2006).

Na saúde pública, a produção científica sobre a relação homem-saúde, no período de 1994-2004 tinha como principais temas: doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a AIDS; reprodução e violência, a maioria deles com abordagem quantitativa (GOMES e NASCIMENTO, 2006).

São escassos os trabalhos que abordam questões relacionadas ao comportamento masculino e sua interferência no processo saúde-doença. Entretanto GOMES e NASCIMENTO (2006) chamam a atenção para a necessidade destes tipos de estudos, a partir da constatação de que os homens, embora apresentem maior morbimortalidade em todas as faixas etárias, frequentam menos serviços de saúde. Esses autores afirmam (p. 908):

modelos hegemônicos de masculinidade podem dificultar a adoção de hábitos e convicções mais saudáveis e o homem, quando influenciado por ideologias hegemônicas de gênero pode colocar em risco tanto a saúde da mulher quanto a sua própria.

Segundo QUIRINO (2012), essa perspectiva relacional de gênero, constituída pelo movimento feminista, levou a reflexões sobre a construção social das masculinidades, problematizando a organização hegemônica da sociedade patriarcal. Desse modo é crescente o interesse sobre os estudos relacionados à masculinidade, dado pela necessidade de se rever os papéis sexuais.

COURTENAY (2000) nos leva a refletir sobre os comportamentos que demonstram a masculinidade hegemônica: a negação de fragilidade, controle emocional e físico, aparência de forte e robusto, a não procura por ajuda, um interesse incessante em sexo, manifestação de comportamento agressivo e dominação física. Comportamentos socialmente construídos que, se por um lado podem levar os homens a maior exposição a riscos que levem ao adoecimento, por outro, mantêm a cultura da dominação masculina.

Este mesmo autor defende a ideia de que comportamentos de risco, como o tabagismo, alcoolismo e o ato de dirigir são mais prevalentes entre os homens, contribuindo para diferenças de gênero sobre a morbimortalidade. Assim, a modificação dos mesmos é o

melhor caminho para prevenir doenças (COURTENAY, 2000).

Estudo realizado em Campinas, no ano de 2003 com 515 pessoas maiores de 14 anos, evidenciou maior prevalência de abuso e dependência de álcool nos homens (13,1%) quando comparado às mulheres (4,1%) e em pessoas com menos de 12 anos de escolaridade (BARROS et al, 2007).

Neste mesmo município estudo realizado com 449 homens, de 20-59 anos identificou que aqueles com menor escolaridade apresentam maior consumo e dependência de álcool e de tabaco, sedentarismo e consumo alimentar não saudável, além de autoavaliarem sua saúde como ruim ou muito ruim com maior frequência (BASTOS et al, 2012).

Nesse sentido, OLINTO (1998) destaca que homens e mulheres apresentam riscos diferenciados para determinadas doenças; em alguns casos o fator biológico tem um peso maior e em outros, predomina a questão socioeconômica e cultural.

Nos Estados Unidos, os homens morrem, em média, 7 anos mais jovens que as mulheres e têm maiores taxas de mortalidade para as 15 causas mais frequentes de óbito. A taxa de morte por doença cardíaca é 2 vezes maior. Homens sofrem mais do que as mulheres de condições crônicas severas e doenças fatais e numa idade mais jovem. Aproximadamente 3 em cada 4 pessoas que morrem de ataque cardíaco antes dos 65 anos de idade são homens. A taxa de morte por neoplasia nos homens cresceu mais do que 20% nos últimos 35 anos, enquanto as taxas para as mulheres mantiveram-se as mesmas durante o mesmo período (COURTENAY, 2000).

No Brasil, as mulheres apresentam sobrevida de cerca de 7,6 anos a mais, quando comparada a dos homens. A expectativa de vida para as mulheres é de 77 anos e para os homens, 69,4 anos (IBGE, 2010).

Estudo realizado na cidade de Campinas mostrou maior mortalidade masculina em todas as idades e grupos de causas, indicando uma acentuada desigualdade na mortalidade ligada ao sexo (BELON, BARROS, LÉON, 2012).

Neste mesmo município, a esperança de vida ao nascer em 2005 para as mulheres era de 78,4 anos, enquanto que, para os homens, era de 71,1 anos. Embora o tempo de vida médio do homem seja menor do que o das mulheres, no período de 2000 a 2005 observou-

se maior ganho na esperança de vida para os homens se comparado com o ganho para as mulheres, principalmente devido à queda na mortalidade por causas externas (BELON e BARROS, 2011).

Homens e mulheres diferem também quanto à percepção de riscos e ao controle de sua saúde, nas representações sobre a imagem do corpo e em suas atitudes em relação à necessidade de procurar ajuda (COURTENAY e KEELING, 2000).

Mulheres frequentam mais serviços de saúde, provavelmente por ficarem responsáveis em acompanhar crianças e idosos e por necessidades ligadas a saúde reprodutiva. Daí o efeito paradoxal de uma alta demanda de morbidade associada a uma baixa mortalidade (LAURENTI, JORGE, GOLTLIEB, 2005).

Embora os homens estejam presentes nas unidades básicas de saúde, quando isso ocorre, é preponderante a frequência de idosos e crianças. Possivelmente tal fato ocorre pelo foco voltado, historicamente, à saúde materno-infantil e a partir da década de 80, aos idosos, pelos programas voltados para as doenças crônicas, como a Hipertensão arterial e o Diabetes mellitus (COUTO et al, 2010).

Estudo realizado sobre a utilização de serviços, em 626 unidades básicas de saúde no Sul e 855 no Nordeste, mostrou que a maior proporção de atendimentos consiste de mulheres com 15-49 anos, seguidos pelos maiores de 50 anos e que a menor proporção são de homens com 15-49 anos (TOMASI et al , 2011).

Nesse sentido é importante discutir as práticas de saúde nas unidades de atenção primária. Parece haver uma dificuldade na interação entre elas e as necessidades de saúde da população masculina. A ausência dos indivíduos do sexo masculino nas UBS não deve ser pensada exclusivamente como uma falta de responsabilidade dos homens com sua saúde, nem somente como uma falha na organização dos modelos de atenção primária. Como afirma FIGUEIREDO (2005, p.106):

A ideia é compreender o problema no contexto de uma complexa teia de relações, que envolve três dimensões que interagem entre si: os homens na qualidade de sujeitos confrontados com as diferentes dimensões da vida; os serviços na maneira como eles se organizam para atender os usuários considerando suas particularidades e os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços e vice-versa.

A partir da constatação de que os homens apresentam baixa adesão às ações de promoção e prevenção e que, portanto, acessam o sistema de saúde pela atenção especializada, dada a gravidade da morbidade, em novembro de 2008, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Ela busca promover ações de saúde que reduzam os índices de morbimortalidade por causas que podem ser prevenidas e evitadas, levando em consideração a realidade singular masculina nos diversos contextos socioculturais e político-econômicos, e os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde. Alinha-se com a Política Nacional de Atenção Básica e com os princípios do Sistema Único de Saúde, fortalecendo ações e serviços em redes de cuidados à saúde, destacando a necessidade de ampliação do acesso nos serviços da atenção primária (BRASIL, 2008).

A Política de Saúde do Homem prioriza a faixa etária de 25 a 59 anos, que corresponde a cerca de 41,3% da população masculina, ou 20% do total da população brasileira, e constitui parcela preponderante da força produtiva com significativo papel sociocultural e político. Apresenta como um de seus eixos metodológicos a atenção integral, valorizando a promoção da saúde, a qualidade de vida e a educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais. Desta forma, coloca-se a questão da masculinidade, do sentimento de vulnerabilidade ao adoecer, do papel de provedor da família, da incompatibilidade de horário dos serviços de saúde com o trabalho e o fato destes serviços priorizarem ações voltadas para a saúde da mulher, da criança e do idoso (BRASIL, 2008).

Uma iniciativa recente do Ministério da Saúde, regulamentada pela Portaria n° 2.0708 de 17 de novembro de 2011 é a implementação do pré natal do homem. Constitui-se numa tentativa de aproximar o homem da atenção primária, sensibilizando-os para as questões da paternidade, no momento da gestação. O intuito é mudar a concepção do homem, numa idade jovem, sobre o cuidado de si e de sua família, valorizando ações de prevenção e promoção de saúde (BRASIL, 2011d).

1.4 Hipertensão arterial, Diabetes mellitus e gênero

No ano de 2005, as doenças do aparelho circulatório representaram a segunda causa de morte masculina na faixa etária de 25-59 anos, cerca de 26,8%, percentual bastante expressivo, que poderia ser evitado se houvesse uma efetiva política de prevenção primária.

A partir dos 45 anos elas ocuparam o primeiro lugar (BRASIL, 2008).

Com relação às internações hospitalares masculinas relacionadas a doenças do aparelho circulatório, a principal causa deve-se aos acidentes coronarianos (40,5%), seguidos pela Hipertensão arterial (18,7%) (BRASIL, 2008).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por Acidente Vascular Cerebral, por 25% das mortes por Doença Arterial Coronariana e, em combinação com o Diabetes, por 50% dos casos de Insuficiência Renal terminal (BRASIL, 2006a).

Por ser em geral assintomática, o diagnóstico e o tratamento da Hipertensão arterial é frequentemente negligenciado e o paciente apresenta baixa adesão ao tratamento prescrito. Além disso, a necessidade de modificações no estilo de vida dificulta o controle da hipertensão arterial, apesar dos diversos protocolos e recomendações existentes e do maior acesso a medicamentos. O controle da hipertensão é um dos desafios da Atenção Básica, espaço onde atuam equipes multiprofissionais e se valoriza o vínculo com a comunidade (BRASIL, 2006a).

Estudo realizado na cidade de Campinas, no período de 2004-2008, mostrou que as taxas de mortalidade cardiovascular foram 36% e 71% mais altas em áreas do baixo estrato sócio-econômico em comparação com áreas mais prósperas para homens e mulheres, respectivamente. Acredita-se que fatores de risco para doenças cardiovasculares, como inatividade física e dieta não-saudável são mais frequentes entre aqueles com menor renda e educação. Além disso, o menor acesso e uso de serviços de saúde pela população mais pobre dificulta a implementação de programas de prevenção (BELON, BARROS, LÉON, 2012).

O prognóstico de doenças cerebrovasculares está intimamente relacionado a cuidados de saúde. A carência de acesso a cuidados primários e emergenciais e a qualidade ruim dos serviços de saúde podem ampliar as diferenças sociais na mortalidade. Assim, a alta concentração destas mortes evitáveis em áreas desprovidas alerta para a necessidade de intervenções mais específicas e efetivas, de modo a assegurar a equidade na prevenção e

controle de doenças cerebrovasculares (BELON, BARROS, LÉON, 2012).

O Diabetes mellitus apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida dos pacientes, constituindo-se numa das principais causas de óbito, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular (BRASIL, 2006b).

Dados do Boletim de Mortalidade (janeiro a junho de 2011) da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, mostram que os óbitos por Diabetes ocorrem mais precocemente nos homens do que nas mulheres: nestas, 45,7% das mortes são na faixa etária mais idosa (80 anos ou mais), enquanto nos homens as mortes nesta faixa etária correspondem a 24,4%. Por outro lado, antes dos 60 anos os óbitos por Diabetes entre os homens correspondem a 24,4% e, nas mulheres, a apenas 12,1%. Outra informação que chama atenção é a análise da tendência das taxas de mortalidade por Diabetes no município de Campinas: entre 1980 e 1995 houve um decréscimo importante, em ambos os sexos, porém no período de 1996 a 2010 houve um aumento significativo, principalmente no sexo masculino, que ultrapassou a mortalidade por diabetes no sexo feminino. A razão entre as taxas de mortalidade por Diabetes entre homens e mulheres mostra que, nas décadas de 80 e 90, a mortalidade por Diabetes era superior nas mulheres, mas no período de 2008-2010 o risco de morte por essa doença passou a ser 30% maior entre os homens (CAMPINAS, 2012).

Apesar da Hipertensão arterial e do Diabetes mellitus se constituírem em doenças altamente prevalentes (cerca de 20% e 8% respectivamente), muitos portadores desconhecem a doença e aqueles que tem conhecimento do diagnóstico apresentam dificuldade em seu controle (BRASIL, 2006a).

Como destacado por CYRINO, SCHRAIBER e TEIXEIRA (2009), controlar adequadamente doenças crônicas, como o diabetes, exige grande envolvimento do paciente e as abordagens tradicionais baseadas somente na transmissão de informações para o autocuidado mostram-se insuficientes frente à complexidade das condições crônicas. Para os autores, são necessárias estratégias que levem em consideração a experiência e a autonomia dos pacientes, enxergando-os como sujeitos de seu cuidado.

CANESQUI (2007) destaca a importância de levarmos em consideração o ponto de vista dos adoecidos, uma vez que os mesmos convivem com enfermidades de longa

duração, muitas vezes incuráveis, com consequências importantes sobre a própria vida, sobre as relações sociais, a família e as instituições médicas. O ponto de vista dos adoecidos é influenciado por fatores situacionais, culturais, da organização do cuidado médico e das informações da mídia.

Como afirma BARSAGLINI (2007, p.82), ao discutirmos o cuidado da doença crônica é necessário que os profissionais de saúde considerem e reconheçam que, “na singular trajetória de vida do adoecido entrecruzam elementos culturais e sociais, estruturais e subjetivos, materiais e simbólicos, historicamente construídos”, para que se ofereça intervenções coerentes para os diferentes grupos sociais.

1.5 Os homens trabalhadores da CEASA-Campinas e as doenças crônicas

Um grupo que possui papel sócio-econômico relevante, mas que apresenta dificuldades no acesso aos serviços, principalmente os de atenção primária, é o dos trabalhadores homens portadores de doenças crônicas prevalentes, como Hipertensão arterial e Diabetes mellitus, ainda que existam políticas de saúde que priorizem estas patologias.

Nesta perspectiva, há uma experiência de seguimento longitudinal deste tipo de paciente no Ambulatório da CEASA (Centrais de Abastecimento S/A) de Campinas que iniciou-se há cerca de 3 anos, a partir da percepção da alta prevalência de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus na população de trabalhadores deste local e da dificuldade de acompanhamento nos serviços de atenção primária.

O Ambulatório está integrado à rede de serviços do SUS – Campinas, localiza-se dentro da CEASA e assiste uma clientela formada predominantemente por trabalhadores homens. Ele não é uma Unidade Básica de Saúde, Pronto Atendimento ou Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, embora realize ações destes três tipos de serviços e apresente, em geral, os mesmos recursos de uma unidade básica de saúde (consulta médica e de enfermagem, assistência odontológica, coleta de exames laboratoriais, encaminhamentos para especialidades).

Estudo realizado por MONTEIRO et al (2009) com 1006 trabalhadores da CEASA-Campinas mostrou que 86,9% são homens, com idades entre 15-73 anos, sendo a idade média de 33,5 anos. Em sua maioria eram casados (58,4%), 37,4% exerciam,

exclusivamente, atividades que exigem esforço físico.

Em geral, os trabalhadores homens da CEASA-Campinas possuem jornadas com mais de oito horas diárias de trabalho, associadas à privação de sono e ao desgaste físico e emocional. Apresentam baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo), estilo de vida pouco saudável, consumo frequente de bebidas alcoólicas e tabaco e pouco acesso a atividades de lazer. Com relação à utilização de serviços de saúde, relatam, mais comumente, atendimentos em serviços de urgência ao invés da procura por serviços da atenção primária (MANZOLI, 2011).

Atualmente, o Ambulatório possui cerca de 300 pacientes cadastrados como hipertensos e/ou diabéticos, sendo que mais de 90% pertence ao sexo masculino e cerca de 40% estão em acompanhamento regular.

O presente estudo parte do pressuposto de que a Atenção Básica não tem se constituído como porta de entrada habitual para este perfil de clientela. Assim, uma questão importante a ser colocada refere-se aos aspectos do cuidado recebido no Ambulatório que ampliam o acesso e a integralidade do cuidado de homens na Atenção Básica.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Aprofundar a compreensão sobre o acesso e a integralidade do cuidado na atenção básica, a partir da análise de experiências de homens trabalhadores hipertensos e diabéticos relacionadas à utilização dos serviços de saúde.

2.2 Objetivos Específicos

1-Characterizar o modelo assistencial do Ambulatório da CEASA-Campinas, em especial a forma como o serviço se organiza para oferecer cuidado continuado a trabalhadores portadores de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus.

2-Conhecer o perfil sócio-demográfico dos trabalhadores hipertensos e/ou diabéticos usuários do Ambulatório da CEASA.

3-Conhecer as experiências dos trabalhadores hipertensos e diabéticos relacionadas à busca e utilização de serviços de saúde, em especial os da atenção básica e o Ambulatório da CEASA.

4-Conhecer aspectos relacionados à experiência do cuidado da doença crônica, com ênfase no tratamento e na incorporação de mudanças relacionadas ao estilo de vida.

3 Sujeitos e métodos

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que analisa relatos de trabalhadores homens acerca de suas experiências de utilização de serviços de saúde, em especial os da atenção básica. Enfatizou-se aspectos relacionados ao acesso e à integralidade do cuidado, particularmente do adoecido crônico, levando em consideração o contexto sociocultural e de trabalho em que este está inserido e as dificuldades impostas para o controle das doenças de longa duração.

Através de entrevistas semi-estruturadas, buscou-se colher as impressões dos sujeitos acerca da percepção de suas necessidades de saúde e a conseqüente busca por atendimento, destacando as barreiras e fatores facilitadores encontrados nos diversos serviços da rede de saúde, assim como os comportamentos adotados frente à doença crônica.

Na perspectiva de contextualizar e ampliar a visão sobre os usuários do Ambulatório, foram analisados alguns dados de natureza quantitativa (aspectos sociodemográficos, do trabalho e da situação de saúde) referentes aos usuários hipertensos e diabéticos que frequentam o serviço.

3.1 O local da pesquisa

A escolha do local da pesquisa deu-se pela percepção de que, embora os trabalhadores da CEASA-Campinas sejam, em sua maioria, homens que exercem atividades braçais, o que denota uma aparência saudável, eles são acometidos, frequentemente, por doenças crônicas que muitas vezes estão sem diagnóstico ou acompanhamento. Em vista disso, o Ambulatório se propõe a ser porta de entrada e a realizar o seguimento clínico destes trabalhadores.

Também, em 2009, o Ambulatório da CEASA foi escolhido como um dos serviços de saúde do município de Campinas para implementar ações relacionadas à Política de Saúde do Homem, lançada em 2008 pelo Ministério da Saúde.

A CEASA-Campinas (Centrais de Abastecimento de Campinas S.A.) é uma empresa municipal de administração indireta com orçamento próprio, criada em 1972 e inaugurada em 1975. É um importante entreposto de comercialização de produtos hortifrutigranjeiros,

cereais, flores, plantas, paisagismo e acessórios. Possui uma área de 500.000m² e conta com 964 atacadistas. Recebe cerca de 15.000 pessoas por dia e gera aproximadamente 5,3 mil empregos diretos e 20 mil indiretos. Localiza-se na Rodovia Dom Pedro I, a 100km de São Paulo e possui ligação com as principais estradas interestaduais (CEASA, 2008).

3.1.1 Ambulatório Médico da CEASA-Campinas

O Ambulatório Médico da CEASA é um serviço municipal, que, desde 1985, integra a rede de serviços do SUS Campinas. Funciona de segunda a sexta-feira, das 6 às 16 horas e conta com uma equipe multiprofissional, constituída por médicos, dentista, enfermeiras, nutricionista, técnicos de enfermagem e auxiliar de farmácia. Além de oferecer atendimento ambulatorial e de urgência e emergência a todos os trabalhadores e pessoas que circulam na CEASA, realiza atividades de prevenção nos locais de trabalho. O serviço é também campo de pesquisas e ações educativas em saúde do trabalhador numa parceria com o Departamento de Enfermagem da FCM/UNICAMP.

Embora não seja um Centro de Saúde, por não se localizar em área residencial, tem infra-estrutura e ações semelhantes às de um serviço da atenção básica, constituindo-se em porta de entrada do SUS e local de acompanhamento longitudinal dos usuários. Apesar de se localizar dentro de um local de trabalho, não dispõe de recursos ou possui competências de um serviço específico de saúde do trabalhador. Como ocorre com as unidades básicas de saúde do município, atende acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, realiza notificações e, quando necessário, tem como referência o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Campinas.

Esta condição um pouco indefinida quanto à identidade do serviço acarreta dificuldades principalmente em relação ao investimento na sua melhoria e ampliação, pois ele é visto como um serviço suplementar dentro do Sistema de Saúde do Município.

3.2 Sujeitos da pesquisa

Desde outubro de 2009, a equipe do Ambulatório passou a cadastrar portadores de Hipertensão arterial e de Diabetes mellitus, para maior vigilância destes trabalhadores. À medida que são identificados como hipertensos e/ou diabéticos, através de atividades de busca ativa realizadas no local de trabalho ou quando procuram o serviço,

independentemente de acompanharem no Ambulatório, esses pacientes são cadastrados.

Os sujeitos centrais da pesquisa foram escolhidos a partir deste cadastro, mediante uma listagem de usuários que, no período de coleta dos dados, estavam frequentando o serviço. Utilizou-se como critérios de inclusão ser trabalhador homem, com idade entre 25-59 anos, portador de Hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus em acompanhamento no Ambulatório da CEASA-Campinas, estar trabalhando regularmente (não afastados ou aposentados). A escolha do intervalo de 25-59 anos decorreu de ser esta, a faixa etária priorizada na Política de Saúde do Homem. A partir desta identificação, uma auxiliar de pesquisa entrou em contato com os trabalhadores, esclarecendo a proposta do estudo, e havendo aceite em conceder a entrevista, esta foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Durante a fase piloto do estudo, o roteiro de entrevista foi testado junto a um usuário de uma UBS próxima ao Ambulatório, que preenchia os critérios de inclusão, exceto trabalhar na CEASA. Este usuário residia no mesmo bairro em que moram alguns trabalhadores entrevistados e, como seu relato apresentou pontos em comum com os dos trabalhadores da CEASA, ele foi incluído no material analisado.

Para a caracterização do modelo assistencial do Ambulatório foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde da equipe: uma auxiliar de enfermagem envolvida diretamente na assistência do Ambulatório da CEASA há 9 anos e que trabalha há 17 anos na área da Saúde do município de Campinas, principalmente em serviços da atenção primária; e uma enfermeira, que além de coordenar o Ambulatório há 6 anos, participa ativamente da assistência e trabalha no SUS-Campinas há 16 anos.

3.3 A coleta e análise dos dados

As entrevistas foram realizadas nos meses de maio e junho de 2013, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, sob parecer nº 252.104. Os sujeitos foram devidamente informados e esclarecidos sobre a pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 1 e 2). Todas as entrevistas foram realizadas por duas auxiliares de pesquisa, enfermeiras que não trabalham no serviço, de modo a minimizar possíveis interferências sobre os sujeitos do estudo, e ocorreram em sala disponível no espaço do Ambulatório.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com dez trabalhadores, número que se mostrou suficiente para saturar os temas pesquisados. Utilizou-se um roteiro de questões (Anexo 3) para captar suas experiências de utilização de serviços de saúde e de cuidado da Hipertensão arterial e/ou do Diabetes mellitus.

Nas entrevistas com os profissionais do Ambulatório, o roteiro (Anexo 4) buscou captar aspectos do modelo assistencial do serviço, relacionados à forma como ele se organiza para promover o acesso dos trabalhadores ao cuidado, assim como a visão dos profissionais sobre a assistência prestada pela rede básica de saúde do município de Campinas.

Foi, ainda, realizada análise do cadastro dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que estão em acompanhamento no Ambulatório, contendo dados sociodemográficos, ocupacionais e de situação da doença e fatores de risco.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, e a leitura do material focalizou três conjuntos de experiências dos usuários: a experiência de cuidado da doença crônica, a experiência de acesso e utilização dos serviços da rede de saúde, principalmente os de atenção básica; e a experiência de utilização do Ambulatório da CEASA.

O material obtido foi submetido à análise temática de conteúdo, considerando os temas centrais da pesquisa: cuidado *integral*, envolvendo *acesso aos serviços de saúde* e *vínculo* entre usuário e profissional/equipe de saúde; *atenção básica*; e *gênero*, no que se refere à influência da masculinidade no cuidado à saúde, dentro do contexto sociocultural dos entrevistados.

As experiências dos sujeitos relacionadas ao cuidado da doença crônica foram trazidas com o intuito de destacar sua influência no acesso e na utilização dos serviços de saúde. Ainda que o aprofundamento da análise dessas experiências no sentido de conhecer as representações dos usuários sobre sua doença seja importante, tal abordagem não se constituiu no foco do estudo.

Os nomes dos sujeitos da pesquisa foram substituídos nos resultados de modo a garantir sigilo sobre suas identidades.

O material das entrevistas com as profissionais da equipe do Ambulatório também foi transcrito e aportou as principais características do modelo assistencial do serviço,

permitindo situar melhor os elementos presentes no relato dos trabalhadores.

Os dados do cadastro dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados no Ambulatório da CEASA foram digitados em planilha e analisados pelo software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), mediante frequências simples e percentuais e para as variáveis contínuas foram calculados média e quartis.

4 Resultados e discussão

Com o intuito de contextualizar os sujeitos entrevistados, inicialmente será apresentado o perfil sociodemográfico e de morbidade, relativo à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus dos trabalhadores em acompanhamento no Ambulatório da CEASA-Campinas. Os dados foram extraídos do cadastro destes usuários no Ambulatório.

Esse cadastro teve início em 2009, a partir da constatação da alta prevalência de HAS e DM nos trabalhadores da CEASA e de que, muitas vezes, estavam sem acompanhamento, quando não, sem diagnóstico. Por meio dele, a equipe do Ambulatório procura realizar ações de vigilância que busquem o melhor controle dessas doenças.

Entender o contexto destes trabalhadores, quanto aos aspectos sociodemográficos e sua vulnerabilidade relacionada ao risco para desenvolvimento de complicações cardiovasculares, não é somente importante para que a equipe planeje ações para uma abordagem mais eficaz junto aos trabalhadores, mas também para que ela possa cobrar investimentos voltados para essa população.

4.1 Perfil dos trabalhadores hipertensos e/ou diabéticos em acompanhamento no Ambulatório da CEASA

No ano de 2013, 316 trabalhadores fazem parte do cadastro do Ambulatório, sendo que 130 (41,14%) mantêm acompanhamento regular no serviço. Dos 186 restantes, 50 possuem convênio, 47 relatam acompanhamento no Centro de Saúde próximo de sua residência, 35 na cidade de origem e 7 em serviços especializados. Não trabalham mais na CEASA e/ou não há informação atualizada com relação a 47 trabalhadores.

As características sociodemográficas e ocupacionais, a presença de Hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus e a classificação de risco para desenvolvimento de complicações cardiovasculares, segundo o escore de Framingham estão descritos nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1: Distribuição dos trabalhadores em acompanhamento por Hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus no Ambulatório da CEASA-Campinas, segundo sexo, faixa etária, diagnóstico da doença e classificação de risco, segundo o escore de Framingham. Campinas, 2013. (n=130)

	Faixa etária			
	25-59 anos n=99	%	60 anos e + n=31	%
Sexo				
M	87	87,88	31	100,00
F	12	12,12	0	0,00
Diagnóstico				
HAS	52	52,53	18	58,07
DM	23	23,23	4	12,90
HAS+DM	24	24,24	9	29,03
Risco				
Alto	54	54,55	21	67,74
Médio	18	18,18	9	29,03
Baixo	27	27,27	1	3,23

As faixas etárias analisadas foram 25-59 anos e >60 anos, pelo interesse em focalizar a faixa preconizada pela Política de Saúde do Homem (25 -59 anos).

A maioria dos trabalhadores pertence ao sexo masculino (90,77%) e tem menos de 60 anos de idade. A idade média é de 50,8 anos, mas se considerarmos somente aqueles com 25-59 anos, a idade média é de 45,78 anos.

Dentre os trabalhadores com 25-59 anos, no primeiro quartil estão os que possuem 25-39 anos, no segundo quartil, 40-45 anos, no terceiro quartil, 46-53 anos e no quarto, 54-59 anos.

Observa-se que o diagnóstico mais frequente é a Hipertensão arterial, tanto nos trabalhadores com 25-59 anos, como nos maiores de 60 anos e que a maioria dos trabalhadores possuem um risco alto para desenvolvimento de complicações cardiovasculares, segundo o escore de Framingham.

Tabela 2: Distribuição dos homens de 25-59 anos, portadores de Hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus, em acompanhamento no Ambulatório da CEASA, segundo variáveis sócio-demográficas e do trabalho. Campinas, 2013. (n=87)

	n=87	Homens de 25-59 anos %
Local de residência		
Bairros próximos ao CEASA	57	65,52
Outros bairros de Campinas e municípios vizinhos	27	31,03
Outros municípios e estados	3	3,45
Escolaridade		
Até 4 anos de estudo	37	42,53
De 5 a 8 anos de estudo	29	33,33
Mais de 9 anos de estudo	21	24,14
Categorias ocupacionais		
Carregador	23	26,44
Serviços gerais, limpeza, manutenção	19	21,84
Motorista, caminhoneiro	18	20,69
Vendedor, administrativo, comprador	13	14,94
Comerciante, proprietário, gerente	9	10,34
Embalador, conferente, segurança	5	5,75
Autônomo		
Sim	31	35,63
Não	56	64,37
Chefe de Família		
Sim	66	75,86
Não	12	13,79
Sozinho	9	10,34

Observa-se que a maioria dos trabalhadores reside em bairros próximos ao local de trabalho (São Marcos, Santa Mônica, Anchieta), possui menos de 5 anos de estudo, realiza trabalho que exige esforço físico (serviços gerais, motorista, carregador) e é chefe da família.

Cerca de um terço dos usuários cadastrados e que possuem entre 25-49 anos, são trabalhadores autônomos.

4.2 Perfil dos usuários entrevistados

A caracterização dos sujeitos entrevistados encontra-se no quadro 1.

Quadro 1: Perfil dos usuários entrevistados, quanto a idade, escolaridade, ocupação, procedência, estado civil, e posição na família.

Nome	Idade	Escolaridade	Ocupação	Procedência	Estado Civil	Posição na família
Camilo	45	2ª série primário	Carregador autônomo há 22 anos. No CEASA há 33 anos.	Pompéia-SP. Em Campinas há 34 anos. Mora atualmente no Satélite Iris.	Amasiado	Chefe
Gustavo	54	1ª série primário	Carregador autônomo. Trabalha há mais de 20 anos na CEASA.	Paraíba. Em Campinas há 24 anos. Atualmente no São Marcos.	Casado	Chefe
Jeremias	46	1º grau	Carregador autônomo. Trabalha há mais de 13 anos na CEASA.	Paraná. Está em Sumaré há cerca de 30 anos.	Casado	Chefe
Luciano	37	1º grau	Iniciou como ajudante. Atualmente é conferente. Trabalha há 17 anos na CEASA.	Piauí. Está no Santa Mônica há 17 anos.	Separado	Chefe
Matias	59	3ª série primário	Manutenção e limpeza. Trabalha na CEASA há 14 anos	Alagoas. Em Campinas há 20 anos. Mora atualmente no São Marcos	Casado	Não é chefe
Messias	32	1º grau	Gerente de Compras. Trabalha na CEASA há 15 anos.	Indaiatuba-SP. Em Campinas há 15 anos. Mora atualmente no Campos Elíseos.	Casado	Chefe
Paulino	41	1º grau	Trabalha na CEASA há 28 anos. É ajudante geral.	Nasceu em Martinópolis-SP. Em Campinas há 33 anos. Mora atualmente no Santa Mônica.	Casado	Não é chefe
Ricardo	41	2º ano ensino médio	Atualmente é auxiliar financeiro. Trabalha na CEASA há 25 anos.	Aparecida-SP. Em Campinas há 38 anos. Atualmente no São Marcos	Casado	Chefe
Severino	36	2º ano ensino médio	Caminhoneiro autônomo há 16 anos.	Natural e procedente de Sergipe.	Casado	Chefe
Walfrido	43	6ª série -1º grau	Atualmente carregador autônomo. Trabalha há 30 anos na CEASA.	Natural de Campinas. Mora atualmente no Santa Mônica	Casado	Não é chefe

Chama a atenção a idade em que cinco dos entrevistados começaram a trabalhar na CEASA, entre 12 a 16 anos, sendo que todos estão há mais de 10 anos trabalhando dentro deste entreposto e cinco trabalham lá há mais de 20 anos.

Estudo anterior realizado com 200 trabalhadores homens da CEASA, constatou que 61% possuíam idade entre 18 e 39 anos, a maioria tinha pelo menos um filho e companheira, com a média de idade do primeiro emprego, sendo de 14,5 anos e o tempo médio de trabalho no ramo de 15,6 anos. É conhecido que o trabalho precoce, muitas vezes afasta os jovens da escola, pela dificuldade em conciliar estudo e trabalho (MANZOLI, 2011).

Quadro 2: Perfil dos usuários entrevistados quanto ao diagnóstico de Hipertensão arterial (HAS) e/ou Diabetes mellitus (DM) e tempo de doença.

Usuário	Diagnóstico	Tempo de doença
Jeremias	HAS	4-5 anos
Messias	HAS	5 anos
Luciano	DM	6 anos
Severino	DM	6 anos
Paulino	HAS + DM insulino requerente	10 anos (HAS/DM)
Camillo	DM insulino requerente	12 anos
Ricardo	DM	13 anos
Matias	HAS+ DM insulino requerente	20 anos (HAS/DM)
Walfrido	DM insulino requerente	23 anos
Gustavo	HAS	26 anos

A maioria dos pacientes entrevistados é diabética, com mais de 5 anos de diagnóstico. Essa condição, associada à utilização de insulina por parte deles (4 em 7), torna necessário que os pacientes tenham que procurar mais frequentemente serviços de saúde e sejam mais assíduos ao atendimento, o que facilitou o contato com esses usuários e sua inclusão no grupo de entrevistados.

A análise do material empírico, constituído pelos relatos dos trabalhadores e dos profissionais do Ambulatório, permitiu trabalhar centralmente duas categorias: **atributos da masculinidade na sua relação com o cuidado à saúde e acesso dos homens aos serviços de saúde, com foco na atenção básica**. Com relação ao acesso aos serviços de saúde, foi dada ênfase no acolhimento e no vínculo usuário-profissional/equipe de saúde.

4.3 Atributos da masculinidade e o cuidado à saúde

Masculinidade hegemônica é entendida como a construção social do comportamento masculino, influenciado por valores patriarcais e machistas, que levam à adoção de atitudes caracterizadas pela virilidade, força e invulnerabilidade. Embora haja, atualmente, outros modelos de masculinidades, que colocam o homem mais próximo das mulheres e das crianças e permitem que ele expresse mais suas emoções, eles ainda não são predominantes (SOUZA, 2005).

GOMES, NASCIMENTO e ARAÚJO (2007) apontam que os homens, muitas vezes, tornam-se prisioneiros dessa masculinidade socialmente construída e ao acreditarem ser invulneráveis, se afastam do autocuidado e da busca por serviços de saúde.

Os **atributos da masculinidade hegemônica e o cuidado à saúde** se traduz pelos seguintes núcleos de sentido: a importância do **trabalho**, a **resistência** à procura por serviços de saúde e hábitos como o **etilismo** e o **tabagismo**.

Nas falas dos trabalhadores entrevistados, a importância do **trabalho** está sempre presente, ele é prioritário em relação ao cuidado à saúde, com exceção das situações de emergência. Nos seus relatos observa-se a preocupação com o sustento da família e a responsabilidade frente ao trabalho, principalmente no caso dos autônomos.

***Eu tenho que trabalhar, eu tenho que trabalhar** (resistindo a uma internação por descompensação do diabetes) ... **Aí fiquei lá vinte e poucos dias internado, só pele e osso.** (Camilo)*

*Eu só não estou ajudando como diz o outro, que nem a doutora fala pra mim assim, **eu teria que ter mais repouso, problema de coluna, tem tanta coisa**, na verdade, quando entrei, que eu já tinha, já trouxe, que o **médico falou assim, tem que ter repouso, mais como ter repouso?***

Tem que sair do serviço. E como eu vou sair?... Estudo, não tem pra fazer outro serviço. (Gustavo)

É a fisioterapia, modo de eu ir, mas o horário não tem jeito de eu ir, só marca 8h da manhã... dá atestado, pra quê atestado.(Gustavo)

O trabalho é um importante fator na constituição da identidade masculina e é considerado, muitas vezes, uma prioridade que conflita com a procura por serviços de saúde ou com a continuidade de tratamentos iniciados (SCHRAIBER, GOMES, COUTO, 2005).

*É, praticamente só tão atendendo urgência (odontologia) ou aquelas pessoas que já estão com tratamento. Como o nosso teria que fazer... que ela só tá fazendo a turma de manhã... **não tem como sai do serviço pra pegar fila pra fazer avaliação quando tem né...** Porque avaliação é sempre assim, é de manhã pra pegar fila pra fazer avaliação, pra começar o tratamento e nunca dá porque é num horário que tá corrido o trabalho. (Messias)*

Em uma pesquisa multicêntrica realizada em serviços da atenção primária de quatro estados brasileiros, verificou-se maior presença dos homens em unidades com horário de funcionamento expandido, como aos sábados e à noite, o que sugere que restrições ligadas aos horários de trabalho influenciam o acesso aos serviços (COUTO et al, 2010).

Outro aspecto refere-se à **resistência** manifestada pelos homens trabalhadores para procurar ajuda e atendimento a suas necessidades de saúde. Trabalhadores homens em idade produtiva apresentam resistência para procurar serviços de saúde, o fazendo apenas em situações de maior gravidade, como encontramos em alguns relatos dos trabalhadores entrevistados.

***Não, daí ele falou pra mim procurar um médico né... Demorei, que eu falei que não vou...** porque remédio na verdade é uma só, a gente, eu sei disso porque, o finado pai... você toma um remédio assim, vai com o tempo ele vai fazendo efeito, chega certo tempo ele já vai acabando aqueles efeito, né. (Jeremias)*

***Então, ele mandou procurar um médico.** Vai procurar um médico, você tá mal demais. Você tá muito magro tem alguma coisa com você, aí eu fui pra casa, fiquei uma semana em casa, e **não fui procurar médico ...** Porque eu achava que não era nada ... aí eu cheguei numa terça-feira aqui eu fui pegar uma caixa de tomate do chão... mas não cheguei a tirar a caixa do chão, aí entrei em desespero, falei: meu Deus, eu estou ruim mesmo, eu estava muito magro. **Aí fui pra casa, cheguei em casa, minha mãe: agora eu vou te levar no médico. Aí nós foi pra Unicamp. Aí ... fiquei parece que 23 dias internado na Unicamp, se não me engano...** Aí eles pegaram o aparelhinho, vão medir. Quando*

mediu, falou:- Interna, interna ele agora! Olha, tava entre 800 e pouco, ela falou lá. (Camilo)

Essa resistência a procurar atendimento também foi encontrada em estudo realizado com homens, usuários de unidades básicas de saúde, que também relataram que retardam ao máximo a procura por serviços de saúde, por se sentirem invulneráveis. Outro argumento é a falta de tempo devido ao trabalho (SCHRAIBER et al, 2010).

Em estudo realizado com duzentos homens trabalhadores da CEASA-Campinas, observou-se distanciamento relativo dos serviços da atenção básica, ao relatarem a procura, na maioria das vezes, por serviços de saúde urgência (MANZOLI, 2011).

Embora não seja exclusivo dos homens, vale a pena destacar as **dificuldades no tratamento da doença crônica**, frequentemente relatadas pelos entrevistados e que também interferem na resistência ao cuidado da saúde.

Uma delas é a dificuldade em adequar a dieta aos horários de trabalho e à condição socioeconômica ou também de ter que se privar de comer o que gostam.

As mulheres apresentam maior receptividade às orientações dos profissionais da saúde, por se preocuparem mais com o cuidado de si, além de expressarem mais suas doenças e preocupações. Para os homens, cuidar de si, observar o corpo, queixar-se de dores e doenças vai contra a ideia de masculinidade, principalmente nas classes trabalhadoras (CANESQUI, 2007).

Essa postura é expressa por Walfrido, que também demonstra insatisfação com a abordagem recebida dos profissionais de saúde.

Ah, não pode comer isso, não pode comer aquilo. Eles falam sempre da comida né. Porque eles falam da comida? Sempre da comida, ah você não pode comer isso, comer aquilo... valeu doutor, obrigado, já tá de bom caminho. Saí do postinho ... em frente do postinho tinha um bar, fui lá, comi uns 3 sargados, bebi uma coca e fui embora pra casa ... A alimentação minha é assim, tipo assim, eu como arroz, feijão... Ah, eu estou com vontade de comer um pudim, aí eu falo pra minha muié, faz um pudim pra mim, aí eu como uns 3-4 pedaço até dá aquela... É... daí eu não quero mais. Tipo aí, eu quero comer, tipo assim, um estrogonofe ... de frango, que eu gosto. Como, como, também acabou a vontade... então é mais ou menos nessa base.
(Walfrido)

Estudo realizado por SCHRAIBER et al (2010) em quatro estados brasileiros para

avaliação do cuidado prestado a homens nas unidades básicas de saúde, identificou que elas têm seu funcionamento centrado na consulta médica individual, rápida e focalizada na queixa e no tratamento das doenças. O contexto em que o usuário vive não é abordado e, em geral não são desenvolvidas ações de prevenção e promoção de saúde. E quando são desenvolvidas práticas educativas, elas têm caráter disciplinador e autoritário.

Outro estudo, sobre a compreensão dos conceitos de educação permanente e promoção de saúde pelas equipes de saúde da família no município de Florianópolis, mostrou que as ações de educação em saúde são, em geral, de cunho individual e verticalizada, relacionada à cultura institucional e a formação profissional (TESSER et. al., 2011).

A dieta imposta ao paciente diabético implica em disciplina e na imposição de regras, que muitas vezes são difíceis de seguir, seja pelo trabalho que exercem, por questões culturais ou mesmo em decorrência do prazer que ela proporciona (BARSAGLINI, 2011).

*Antigamente logo quando... pelo amor de Deus, morava aqui ainda eu lembro, **me dava uma vontade de comer doce, não tinha jeito mulher, você comia um pedaço, de repente tava comendo 2, comendo 3...** mas graças a Deus parou essa vontade. **Só que é assim, eu não passo vontade, sabe.** (Camilo)*

*Como doce também. **De vez em quando dá vontade de comer doce e eu como ... é um pedaço.** Ou se não eu como 2, 3 pão doce, eu gosto de comer pão doce.* (Paulino)

***A gente sempre compra, porque quem é diabético agente sente falta de doce.** E de vez em quando você sempre come um pedacinho de doce, por que não, não tem jeito, você não aguenta.* (Matias)

***É, eu não consigo. Eu como muito...** Docinho de vez em quando eu como, mais é mais massa... Pão, arroz, macarrão, feijão, farinha.* (Severino)

Um outro aspecto é o custo mais elevado da dieta que dificulta o controle do diabetes.

*Comi (pão integral), é bãozinho, mais é... meio carinho né. **Meio carinho né, pão com alpiste,** é por causa do alpiste que eles põe em cima.* (Walfrido)

Outra dificuldade colocada é o **uso crônico de medicações**, no sentido de adequar os horários para tomar os medicamentos com as outras demandas do dia a dia, ou mesmo por não acreditarem que é realmente necessário o uso contínuo. A dificuldade na aplicação da

insulina e os efeitos de seu uso crônico são destacados por alguns dos entrevistados, assim como o uso concomitante de vários medicamentos.

*Eu tomo o glibenclamida, eu tomo um comprimido antes do almoço, 1h antes ou 40 minutos antes do almoço, aí o seguinte, no meu caso lá **eu não tenho bem hora certa pra almoçar, dependendo do movimento lá** (do trabalho), **eu não tenho hora certinha ...** Aí eu tomo remédio, aí por exemplo, pra eu almoçar 1h, aí chega... surge algum... imprevisto que não dá pra almoçar 1h, aí passa pra 1:10h, 1:15h aí aquilo lá, já, eu vejo que abaixa a taxa de açúcar, eu sinto quando abaixa, entendeu? (Luciano)*

*Vou falar uma coisa pra você... **eu tinha um medo de injeção**, que se eu tivesse... que se visse uma injeção, eu estava correndo, sabe... eu estava tomando nas pernas, aí me deu uma coceira nas 2 pernas, que eu não aguentava, aí mandaram eu parar de tomar na perna, então, só tomo na barriga... **às vezes, que nem, ontem mesmo, eu não tomei**, (a insulina) **dormi**, e eu sou assim... Ontem tava frio pra caramba, fomos mais cedo, jantamos era umas 7 horas, aí deitemo, eu e a mulher, vim acordar hoje às 3 e meia pra vim hoje pro CEASA. (Camilo)*

***É uma receita do lado e do outro... Agora eu esqueci, não tomei nem o remédio.** Só tomei insulina. Quando me levanto de jejum eu tomo a insulina. Aí depois eu tomo o café. Depois eu tomo os comprimido, acho que uns quatro comprimidos. Aí quando é à noite e eu chego em casa, aí eu tomo ele de novo. Tomo a insulina, aí depois eu janto e tomo os comprimido... **Eu já aqui estou que não aguento mais, faço assim e tudo duro de tanta furada.** Porque de tanto que você vai furando, furando, vai ficando dolorido. (Matias)*

Muitos doentes se mostram relutantes em aceitar o uso crônico de medicamentos.

Kelly e May² citados por Barsaglini (2011, p.128), destacam que esse comportamento de “dono da situação” reflete uma tentativa de maior autonomia e domínio sobre a doença, como expressa o trabalhador Paulino em sua fala.

*Agora eu tomo certinho, mas logo no começo eu não levava a sério. Tomava de vez em quando... **Eu tomava, mas não tomava certo, aí foi aonde deu até infarto. Achava que não ia, que a pressão não subia.** (Paulino)*

O **etilismo e o tabagismo** são hábitos frequentes entre os entrevistados, o que dificulta o tratamento. Nos relatos, observa-se a dificuldade em não beber, principalmente nos finais de semana, associada à crença de que não se pode misturar bebida alcoólica com a

² KELLY, M. P.; MAY, D. Good and bad patients: a review of the literature and a theoretical critique. **Journal of Advanced Nursing**, 7: p.147-156, 1982

medicação. Além disso, alguns testam as prescrições, ajustando doses ou ficando sem a medicação para observar o que ocorrerá.

*(...) às vezes que eu faço, por exemplo, que é raro, mais assim... De vez em quando a gente vai, eu gosto muito de pescar final de semana, às vezes, então a gente vai... que a gente fica naquela rotina, sexta, sábado e domingo... **acaba bebendo à noite, noutro dia já começa cedo de novo a pescaria e vai bebe na hora do almoço, então às vezes eu pulo um dia sem tomar remédio, pra não misturar remédio com a bebida alcoólica.** (Messias)*

***Tomo, tomo cerveja ... Todo dia não, tomo mais final de semana. E olha que final de semana, eu tomo bem hein... mas só que eu tomo assim sabe quando... às vezes tipo... eu vou sair no sábado, às vezes nós vai num churrasco, na casa de amigos, eu... faço o testinho do dedo lá, eu vejo que ela tá alta, eu tomo a minha insulina, aí eu já manero, sabe. Já não bebo, já fico tranquilo.** (Cláudio)*

Para BARSAGLINI (2011), os adoecidos crônicos ajustam o uso das medicações, adequando prescrições, no sentido de manter a autonomia e o controle sobre a enfermidade.

Para tanto, empregam o recurso pedagógico do ensaio e erro e orientam-se pelas sensações corporais e pelos resultados de exames, entre os quais o teste de glicemia capilar, que é o parâmetro privilegiado para esse fim, pois permite confirmar, rapidamente, suas hipóteses e suspeitas sobre as alterações do diabetes e a adequação do medicamento para controlá-la (BARSAGLINI, 2011, p.114).

Estudo realizado na CEASA com 200 trabalhadores homens identificou que 54% deles fazem uso frequente ou esporádico de bebida alcoólica e que 26% fumam (MANZOLI, 2011).

Nota-se nas falas a dificuldade em parar de beber e fumar, mesmo após complicações graves, como um infarto ou até mesmo numa internação.

***Fumo... nem na Unicamp, eu parava, porque eu internado e as mulher me davam cigarro... Mas não consigo, sou meio estressado sabe, sou estressado pra caramba, eu vim umas duas vezes aqui** (para iniciar tratamento para parar de fumar), a doutora falou comigo. (Camilo)*

***Final de semana porque eu também gosto de final de semana tomar uma cerveja... O cigarro eu parei, a cerveja eu... Fiquei um ano** (conseguiu ficar só um ano sem beber, logo após o infarto). (Paulino)*

4.4 O acesso ao cuidado nos serviços de saúde, em especial os da atenção básica

O acesso dos homens aos diferentes serviços de saúde, em especial os da atenção

básica, traduz-se nos seguintes núcleos de sentido: **barreiras de acesso, pouco acolhimento**, expresso muitas vezes por um atendimento desumanizado, **redução da unidade básica a local para adquirir medicamentos**.

A utilização de serviços é uma expressão do acesso. Um dos aspectos que influencia o uso dos serviços de saúde é sua adequação funcional, ou seja, de que forma a oferta está organizada para atender os usuários (ASSIS e JESUS, 2012).

Barreiras referem-se às características da oferta que dificultam ou facilitam a utilização dos serviços (TRAVASSOS e CASTRO, 2008).

Muitas vezes, barreiras são impostas ao usuário pelos diferentes serviços, fazendo com que fiquem sem opções de escolha, exceto ficar sem tratamento.

Então, eles marca e diz que eu não posso escolher o horário. (Gustavo, sobre a dificuldade em fazer fisioterapia, pois não tem opção de horário que não atrapalhe o trabalho)

A burocratização dos serviços de saúde exige dos usuários disponibilidade e grande paciência para aguardar a consulta. Gustavo relata que perde a tarde toda e aproveita para dormir enquanto espera pela consulta.

*(...) um chá você toma legal, **uma vez cheguei lá uma hora da tarde, uma e meia, às vezes sai cinco, seis hora, entendeu?** Tem vezes que não consegue, aí quando eles vem, **você vai em cima, você vai embaixo, aí não marca o exame**. Depois você tem que ir outro dia só pra marcar exame. Porque cinco hora, aonde marca o exame lá entendeu, aonde marca a consulta da agenda, encerra. E se eu desço lá de cima, do setor que eu faço tratamento lá, que eu faço consulta, se eu desço seis hora, aí embaixo não tem ninguém pra atender, aí eu sou obrigado a voltar outro dia pra marcar exame e consulta... Ah, já **cheguei até ficar mais de 6h lá... às vezes eu cochilo lá, durmo** porque à tarde, às vezes uma e meia, uma e quarenta, eu levanto às 4, aí eu vou pra lá, chego em casa meio dia, uma hora eu almoço né, tomo banho antes de sair, aí **eu cochilo naquele, na sala de espera lá até cinco, seis hora. Não só eu né que ali tá cheio de gente**. (Gustavo, sobre o acompanhamento no serviço secundário)*

No relato de Paulino, a demora no atendimento no Centro de Saúde próximo da sua casa, ocorre até para procedimentos simples como medir a pressão.

*Lá, se for lá, **até para medir uma pressão é complicado**, porque você chega lá para medir a pressão, a pressão sobe mais porque deixam você sentado, eu até entendo que 15 a 20 minutos é hora de esperar mesmo, tem que esperar mesmo, você não vai chegar e medir a*

pressão... depois de meia hora, uma hora, então de tanto que você espera, você fica nervoso e a pressão sobe. Aconteceu isso comigo umas duas, três vezes, nem gosto de ir lá medir. (Paulino)

Muitas vezes o paciente se impacienta e tem vontade de abandonar o tratamento.

Como eu já falei procê, dá vontade de chutar o barde, largar tudo, mais eu preciso da saúde né. Eu quero, eu quero sarar. Eu estou fazendo por onde, já quase 7 ano né. Então eu estou me sujeitando ao que ela (médica) faz... porque não tem outro meio mesmo. (Gustavo, sobre a dificuldade em seguir horários para coleta de exames e consultas no nível secundário)

Este mesmo trabalhador relata o dilema entre viajar para visitar a família que não encontra há mais de 30 anos ou não viajar para esperar ser chamado para o tratamento. Destaca-se o constrangimento ao procurar saber quando seria chamado. A médica da especialidade falou que ele deve esperar e não deve procurar saber sobre isso antes de ser chamado.

(...) aquela vez eu fiquei mais de ano, aí ela falou, você devia ter esperado, porque nós não chamou, não tem só você, tem muita gente. Eu já falei pra muié (esposa), eu não queria nem ir, porque eu não gosto que me chama a atenção, ainda mais né... porque demorou, passou 1 ano, entrou no outro aí eu tive que ir né. Faltou a paciência... Então aí que tá né, agora se até junho não chamar... aí como é que faz? Pelo certo tem que esperar, quer dizer, se não chamou, não tem que vim. O que deu pra mim entender foi isso. Até eu estou pensando, que eu marquei uma viagem agora, tava falando com minha esposa ontem, só falta ela me chamar agora e eu não poder ir. Eu vou viajar agora dia 2. (Gustavo)

Um dos conjuntos de necessidades de saúde, na taxonomia proposta por CECÍLIO (2001) é a autonomia no modo de andar a vida. Muitos serviços de saúde impõem formas de organização, não permitindo que o usuário as questione.

Nessa mesma perspectiva, está o controle da glicemia dos portadores de Diabetes, um dos objetivos dos serviços da atenção básica. A realização da glicemia capilar contribui para que eles tenham autonomia para realizar o controle de uma doença com a qual convivem por um longo tempo. Exigir um pedido médico para realização desse teste, não somente dificulta o controle da doença, como impede o exercício do auto-cuidado.

(...) lá no... e noutros postos eles não quer fazer (glicemia capilar). Já, já tentei fazer uma vez lá e fiz, mais assim, ela falou, vou fazer, mais você tem o pedido médico? A gente só faz aqui com pedido médico e tal.

Você tá passando mal? Não tô passando mal, mas faz tempo que eu fiz o teste do dedinho e eu quero saber como é que está pra não deixar as coisas desandar muito, aí ela falou, ó eu vou fazer, eu vou fazer porque... por companheirismo mesmo, mas... a gente só faz com o pedido médico, ah, tudo bem então, fazer o quê... eu achei mais burocracia né... porque tem que passar pelo médico, e quando vai marcar esse médico? Pra quantos dias? Pra depois vê essa glicemia! Porque não é assim! Lá (centro de saúde) é muito complicado. Aí eu vou falar pra você, é precário a situação aí, o atendimento é precário... Na minha opinião e de várias pessoas. (Luciano)

Uma outra **barreira** é a falta de recursos. Um dos usuários entrevistados é procedente de outro estado e apresenta maiores dificuldades para seguimento da doença, particularmente pela **falta de médicos**.

Não, lá (unidade básica em Sergipe) só é técnico de enfermagem. Que não é na cidade mesmo, é lá no povoadozinho, há uns 2 km... Cada povoado tem um (unidade básica). Não, não, só vacina, assim de dia ou algum curativo... Tem os dias lá de consulta (...) É, mais sem emergência. É consulta rotineira. (Severino)

Acolhimento à demanda pressupõe a disposição e organização da equipe para receber e avaliar os riscos da demanda trazida pelas pessoas, em momentos variados, buscando resolvê-la. Espera-se da atenção básica, uma postura que vincule a comunidade às equipes da UBS por meio da adscrição da clientela, análise do território e visitas domiciliares, propiciando a identificação do risco e vulnerabilidade dos indivíduos e de suas famílias (CAMPOS et al, 2008).

A partir desse pressuposto, os relatos dos trabalhadores trazem situações que poderíamos chamar de **desacolhimento**, vivenciadas nos diferentes serviços, principalmente nas unidades básicas de saúde, que teoricamente deveriam constituir-se em porta de entrada.

Em muitos locais ainda é necessário madrugar para conseguir atendimento, pois o acesso ao serviço ainda está organizado por meio de filas. O primeiro da fila nem sempre é aquele que possui maior necessidade.

É igual o meu bairro vejo... o pessoal tem que posar na fila pra poder ser atendido... Às vezes de madrugada, então o que que acontece né, quem não pode estar nesse horário, é... não consegue, fica sem fazer o tratamento. Acho que isso que é o problema né. (Messias, sobre a dificuldade de acesso no Centro da Saúde próximo à sua casa)

Uma das grandes dificuldades na atenção básica diz respeito ao acesso ao tratamento odontológico.

*Com hora marcada! Pra consegui um horário lá, **eu tive que saí 4 e meia da manhã... Pra poder pegar uma vaga... eu não achei tão ruim que eu já acordo cedo né, mais ainda bem que foi numa... tipo, foi numa terça, quinta... porque de terça eu não trabalho né. Terça e quinta, então foi nesse dia, mais foi bom... então, depois que eu extraí os dente, eu até conversei com a dentista aí. Agora eu já extraí os dente, eu vou fazer a prótese. **Eu fui e paguei.**** (Camilo)*

Em alguns casos o serviço é deslegitimado pelo usuário por mostrar incoerências, como fazer cartazes colocando que o horário da urgência mudou. É o que relata Luciano.

*É ruim... Porque a gente chega lá (Centro de saúde), sabe, é **muita burocracia pra você marcar um exame, não consegue, e até pra pegar um remédio é muita dificuldade lá também... Mesmo estando com a receita, não tem, não pode pegar aqui** (quando a receita é de outro serviço), **tem que pegar em tal lugar... Então, os médicos em si são ... são bons, o atendimento, mas até você chegar aos médicos é muita burocracia... A recepção é muito, é muito ruim...** O atendimento é muito ruim... até numa urgência por exemplo, **você chega não tem médico ou não dá pra atender naquele momento, a urgência mudou pra tal hora, porque eu fico pensando assim, a urgência não tem hora marcada, está escrito lá, mudou o horário da urgência pra tal hora. Ontem mesmo eu fui lá pegar um tubinho pra colher urina que eu esqueci do daqui, eu passei aqui e esqueci, eu fui lá (centro de saúde) pegar e fiquei lá olhando um cartazinho, a urgência mudou pra tal hora, eu fiquei pensando comigo mesmo, como marca uma... faz um cartaz desse num papel, coloca na parede.** (Luciano)*

Vemos abaixo algumas considerações dos usuários acerca de suas experiências em filas de espera por tratamento por estarem ainda numa boa condição de saúde, negação de atendimento na ausência de sintomas, falta de opção para o indivíduo que busca atendimento no Centro de saúde e é oferecido uma consulta médica para 3-4 meses. Neste último caso percebe-se como a unidade trabalha com uma visão reduzida, centrada na consulta médica. A equipe não acolhe o usuário em busca de traduzir sua demanda, de forma a descobrir suas reais necessidades de saúde. Muitas vezes o que o usuário necessita pode ser ofertado por outros profissionais da equipe.

A minha mulher reclama bastante... Assim, que às vezes vai lá... você precisa de uma consulta... a consulta daqui 6 meses... 6 meses, 3 meses... você não sabe se daqui 6 meses você tá vivo? Não vai adiantar nada... Se a coisa não é tão urgente, ela sabe olhar se não é tão urgente? Agora... olha, vê que a pessoa está meio

debilitada, está meio ruim... ah, só tem vaga pra daqui 30 dias, 50 dias. Pô, você não sabe se vai tá vivo? De repente você morre amanhã, ah, daí vai colocar a culpa em quem? (Walfrido)

*A minha esposa já passou por ali... É, pras mulheres, **reclamam um pouco da demora, por causa das marcação de exames, de consultas.** Elas reclamam mais né, ela reclamou bastante pra mim, **tanto é, que hoje ela tem convênio.** Minha esposa e minhas 2 crianças tem convênio, já faz uns 5 anos que eu fiz. (Messias)*

*É, eu passo lá também no (Centro de Saúde), mas é muito pouco. Porque lá, você marca **uma consulta, demora quase uns 3 a 4 meses para passar...** Esse **prazo das consultas deveria ser mais curto.** O agendamento lá, não sei se é porque... muita gente também, e pouco médico... Tem que ter mais gente, mais pessoas para cuidar. (Paulino)*

O estudo já referido de SCHRAIBER et al (2010) mostrou que os profissionais de saúde reproduzem a forma como os homens buscam atendimento nas unidades básicas, valorizando patologias e casos graves, além de abordarem somente sinais e sintomas que levem ao diagnóstico da doença, numa visão exclusivamente biomédica.

Apesar dos profissionais de saúde valorizarem a necessidade de atendimento quando há, aparentemente, uma patologia instalada, a unidade básica não acolhe quem chega passando mal. Como observa-se na fala de Jeremias.

*Já lá **no posto onde eu moro, lá pra você consultar lá é difícil demais...** É ali no Parque... Ali você vai marcar uma consulta, Deus me livre guarde se a pessoa está doente, eles vai marcar uma consulta você só vai ser atendido daqui 4 a 5 meses, 3 a 4 meses... Às vezes você está, se você estiver passando mal lá, chega lá, não faz nada... manda você vim aqui pro (Pronto atendimento), entendeu? (Jeremias)*

Além de não atender situações de urgência, é necessário a realização do cadastro para que o indivíduo e sua família possam utilizar o centro de saúde.

*O problema de lá que eu estou falando é se a pessoa chegar com negócio meio de **urgência** assim é... Eles atendem você por aí, marca, aí vai lá pro sus (cadastro) e liga e depois que vai te retornar, te ligar na sua casa quando que vai, aí você vai no posto pra depois ir marcar, é assim. (Jeremias)*

Percebe-se que a unidade básica de saúde não consegue se organizar para acolher a demanda espontânea, nem para oferecer, de forma satisfatória, o atendimento programado, no caso, consultas agendadas. Torna-se nesse sentido, um serviço pouco resolutivo e sem legitimidade junto à população que necessita de cuidados.

Nesse contexto, retomo um dos sentidos da integralidade do cuidado, segundo MATTOS (2001): equacionar a demanda espontânea com a programada.

Assim como encontrado em vários trabalhos (COUTO et al, 2010; FIGUEIREDO, 2005; SCHRAIBER et al, 2010), observa-se que os homens frequentam e conhecem as unidades básicas de saúde próximas do local de moradia, entretanto relatam várias dificuldades com relação ao acolhimento e a satisfação de suas demandas.

Outra queixa é a demora para a realização de exames com maior densidade tecnológica. Alguns usuários optam pelos serviços particulares pois temem que a doença se agrave.

*Aí ele tinha problema de pressão, aí ele foi fazer esse exame, já era pra ele ter feito muitos tempo atrás, **aí ele ficou esperando no postinho, enrolando...** Ele deveria ter pegado e feito né, **ele deveria ter pagado e feito particular**, acho que **ele ficou esperando uns 2 anos**, foi o que eu falei do negócio de posto... Tinha acho que 48, 49 anos por aí, aí até hoje nós fala... que a pessoa sai bom né, vai fazer um exame, chega lá, morre... tava esperando pelo posto, acho que foi pelo posto que ele foi fazer isso, por isso que ele demorou... Se ele tivesse feito particular... **Se você tem a doença tem que procurar adiantar, não adianta, você vai demorando, vai agravando né...** Entendeu, aí acho que ele demorou mais de 2 anos e não era caro, acho que era uns 600, 700 reais para fazer particular, não sei, entendeu. (Jeremias)*

*(...) assim **a demora é uma coisa que é sempre comentada** né, minha esposa teve um problema desse da tireóide, uma coisa que até assustou, passou... ficou tensa porque ela tinha por exemplo aquele... um nódulo né, tinha que fazer uma punção e ia demorar 3 meses pra essa punção e com a cabeça dela do jeito que está, poxa, nódulo? Tudo bem você tem que ter pacien... tem que ter tranquilidade pra ver o que que é, **mas esperar 3 meses? Ela fez esse exame particular, essa punção, particular, porque ela não ia aguentar ficar assim os 3 meses.** (Ricardo)*

Serviços de saúde da atenção especializada também priorizam quem está num estágio mais avançado da doença. Quem está bem, pode aguardar ou procurar antes se houver piora. Não conseguem prevenir complicações ou mudar o risco do paciente.

*Depois eu fui no ano seguinte, aí falou que era pra mim não ter ido... mandaram esperar e não chamou. Aí a outra me falou esses dias que era por causa que **tem alguém necessitado mais.** No seu tempo, está todo mundo esperando, então alguém que está precisando mais, então eles vão na frente né. (Gustavo, sobre a espera pelo tratamento na atenção especializada)*

(...) o senhor aguarde em casa que nós vai chamar o senhor para fazer um laser, **mas não chamaram ainda e depois de um ano eles cancela, você tem que pedir outro encaminhamento... eu fui lá uns dois meses atrás.** Ele falou, o senhor não passou do tempo ainda não, está dentro do período, depois a gente te chama. Já fazia uns 6 meses... eu achei uma coisa horrorosa, como é que você vai fazer um exame, eu fiz exame de vista, e falou a gente vai te chamar, quer dizer, **ai chega um ano, fica cego e não vai ser atendido.** (Matias, sobre a espera para tratar a retinopatia diabética)

Em muitos serviços de saúde, principalmente os da especialidade, as práticas se revestem de aspectos de **desumanização do cuidado**. Muitos usuários queixam-se da impessoalidade, falta de interesse em resolver o problema de saúde, falta de respeito. Além disso, não há responsabilização pelo paciente.

*Fui encaminhado lá pro (Serviço de referência), lá me encaminharam pro (outro serviço secundário). (Neste serviço)... o médico falou que não era minha área, que minha área era outra... **Aí só deu uma olhadinha e falou assim, ah, pra quem já tá com isso daí uns 2 anos, mais 1 ano, 1 ano e meio não tem problema... Eu virei as costas e fui embora... Nem olhou ... Eu acho que se ele estudou, se ele fez, sei lá se ele faz juramento, dizem que faz, mas eu não acredito nisso, que faz juramento, que vai salvar... mas na hora que pega o diploma, a história já muda, eu acho que é isso daí. Isso é o que acontece. Eu não vou generalizar, mas uns 80% dos médicos é assim, eu acho, muito descaso.** (Walfrido, sobre o atendimento médico no nível secundário).*

Para Merhy (1997, p.6):

... o modo atual do médico trabalhar é marcado, entre outras coisas, pelo distanciamento dos interesses dos usuários, isolamento na relação com os outros trabalhadores de saúde, desconhecimento da importância das práticas de saúde de outros profissionais e predomínio das modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, a partir de um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos.

Este mesmo autor (MERHY, 1997, p. 4) destaca que “os usuários buscam nos seus encontros com os trabalhadores de saúde, particularmente nos estabelecimentos de saúde, a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo.”

É o que se percebe nas falas de Gustavo e Luciano.

*Ah, eu acho que precisava ter mais né... **um pouco de cautela com a gente,** eu acho sei lá, também é muita gente, então eles num... quer*

dizer, também é muita gente né não sei bem (Gustavo, sobre o atendimento no nível secundário).

(...) eu acho que um pouquinho mais de... **de respeito com o paciente, na recepção, mais médico, entendeu, acho que se colocar um pouquinho de cada coisa, se encaixa tudo certo, dependendo da burocracia que eles tem, porque eu não sei se é por falta de médico, se é por falta de funcionário, de enfermeiro eu não sei porque é tanta dificuldade, entendeu, eu não sei porque é as dificuldades, se é problema interno, não sei porque que é.** (Luciano)

A Política Nacional de Humanização criada em 2003 é uma iniciativa que visa qualificar práticas de gestão e de atenção à saúde, no sentido de buscar novas atitudes por parte dos trabalhadores, gestores e usuários. Ou seja, contribuir para a melhoria de condições na organização do processo de trabalho, como: filas, insensibilidade dos profissionais frente ao sofrimento das pessoas, tratamentos desrespeitosos, gestão autoritária, isolamento dos usuários de suas redes sociofamiliares e deficiências nas condições e relações de trabalho (BRASIL, 2010).

Alguns usuários têm atendimento diferenciado, seja porque tem proximidade com os profissionais do serviço ou quando ficam conhecidos por causarem confusão.

*Olha... eu vou falar, eu tive uma época que eu tratei no Centro de Saúde, são 2 momentos distintos: uma época de uma pessoa... de **um cidadão comum** que necessitava de um tratamento e **que normalmente acha demorado**... no CS eu sei que é meio complicado, tanto que é subdividido (equipe de referência), tem grupo dessa cor, dessa cor, dessa cor, porque é muita gente! Então dentro de todo esse contexto eu não posso reclamar, também fui sempre bem atendido... e tem um segundo momento também que é **quando minha esposa trabalhou lá, então queira ou não queira, há de se ver que há diferença no atendimento, entendeu?...** Ela foi agente de saúde, então tinha uma amizade muito grande dentro do posto de saúde, **não que isso venha favorecer em nada, em nada, mas é... consegue... olha vou tentar encaixar... surgiu uma vaga, enfim... mas nada de anormal, nada.** (Ricardo)*

*Pra você ver uma coisa, lá eu não fui bem atendido (serviço secundário)... nem no postinho... eu não vou, que lá (centro de saúde) **eu já briguei umas 5 vezes** também. Em vez deles atender os paciente, eles ficam conversando, os atendente, os médico, enferm... eles ficam conversando, então... o povo fica lá... eu já fui, discuti umas 5-6 vez lá. Na hora que eu chegava lá, eles me atendiam rapidinho. Quer dizer, **então é assim, você tem que... pô, criar confusão pra ser atendido?** (Walfrido)*

A Estratégia de Saúde da Família traz como proposta a criação de uma nova forma de vínculo entre os profissionais de saúde e destes com a comunidade, pautada por “ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas” que, além da assistência, sejam capazes de promover a saúde. Dessa forma institui a criação de equipes interdisciplinares, que permitem a comunicação horizontal entre seus componentes e a abordagem dos diferentes sujeitos dentro de seu contexto familiar e sócio-cultural (Brasil, 2000, p.9).

Apesar da maioria dos entrevistados pertencerem a municípios que se organizam sob a lógica da Estratégia da Saúde da Família, a maioria dos entrevistados não citou a Equipe de Referência a que pertencem e nem mesmo visitas do Agente de Saúde responsável pela área em que residem, com exceção de um caminhoneiro que mora em Sergipe.

O Centro de Saúde é utilizado na maioria das vezes para pegar medicamentos de uso contínuo. Nenhum dos entrevistados faz acompanhamento no Centro de Saúde, que referem ser frequentado pela mãe, esposa e filhos.

*Agora, se falta um **remédio**, aqui, eu venho, não tem, ou não dá tempo, sei lá, ou eu esqueço e se acabou, eu vou, corro lá que lá (Centro de Saúde) fica até a noite. (Gustavo)*

*E a **diabete da minha mãe** é tipo assim, se ela ficar nervosa ela vai lá em cima, se tiver nervoso por alguma coisa... Ela faz tratamento lá no posto... **Ela tem 68 anos...** Faz bastante tempo que ela acompanha lá. (Jeremias)*

*Não, é muito difícil passar por médico lá (Centro de Saúde). Assim né, porque mais eu vou lá assim **pra pegar remédio**. (Camilo)*

*Não, já fui (Centro de Saúde) passo às vezes pra pegar remédio que não tem aqui, fui algumas vezes pegar remédio, **mas consulta mesmo eu nunca marquei lá**. (Messias)*

*Agora eu vou **pegar remédio** quando eu chegar em casa, vou lá (Centro de Saúde), por que a mulher também toma remédio. (Matias)*

*Lá às vezes eu pego, eu não, **minha mãe pega o remédio lá do postinho** que a menina... a **agente de saúde** dá. Esse aqui é de Severino, daí guarda. (Severino, sobre a utilização da UBS em Sergipe)*

COUTO et al (2010) constataram que embora os homens estejam presentes nas unidades básicas de saúde, quando isso ocorre, é preponderante a frequência de idosos e

crianças. Para os autores, tal fato possivelmente ocorre pelo foco voltado, historicamente, à saúde materno-infantil e a partir da década de 80, aos idosos, neste caso, reforçado pelos programas voltados para as doenças crônicas, como a Hipertensão arterial e o Diabetes mellitus.

Embora haja predominância de mulheres na maior parte das atividades e espaços das unidades básicas, em alguns serviços, observou-se número equivalente ou até superior de homens em atendimentos odontológicos, uso da farmácia, vacina e curativos (COUTO et al, 2010).

Nesse sentido, alguns autores (COUTO et al, 2010, SCHRAIBER,GOMES, COUTO, 2005) utilizam o termo “(in)visibilidade dos homens na atenção primária” para se referir ao “imaginário social de gênero” existente nos serviços da atenção primária por parte dos profissionais. Esse imaginário é expresso na feminilização dos serviços e pela existência de ações que contemplem predominantemente a saúde materno-infantil e dos idosos.

Embora os entrevistados já tenham frequentado e utilizado a unidade básica, ela não se constitui em porta de entrada e no local para acompanhamento longitudinal. Entretanto, nas falas dos usuários, a unidade básica seria o local mais próximo para seguimento.

*E é tanto que se fosse no meu caso é **mais perto pra mim lá** (Centro de Saúde) do que pra cá (Ambulatório). (Luciano, está trabalhando atualmente numa empresa dentro da CEASA, mas tem ficado a maior parte do tempo fora da CEASA)*

*Sabe que eu chego aqui e eu já vou direto lavar a minha mão, depois ela pega minha pasta... é igual eu falo, toda vez que precisar de alguma coisa, pra falar bem das menina aqui, da doutora, da menina que atende... não tenho do que reclamar. Porque o que eu não tinha num negócio que é praticamente é... vamo colocar... **5 minutos da minha casa**, eu achei aqui. (Walfrido)*

(...) lá (centro de saúde) eles atendem bem, o Dr. é um bom médico, mas o que é ruim lá é a agenda deles... Você vai marcar hoje lá, é só para daqui 2 a 3 meses para a frente. (Paulino)

Estudo sobre o perfil da demanda atendida em unidades básicas de saúde (626 no Sul e 855 no nordeste) revelou que a maior proporção de atendimentos foi de mulheres com 15-49 anos, seguida pelos maiores de 50 anos. Por outro lado, as menores proporções foram dos homens entre 15-49 anos, seguidas pelas crianças entre 5-14 anos (TOMASI et al, 2011)

Como sugerem FIGUEIREDO e SCHRAIBER (2011), os serviços da atenção básica devem conhecer as especificidades de gênero para orientarem suas ações, facilitando o acesso dos homens.

4.4.1 O acesso dos homens ao Ambulatório da CEASA

O acesso dos homens ao Ambulatório da CEASA traduz-se nos seguintes núcleos de sentido: **a facilidade de acesso geográfico, o acolhimento que produz vínculo com a equipe e a integralidade do cuidado.**

Aspectos facilitadores do Acompanhamento no Ambulatório da CEASA. A **localização geográfica** do Ambulatório, dentro do local de trabalho é um dos fatores relatados pelos trabalhadores que facilita o acesso.

*É por causa do meu **serviço**, que é **pra não perder tempo**. Porque pra mim ir lá na consulta, depois consultar e voltar, entendeu, aqui eu escapo um pouquinho, peço uma licença pro outro parceiro e venho. (Gustavo)*

*Pra mim é mais viável... **Porque eu já trabalho aqui**, eu tenho a flexibilidade de tá por exemplo... com o pessoal do meu trabalho, falar, olha, eu tenho uma consulta médica no Ambulatório, eu tenho liberdade pra vir nessa consulta né, e eu estou do lado aqui, tá perto... **eu faço no horário de trabalho**. (Ricardo)*

*Foi aqui, sempre **aqui que eu venho, eu trabalho aqui**, sempre eu estou aqui. (Jeremias)*

*(E porquê a preferência aqui?) **Porque eu fico mais aqui**. Em casa quando estou em casa eu passo 2 dias, o resto é viajando, e viajando, eu não tenho tempo em outra cidade, isso aí... eu estou frequentemente aqui, então. (Severino)*

O acolhimento traduz-se numa relação humanizada estabelecida entre os profissionais de saúde e os diferentes usuários, fundamental para a criação do vínculo e pela resolutividade do processo terapêutico (MERHY, 1994).

O estabelecimento do vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso com cada usuário e os problemas que nos apresentam. Para Merhy (1994, p.138),

*...criar vínculos implica em ter relações tão próximas e tão claras, que **nós nos sensibilizamos com todo sofrimento daquele outro, daquela população**. É permitir a constituição de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que possa servir à*

construção da autonomia do próprio usuário. É sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção **nem burocratizada, nem impessoal**. E ter relação, e integrar-se, com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se **tornar referência para o usuário**, individual ou coletivo.

O **vínculo** estabelecido com a equipe, a partir do acolhimento, contribui para o seguimento longitudinal.

*É tanto que eu saio de lá (Centro de Saúde do bairro), **aqui eu já conheço as médicas quase tudo, os médicos, as enfermeiras tudo já me conhecem**, e a gente já... sabe aqui do CEASA, do posto eu não tenho o que falar do CEASA... Porque é o seguinte as primeiras vezes que eu vim aqui sempre **eles tem cuidado com a gente, eles ficam preocupados, se a médica vê, tanto as enfermeiras já tomam as providências entendeu**, é tanto que quando eu descobri a diabetes, eu, vim aqui passando mal... já tem um **vínculo** quase com o pessoal aqui entendeu? (Luciano)*

O vínculo favorece a longitudinalidade do cuidado. Nos relatos dos usuários, o Ambulatório é o serviço de referência deles. Um dos atributos da Atenção Primária é a longitudinalidade do cuidado, entendido como: “a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias” (OPAS, 2011, p.31).

*(...) eu usava muito aqui também, uma época que eu era mais moço, tinha uns vinte e poucos anos, eu tive uma fase, muito cálculo renal, então eu frequentava muito aqui, e não só... **a amizade que a gente tem aqui no ambulatório da CEASA é muito grande né, com todo pessoal que já passou aqui... então a gente se torna quase que amigo mesmo né**, então eu vinha, eu... tinha uma época que eu passei muito problema com esses cálculos, aí então... fiz alguns exames por aqui, aí comecei a fazer exames periódicos, normais, de sangue, uma vez por ano, sangue... da glicemia mesmo por causa desse histórico familiar e num desses exames que constatou essa alteração. (Ricardo)*

*Então, **a doutora anualmente agora ela me pede exames né**, a gente tá fazendo exames de sangue, urina, ela coleta. Olha eu... sempre que tenho tempo faz... tira a medida pra vê como é que está a pressão né... uma vez no mês, quando dá certo, na verdade é assim... **quando eu sinto que está alguma coisa meio fora eu venho e peço pra medir**. Mais essa última... umas 5-6 vezes que eu medi estava controlado. 12 por 8, acho que uma vez tava 13 por 8, mais a maioria das vezes 12-11 por 8, tava controladinha. **Valeu a pena deixar o convênio, que por fim só estava me trazendo prejuízo**. O remédio era caro, tava*

pagando acho que 80-90 reais o remédio, com desconto, que era 100 e um remédio que estava só me fazendo mal. (Messias, sobre o acompanhamento da hipertensão arterial no Ambulatório da CEASA)

Embora seja difícil seguir um tratamento de longa duração e que exige mudança nos hábitos de vida, muitos trabalhadores, quando se **vinculam a um serviço e/ou profissional de saúde**, demonstram desejo em seguir às orientações e, na medida do possível, mudam hábitos para melhor controle da doença crônica.

*Olha, eu não estou fazendo certo como elas pedem não. Mas eu não faço por causa do tempo. **Quando dá eu faço caminhada**. Eu me sinto bem quando eu faço, bem melhor. (Gustavo)*

*Alimentação, assim é... vamos dizer assim, diminuí muito o sal, que eu já não comia sal exagerado. Mais assim... eu estou buscando bem mais **o que ela me indicou** (médica), **estou comendo bem mais verdura, a gente come mais frutas**, é... estou comendo menos, evitando comer, vê se derruba peso... assim, estou **controlando bem a alimentação, tá bem controladinha**. (Messias)*

*(...) porque sempre **uma vez no ano eu faço**... Um check up geral eu faço aí eu não estou lembrado se eu fiz, geralmente acho que foi lá pra novembro ou dezembro. Aí eu faço, como que chama, de próstata, **faço exame de tudo aqui**. (Jeremias)*

O vínculo é um dos princípios norteadores do trabalho na atenção básica, definido, nos documentos oficiais, como a “construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um **potencial terapêutico**” (BRASIL, 2011c).

*Não, não, jamais não penso dessa forma (parar o tratamento), porque **eu sei que a doença é crônica**, tem que... É tanto, é tanto, não atrapalhando você... é tanto que a médica, toda vez... o último que eu fiz... ela falou assim, ó, o seu diagnóstico tá muito bom, **os resultados dos seus exames está muito bom**... eu não paro o tratamento, de jeito nenhum, porque eu tenho que me cuidar, eu já sei, eu **acompanho a televisão**, entendeu. (Luciano)*

*Alimentação... é que nem eu falo, eu de uns 6 meses pra cá, eu tenho tomado algumas atitudes, até tardias né, de **me cuidar mais**, hoje eu tenho uma **alimentação com menos gordura**... tento ter uma **alimentação de mais vezes ao dia, mais fracionado, nem sempre é fácil, mas na medida do possível eu estou conseguindo**, tenho melhorado bem é... Além disso eu **faço academia 3x/sem** visando mais, meu foco maior é na parte aeróbica... é então eu estou me*

*regrando mais, estou **gostando**, estou **vendo mudanças** e estamos aí... o que eu tenho mudado é substituir um pouco de castanha, tipo no meio da tarde quando eu chego em casa eu como uma castanha do Pará eu adoro eu compro aqui, é... tenho aveia em casa, coisa que eu não tinha, é... ontem mesmo comprei granola, coisa que eu não tinha, estou inserindo, estou **aprendendo a mudar**. (Ricardo)*

*(...) eu como mais carne magra, então eu como **bife grelhado, a salada, ela** (esposa) **sempre faz diretamente, ao meio dia e à noite**. Não falta salada, alface, tomate, o chuchu cozido, uma abobrinha feita refogada, isso aí é o normal. E de manhã eu como 2 pãozinho, com uma caneca de café com leite... Eu não sei se você sabe disso. Você... deve saber muito bem que o diabetes é uma doença que vai matando o cara aos poucos. Aos poucos. O médico fala diretamente, **eu vejo os médicos falando na televisão, eu, isso é uma doença crônica, se você não se trata ainda é pior**. (Matias)*

O atendimento interdisciplinar qualifica o cuidado em saúde, na medida em que os saberes de diferentes profissionais se integram, potencializando e ampliando o espectro de ações realizadas. É o que se observa nos relatos, com relação a orientação da enfermeira e da nutricionista.

*(...) a (enfermeira) aqui, quando eu chego **ela sempre pergunta pra mim... como estão os seus pés?**... Mas eu tomo banho, enxugo o pé ali, depois eu sento na cama, pego a toalha... isso foi a (enfermeira) que me ensinou. Aí eu pego a toalha, até o pé ficar bem sequinho. (Camilo)*

***Almoço em casa, é porque arroz integral não tem, antes eu comia aqui... café, eu trago de casa, café eu tomo com adoçante... Pão eu trago de casa, o pão daqui eu não como, eu trago, se não como um assado e não o frito e aí se for guaraná, é zero ou suco de laranja com o adoçante**. (Gustavo, sobre a dieta após orientação da nutricionista)*

*(...) ó tem uma nutricionista aqui, se você quiser marcar uma consulta, uma palestra pra tirar todas as dúvidas... falei, muito bem, é isso mesmo, porque a gente vive do profissional, **tem que ouvi o profissional, não o que os outros...** Aí **passei com a nutricionista, muito boa também, tirei todas as dúvidas, então, estou ótimo, graças a Deus estou ótimo**. (Luciano)*

Estudo realizado por BARRETO e FIGUEIREDO (2009), que relaciona a presença de doença crônica com comportamento de risco (fumar, dieta gordurosa, sedentarismo e adição de sal na comida), mostrou associação inversa entre essas duas variáveis. A presença de uma ou mais doenças crônicas levam à mudanças no estilo de vida, provavelmente porque fazem com que o indivíduo frequente mais serviços de saúde e recebam mais orientações. Como afirmam esses autores, essa associação inversa é positiva, especialmente entre os

homens, “pois sinaliza cuidado com a saúde entre aqueles que estão doentes” (BARRETO e FIGUEIREDO, 2009, p.44)

*Bebida, depois deste tratamento aqui, eu tomava cerveja sabe, tomava vinho também, tomava bem. Na verdade, tem que falar a verdade. Agora depois do tratamento que o doutor falou assim, olha nós tem que fazer um tratamento, você bebe? Bebo... Tem que parar, falou. Se tiver que parar eu paro. Falou, então para pra nós começar tratamento. **Aí nunca mais.** Nada. (Gustavo)*

*Por exemplo, eu bebia assim, sexta, sábado e domingo né, às vezes segunda, aí terça, quarta e quinta eu bebia o remédio certinho **aí quando era os outros dias eu já não tomava o remédio que eu sabia que eu ia beber.** Quando era segunda-feira... Não, eu percebia no serviço né, começava sentir cansaço, falei minha pressão está alta né e era dito e certo, entendeu. Aí quando era na segunda-feira eu voltava a tomar o remédio, entendeu. **E aí eu parei, falei vou ter que parar, que beber e tomar remédio, aí não dá que eu sei que remédio com álcool não dá certo, faz mal, corta o efeito né. Faz 1 ano, graças a Deus, não quero mais.** (Jeremias)*

*(...) eu sempre gostei de tomar minha cervejinha de final de semana, é... eu sempre fui aquele fumante bem relaxado, que só fuma 1-2 por dia e no final de semana você vai tomar a cervejinha e acaba fumando 3-4, é... um maço de cigarro dava pra 1 semana, **mas nessa mudança de vida que eu estou tendo agora, eu não bebo mais nada, eu não fumo...** eu achava que meu controle glicêmico não tava regular, já tava começando a dar umas alterações e eu associei com **a bebida, dela por exemplo está dificultando, por exemplo, a ação do medicamento,** eu não tenho certeza que é isso, mas minha cabeça fala assim, **poxa... eu acho que, tomar o remédio, tomar a bebida, corta o efeito, não regula direito.** (Ricardo)*

Em alguns casos o estímulo para seguir as orientações do tratamento ocorre pela observação de casos mais graves da doença ou de complicações em parentes, pessoas próximas ou no próprio doente.

*(...) o coração dele era fraco de um lado, então, não tinha força, então... **é hoje eu... eu mudei muito minha cabeça, eu tento me cuidar um pouco mais, justamente pra não ter o mesmo futuro que ele teve...** porque se tio tem, avô teve, pai teve... Então quer dizer... eu tenho que tentar fazer alguma coisa pra tentar sair fora disso. (Ricardo)*

*(...) **a gente faz a loucura da gente ... a gente é meio cabeça dura, mas tem que está tratando,** porque quando eu mudei lá pro... eu conheci um senhor lá...ele chegou e veio perguntar pra mim, ele falou... seu pai está falando que você é diabético? Sou, moleque... Ah, também sou diabético, eu mesmo cuido da minha. Cuida da sua diabete como? Ah, eu não tomo nenhum remédio. Eu mesmo cuido... **Mas olha só, ele***

*nunca procurou o médico... Aí eu falei, pô moleque... e a **diabete dele é alta também...** Beleza. Sabe de uma coisa, **ele está lá hoje com um pé cortado até a canela e o outro cortado até metade. E já está também, as vistas dele uma parece que operou e enxerga fraquinho. Olha aí, está vendo, disse que ele mesmo cuidava, olha no que deu.** (Cláudio)*

*Não, **depois que já deu o negócio no meu dedo...** (mal perfurante plantar) antes quando eu vinha aqui, era 300, 350, aí depois que deu... **o máximo que chega é 250, não passa disso.** (Walfrido)*

Outro atributo da atenção primária é a **integralidade do cuidado**, tanto no atendimento individual, quando são identificados outras necessidades de saúde, além daquela demandada pelo usuário, quanto na rede de serviços, quando é necessário encaminhar o usuário para serviços de maior complexidade.

*Tanto que **abrange tão bem o atendimento** que devido a essa atividade física que eu tenho feito, a doutora... pediu até um eletro, porque você passa a fazer exercício, não sabe se está apto a fazer isso, entendeu? Então ela achou bem fazer um... eletrocardiograma pra estar tranquilo. Pelo histórico familiar também né... pai, o tio, então é bom né. (Ricardo)*

*Não, aqui quando eu venho aqui, **por isso que eu venho aqui, aí quando eu preciso de alguma coisa aqui eles me encaminham pra outro lugar,** né às vezes pro (serviço secundário) eu já fui no (serviço secundário) que eu tinha um problema aqui embaixo. (Jeremias)*

*Pressão alta eu nunca tive, mas teve um tempo aí, que o meu nariz começou a sangrar aqui, e eu tava meio esquisito, falei, acho que a minha diabete está baixa, nunca... Aí eu vim aqui, aí a doutora mediu minha pressão, tava alta... Aí ela pediu um eletro pra mim, aí eu fiz o eletro, constou alguma coisinha, negócio de arritmia no coração, aí ela me **encaminhou pro** (serviço secundário), **eu fui, fiz aquela esteira,** como que fala? Fiz e constou arritmia. Aí ela me deu uns remédios pra tomar. (Camilo)*

*(...) comecei a ficar muito rouco, rouco, rouco, mais eu não tava nem aí né, estou rouco, pensando que era gripe né, pensando que era gripe. Se não me engano foi a dotora que me encaminhou pra lá...se não me engano, eu não sei se foi a..., falou: - você está com uma voz muito rouca e faz tempo hein. Aí eu peguei e falei assim, não, deve ser uma gripinha que eu estou, por isso que eu estou assim. Ela falou, não, vou **te encaminhar você, aí ela me encaminhou... Isso, daí eu passei, olha vai ter que operar.** (Camilo)*

Apesar dos homens relatarem que buscam serviços de saúde quando possuem alguma doença manifesta, alguns comentam sobre a necessidade de se preocuparem mais com sua

própria saúde (SCHRAIBER et al, 2010).

Nesse sentido é importante que os serviços de saúde ofertem ações de prevenção e promoção de saúde, buscando captar essa clientela. Talvez a não procura dos homens pelos serviços da atenção básica seja, em parte, por falta de oferta.

O **atendimento humanizado** e resolutivo é reforçado por alguns usuários.

Ser resolutivo implica em alcançar o diagnóstico e o tratamento adequado para cada caso, utilizando-se toda tecnologia disponível numa abordagem integral do paciente, de forma a satisfazê-lo e, em última instância, aumentar a autonomia diante de seus problemas (MERHY, 1994).

*O atendimento aqui é... **o atendimento aqui é excelente.** Eu venho aqui, ô, preciso disso, doutora já vem e... Doutora, estou ruim. Que que você tem? É isso, isso. Não, não, toma o remédio. Muitas vezes nem, nem lá na frente eu passo, eu venho direto. Estou assim, doutora... é igual eu falei pra ela se eu não tenho a força de vontade e vocês não tem a capacidade e a força de vontade também de fazer... sei lá que seria. (Walfrido)*

*Ah, aqui **sempre eu fui bem atendido também,** porque assim... **o fluxo de gente é pouco...** sempre tem o pessoal disponível né, a gente chega já tem a ficha cadastral certinha então, já pega a ficha já tem né, uma ficha ali pra gente acompanhar, pede pra ficar uns minuto ali pra descansar, mais sempre... mediu certinho, não tem pobrema não. (Messias)*

*Não, aqui (Ambulatório). **Venho de carro, a pé... eu venho aqui. O atendimento aqui é outra coisa né.** (Walfrido)*

Em alguns casos, não basta que a porta esteja aberta, é necessário que ela seja resolutiva e coerente com a realidade do paciente. Nos relatos seguintes observa-se que, apesar do acesso ao serviço, o atendimento recebido não foi resolutivo.

*Inclusive tinha um médico que logo quando, antes de eu ir pra (Pronto Socorro), **antes de eu ser internado,** eu passei aqui, não lembro o nome dele, era um senhor, há 12 anos atrás. Eu vim aqui, ó doutor, eu estou sentindo isso, estou sentindo aquilo, e ainda falei pra ele, será que não é diabete, não? Imagina você é muito novo, acho que eu tava com 33 anos se não me engano... falei pra ele, mas será que não é diabete não, doutor? Olhou pra minha cara, imagina você é muito novo pra ter diabete! Só falou, não, você é muito novo pra ter diabete e **depois que eu quase morri, vi que tem até criança com diabete.** (Camilo)*

É aqui eu tentava, tava aquela dotora, uma dentista. Eu tratava com ela,

*eu falava, **ditora meu dente está doendo. Não pode arrancar seu dente, porque você é diabético, agora não pode não sei o quê, me dava antibiótico, não sei o que lá.** Aí, isso eu morava aqui ainda. Aí eu mudei pro (nome do bairro), aí eu fui no posto lá do (nome do CS). Aí lá eles tem um... como que fala, Centro odontológico? **Aí cheguei lá, expliquei a situação, a médica olhou, tudo, falei que eu era diabético tudo. Aí conversou com o médico, aí o médico falou: _não, pode arrancar. Aí já arrancou tudo que tinha que arrancar.** (Camilo)*

*Olha, eu vim na nutricionista aqui mesmo no Ambulatório é... só que eu vou ser muito sincero, **eu achei um programa muito... fora daquilo que eu posso estar fazendo todo dia, não só financeiramente, mas tempo, dedicação, acho que ainda me faltaria mais dedicação pra alcançar aquilo que a nutricionista me passou.** (Ricardo)*

A agilidade no atendimento facilita o controle da doença crônica, a medida que não exige que o usuário deixe de cumprir suas atividades diárias, principalmente às relacionadas ao trabalho, ao ter que aguardar por ele.

Não, cheguei... eles já perguntam ali pra mim, vai fazer dextro, vou fazer dextro, vou ver como é que está, já vou fazer insulina. (Camilo)

*(...) **aqui você vem uma hora e no mesmo dia já está passando pelo médico.** (Paulino)*

Assim como no estudo de GOMES et al (2011) sobre satisfação do atendimento prestado a homens no âmbito da atenção básica, os usuários do Ambulatório colocam como pontos positivos: humanização, agilidade e resolutividade do atendimento e o vínculo com a equipe (são conhecidos pelos profissionais do serviço). Interessante destaque dado neste estudo consiste na percepção de que as concepções de um bom atendimento servem tanto para discutir a satisfação dos homens como de outros grupos, como o das mulheres por exemplo.

4.5 O olhar de um usuário da Unidade Básica de Saúde

O usuário da UBS que foi entrevistado durante a fase piloto da pesquisa aportou um olhar interessante e em sintonia com o dos usuários do Ambulatório. O que chamou a atenção, foram semelhanças nos relatos quanto às dificuldades no cuidado da doença crônica e quanto à utilização do Centro de Saúde. Um outro aspecto interessante foi a referência mais frequente ao uso de serviços de urgência, como o PA.

A dificuldade em conciliar a frequência nas consultas médicas com a rotina do **trabalho**

é expressa por este usuário, que fala que é difícil faltar no trabalho para ir a uma consulta de rotina.

(...) eu trabalho, o trabalho de porteiro, você trabalha de sábado e domingo, sempre a folga cai num dia que não dá pra você fazer nada. Quantas consulta eu já não perdi. Você não sabe que dia que a folga vai cair! É escala ... atrapalha, porque você é novo no serviço, você num vai querer... Então, aí complica né... Não só eu, isso aí muita gente né.
(Rodrigo)

Além das dificuldades trazidas pelo trabalho, o **uso crônico de medicamentos** na ausência de sintomas e o **sentimento de invulnerabilidade** do homem contribuem para a **resistência ao tratamento**.

*É igual eu falei, estava **trabalhando direto**, então **não tem tempo** muitas vezes né... Ah, uma vez já fiquei (sem medicação para hipertensão), **cheguei aqui, minha pressão estava super alta... Relaxo meu, fiquei amanhã eu vou, amanhã eu vou.** É tipo assim, **a pessoa só vai quando está quase morto.** Quando está no último suspiro, aí o cara corre atrás, funciona assim... Estava, estava passando mal. Ah, diversas vezes né (sem medicação). Então é porque eu não fiz o total tratamento, eu fico... eu estou seguindo, depois eu paro... Por causa dessa dificuldade do serviço, hora, horário, entendeu? Porque é cedo que mede a pressão, aí eu estou lá em casa, **na folga, aparece tanta coisa pra fazer**, quando vê o dia já foi embora. Fica pra outro dia (buscar o remédio fica pra outro dia) e assim vai. Quando você não está sentindo mal, você vai embora, vai embora, **não está sentindo nada!***
(Rodrigo)

Um dos critérios utilizados para vincular a clientela aos serviços da atenção básica é a cobertura territorial, ou seja, o usuário não tem escolha sobre qual serviço utilizar e qual equipe se vincular, dependerá somente do local de moradia.

Só aqui só, porque aqui é o único lugar. É, sou residencial daqui.
Não adianta eu ir pra outros lugar, tem que começar tudo daqui.
(Rodrigo)

CAMPOS et al (2008) comparam este tipo de vinculação ao de outros países, como o Reino Unido e Canadá, aonde o usuário escolhe o profissional, independente do local em que reside. Essa flexibilidade contribui para uma maior eficácia do sistema ao evitar, em alguns casos, a convivência forçada entre o usuário e o profissional/equipe de saúde.

Na visão do usuário, os problemas que a unidade básica apresenta são de responsabilidade de uma gestão invisível, trazendo para ele, uma impotência da equipe do

serviço e dos usuários frente à gestão. A equipe da unidade básica e os usuários são impotentes frente à gestão. Neste contexto, o serviço privado é idealizado como aquele capaz de oferecer um atendimento à saúde melhor para o usuário.

*A gente aqui, como é que se diz, a gente aqui é... a gente tem que se contentar. Tudo, quando se pensa que está ruim, é porque tava bom. É, é porque vem pior. Você reclama daqui, ainda fica pior. (E já teve vezes que você achou que aqui tava ruim?) Ah, depende o tempo de férias, sei lá né. É igual eu falei, **cada diretoria é um procedimento né. Sabe como é né, problema sempre tem, não posso apontar né, quem sou eu pra apontar. O importante é eu ser tratado, esse é o nosso objetivo... A minha saúde é melhor se eu pudesse pagar coisa particular né, mas como eu dependo de coisa pública, a gente vai tocando conforme pode.** (Rodrigo)*

*Aqui é bom (centro de saúde). É bom aqui, **o povo faz o que pode aqui. É igual eu falei, o trabalho de porteiro não é culpa do povo, é sempre a diretoria né. É eles que definem, a gente só executa. É, sempre tem os maioral né. Se eles não dá qualidade, o que é que o povo vai fazer? Nada... O povo faz o que pode né. É bom.** (Rodrigo)*

Da mesma forma que já apontado no relato dos trabalhadores da CEASA, este usuário também expressa que a unidade básica é um lugar utilizado para coisas que podem esperar.

*Eu venho aqui. **Coisa que dá pra esperar, eu venho aqui.** Que dá pra marcar e esperar pra dar continuação... Aí eu venho aqui. (Rodrigo)*

*(sobre a facilidade de agendar consulta no Centro de Saúde) É, se tão marcando é. **Aí é só marcar e esperar.** (Não é sempre que a agenda está aberta) É, depende muito do... que eles tão fazendo. Tem tempo que marca, depende da procedência né, depende do dia, não sei quem assina né. (Rodrigo)*

Por outro lado, uma queixa que costuma ser frequente por parte dos usuários é a demora para ser atendido nos serviços de urgência e a classificação de risco que é realizada nestes locais. A prioridade é dada para os casos mais graves. Assim, os casos mais simples ficam muitas vezes sem atendimento porque as pessoas desistem de esperar.

*(...) as coisa hoje em dia **tá muito complicada**, você vai no (Pronto atendimento) lá, passa nego morrendo lá, não é atendido. Já fui quantas vezes lá. Óia, uma vez eu fui no (pronto atendimento) tava quase morto praticamente, aí eu falei, vou chegar 5h da manhã, pra não ter como não ser atendido. Aí, 5h da manhã, fui um dos primeiro a chegar lá ...Tava vazio, mais tinha algum plantão, aí a mulher falou que ia atender só 1h da tarde. Pra quem estava quase morrendo, ficar até 1h da tarde! (motivo da procura) Garganta, dor de cabeça, mal estar... tava doente (sobre a espera) **Esperei nada, fiquei na sorte mesmo, fui embora,***

tomar remédio em casa. Porque lá eu ia passar mais raiva. (Rodrigo)

*É, você chega lá com pé doendo lá no (Pronto atendimento), mais doendo que você não aguenta, só porque o problema é no seu pé, fala que depois você entra, **põe um monte de gente na sua frente** e você com uma dor terrível no pé, no braço, não sei, mais pra mim é tudo dor. **E se o meu caso é rápido, porque que não me atende e não me libera? Não vai custar nada.*** (Rodrigo)

*Demorou, é porque agora primeiro eles vão ver sua situação (avaliação de risco no Pronto Atendimento) pra depois, você entrar ... Foi difícil, hein! **É chá de banco né, 4-5h.*** (Rodrigo)

Percebe-se que em todos os locais, seja no centro de saúde, no serviço de especialidades, nos pronto socorros ou nos hospitais, as situações de menor gravidade podem esperar. Há certa contradição da política ao colocar que se deva realizar ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, quando se constata que as portas para acessar o Sistema Único de Saúde estão, na prática, fechadas para as situações de menor gravidade. Maior contradição ainda ocorre quando o usuário relata que não conta com a equipe do centro de saúde para resolver problemas simples como uma dor no braço ou na perna e precisa procurar o PA.

Também enfrentam dificuldade na realização de exames preventivos, que o usuário da UBS refere como revisão, ou até de tratamento quando a doença está num estágio inicial.

*Ah, vou sobrevivendo né, graças a Deus, não vou falar que a minha saúde é 100%, porque, pra falar que é 100%, **você sempre tem que estar fazendo revisão né...** É melhor, acho que tem qualidade, de vida né. Ah, eu acho isso, é porque tipo assim, se você tem algum problema, tem solução pra aquilo... vai ser solucionado aquilo, você vai sarar daquilo... Tipo assim, muitas vezes **você tem um problema que pode está resolvendo, só que eles vão resolver lá longe, aí, aquele problema faz 5-6 problema, ele multiplica.** É, eu vejo assim, em tudo lugar.* (Rodrigo)

A despeito das dificuldades de acesso, quando o usuário procura o serviço de saúde descompensado ele muitas vezes é responsabilizado pelos profissionais de saúde pelo agravamento da sua doença, por não ter procurado o serviço precocemente, como aparece na fala de Rodrigo ao se culpar por ficar sem medicação.

*Ah, uma vez já fiquei (sem medicação para hipertensão), **cheguei aqui, minha pressão estava super alta...** **Relaxo meu, fiquei amanhã eu vou, amanhã eu vou.** É tipo assim, **a pessoa só vai quando tá quase morto.*** (Rodrigo)

O mesmo ocorre quando o usuário aguarda exames ou procedimentos de maior complexidade, já que na fila são priorizados aqueles que estão em pior situação.

Já estava no final da fila, na frente, aí tive que voltar tudo de novo pra trás. (Rodrigo, sobre a fila da cirurgia para amigdalectomia, não conseguiu operar devido à pressão alterada e voltou para o final da fila)

Assim como nos relatos dos trabalhadores da CEASA, novamente aparece o atendimento desumanizado na especialidade.

*Ah, lá é péssimo hein! (serviço secundário). É. A mulher (médica) não checa, eles não vê você direito, só pergunta, só marca, examina né, como é que vocês fala? Examina né. É **porque se você tá quebrado, tem que pegar no seu braço pra vê, como é que eu vou colocar o osso né. É assim... É igual eu falei, só escreve, num, num... E um monte de gente tá reclamando, não é só eu. Ah, pô... Que você tem? Se eu soubesse o que é que eu tinha, eu não estava lá. Eu penso assim. Eu não estudei pra ser médico né, eu não estudei. Eu vou falar o sintoma, mais você que tem que olhar, pra ver o que é real.*** (Rodrigo)

O usuário do Centro de Saúde sugere o que pode melhorar no atendimento no SUS.

***Dedicação do povo** (profissionais de saúde), *desenvolver mais né, ajudá mais né. Sei lá eu penso assim né. **Muito descaso** né.** (Rodrigo)

Em geral, os usuários “buscam relações de confiança, a certeza de que seu problema vai ser entendido, e o compromisso de que tudo vai ser feito para defender e qualificar sua vida será objeto das ações dos profissionais e dos serviços de saúde” (MERHY, 1997, p.5).

Como afirma Campos (2002b, p.4),

Sempre haverá recursos insuficientes em saúde, a demanda tende a ser infinita, a maioria não quer morrer ou sequer sofrer, e a medicina e o SUS prometem cuidado e atenção, nossa oferta estimula as pessoas a nos procurarem. A saúde transformou-se em direito, algo deste direito é possível de ser precisado, outra parte é ambígua, e o direito à saúde é traduzido, na prática, pelo acesso a um exame complementar ou a um medicamento e nunca teremos tudo que as pessoas demandam ou que os profissionais consideram necessário. Por outro lado, sempre poderemos construir um projeto de intervenção que tenha algum efeito terapêutico. Entre o que nos imaginamos como sendo ideal - nem sempre o mais adequado - e nada, há uma infinidade de possibilidades de intervenção prática. Em nome do ideal, muitas vezes ficamos com o nada, o que é um absurdo.

4.6 O modelo assistencial do Ambulatório da CEASA

Embora o Ambulatório esteja localizado dentro do local de trabalho e não constitua originalmente, uma UBS, ele tem representado e funcionado como um serviço de atenção básica para os trabalhadores da CEASA.

Como afirma Merhy (2002), a produção do cuidado em saúde ocorre por meio de um “trabalho vivo em ato, em um processo de relações”, assim, o profissional de saúde detém um certo “autogoverno”, que permite um modo de atuar para além das normatizações e protocolos. Nesse sentido, mudar o modo de produzir saúde implica na modificação do cotidiano dos serviços por meio de seus profissionais e não depende, somente, de reformas macro-estruturais e organizacionais.

Nessa perspectiva, foram trazidos aspectos do modelo assistencial do Ambulatório por meio dos relatos de duas profissionais, uma é enfermeira e ocupa o cargo de gerente do serviço e uma é auxiliar de enfermagem, com experiência de mais de 10 anos no SUS-Campinas, principalmente em serviços da atenção básica.

Embora o Ambulatório não seja uma Unidade Básica de Saúde típica, nele são realizadas **ações de atenção primária**. A equipe trabalha para garantir **o acesso, a integralidade do cuidado e o vínculo**.

Uma das prioridades é o atendimento das queixas agudas. O Ambulatório dispõe, inclusive, de uma ambulância para fazer o transporte interno de trabalhadores que se acidentam ou de outras pessoas que se sentem mal no mercado.

(...) a gente tem uma sala de urgência e emergência aqui que tem uma atividade bastante intensa, hoje tem aumentado muito, assim, a gravidade dos acidentes, a gente tem observado... agravamento das doenças crônicas como hipertensão e diabetes, a gente tem tido muito situação de infarto, AVC, coisa que a gente não pegava há pouco tempo atrás. Hoje em dia a gente tem tido bastante casos, como agente atende compradores também, tem vindo muitos compradores de outras cidades, daqui de Campinas, que não fazem acompanhamento em lugar nenhum, estão soltos e aí vem numa situação de risco aqui, numa situação aguda e a gente sempre... mesmo que eles sejam compradores, a gente oferece nosso serviço para acompanhamento ... a gente sempre orienta, o que for mais fácil pra eles. (coordenadora)

As profissionais da equipe destacam que não há dificuldades para o agendamento de consultas no serviço, diferentemente do que ocorre nas UBS.

A nossa agenda, 50% de vaga de porta e 50% de agendado ... agora a demanda de agudo é muito grande, então a gente tem que deixar pelo menos metade, e assim mesmo a gente usa a nossa vaga de agendado que não foi preenchida pra atendimento de agudo. E assim, o que é bom aqui é ... os agendamentos são muito próximos. Por exemplo, se uma pessoa chegar agora ali na recepção, ela consegue uma vaga pra hoje, pro atendimento hoje, independente de ser só agudo ou se ele faltou numa consulta, ele vai ser encaixado dentro da data, no mais tardar no dia seguinte, então essa facilidade faz com que eles frequentem mais a Unidade. (coordenadora)

(...) o Ambulatório é excelente, atendimento... comparado com outras unidades de saúde, os pacientes aqui, tem consulta pra amanhã, se for uma rotina, uma queixa de 15 dias atrás ou se for uma queixa do dia, já dá pra estar colocando ele, de manhã ou à tarde. A não ser que o médico não veio ele é encaminhado, mais a maioria é tudo aqui. (auxiliar de enfermagem)

Estas profissionais expressam uma visão da equipe do Ambulatório que é a da busca pela satisfação das necessidades dos trabalhadores da CEASA. Pode-se dizer que a equipe tenta organizar seu processo de trabalho e suas ações voltando o olhar para um usuário que é singular e está inserido num determinado contexto social e de trabalho. Nesse sentido pode-se dizer que a equipe do Ambulatório pratica uma **clínica ampliada** (CAMPOS et al, 2008).

Então isso tem sido uma frequente, então, e pessoas que por exemplo caminhoneiro ele não vai consegui ir na unidade dele, ele vem aqui, enquanto descarrega, ele vem no Ambulatório pra verificar a pressão, fazer um dextro e se ele tem alteração, ele já passa por consulta médica, a gente colhe exame fora do dia de coleta se for o caso, a gente agenda com ele. Não, eu só venho de quarta-feira, a nossa coleta é de quinta, não, então o senhor vem de jejum, a gente orienta ele vem, a gente colhe, então a gente tenta facilitar ao máximo. Eu falo que aqui a gente trabalha voltado para as necessidades dele e não ele pras condições da unidade. A unidade vai ter que se adaptar às necessidades deles, porque aqui é totalmente diferente, as pessoas entram muito cedo pra trabalhar, vão embora cansados, então, a gente sabe que eles não vão no centro de saúde pela própria condição física deles, mental e tudo, então eles vão acabar procurando aqui. Mas homem é muito difícil, a gente está remando muito pra conseguir conscientizá-los. (coordenadora)

A caracterização da clientela do Ambulatório pelas profissionais é feita considerando o contexto de trabalho e a vulnerabilidade dos usuários, como a presença de doenças sexualmente transmissíveis (DST) entre os caminhoneiros, as infecções de vias áreas naqueles que trabalham na câmara fria, o estresse dos que trabalham com vendas, a má alimentação devido aos horários de trabalho.

Essas percepções a respeito da clientela são apontadas em vários momentos pela coordenadora.

(...) a maioria das pessoas que a gente atende, a nossa clientela ela é... a maioria de homens, trabalhadores da CEASA, porém a gente atende a população do país inteiro e da região do Mercosul ... predomina a faixa de 20- 50 anos ...

(...) a nossa missão principal é a saúde do trabalhador, que são acidentes, doenças relacionadas ao trabalho...é, no período de inverno, a gente tem muito a questão de gripe, pneumonia, e sinusite. Porquê? Eles trabalham com câmara fria, então é fundamental a gente dar essa assistência imediata.

E as doenças básicas, hipertensão, diabete, é ... doenças sexualmente transmissíveis, a gente tem trabalho bastante intenso aqui. É as doenças sazonais, no caso as epidemiológicas, a gente tem uma entrada de doença muito grande porque circula o país inteiro, então trazem essas doenças aqui pra dentro. A dengue por exemplo, é porque a gente tem, por ser um local que tem bastante bueiro, bastante água parada e tudo mais, principalmente no mercado de flores... mais a gente se preocupa muito com as DSTs, pelas questões dos viajantes caminhoneiros e jovens, usuários de droga, etilismo muito alto aqui dentro, mais muito alto dentro. (coordenadora)

Ao caracterizar a clientela, a auxiliar de enfermagem contextualiza os trabalhadores e mostra estar sensibilizada com a vulnerabilidade deles.

Desde quando eu vim trabalhar aqui, eu acho que esses trabalhadores aqui do CEASA, tanto o comprador que vem de fora, quem vem entregar e tudo, são trabalhadores que eles têm que ter um atendimento de tudo aqui dentro, porque eles fazem parte da nossa alimentação do dia a dia, quando a dona de casa chega às 7 da manhã, pra fazer uma compra no supermercado... eles (os trabalhadores) chegaram 3 ou 4 da manhã aqui, às vezes eles estão com febre, com dor no corpo ou porque torceu a coluna ou porque pegou um peso eles ficam, eles vão fazer aquilo porque é só ele naquele box... se ele deixar o trabalho e vir aqui (no ambulatório), lá não chega no supermercado ..., então assim, o atendimento deles têm que ser prioritário, os vendedores têm um nível de stress bem alto, porque eles precisavam... ir na psicóloga, falta isso aqui no Ambulatório... o pessoal duas e meia (madrugada), três horas estão comendo lanche, porque estão trabalhando. Eles precisam comer essa

*hora, aí tem a alimentação deles que acaba ... agora nós temos a nutricionista, né. **Eles acabam fazendo alimentação errada, às vezes é hipertenso, diabético, entra duas horas da manhã, então come errado.** Ou eles trabalham, a gente tem percebido que tem gente que entra 6 horas, qualquer horário que seja, que ele trabalha até meio dia e não come nada. Ah, mais eu tô acostumado assim, ah, mais até um certo ponto. A hora que idade né... quando ele vier lá com 50 anos ... o carregador, 60, que **eu observei isso no acolhimento**, ele já começou a ter problema porque ele não se alimenta, começa a sentir, se ele é diabético. Ah, eu só consigo comer duas horas (tarde) quando eu chego em casa, o almoço com a família, eu não como nada aqui só tomo um cafezinho preto, então é uma série de coisa que ainda precisa ser trabalhada né. (auxiliar de enfermagem)*

O trabalho do acolhimento realizado pela auxiliar de enfermagem no ambulatório mostra a preocupação com a integralidade do cuidado. Ela destaca a importância da visão ampliada dos usuários, trabalhada na capacitação do Projeto Paidéia, quando ela trabalhava na UBS.

*(...) aí veio o **Programa de Saúde da Família**, nós fomos a primeira equipe da unidade... a fazer o treinamento do **Paidéia**, pra saber como... hoje não tem mais né, é uma pena, isso se perdeu, porque foi muito bom quem fez o Paidéia, **porque nós aprendemos como acolher, a visão de acolhimento, de estar olhando o paciente como um todo né.**(auxiliar de enfermagem)*

Uma diretriz central da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas na gestão 2001-2004, foi a implantação do Projeto Paidéia de Saúde da Família. Paidéia é um conceito antigo que os gregos utilizavam quando se referiam a cidades democráticas e que significa desenvolvimento integral do ser humano. Foi utilizado por CAMPOS (2001) para nomear um projeto que objetivava reformar a rede básica do município de Campinas a partir de um modelo de atenção baseado no acolhimento, clínica ampliada, responsabilização, vinculação de famílias a equipe local de referência, ações de saúde coletiva no nível local e co-gestão. Para implementação destas diretrizes foram realizados o cadastramento das famílias e a capacitação dos profissionais de saúde (CAMPINAS, 2001).

Muitos profissionais, como a auxiliar de enfermagem entrevistada, foram capacitados na época da implementação do Projeto Paidéia. Entretanto, com as sucessivas mudanças de governo, as prioridades foram mudando e o que se percebe, atualmente, é a falta de diretrizes claras para atenção básica.

Por não se localizar em área residencial, a equipe do Ambulatório tem dificuldade em

abordar a família, mas busca, na medida do possível, organizar-se sob a **lógica da Saúde da família**.

*(...) e estou fazendo **acolhimento**, que eu gosto muito de fazer, acolhimento assim... Eu não sei, eu acho que tá em mim já essa coisa do acolhimento sabe. Desde quando eu fiz o **Paidéia, o Programa de Saúde da Família**, que veio o acolhimento, que antes não tinha, **antes era aquela medicina tradicional**, já passava direto com o médico. Então eu gosto de tá vendo, aí perguntando pro paciente é... tirando mais dados dele, se pai ou mãe teve algum problema de saúde, vendo se ele faz algum acompanhamento com frequência, quais as dificuldades que ele tem e é ... **prazeroso**. (auxiliar de enfermagem)*

TESSER et al (2011) destacam que na rede pública de saúde do município de Florianópolis, embora haja predominância do modelo biomédico tradicional, a ESF contribuiu para avanços na prevenção, consciência sanitária, realização de visitas domiciliares e maior disponibilidade de consultas médicas. Tal fato sugere que a ESF contribui para implementação de práticas mais abrangentes, reorientando o modelo tradicional da rede local.

A Estratégia de Saúde da Família, como modelo de atenção, busca a “reestruturação simbólica e cultural da saúde, do cuidado, da prevenção e da promoção” num contexto atual marcado pelo consumismo tecnológico e medicalização da sociedade (TESSER, 2011, p. 4292).

*(...) a gente, apesar de não ser um Centro de Saúde, a gente trabalha na mesma perspectiva, **na mesma linha de PSF**, inclusive, tá. Porque apesar de trabalhar com o trabalhador aqui, uma pessoa física aqui, **a gente envolve a família e chama a família inclusive, principalmente se tem DST, a gente pede que se eles puderem trazer a esposa ou as pessoas que deveriam ser investigadas aqui**, eles poderiam trazer aqui e eles fariam todos os exames por aqui. (coordenadora)*

Mesmo não tendo agentes de saúde que possam captar os doentes na comunidade, a equipe realiza atividades nos locais de trabalho em busca de possíveis usuários portadores de Hipertensão e Diabetes.

*(...) a gente tem uma atividade chamada **busca ativa de hipertensos e diabéticos**, aí a gente tem o envolvimento da (universidade) **que vem com alunos**, quando a gente vai fazer uma atividade, a gente começou fazendo isso, vamos montar uma banquinha em algum lugar onde tem o maior fluxo de pessoas pra **verificar pressão e fazer dextro...** e aí a*

gente tem registro de todas as pessoas, onde elas trabalham, telefone, onde a gente possa localizar, mesmo que elas não trabalhem aqui dentro. A gente tem como ir atrás... começou a trazer pessoas aqui pra dentro, a gente começou a chamar pra acompanhamento e oferecer. (coordenadora)

Essas atividades são importantes para a descoberta de novos casos, como referido pela auxiliar de enfermagem com relação ao Diabetes.

*(...) essa parte das DST é o que mais tem feito né, e a **glicemia**, sempre pega um paciente novo na atividade que não sabe que é diabético, aí vai lá fazer uma glicemia, encaminha ele pra cá. (auxiliar de enfermagem)*

A equipe também vai até o local de trabalho para **ações de prevenção** relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis e vacinação.

*Outra situação que a gente tem aqui, **as DSTs** no caso, a gente faz projetos, a gente faz **atividade educativa** contínua é... com datas marcadas, entendeu? Carnaval, dia dos namorados, é a gente tem algumas já no planejamento, mais qualquer outro tipo de atividade que possa ter dentro desse território... **A gente vai até o local, é itinerante, não é dentro da Unidade...** porque é mais difícil ele vir aqui, pela não liberação ou pela atividade que eles estão desenvolvendo não dá pra eles virem até aqui. **A dificuldade com eles é muito grande pra fazer alguma coisa preventiva, eles vem quando têm a necessidade real, aí já é mais difícil. Então a gente tenta fazer a parte preventiva,** então a gente trabalha muito na área da prevenção e outra coisa que a gente faz aqui que eu acho que é fundamental para o trabalhador é a questão da **imunização**, sala de vacina nossa é aberta pras vacinas do adulto... mais a gente faz um trabalho de vacinação nos boxes, de atualização de dupla adulto, de hepatite B. (coordenadora)*

Outras ações também são realizadas no Ambulatório, tanto na área de saúde do trabalhador, como no tratamento do tabagismo ou no encaminhamento para o nível secundário. É importante destacar que, pela sua localização dentro do local de trabalho, as ações em saúde do trabalhador são mais facilmente monitoradas, como por exemplo as Comunicações de Acidente de Trabalho (CATs).

*Eu assim, quando eu vim pro Ambulatório, eu tava primeiro... as atividades que eu fiz... falar anterior que era **saúde do trabalhador**, que era as **CATs**, acidentes de trabalho, que foi bom, eu peguei uma experiência assim muito boa, porque aonde eu trabalhava eu não fazia muito isso. Do acidente, de orientá, quem vai pro INSS, quem não vai, tá ligando, convocando. **Especialidades**, que eu fiz agendamento. (auxiliar de enfermagem)*

*Eu faço **grupo do tabagismo** com a doutora..., eu adoro, não era pra profissional da minha área, era mais pra nível universitário, mais a gente fez o treinamento... e a gente faz esse trabalho também. Até no acolhimento tem que está tirando essa história, ver se o paciente fuma, já estar falando e conversando... não é fácil né, você convencer ele pra vim no grupo, mais os poucos que vieram... Acho que uns 3 anos que a gente está fazendo o grupo de tabagismo é... assim, teve bom resultado, deve ter tido um caso que não conseguiu dar seguimento, não terminou, mais assim não é tudo 100%. (auxiliar de enfermagem)*

A partir de uma visão integral do usuário, a equipe do Ambulatório identifica necessidades de saúde, que, muitas vezes, não são percebidas por ele. Isso é exemplificado pela auxiliar de enfermagem, ao relatar que é oferecido seguimento longitudinal para aqueles em que se verifica pressão arterial alterada, destacando-se a facilidade para marcar exames e passar por consulta médica.

*(...) se o auxiliar verifica que a pressão tá alterada... uma pessoa que às vezes nunca passou por aqui já chama o enfermeiro, o enfermeiro já chama... já faz algumas perguntas referente ao protocolo, a gente já solicita alguns exames, mais se tem a vaga ali na hora pra passar com o médico, já passa por uma consulta médica, se não tem a vaga com médico naquele dia, a gente já faz a solicitação do exame, já faz a orientação alimentar, já **oferece o serviço pra acompanhamento**, já fala dos horários, quando a pessoa pode vir e a gente aguarda que ela vem, mais de preferência é... normalmente ela já é atendida na hora, no dia. **Às vezes tem consulta pra dali 1h, 2h.** (coordenadora)*

São realizadas ações de vigilância, por meio de um cadastro para o controle de hipertensos e diabéticos.

*Tá passando mal e **ele fala que é hipertenso, que é diabético, a doutora... faz o cadastrinho dele e a gente deixa aquela ficha e não arquiva** no arquivo morto, põe uma targinha verde ou amarela, se for hipertenso e diabético, se for só hipertenso, targinha verde, permanece no arquivo e a gente fala, ó, vamos deixar anotado, traz uma receita, pra quando você passar mal e vim aqui, sabe. Então é esse trabalho que a gente vai fazendo aos poucos... é de formiguinha. Que tem melhorado bastante. (auxiliar de enfermagem)*

O vínculo entre os usuários e os profissionais do Ambulatório é apontado como um dos aspectos importantes do atendimento.

*Então eu acho assim, falta bastante coisa, é bom nosso acompanhamento porque a gente consegue fazer o **vínculo com o paciente**, não com 100%, tem alguns que só por Deus e alguma coisa, **os que são usuários de álcool, é outra dificuldade** que a gente tem,*

*que eles são hipertensos, eles **não tomam medicamento**, eles são diabéticos... eles não tomam medicamento porque eles querem beber. **E a gente não tem saúde mental aqui.** (coordenadora)*

*Ah, **eu acho que o acompanhamento deles é vip** né. Os pacientes que a gente tem cadastro, é vip, eles têm assim... **a maioria já são conhecidos, eles são muito bem tratados.** Todo mundo já sabe que hipertenso, que é diabético, vê a pressão, precisa disso, **eles não são desassistidos por nada**, chega... tem uns que já quer ser atendido na hora né. Tem uns diabéticos aí, o Camilo por exemplo que é o mais famoso, ele já entra, se bobiar ele vai lá dentro pega a ficha dele. Já entra, vão fazendo a glicemia... Seja ele que acompanha aqui ou não, mesmo que ele tenha uma fichinha, que é separadinha lá, e que ele é de fora né. A gente vai passar ou se não tem médico, a enfermeira liga... Então esse olhar pra ele, a gente tem muito bom, pode dizer que é 100% quase... A equipe tá sempre de olho. A doutora então nem fala, ah, você está aqui! **Ela conhece os pacientes dela por nome**, olha, pode deixar ele pra mim, já vai lá, já passa. **Tem horário, não tem horário, não tá bem, ela vai atender**, é assim. (auxiliar de enfermagem)*

A preocupação em oferecer assistência que esteja de acordo com o que é preconizado pelos projetos da Secretaria de Saúde do município, como a gestão da clínica e com os protocolos vigentes é uma das preocupações trazidas pela coordenadora, destacando que o serviço possui condições para isso.

***Então, a gente acolhe, identifica, acolhe, tenta seguir todos os protocolos.** Estamos atualmente fazendo um trabalho na gestão da clínica né... E com isso a gente está tentando organizar o nosso processo de trabalho em cima do protocolo. A gente fez a verificação dos prontuários como todas as unidades fizeram e a gente identificou muitas falhas. Então, e falhas que não deveriam acontecer que a gente não tem uma demanda que a unidade básica tem, a gente teria condição de fazer melhor. (coordenadora)*

Assim como os portadores de Hipertensão e de Diabetes acompanhados pelo Ambulatório relatam dificuldades no controle da doença crônica, as profissionais também conseguem identificar a resistência dos homens na busca por atendimento, principalmente quando ainda não estão impossibilitados para o trabalho, o alcoolismo e a dificuldade no uso crônico de medicamentos.

***Mas homem é muito difícil**, a gente tá remando muito pra conseguir conscientizá-los. Então a gente tem uma demanda bastante grande de hipertensão e diabete e uma **resistência muito grande ao tratamento** né, eles não fazem o tratamento adequado por mais que a gente... mais eu acho que tem muito pra gente fazer, talvez a gente não esteja conseguindo com as estratégias montadas, conseguindo fazer o*

acompanhamento mais próximo pra que dê resultado, mais a vinda da nutricionista uma vez por semana tem ajudado bastante (coordenadora).

*(...) mais se ele tá saudável, **você sabe como são os homens, eles não procuram. Eles tão trabalhando, só vai procurar quando ele está doente mesmo.** Mais assim, a gente tem facilitado isso pra eles, apareceu aqui uma vez, mesmo que tem convênio, o que que a gente fala pra ele dentro da sala, o senhor quer fazer acompanhamento aqui, o senhor está tendo dificuldade? (auxiliar de enfermagem)*

A imposição de regras, sem flexibilidade, pelos serviços de saúde e a falta de humanização no atendimento são fatores, segundo a coordenadora do Ambulatório, que dificultam o acesso às unidades básicas de saúde.

*(...) a gente ouve a situação das unidades básicas, é ... mas **eu ainda acho que a Unidade Básica... eu acho que ainda falta um atendimento humanizado.** Que é aquela coisa... é a demanda, é a agenda, **tem que ser assim**, o horário é esse nãñã... Ou seja, a condição... **você tem que se adequar à condição da Unidade**, eu não consigo enxergar e nem sei se isso é possível, por isso que eu não posso nem falar muito, se existe a possibilidade de situações ... é... inversas. Verificar **qual é a necessidade do paciente para a Unidade ir atrás.** Outra situação que eu vejo, é... não existe uma escuta mais qualificada, por exemplo, quando a gente ouve aqui o nosso trabalhador falar que ele não vai de jeito nenhum no Centro de Saúde, porquê? Porque lá ele está cansado, ele não aguenta mais, **as pessoas não ouvem o que ele fala**, isso dito por eles, eu não sei se é verdade... E aí é... essa coisa do trabalhador é muito complicado, **ele não tem tempo pra ficar lá parado esperando né...** Que é o que a gente faz, **agilidade** aqui no atendimento, o mais rápido possível. Então, eu acho que assim, a Unidade Básica ainda está é... **apagando incêndio o tempo inteiro**, não tem profissional na quantidade suficiente, outra coisa que eu vejo, aí é opinião minha, porque eu vejo a importância do que a gente faz aqui, que eu não vejo muito acontecer na Unidade Básica que é a **atividade preventiva.** (coordenadora)*

O atendimento queixa-conduta, com foco na doença e não no doente é criticado pela coordenadora do Ambulatório e apontado como um dos fatores que contribuem para a baixa resolutividade da assistência.

*(...) e uma falha que eu acho terrível... **não ver a pessoa integralmente.** Ela chega com uma queixa, ela vai ser atendida naquela queixa. Se ela tiver uma segunda queixa, não, você vai lá e marca outra consulta pra segunda, porque a consulta é só 20 minutos. Isso não entra na minha cabeça. Porque eu tenho que aproveitar o momento pra ver todos os problemas daquela pessoa e tentar resolver. Se for necessário avançar no horário, vai avançar, mas, senão, a pessoa vai ter que*

*marcar outra consulta, por isso que vai virar uma bola de neve... Então eu acho que **a resolutividade da assistência está pequena, exatamente porque ainda não estão vendo a pessoa integralmente.*** (coordenadora)

O acompanhamento dos trabalhadores portadores de doenças crônicas pelo Ambulatório da CEASA ocorre, na maioria das vezes, em decorrência de um déficit nos serviços da atenção básica.

A demanda excessiva é uma queixa frequente das equipes da atenção básica, fato que não é vivenciado pela equipe do Ambulatório.

*Hoje eu entendo que está mais difícil pras unidades básicas. **Pra gente não está difícil.** Por isso que a gente tem que ser muito melhor do que a gente é. Então **a Unidade básica tem muito mais dificuldade por conta de toda demanda** que tem, que é muito maior. Agora aqui a gente tem a facilidade porque eles estão no trabalho.* (coordenadora)

Como afirmam GOMES e PINHEIRO (2005. p.298), “a implantação de PSF é um grande desafio para os profissionais idealistas, para a população que vem buscando seus direitos e para os gestores que precisam romper com práticas instituídas nos serviços.”

Ter perfil para trabalhar no serviço público, principalmente na atenção básica, é relatado pela auxiliar de enfermagem como um fator importante para a melhoria da assistência.

*Então eu acho que pra trabalhar no serviço público, assim... era importante também, **ter perfil pra saúde pública**, eles deveriam fazer na hora da contratação da pessoa... porque tem gente que não tem perfil pra saúde pública. Ela tem perfil só pra urgência, emergência, fazer medicação, ficar dentro de um hospital atendendo. E na saúde pública **tem que ter dedicação**, tem que está ali, estar conversando, orientando... Ter perfil pra grupo, gostar... é sabe... **é da pessoa mesmo, não é todo mundo.*** (aux. de enfermagem)

A produção do cuidado em saúde não permite que o gestor de um serviço controle o trabalho dos profissionais na sua totalidade, pois o cuidado é produzido na relação com o usuário, o que dificulta sua apreciação. Envolve as chamadas tecnologias leves, relacionais, utilizadas no espaço da micropolítica de cada trabalhador da saúde. Nas falas das profissionais, a falta de envolvimento de alguns membros da equipe dificulta a existência de um atendimento homogêneo.

(...) a gente já teve muito problema, porque assim a gente pedia que a pessoa viesse quantas vezes necessário aferir a pressão, está passando

aqui, está indo embora, dá uma paradinha aqui, vem medir a pressão, pra gente ter um controle, até pra gente ter essa proximidade. E aí a gente esbarra um pouquinho na questão de alguns profissionais que acham que... mais porque que a pessoa vem tanto se a pressão dela está normal? A gente tem médicos... tem aquele que está mais envolvido, aquele que está mais ou menos e aquele que está nada envolvido. (coordenadora)

Às vezes eu fico descontente com algum profissional médico, não vou citar nome, no caso quando você passa o paciente pra ele e ele acha que você está pegando paciente lá fora, pra ele atender, assim, eu fico um pouco chateada com isso... Ué... o paciente veio porque ele está precisando, ele está doente né. E acha que está sobrecarregando. (auxiliar de enfermagem)

Segundo TRAVASSOS e MARTINS (2004), o primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde depende de sua procura, porém, os recursos a serem consumidos e os contatos subsequentes dele com o serviço dependem do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde.

Assim, os diferentes profissionais de saúde tem grande autonomia ao realizarem suas ações, o que é bom para o usuário, se considerarmos a liberdade na realização de práticas inovadoras que adaptam-se melhor aos diferentes contextos. Entretanto esta autonomia pode tornar-se um entrave no trabalho das diferentes equipes quando dificulta o cuidado em saúde.

Para Campos (2002a, p.229), “haveria que se inventar modos de gerenciar que nem castrassem a iniciativa dos trabalhadores, nem deixassem as instituições totalmente à mercê das diversas corporações profissionais.” Para este autor seria necessário buscar, em cada contexto, arranjos singulares que cumprissem pelo menos três critérios: capacidade de produzir saúde; viabilidade técnica, financeira e política dos projetos ou arranjos acordados e realização profissional e financeira dos trabalhadores de saúde.

A partir do ideário da educação permanente, TESSER et al (2011, p. 4305) afirmam:

há necessidade de estímulo e de apoio institucional para que os profissionais de saúde possam ressignificar seus processos de leitura e de análise da realidade, no sentido de revalorizar a potencialidade que o próprio trabalho e a imersão na realidade dos usuários têm de gerar propostas de ações de promoção da saúde, bem como de terapêutica e prevenção.

Um dos grandes problemas existentes no Sistema Único de Saúde é a dificuldade de

comunicação entre os diferentes serviços e níveis de atenção. No Ambulatório isso também ocorre, como é relatado pela coordenadora, que destaca a dificuldade de comunicação com as próprias unidades básicas. Neste caso, o trabalho conjunto com a unidade básica facilitaria a abordagem familiar.

*Então, a dificuldade na **intersetorialidade** é muito grande e com as especialidades também. Eu acho que essa é a maior dificuldade que a gente encontra. Porque não existe é... agora tá tão em moda falar disso, é... **a rede**. Se você não tiver entrelaçamento de tudo, nós com a unidade básica, ele está trabalhando aqui, mais ele mora em algum lugar, tem família lá. A dificuldade que eles têm, não adianta falar que eu tenho que mudar minha comida, se a minha mulher que cozinha... Então eu acho que a gente precisaria ter **um canal é... do Ambulatório com a Unidade básica**. Algum instrumento, onde, a pessoa pudesse tá frequentando... ela teria que ter um acesso mais facilitado dentro da Unidade Básica, a gente teria mais informação sobre a família. (coordenadora)*

O que foi expresso até aqui por quem trabalha no Ambulatório evidencia pontos abordados pelos próprios trabalhadores da CEASA. Pode-se dizer que o Ambulatório é um serviço centrado no usuário, que organiza seu processo de trabalho, de forma a identificar e responder adequadamente, dentro das possibilidades do SUS, as necessidades de saúde de sua clientela, num modelo assistencial caracterizado pelo acolhimento, pelo estabelecimento de vínculo e pela busca da integralidade do cuidado.

GOMES e PINHEIRO (2005) destacam que o maior desafio dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família é dar a “voz ao outro” ao abordar suas necessidades de saúde, rompendo com a “relação de poder técnico-usuário.” Nesse sentido, afirmam: “a integralidade da atenção à saúde em suas ações de promoção, prevenção e assistência poderá, assim, representar um novo modo de andar na vida, numa perspectiva que coloca o usuário como sujeito de sua própria história” (GOMES e PINHEIRO, 2005, p.298).

5 Considerações finais

Os relatos dos trabalhadores e a análise do modelo assistencial do Ambulatório da CEASA trazem reflexões sobre três conjuntos de aspectos, que poderíamos sintetizar como: a masculinidade hegemônica interfere no cuidado à saúde; a forma como os serviços da atenção básica estão organizados não promove o acesso e a integralidade do cuidado a homens trabalhadores; e serviços que se organizam sob a lógica do acolhimento, do vínculo e da integralidade são apostas importantes para a produção do cuidado em saúde.

Um primeiro aspecto refere-se ao próprio trabalhador, sua condição sócio-econômica e cultural que leva a iniquidades no acesso aos serviços e dificuldades no acompanhamento de seus problemas de saúde, principalmente aqueles relacionados às doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão arterial e o Diabetes mellitus. Doenças que exigem revisão e mudanças de hábitos e comportamentos que, embora não pertençam exclusivamente à esfera sociocultural masculina, são muito frequentes nesta parcela da população.

Um segundo aspecto relaciona-se à dificuldade de acesso e de utilização dos diferentes serviços de saúde, destacando os da atenção básica. Tem-se que as características destes serviços, em particular o modo como eles se relacionam com os usuários homens trabalhadores, não tem conseguido captá-los e vinculá-los. Um dos principais aspectos identificados neste estudo consiste no modo de abordagem do usuário, moldado habitualmente mais pelo interesse dos serviços, com rigidez em relação a horários, normas, protocolos, atitudes, do que pela capacidade de acolher, no sentido de escuta das suas reais necessidades de saúde. Isso se traduz na pouca flexibilidade em ofertar ações que se adaptem às dificuldades da clientela para utilização dos serviços.

Um outro aspecto importante no cuidado de trabalhadores homens em idade produtiva é a percepção de que, quando eles encontram um serviço que facilita o acesso e se dispõe a escutar, acolher e estabelecer vínculo, eles demonstram disposição para o cuidado de sua saúde. É possível, assim, uma desmistificação de que homens não valorizem sua saúde e não frequentem os serviços da atenção primária.

Com relação ao cuidado das doenças crônicas, este trabalho reforça a compreensão de que a adesão ao tratamento, exige a vinculação entre usuário e profissional/equipe de saúde,

num processo contínuo de amadurecimento, de responsabilidade pelo cuidado e construção de autonomia.

As políticas têm colocado um papel, muitas vezes idealizado para atenção básica, marcado por inúmeras competências que os serviços devem ser capazes de cumprir. Apesar de não haver recursos suficientes que permitam atingir tais objetivos, muita coisa é possível ser realizada na atenção básica, no campo da produção do cuidado, a partir de uma postura que leve em consideração as singularidades dos sujeitos, portadores de necessidades que variam de acordo com o contexto em que se inserem. Um caminho importante seria investir no conhecimento do usuário, no vínculo e na responsabilização pelo seu cuidado.

Possivelmente as questões expressas com tanta força pelos trabalhadores sejam sentidas de forma semelhante pelas mulheres e as expectativas com relação ao acolhimento e à qualidade dos serviços de saúde não se diferenciem quanto ao gênero.

A Política de Saúde do Homem, como tantas outras, é importante para identificar necessidades de saúde de determinado grupo, a partir de sua situação epidemiológica e orientar recursos e ações que reduzam as iniquidades na situação de saúde. Porém não se justifica criar serviços básicos específicos para atendimento dos homens, mas construir uma atenção básica capaz de desenvolver ações que levem em conta as distintas necessidades de saúde dos grupos populacionais.

Como foi visto, os homens frequentam a unidade básica de saúde, mas têm suas necessidades invisibilizadas por um pensamento hegemônico de que não aderem às orientações e de que não se cuidam. Mais importante que criar novas demandas para a unidade básica, como o projeto do Pré Natal do homem, seria acolher esta clientela e entender quais são suas reais necessidades de saúde.

Como proposto por COUTO e GOMES (2012), a Política Nacional de Saúde do Homem deve ser implementada como uma política transversal, que permeie outras políticas de cunho mais abrangente, como a Política Nacional de Atenção Básica

De qualquer modo, ainda que a política norteie as ações em saúde, é no espaço da micropolítica dos processos de trabalho que se pode produzir (ou não), mais saúde.

Nesse sentido, CAMPOS (2002a) destaca que os trabalhadores da saúde sempre

possuem certo grau de autonomia, e isto é necessário para que haja eficácia e resolutividade nas ações. Autonomia pressupõe liberdade, porém somente uma autonomia responsável, que se interesse pelos problemas dos outros é capaz de assegurar a qualidade na saúde.

Muitas questões apenas tangenciadas neste trabalho merecem ser aprofundadas. Entre elas estão as representações de homens trabalhadores sobre as doenças crônicas prevalentes, como Hipertensão arterial e Diabetes mellitus e a relação destas com o trabalho, a experiência do adoecimento, o vínculo com o serviço e sua influência para a gestão da integralidade do cuidado e o ganho em autonomia por parte dos usuários, a partir de uma relação mais cuidadora.

6 Referências

- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p.375-391, jul/set. 2012.
- AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 121-132, ago., 2006 .
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise. **Ciê. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, 2865-2875, nov., 2012.
- BARRETO, S. M.; FIGUEIREDO, R.C. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43 (Supl.2), p. 38-47, nov., 2009.
- BARROS, M. B. A. et al. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 502-509, ago., 2007.
- BARSAGLINI, R. A. Com açúcar no sangue até o fim: um estudo de caso sobre o viver com diabetes. In: CANESQUI, A. M. **Olhares sócio antropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 53-85.
- BARSAGLINI, R. A. **As representações sociais e a experiência com o Diabetes: um enfoque socioantropológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 248 p. (Coleção antropologia & saúde)
- BASTOS, T. F. et al. **Men's health**: a population-based study on social inequalities. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.11, p. 2133-2142, nov., 2012.
- BELON, A. P.; BARROS, M. B. A. Esperança de vida ao nascer: impacto das variações na mortalidade por idade e causas de morte no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 877-887, mai., 2011.
- BELON, A. P.; BARROS, M. B. A.; LÉON, L. M. Mortality among adults: gender and socioeconomic differences in a brazilian city. **BMC Public Health**. 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/39>>. Acesso em: fev. 2013.
- BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988.
- BRASIL. Lei nº8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da unidade de saúde da família** (Caderno 1). Brasília, 2000. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** (Cadernos de Atenção Básica n. 15). Brasília, 2006a. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus** (Cadernos de Atenção Básica n. 16). Brasília, 2006b. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2007. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, 2008. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção**. Brasília, 2010. 242 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, 2011a. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, vol. 3). 197 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília, 2011b. 44 p.

BRASIL. **Portaria n. 2488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário oficial da União, 2011c.

BRASIL. **Plano de Ação - Portaria n. 2.708 de novembro de 2011**. Apoia a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro único. Diário Oficial da União, 2011d.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Paidéia. As diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde-gestão 2001-2004**. Disponível em: <[http:// www.Campinas.sp.Gov.Br/saude/diretrizes.htr](http://www.Campinas.sp.Gov.Br/saude/diretrizes.htr)>. Acesso em: 29 fev. 2004.

CAMPINAS. Central de Abastecimento de Campinas. **CEASA-Campinas: qualidade, variedade, compromisso ambiental**. 2008. Disponível em: <<http://www.ceasacampinas.com.br/novo/institucional.asp>>. Acesso em: 04 jul. 2013.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde/ DSC/FCM/UNICAMP. **Boletim de Mortalidade em Campinas n. 48 de janeiro a junho de 2011: mortalidade por diabetes mellitus**. Publicado em mai., 2012. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/bo48.pdf>>. Acesso em: ago. 2012.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos

de gerenciar recursos que também atuam como sujeitos da história. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002a (2ª ed.). p. 229-263.

CAMPOS, G. W. S. A construção de vínculo, o responsabilizar-se pela saúde da população de uma micro- região e o encarregar-se de casos singulares. Novembro, 2002b. Disponível em: http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/cat_view/6-artigos Acesso em: jan. 2014.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A.V. P. **Manual de práticas de atenção básica saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 132-153.

CANESQUI, A. M. A hipertensão do ponto de vista dos adoecidos. In: _____. **Olhares Sócio Antropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo, Hucitec, 2007. p. 87-110.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na Atenção. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Abrasco, 2001. p. 113-120.

CECÍLIO, L. C. O. et al. A Atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.11, p. 2893-2902, nov., 2012.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men s well-being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, v. 50, p. 1385-1401, 2000.

COURTENAY, W. H.; KEELING, R. P. Men, Gender and Health: toward an interdisciplinary approach. **Journal of American College Health**, v. 48, p. 243-246, 2000.

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

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, 2012.

CYRINO, A. P.; SCHRAIBER, L. B.; TEIXEIRA, R. R. A Educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2: da adesão ao empoderamento. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.13, n.30, p. 93-106, jul/set 2009.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. Curitiba: Ed. Positivo, 2008. 896 p.

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

2005.

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. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, supl.1, p. 935-944, 2011.

GARCIA, L.P.; STIVALI, M.; SANTANA L. R. Saúde e renda no Brasil: análise da dimensão econômica das desigualdades em saúde a partir de dados do Suplemento Saúde da PNAD 2008. In: CASTRO, J.A.; VAZ, F. M. **Situação social brasileira**: monitoramento das condições de vida. Brasília: Ipea, 2011. p. 191-211

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centro urbanos. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar/ago 2005.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, mai., 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Porque 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**, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p. 565-574, mar., 2007.

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**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4513-4521, nov., 2011.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C., et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 493-546.

IBGE. Aspectos demográficos. In: _____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (Estudos & Pesquisa: Informação Demográfica e Socioeconômica, 27), 2010, p.27-44.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOLTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, jan./mar., 2005.

MANZOLI, S. T. **Saúde do homem: capacidade para o trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de um mercado hortifrutigranjeiro em Campinas-SP**. [Tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2011.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na**

atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Abrasco, 2001. p. 39-64.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago.,2010.

MEDRADO DANTAS, B. **O masculino na mídia. Repertórios sobre masculinidade na propaganda televisiva brasileira.** [Tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1997.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-160.

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. DMPS/FCM/UNICAMP, mimeo, 1997.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 2002 (2ª ed.). p. 71-112.

MONTEIRO, M. I. et al. WAI among workers in SMEs at Wholesale, Fruits, Vegetables and Flower Market in Brasil – from research to action. In: Kumashiro M. **Promotion of Work Ability towards Productive Aging.** London, UK: Taylor & Francis group. 2009. p.37-40.

OLINTO, M. T. A. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 1, n. 2, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A atenção Primária à saúde nas redes de atenção à saúde In: Opas. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Contribuições para o debate.** Brasília, 2011, p. 29-33.

PAIM, J. S. Atenção primária à saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul/set. 2012.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à Saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Abrasco, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, jan., 2002.

QUIRINO, T. R. L. **A produção de cuidados no cotidiano de um serviço de atenção à saúde do homem.** [Tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2012.

SCHEFFER, M. Mais recursos e mais coragem política, não só mais médicos. 2013.

Disponível em: <[http:// www.cebes.org.br/?s=blog+do+cebes](http://www.cebes.org.br/?s=blog+do+cebes). Acesso em: ago. 2013

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, jan./mar., 2005

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

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a porta. In: _____. **Atenção Básica: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. p. 207-246.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para reflexão no campo da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, jan./mar., 2005.

TESSER C. D. Saúde da família: expansão, aprofundamento e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4292, nov., 2011.

TESSER C. D. et al. Estratégia de saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, nov., 2011.

TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde em regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 11, p. 4395-4404, nov., 2011.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Desigualdades Sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C., et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 215-243.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup 2, p. S190-S198, 2004.

Anexos

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários

Título da pesquisa: **Atenção integral à saúde do homem na visão de trabalhadores hipertensos e diabéticos acompanhados no Ambulatório da CEASA-Campinas: possíveis contribuições para a Atenção Básica.**

Pesquisadora: Valéria Cristina Yoshida

O senhor está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo conhecer aspectos que ajudem a melhorar o atendimento de homens trabalhadores nos Centros de Saúde, principalmente daqueles que possuem hipertensão arterial e diabetes.

Para isso serão necessárias entrevistas com os trabalhadores que têm Hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus e que frequentam o Ambulatório da CEASA. Nestas entrevistas estes trabalhadores irão relatar suas experiências relacionadas ao uso do Ambulatório e dos diversos serviços de saúde, principalmente os da atenção básica.

Estas entrevistas serão gravadas, mas será mantido sigilo sobre as informações prestadas. O senhor poderá solicitar a interrupção da gravação ou negar-se a participar da pesquisa em qualquer fase de seu desenvolvimento, sem que isso traga algum prejuízo ao seu cuidado ou constrangimento.

Não haverá despesa financeira alguma e o senhor poderá pedir esclarecimentos ou tirar dúvidas a qualquer momento.

Uma cópia deste termo será entregue para o senhor.

Eu _____, portador (a) do RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente do estudo acima descrito, bem como autorizo a gravação de minha conversa e a consulta ao meu prontuário no serviço de saúde onde estou sendo atendido. Fui informado que minha identidade será mantida em total sigilo durante e após o estudo, que posso retirar meu consentimento, interromper a gravação ou pedir esclarecimentos em qualquer momento da pesquisa, sem que isto cause constrangimento ou prejuízo ao meu cuidado e que não haverá gastos financeiros

Estou recebendo da pesquisadora uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

RG: _____

Local, data: _____

Pesquisadora responsável: _____

Quaisquer dúvidas ou esclarecimentos, favor entrar em contato com:

- Valéria Cristina Yoshida – tel. (19)97300477 ou e-mail: valeria.yoshida@gmail.com
- Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – tel. (19)35218936 ou e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais

Título da pesquisa: **Atenção integral à saúde do homem na visão de trabalhadores hipertensos e diabéticos acompanhados no Ambulatório da CEASA-Campinas: possíveis contribuições para a Atenção Básica.**

Pesquisadora: Valéria Cristina Yoshida

O objetivo desta pesquisa é identificar aspectos que facilitem o acesso e a integralidade do cuidado nos serviços de atenção primária a partir das experiências dos trabalhadores hipertensos e diabéticos que frequentam o Ambulatório da CEASA (Centrais de Abastecimento de Campinas S.A.), relacionadas à utilização dos diversos serviços de saúde, incluindo o próprio Ambulatório.

Para isso, além de ser necessário entrevistar os usuários do Ambulatório é preciso conhecer melhor o modelo assistencial do Ambulatório. Desta forma serão realizadas entrevistas com a gerência e com os profissionais que compõe a equipe do referido serviço.

As entrevistas serão gravadas, mas será mantido sigilo sobre sua identidade. O senhor(a) poderá solicitar a interrupção da gravação ou negar-se a participar da pesquisa em qualquer fase de seu desenvolvimento, sem que isso traga algum prejuízo ou constrangimento.

Não haverá despesa financeira alguma e o senhor(a) poderá pedir esclarecimentos ou tirar dúvidas a qualquer momento.

Uma cópia deste termo será entregue para o senhor.

Eu _____, portador do RG _____, declaro ter sido informado(a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e de que as entrevistas serão gravadas em aparelho de áudio com a garantia do anonimato das minhas declarações. Estou ciente de que posso solicitar a interrupção da gravação da entrevista no momento em que eu desejar e que tenho o direito de não participar ou me retirar da pesquisa em qualquer fase de seu desenvolvimento, sem que haja algum prejuízo ou constrangimento para mim. Estou ciente de que não terei nenhuma despesa financeira e que poderei pedir esclarecimentos a qualquer momento. Assim, concordo espontaneamente em participar da presente pesquisa. Declaro ter recebido uma cópia deste termo.

Local, data: _____

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora responsável: _____

Quaisquer dúvidas ou esclarecimentos, favor entrar em contato com:

- Valéria Cristina Yoshida – tel. (19) 97300477 ou e-mail: valeria.yoshida@gmail.com
- Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – tel. (19) 35218936 ou e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Anexo 3 - Roteiro de entrevista com os usuários

1. O senhor mora em Campinas? Há quanto tempo?
2. De que local o senhor veio?
3. Reside com a família?
4. Há quanto tempo o senhor trabalha na CEASA? Qual é a função que o senhor exerce?
5. Fale-me sobre seu trabalho (satisfação, dificuldades, relação com a saúde).
6. O senhor tem boa saúde?
7. Para o senhor o que é necessário para ter boa saúde?
8. Qual é o lugar aonde o senhor geralmente vai quando tem um problema de saúde?
9. Onde o senhor foi na última vez que necessitou de atendimento médico?
10. Foi fácil conseguir ajuda do serviço que o senhor procurou?
11. Há quanto tempo o senhor sabe que é portador de hipertensão arterial e/ou diabetes?
Como o senhor descobriu a doença?
12. O senhor já apresentou alguma complicação desta doença?
13. O senhor faz ou já fez tratamento para hipertensão arterial e/ou diabetes? Em quais serviços?
14. O senhor já utilizou o Centro de Saúde próximo de sua casa? Fale-me sobre o atendimento recebido.
15. O senhor utiliza o Ambulatório? Para quais necessidades? Fale-me sobre o atendimento recebido.
16. Fale-me sobre o seu tratamento (importância, dificuldades, motivações,...).

Anexo 4 - Roteiro de entrevista com os profissionais

1. Há quanto tempo o senhor (a) trabalha na Prefeitura Municipal de Campinas? E no Ambulatório da CEASA?
2. Qual é o tipo de clientela que o Ambulatório atende (tipo de trabalhador, procedência, faixa etária, nível sócio-econômico...)? Quais as queixas mais frequentes, que levam os pacientes a procurarem o Ambulatório?
3. Que atividades (ações) o Ambulatório realiza?
4. Fale-me sobre seu trabalho no Ambulatório (função que exerce, satisfação, dificuldades,...).
5. Hipertensão arterial e diabetes são doenças frequentes nos trabalhadores da CEASA? Como vocês (profissionais de saúde), descobrem se um paciente que vem ao Ambulatório é hipertenso e/ou diabético?
6. Quando vocês descobrem que um trabalhador da CEASA possui hipertensão arterial e/ou diabetes, o quê vocês fazem (seguimento, encaminhamento...)?
7. Você utiliza, já utilizou ou já trabalhou em um Centro de Saúde?
8. Qual a sua opinião sobre a assistência (sobre o atendimento) aos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes nos Centros de Saúde?
9. Qual a sua opinião sobre o acompanhamento de pacientes com hipertensão arterial e diabetes no Ambulatório da CEASA?
10. O que poderia facilitar o acesso e o acompanhamento longitudinal (seguimento, adesão) nos diversos serviços de saúde (centro de saúde, convênio, no próprio Ambulatório, nos ambulatórios de especialidade...), dos trabalhadores hipertensos e diabéticos da CEASA?