



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**VALÉRIA CRISTINA YOSHIDA**

**Acesso e integralidade na atenção básica compreendidos a  
partir da práxis orientada ao cuidado de homens  
portadores de doenças crônicas**

**CAMPINAS**

**2021**

VALÉRIA CRISTINA YOSHIDA

ACESSO E INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA COMPREENDIDOS A  
PARTIR DA PRÁXIS ORIENTADA AO CUIDADO DE HOMENS PORTADORES DE  
DOENÇAS CRÔNICAS

*Tese apresentada à Faculdade de  
Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas como parte  
dos requisitos exigidos para a  
obtenção do título de DOUTORA EM  
SAÚDE COLETIVA, na Área de  
POLÍTICA, PLANEJAMENTO E  
GESTÃO EM SAÚDE*

Orientadora: PROFA. DRA. MARIA DA GRAÇA GARCIA ANDRADE

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL  
TESE DEFENDIDA PELA ALUNA VALÉRIA CRISTINA  
YOSHIDA E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. MARIA DA  
GRAÇA GARCIA ANDRADE

CAMPINAS

2021

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

Y831a Yoshida, Valéria Cristina, 1973-  
Acesso e integralidade na atenção básica compreendidos a partir da práxis orientada ao cuidado de homens portadores de doenças crônicas / Valéria Cristina Yoshida. – Campinas, SP : [s.n.], 2021.

Orientador: Maria da Graça Garcia Andrade.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde do homem. 3. Assistência integral à saúde. 4. Estratégia saúde da família. 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:** Access and comprehensive health care in primary health services: contributions from the praxis related to men with chronic diseases

**Palavras-chave em inglês:**

Primary health care

Men's health

Comprehensive health care

Family health strategy

**Área de concentração:** Política, Gestão e Planejamento

**Titulação:** Doutora em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

**Banca examinadora:**

Maria da Graça Garcia Andrade [Orientador]

Edison Bueno

Josely Rimoli

Wagner dos Santos Figueiredo

Elen Rose Lodeiro Castanheira

**Data de defesa:** 10-11-2021

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-3707-7154>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/1847191708629409>

---

# **COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO**

**VALÉRIA CRISTINA YOSHIDA**

---

**ORIENTADOR: PROFA. DRA. MARIA DA GRAÇA GARCIA ANDRADE**

---

## **MEMBROS TITULARES:**

**1. PROFA. DRA. MARIA DA GRAÇA GARCIA ANDRADE**

**2. PROF. DR. EDISON BUENO**

**3. PROFA. DRA. JOSELY RIMOLI**

**4. PROF. DR. WAGNER DOS SANTOS FIGUEIREDO**

**5. PROFA. DRA. ELEN ROSE LODEIRO CASTANHEIRA**

---

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

**Data de Defesa: 10-11-2021**

## **Agradecimentos**

À Deus, que ilumina diariamente meu caminho para que eu possa seguir em frente.

Aos meus pais, Elza e Teiji e aos meus tios e padrinhos, Yoshie e Júlio, a quem devo parte da minha formação pessoal e profissional.

À minha família, em especial ao Silvestre, meu esposo, amigo e companheiro de todas as horas e, aos meus filhos muito amados, Gabriel e Felipe, que, em grande parte, dão sentido à minha vida.

Aos usuários do SUS, que dão sentido ao meu trabalho e estímulo para construir um sistema de saúde melhor para todos.

À minha orientadora, Professora Dra. Maria da Graça, pelos ensinamentos, pela paciência e compreensão durante a jornada do doutorado.

Aos professores que me orientaram na qualificação, Dra. Sílvia Santiago e Dr. Edson Bueno.

À Professora Dra. Leticia Marin Leon que contribuiu na análise dos dados quantitativos.

À Professora Dra. Josely Rimoli e à enfermeira Marina Akemi Shinya Fuzita, pelas contribuições acerca do método da Pesquisa-Ação.

À enfermeira Olga Enjoji e equipe do Disque-Saúde Campinas, pelo auxílio na obtenção dos dados quantitativos.

Aos meus amigos e colegas de trabalho que comigo vivenciaram os desafios de trabalhar no SUS.

Às equipes e gestores que participaram e contribuíram com a pesquisa.

## Resumo

Embora a Saúde do Homem represente um campo de interesse crescente, dada à maior morbimortalidade e menor expectativa de vida dos homens, quando comparado às das mulheres, ainda não se conseguiu vincular essa parcela da população aos serviços da Atenção Básica, mesmo após o lançamento da PNAISH (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem), em 2009. No entanto, a política contribuiu para um melhor conhecimento dessa população, ao fomentar estudos e pesquisas, muitos dos quais apontando que a ampliação desse acesso não está relacionada à criação de um programa específico e sim na transformação do modo de produzir cuidado, a partir de uma abordagem integral, baseada no reconhecimento das necessidades de saúde dos homens. Partindo-se desse pressuposto, a pesquisa, de caráter qualitativo, inspirada nos princípios da Pesquisa-Ação, teve como objetivo compreender os entraves ao acesso a um cuidado equânime e integral na atenção básica e viabilizar formas de enfrentá-los, através de um processo participativo voltado à ampliação do acesso dos homens. Focalizou-se homens em idade produtiva, portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Participaram do estudo 106 profissionais de 11 equipes de saúde da família, de 3 unidades básicas, pertencentes a 3 distritos de saúde do município de Campinas-SP e 33 usuários homens, na faixa etária de 20 a 59 anos. A coleta dos dados e o trabalho com as equipes iniciou-se em Março de 2017 e ocorreu durante cerca de 1 ano, contabilizando cerca de 205 horas de trabalho de campo. As técnicas utilizadas foram Observação Participante, Entrevistas Semiestruturadas individuais e em grupo e discussões com os profissionais que compunham as equipes. Também foram levantados dados quantitativos que contribuíram para o diagnóstico acerca do acesso dos homens. Calculou-se a proporção de homens e mulheres que retiram medicamentos para HAS e DM na farmácia dos três serviços, em diferentes períodos do ano de 2017, a população e os coeficientes de mortalidade, segundo causa de morte, sexo e faixa etária, no período de 2008-2017. Tais dados mostraram uma mortalidade maior e mais precoce entre os homens, sendo as doenças do aparelho circulatório a segunda causa de morte mais frequente nos homens com 20-59 anos e a primeira naqueles com 60 anos ou mais. Quanto à dispensação de medicamentos, o acesso dos homens é menor, sendo que, entre os usuários de anti-hipertensivos, as

mulheres chegam a representar cerca de 60%. As entrevistas e a observação participante contribuíram para entender melhor tais disparidades, ao evidenciar que o acesso dos homens se caracteriza por uma recepção pouco acolhedora, pelo acolhimento do tipo “queixa-conduta”, por um cadastro incipiente, que não permite o conhecimento das famílias do território e pela ineficácia do cuidado aos portadores de HAS e DM. Nesse sentido, buscou-se identificar meios para qualificar o acolhimento e o cuidado dos crônicos, por meio de discussões/reflexões com as equipes acerca de uma abordagem integral pela equipe multidisciplinar, dentro da unidade e no território. Nesse processo, evidenciou-se: uma forte resistência à mudança por parte da equipe e a falta de um projeto claro e consistente para os serviços da atenção básica do município. Destacou-se, ainda, outros elementos importantes, como a falta crônica de recursos e a dificuldade de trabalhar em equipe, levando a uma simplificação do cuidado, embora os profissionais expressem uma visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado. Apesar das dificuldades, em especial as relacionadas à micropolítica do trabalho em saúde, o modelo da Estratégia de Saúde da Família e uma gestão mais presente e participativa trouxeram possibilidades para direcionar o trabalho em função das necessidades do usuário, facilitadas pela discussão/reflexão de dados e casos da realidade. Conclui-se então que a problemática do acesso dos homens permitiu evidenciar o desafio ainda presente na Atenção Básica para atingir um cuidado integral e equânime, constituindo-se num analisador da prática. Ainda, reforçou que o comportamento masculino hegemônico, que afasta os homens desses serviços, tem uma importância secundária frente às várias barreiras encontradas.

**Palavras-chaves:** Atenção Primária à Saúde, Saúde do Homem, Assistência Integral à Saúde, Estratégia Saúde da Família.

## **Abstract**

Despite Men's Health is acquiring more importance due to major morbidity and mortality among men, when compared with women and also, in 2009, a health policy for men was issued in Brazil, this part of population still does not represent usual customers for primary health services. However, the new policy has provided studies related to primary care access, showing that the minor access of men is, strongly, related to the way that these services organize themselves and, provide healthcare. In this sense, the aim of this qualitative study, inspired on Action Research, was work together with primary health teams, in order to know the barriers and how to promote equality and comprehensive health care, specially for men workers with Hypertension and Diabetes. The subjects were 106 health care workers from 11 Family Health Teams located in three different services and districts of Campinas-SP and, 33 men aged from 20 to 59 that attend these services. The study started in March, 2017 and lasted around one year, counting 205 hours. The employed methods were Participant Observation, Semi-structured Interviews, made in groups and individually and, discussions with healthcare workers teams. Population and mortality rates by age group, sex and cause of death (ICD10 codes) in 2008-2017 and, the users of medications for Hypertension and Diabetes in these services, in 2017 were also analyzed. These data demonstrated higher and earlier mortality among men and, Cardiovascular disease as the second leading cause of death for men range from 20-59 years old and the first one for those are 60 plus. On the other hand, access to medication is lower for men. Women represents about 60% of Hypertension drug users. Interviews, discussions, and participatory observation described men's access as: an inhospitable front desk, a service focused on sickness, not patient-centered neither on population health outcomes and, an inefficient chronic disease follow-up, specially related to Hypertension and Diabetes. Then the project aimed to find ways to improve access toward comprehensive care based on multidisciplinary teamwork, by means of discussion/reflection groups with health care workers. Discussions were focused on how to provide a patient centered care in order to identify men's health needs when they search for help and, on how to identify chronic diseases in early stage, and associated risk factors in male population by Community Health Workers. Throughout the process it was observed: a strong resistance from the teams and a lack of government commitment to develop primary health services. Additionally:

chronic shortage of resources, difficulty to work as a team, which challenges reaching comprehensive care, even many healthcare workers have knowledge to do so. On the other hand, there were possibilities for reaching an access to an equitable and comprehensive care in these primary health services, demonstrated by a major engagement of local manager, who considering the political arena regarding professional purposes and, supported the project using data and situations from praxis, correlating them with the principles/guidelines of SUS (United Health System), and the Family Health Strategy model. In conclusion, the problem of men's access in primary health services is related to how reaching a comprehensive care for them, and it was useful as a tool to analyze the praxis. Besides, it supported the idea that masculinity, as a factor which keep men away from these services, has a minor importance when compared with so many barriers that were identified.

**Key-words:** Primary Health Care, Men's Health, Comprehensive Care, Family Health Strategy.

## **Lista de abreviaturas e siglas**

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CENDES-OPAS - Centro de Desenvolvimento - Organização Panamericana de Saúde

CEBS - Comunidades Eclesiais de Base

CM – Coeficiente de Mortalidade

CO - Colpocitologia Oncótica

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CS - Centro de Saúde

DCNT - Doença Crônica Não Transmissível

DM - Diabetes Mellitus

DO – Declaração de Óbito

DST - Doença Sexualmente Transmissível

EP – Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

EGDS - Escola de Governo e Desenvolvimento do Servidor

GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA - Pronto Atendimento

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualificação da Atenção Básica

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PS – Promoção da Saúde

PS - Pronto Socorro

PSF - Programa de Saúde da Família

PUCC - Pontifícia Universidade Católica de Campinas

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RB - Rede Básica

RH - Recursos Humanos

RDQA - Relatórios Descentralizados do Quadrimestre Anterior

RMP – Razão de Mortalidade Proporcional

SF - Saúde da Família

SIASUS - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIM - Sistema de Mortalidade

SSA2 – Relatório da Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USF - Unidade de Saúde da Família

WHO - World Health Organization

## **Lista de Quadros**

Quadro 1: Distribuição dos profissionais entrevistados segundo o serviço estudado e a categoria profissional, 2017-2018.....	71
Quadro 2: Usuários entrevistados segundo idade, estado civil, escolaridade, Centro de Saúde e presença de HAS e/ou DM ou outra doença crônica referida.....	72

## **Lista de tabelas**

Tabela 1: Distribuição dos usuários dos CS A, B e C, segundo sexo e retirada de medicamento para controle de HAS e/ou DM. Campinas, 2017.....	77
Tabela 2: Distribuição da população do município de Campinas e das áreas de abrangência dos CS, segundo sexo. Campinas, 2017.....	79
Tabela 3: Razão de Mortalidade Proporcional e Coeficiente de Mortalidade (Ób./100 mil hab.) da população de 20-59 anos, residente na área de abrangência dos CS A, CS B e CS C, segundo sexo e capítulo da causa de morte. Campinas, 2008 a 2017. ....	82
Tabela 4: Razão de Mortalidade Proporcional e Coeficiente de Mortalidade (Ób./100 mil hab.) da população de 60+ anos, residente na área de abrangência dos CS A, CS B e CS C, segundo sexo e capítulo da causa de morte. Campinas, 2008 a 2017. ....	83
Tabela 5: Razão de Mortalidade Proporcional e Coeficiente de Mortalidade (Ób./100 mil hab.) da população de 20-59 anos e de 60+ anos, residente em Campinas, segundo sexo e capítulo da causa de morte. Campinas, 2008 a 2017.....	84
Tabela 6: Coeficiente de Mortalidade (Ób./100 mil hab) da população de 20-59 anos do município de Campinas, dos CS A, CS B e CS C, segundo sexo e causas de morte específicas. Campinas, 2008 a 2017.....	85
Tabela 7: Coeficiente de Mortalidade (Ób./100 mil hab) da população de 60+ anos do município de Campinas, dos CS A, CS B e CS C, segundo sexo e causas de morte específicas. Campinas, 2008 a 2017.....	86

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1: Pirâmide populacional Município de Campinas, 2017.....	80
Gráfico 2: Pirâmide populacional CS A, 2017.....	80
Gráfico 3: Pirâmide populacional CS B, 2017.....	80
Gráfico 4: Pirâmide populacional CS C, 2017.....	80

## Sumário

Apresentação.....	16
1. Introdução.....	18
1.1 A Saúde do Homem e as contribuições da PNAISH.....	18
1.1.1 Os Homens e as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).....	29
1.2 Acesso aos serviços da Atenção Básica a partir do olhar voltado às necessidades dos homens.....	34
1.3 Modelos assistenciais na Atenção Básica e o desafio de integrar práticas preventivas e curativas.....	44
2. Objetivo geral.....	59
2.1 Objetivos Específicos.....	59
3. Sujeitos e métodos.....	60
3.1 Técnicas de pesquisa utilizadas.....	61
3.2 Local do estudo e participantes da pesquisa.....	66
3.3 Percurso Metodológico.....	73
4. Resultados e Discussão.....	76
4.1 Diagnóstico Situacional.....	76
4.1.1 Dados de mortalidade e dispensação de medicamentos para HAS e DM.....	76
4.1. 2 O acesso dos homens à Atenção Básica.....	90
O cadastro incipiente.....	90
A recepção pouco acolhedora.....	96
O acolhimento tipo “queixa-conduta”.....	104
A ineficácia no acompanhamento dos doentes crônicos.....	116
4.1.3 A opinião dos homens usuários.....	126
4.1.4 A opinião dos profissionais relativa à PNAISH e à Saúde do Homem.....	132
4.2 Discussão/reflexão com as as equipes.....	146
4.2.1 Compartilhando o diagnóstico com as equipes.....	146
4.2.1.1 A discussão do diagnóstico no CS A.....	147
4.2.1.2 A discussão do diagnóstico no CS B e no CS C.....	150
4.2.2 Construindo propostas para ampliar o acesso dos homens.....	163
4.2.2.1 Escolha das equipes.....	165
4.2.2.2 Alguns instrumentos para auxiliar no processo.....	168
4.2.3 O processo no CS C – equipe 1.....	173

4.2.4 O processo no CS B – equipe 4.....	176
4.3 Uma análise do trabalho desenvolvido com as equipes.....	186
Barreiras e possibilidades/potencialidades encontradas no campo de estudo.....	194
5. Considerações finais.....	208
6. Referências.....	210
Apêndices.....	234
Apêndice 1 - Roteiro de entrevista com usuários.....	234
Apêndice 2 - Roteiro de entrevista em grupo com profissionais de saúde e gestor da unidade básica.....	235
Apêndice 3 – Casos discutidos com as equipes.....	237
Anexos.....	242
Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários do serviço. ....	242
Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais de saúde .....	246

## **Apresentação**

Considero que a minha trajetória no SUS iniciou-se desde que ingressei na Faculdade de Medicina de Botucatu em 1992, por se tratar de uma instituição pública. Minha graduação deu-se na época do surgimento das unidades básicas de saúde sob responsabilidade dos municípios e substituição dos ambulatórios estaduais, que até então realizavam as atividades no nível primário de atenção. Desde então, já se passaram quase 30 anos desde meu ingresso na faculdade e mais de 30 desde a homologação do SUS. Depois da graduação percorri outros serviços públicos, ampliando minha experiência sobre o SUS, como médica e gestora na atenção básica do município de Campinas, do qual sou natural e, progressivamente, fui aprofundando meu conhecimento por meio da Especialização em Saúde Pública, da Residência Médica em Saúde da Família e do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, todos realizados na UNICAMP, outra instituição pública. Vale destacar a experiência no Ambulatório da CEASA – Campinas no cuidado de homens trabalhadores, que trouxe inquietações acerca das dificuldades para o acesso a um cuidado equânime e integral aos serviços da atenção básica. Embora tenha havido grande expansão na cobertura de serviços e no acesso à saúde, fortalecendo o SUS dentro do país e, tornando-o reconhecido em muitos outros, ainda resta ocorrer a reorientação do modelo, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado. Ainda hoje, os serviços da atenção básica constituem parte de um sistema fragmentado.

Para tanto, a busca pelo doutorado deu-se no sentido de evidenciar e entender à luz do conhecimento acumulado sobre o SUS, os desafios a serem enfrentados por gestores e profissionais de saúde para atingir um cuidado universal, equânime e integral na Atenção Básica. O que espero contribuir, pois mesmo estando fora do país há cerca de 4 anos, é esse o modelo em que acredito e defendo. Apesar de todas as dificuldades existentes no SUS, meus 15 anos de prática exercidos em serviços da atenção básica e alguns anos de aprofundamento teórico evidenciaram que o SUS, especialmente a atenção básica, é o que torna possível ampliar o conceito de saúde para além do acesso a medicamentos, consultas e exames,

capaz de transformar não somente usuários e profissionais de saúde, mas quem sabe... a sociedade como um todo.

## **1. Introdução**

### **1.1 A Saúde do Homem e as contribuições da PNAISH**

Atualmente, é crescente o interesse pela saúde dos homens. Em 2019, a Organização Mundial da Saúde, por meio da compilação anual de dados em saúde de 194 países (World Health Statistics 2019), destacou a importância de se considerar as diferenças de sexo e gênero na coleta de dados, na análise da situação de saúde e na formulação e planejamento de políticas e programas de saúde, a partir da constatação de que homens e mulheres diferem quanto à mortalidade e expectativa de vida. Os dados mostraram que, embora nasçam mais meninos do que meninas, a expectativa de vida deles, em média, é de 69,8 anos, 4,4 anos a menos do que a das meninas (74,2 anos), situação que persiste aos 60 anos, quando para as mulheres a expectativa é de 21,9 anos versus 19 anos para os homens. Essa diferença decorre da maior mortalidade masculina por diversas causas, especialmente doenças cardiovasculares, lesões no trânsito, câncer de pulmão, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Acidente Vascular Cerebral, cirrose hepática, Tuberculose, câncer de próstata e violência interpessoal. E, também, se associa à maior exposição dos homens a fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como uso de álcool e tabaco e menor utilização dos serviços de saúde. Destacou-se, ainda, que nos países de baixa renda a expectativa de vida ao nascer é de 62,7 anos, 18,1 anos a menos do que nos países de maior renda (80,8 anos), sendo que a diferença entre homens e mulheres nos primeiros é menor devido à influência das mortes por doenças transmissíveis e condições maternas, enquanto nos países de maior renda, há maior influência das DCNT. Desse modo, orienta-se o desenvolvimento de ações que reduzam tais diferenças na exposição a riscos e no acesso aos serviços de saúde, destacando-se que, muitas vezes, tais ações estão além da competência da área da saúde, necessitando a aproximação com outros setores que lidam com desigualdades sociais e de gênero. (WHO, 2019)

No Brasil, a tábua de mortalidade projetada para o ano de 2017 forneceu uma expectativa de vida de 76 anos para o total da população, 72,5 anos para os homens

e 79,6 anos para as mulheres (IBGE, 2018), sendo que as principais causas de óbito entre os homens são as doenças cardiovasculares, causas externas e neoplasias. (ALMEIDA, 2014; LACERDA, 2010; LAURENTI, JORGE & GOTLIEB, 2005)

A existência de diretrizes brasileiras que buscam ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde ocorreu em 2009, com o lançamento da Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem (PNAISH).

Instituída pela Portaria nº 1944, de 27 de Agosto de 2009, tem como objetivo:

promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (BRASIL, 2009, p.53)

A PNAISH foi formulada por meio do trabalho de um grupo constituído por profissionais de saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do CONASS e CONASEMS, entidades civis organizadas e representantes de Sociedades Médicas (Cancerologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Pneumologia, Psiquiatria, Urologia e Saúde da Família), cujos agravos acometem os homens com maior frequência. Tem como eixos metodológicos: mudança do foco programático, buscando-se uma atenção integral e articulação com outros setores, como empresas, sindicatos, campos de futebol, escolas, quartéis, alinhando-se com a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) e a ESF. (BRASIL, 2009)

A política prioriza a faixa etária de 20-59 anos, buscando a captação precoce dessa população para o desenvolvimento de ações de prevenção e de promoção da saúde, pois, em geral, os homens acessam tardiamente os serviços, quando há agravamento do estado de saúde e necessidade de atenção especializada. Tal situação, além de acarretar maiores custos para o sistema de saúde, causa também maior sofrimento para o paciente e sua família. (BRASIL, 2009)

A mortalidade geral dos homens, de 20 a 59 anos, é de 3,5 óbitos por mil habitantes, 2,3 vezes maior do que a das mulheres (MOURA, 2012), sendo que, nessa faixa etária, as causas externas constituem-se na primeira causa de óbito (35%), seguidas pelas doenças cardiovasculares (18%). (MOURA, 2012; FRAGA, et al, 2017)

Destacam-se as desigualdades entre os óbitos (20-59 anos) masculinos e femininos: 3,3 vezes maior para causas externas, 2,6 vezes para transtornos mentais e comportamentais e 1,6 vezes para doenças do aparelho digestivo, reforçando a possível relação causal do comportamento de risco mais frequente entre os homens, como o envolvimento em acidentes e situações de violência, uso de álcool, tabaco e outras drogas. (MOURA, 2012) Situações também relacionadas à maior internação hospitalar decorrente de lesões (causas externas) e doenças mentais entre os homens, principalmente nas faixas etárias mais jovens. (LAURENTI, JORGE & GOTLIEB, 2005; MENDES & SALA, 2011)

Por outro lado, em 2010, o número de consultas médicas dentre os homens de 20-59 anos, obtido a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), resultou numa média de 0,06 consulta/homem/ano, enquanto para as mulheres, nessa mesma faixa etária, a média foi de 4,3. (MOURA, 2012)

Com a instituição da PNAISH, houve algumas iniciativas voltadas para a inclusão da população masculina nos serviços da Atenção Básica, sendo que alguns municípios até receberam financiamento. Entretanto, as ações foram pontuais e heterogêneas, a maioria relacionada à saúde sexual e reprodutiva e à prevenção de doenças da próstata, como o chamado Pré-Natal do Homem, que visava a captação dos mesmos no momento em que estivessem com suas companheiras nas consultas de pré-natal, para incentivar a realização de exames de prevenção. Todavia, houve pouca adesão dos homens, que não foram incorporados como usuários habituais da atenção básica. (BRASIL, 2013a)

Pesquisa avaliativa (LEAL, FIGUEIREDO & NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012) junto a gestores e profissionais de saúde de cinco municípios que receberam incentivos financeiros e que teve como objetivo analisar a implementação das diretrizes da PNAISH em 11 serviços, particularmente da atenção básica, concluiu que grande parte deles desconheciam a política, tendo a implantação sido heterogênea: “Uma vez que desconhecem a PNAISH, operam com seus próprios objetivos e referências para a implementação, e suas próprias prioridades como referência de atuação.” (p. 2614) Em alguns locais houve iniciativas voltadas para um cuidado mais integral, em outros, somente preocupação com o aumento de vagas para consultas e exames

especializados, particularmente relacionados à Urologia. Não há planejamento considerando o território e os dados de morbimortalidade, fazendo com que os profissionais pensem as diferenças entre homens e mulheres somente no âmbito sociocultural, reforçando a “invisibilidade” dos mesmos nos serviços.

COUTO et. al. (2010), FIGUEIREDO & SCHRAIBER (2011), SCHRAIBER et. al. (2010) apontam que, diferentemente do que geralmente pensam os profissionais de saúde, os homens frequentam os serviços da atenção básica (acompanhando familiares, farmácia, odontologia), ocorrendo uma certa “invisibilidade” dos mesmos.

Deste modo, atributos relacionados ao masculino - como invulnerabilidade, baixos autocuidado e adesão às práticas de saúde (especialmente de prevenção), impaciência, entre outros - atualizados no cotidiano dos serviços pelos profissionais e pelos próprios usuários, tornam estes espaços “generificados” e potencializam desigualdades sociais, invisibilizando necessidades e demandas dos homens e reforçando o estereótipo de que os serviços de APS são espaços feminilizados. (COUTO et. al., 2010, p.267)

Vários estudos (CHIANCA, 2011; JULIÃO & WEIGELT, 2011; ALVARENGA et al., 2012; ARAÚJO et. al., 2014; BRITO, SANTOS & FERREIRA, 2014) sobre a implantação da PNAISH, a partir da visão dos profissionais de saúde, mostram que, em geral, os mesmos acreditam que ela seja uma política necessária frente à morbimortalidade masculina. Entretanto, justificam as dificuldades na implementação culpabilizando os homens pela não procura dos serviços e destacando a falta de recursos humanos e materiais e de incentivos por parte da gestão, como a realização de capacitações e discussões para o planejamento de ações. Além disso veem a saúde do homem como mais uma demanda a ser assumida, frente à sobrecarga de trabalho já existente.

Embora os profissionais de saúde “culpem” os homens por não frequentarem os serviços da atenção básica em busca de ações preventivas, ao mesmo tempo reconhecem a falta de ofertas voltadas para essa população, dificuldade em lidar com eles, por exigirem maior agilidade e resolutividade no atendimento. (ARAÚJO et. al., 2013; CARNEIRO et. al., 2016; GOMES et. al., 2011)

GOMES et. al. (2012) destacam que, para os profissionais, a saúde do homem representa uma demanda a mais, além das existentes, das quais, em geral, não conseguem dar conta. Entretanto, consideram também haver uma certa resistência.

Alguns sentidos atribuídos à Política podem ser interpretados como uma resistência por parte de alguns profissionais. Talvez, resistam com receio de mais atividades diante da precarização de suas condições de trabalho. Mas a resistência pode ser frente ao novo, por causa de um conjunto de habitus incorporado, que faz pensar, ver e agir nas mais variadas situações. Em outras palavras, talvez a resistência à atenção integral da saúde masculina também se explique pelo fato de se lidar mais com a doença do que com a saúde, se considerar mais a doença do que o sujeito da doença ou se relacionar cuidados apenas a mulheres e crianças. Sinalizaria assim, a presença de um modelo de atenção centrado na dimensão orgânica do cuidado, e a existência de um olhar estereotipado de gênero que pode acarretar a (re)produção de desigualdades entre homens e mulheres na assistência à saúde. (p.2594)

Vários estudos (BARRETO, ARRUDA & MARCON, 2015; BISPO, DIAS & PEREIRA, 2015; GOMES, NASCIMENTO & ARAÚJO, 2007; HINO, et. al., 2017; LEMOS et. al., 2017; SCHLICHTHORST et. al., 2016; VIEIRA et. al., 2013) com homens sobre os motivos para a busca de serviços de saúde mostraram que, em geral, eles buscam atendimento por quadros agudos, que os impossibilitam para o trabalho, ou por doenças crônicas já instaladas.

Entretanto, embora estudo realizado por MOURA et al. (2014), com 86 homens adultos, sobre as especificidades da atenção à saúde masculina na Estratégia de Saúde da Família, tenha evidenciado que a doença foi a principal causa de procura pelo serviço, “positivamente, a segunda causa relatada pelos homens foram exames de rotina, reforçando um maior cuidado com sua própria saúde, o que pode ser o principio da transição de um cuidado curativo para a prevenção.” (p.434)

Achado corroborado por pesquisa de OLIVEIRA et al. (2015), que identificou a consulta clínica de rotina como principal motivo da busca por atendimento de 72% dos homens, entre 2003 e 2009.

E também por NASCIMENTO et al. (2011), em estudo sobre as representações sociais de saúde e doença de 100 homens de 45 a 55 anos, no qual “mais da metade dos entrevistados afirmou cuidar efetivamente da própria saúde, o que

matiza a genérica avaliação apontada pela literatura de que masculinidade e autocuidado não se misturam.” (p.191)

Para os homens, ter saúde relaciona-se com a possibilidade de exercerem seu papel social como trabalhadores e provedores da família. Nesse sentido, muitos se preocupam com o cuidado de si ao relatarem cuidados com a alimentação, atividade física e a busca por exames preventivos. Entretanto, paradoxalmente, é essa identificação com o trabalho, associada ao sentimento de invulnerabilidade, que muitas vezes os afastam dos serviços de saúde, automedicando-se e postergando o cuidado. Comportamento também muitas vezes reforçado pelas barreiras (filas, demora no atendimento, baixa resolutividade) encontradas na atenção básica e pela percepção de que são serviços voltados para a saúde materno-infantil. (HEMMI, CONCEIÇÃO & SANTOS, 2015; LEITE et. al., 2016; MIRANDA et. al., 2017; NASCIMENTO, TRINDADE & GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; SILVA, 2016; TONELI, SOUZA & MÜLLER, 2010; YOSHIDA, 2014)

As diversas barreiras impostas ao atendimento dificultam a frequência dos homens, uma vez que a identificação com o trabalho e o papel de provedor da família acabam se sobrepondo à necessidade de prevenção e autocuidado. (SCHRAIBER, GOMES & COUTO, 2005)

Embora alguns estudos (FIGUEIREDO & SCHRAIBER, 2011; BURILLE & GERHARDT, 2014; ARAÚJO et al., 2013) salientem que seja necessário que os profissionais de saúde conheçam as especificidades relacionadas ao comportamento masculino, de modo a facilitar o acolhimento dos mesmos na atenção básica, outros estudos (GOMES et al 2011; CAVALCANTI et al., 2014) que buscaram identificar indicadores de qualidade dos serviços de saúde a partir da visão dos homens, concluíram que a qualidade apontada pelos mesmos está mais relacionada aos direitos de cidadania e à humanização do atendimento do que às especificidades masculinas. Ou seja, muito do que os usuários homens esperam de um bom atendimento serve também para discutir o atendimento às mulheres.

Achado corroborado por estudo com 35 homens, de 25-59 anos, numa UBS de Vitória/ES, em 2009, onde se identificou que, embora eles não tivessem conhecimento sobre a PNAISH, parte dos entrevistados não acha ser necessária

uma política voltada para as especificidades masculinas, uma vez que os homens adoecem, em geral, pelas mesmas causas que as mulheres e consideram que os serviços devem estar disponíveis para atender qualquer clientela, independente do sexo, e sem necessitar de incentivo adicional do governo. Outra parcela dos entrevistados achou interessante existir a política por incentivar o homem para o autocuidado e para a prevenção de doenças da próstata. Muitas vezes, os homens sentem-se envergonhados ao se exporem, principalmente com relação a queixas de ordem sexual, o que é evidenciado quando referem que o atendimento por profissional do sexo masculino facilitaria a comunicação. (MENDONÇA & ANDRADE, 2010)

Outro estudo, com 18 profissionais de saúde de 3 regiões do Brasil sobre como interpretam a presença dos homens nos serviços de saúde concluiu que

a agilidade atribuída como característica do bom atendimento masculino parece ser naturalizada tanto por profissionais, quanto por usuários homens. Tal naturalização acaba por ignorar o fato de que a agilidade também deve ocorrer para atendimentos de mulheres. Reproduz-se, assim, a ideia de que a mulher está domesticada para a espera, enquanto o homem tem pressa. (MOREIRA, GOMES & RIBEIRO, 2016, p.5)

Nesse sentido, as transformações da sociedade contemporânea com relação à participação das mulheres no mercado de trabalho e à capacidade delas ocuparem cargos que antes eram exercidos pelos homens causam certa desestabilização do pensamento masculino hegemônico e a necessidade de aprofundamento na discussão das relações de gênero. (FIGUEIREDO & SCHRAIBER, 2011)

Gênero é um conceito das Ciências Sociais, que surgiu a partir do movimento feminista nos anos 70, e refere-se à construção social da relação entre homens e mulheres (OLINTO, 1998).

Segundo QUIRINO (2012), essa perspectiva relacional de gênero 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 em razão da necessidade de se rever os papéis sexuais.

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 (SOUZA, 2005).

Como afirma AQUINO (2005),

Os estudos sobre homens e masculinidades têm trazido contribuições importantes ao problematizar aspectos cruciais para reflexão sobre a dominação masculina e as relações de gênero. Ao partir da noção de masculinidade hegemônica, a produção teórica e empírica neste campo tem permitido o reconhecimento de masculinidades múltiplas e contribuído para pensar o gênero como categoria que atravessa o tecido social e se articula à classe, raça/etnia e geração, recriando formas de subordinação e opressão. (p.20)

Nessa mesma perspectiva, SEPARAVICH & CANESQUI (2013) concluíram, a partir da análise da saúde do homem e masculinidades na PNAISH que

[...] os estudos sobre saúde e masculinidades trazem para a discussão da saúde masculina a não reificação do conceito de homem, já que sob essa rubrica encontram-se masculinidades distintas, com demandas por saúde diferenciadas. Tais estudos cumprem assim o papel fundamental de tornar esse homem universal, sem gênero, evocado nas representações sociais como dominador e inabalável, um sujeito de carne e osso, que adoece, morre, que pertence a uma determinada classe social, tem uma cor, faz parte de uma geração, é orientado sexualmente e não detém natural e igualitariamente o poder na sociedade, como invariavelmente é concebido. Assim, as pesquisas sobre saúde e masculinidades, ao se aproximarem desse homem encarnado em suas vicissitudes concretas, o iluminam, ofertando uma visão não de “grandes” ou “pequenos” homens, mas de homens mais próximos do seu tamanho real. (p.425)

Para ARRUDA & MARCON (2016), em estudo teórico-reflexivo sobre o cuidado de homens por suas famílias, a dificuldade dos profissionais em lidar com a rigidez dos homens e a falta de preparo dos mesmos para a implantação da PNAISH leva a uma simplificação no planejamento de ações, como extensão do horário de atendimento, inclusão dos homens em ações voltadas à paternidade e ao planejamento familiar e a realização de grupos temáticos. Assim, sugerem que haja

[...] uma aproximação com conteúdos relacionados aos aspectos de gênero que envolvem a formação sociocultural masculina e sua relação com a saúde, com o trabalho e com o

seu papel na família e na sociedade. Sublinha-se a importância da desconstrução da imagem cristalizada do homem negligente e avesso à saúde e às relações de cuidado, visto que tal estereótipo continua engessando a prática do profissional de saúde, impedindo que este avance com o homem na busca pelo cuidado centrado no indivíduo e suas particularidades, um cuidado protagonizado pelo homem. (p. 303-304)

Desse modo, pensar a saúde dos homens a partir de suas especificidades reprodutivas, sexuais e no campo da violência, constitui uma visão simplista, uma vez que

uma aproximação de gênero implica requalificar o agrupamento “homens”. Implica, ainda, tomar as masculinidades como seu eixo estruturador, construindo, assim, um leque novo de questões para pensar homens e mulheres, como sujeitos com necessidades concretas a serem consideradas em todas as formas de interação. (SCHRAIBER, GOMES & COUTO, 2005, p.17)

Assim, destaca-se a importância de enxergar as relações de gênero e o exercício das masculinidades como determinantes sociais do processo saúde-doença e, desse modo, ter o cuidado para não adotar abordagens essencialistas, baseadas nas especificidades de homens e mulheres e sim nortear as ações a partir da integralidade. (AQUINO, 2005)

Embora um dos objetivos da PNAISH seja a atenção integral, “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), observou-se que as ações desenvolvidas na prática foram pontuais, fragmentadas e medicalizadas.

Como destacado por COUTO & GOMES (2012), a PNAISH coloca os homens como um grupo populacional específico, constituindo-se numa área prioritária para ação do Estado através do planejamento de ações em diferentes níveis de gestão. Desse modo, embora haja uma proposição teórica baseada na diversidade, a ação institucional reforça a unicidade, “essencializando as masculinidades em um único referente de homem” (p. 2575). Além disso, ao utilizar dados de morbimortalidade como justificativa para a formulação da política, vitimiza o homem e medicaliza suas necessidades, ao relacionar e simplificar questões da sexualidade ao acesso a novas tecnologias e medicamentos. Nesse sentido, destacam a importância de se

definir 'novas necessidades', na perspectiva da integralidade e da saúde como direito.

Trazer à cena a saúde integral do homem como alvo de atuação governamental implica repensar o que há de particular nas necessidades de saúde dos homens (comparativamente às mulheres) e como estas são instituídas a partir de um jogo de poder no qual tomam parte grupos da sociedade civil, academia, entidades médicas e Governo. (p. 2575)

Para CARRARA, RUSSO & FARO (2009), essa visão vitimizante do homem colocada pela política, como se o mesmo fosse 'prisioneiro da masculinidade', busca conscientizá-lo de sua vulnerabilidade e da necessidade de buscar serviços de saúde, o que contribui para medicalizar o corpo masculino.

A politização e sensibilização do homem, portanto, tem por objetivo torná-lo consciente dessa vulnerabilidade. Só então é possível medicalizá-lo. Neste caso, consciência política, "protagonismo" e medicalização aparecem como indissociáveis. (p.674)

Nesse sentido, CASTRO (2015) ressalta:

Quanto aos serviços de saúde, acredita-se ser fundamental transcender a visão biologicista e culpabilizante com que a PNAISH vem se estruturando. Com base nesse enfoque, sugerem-se aos gestores e trabalhadores de saúde o planejamento e a implementação de ações centradas nos usuários, permitindo que estes sejam coparticipes dessa construção. E também que se permita que os homens sejam vistos como sujeitos encarnados em suas necessidades, possibilidades e potencialidades, mais do que a sua condição de saúde ou doença. (p.95)

Outras dificuldades encontradas para a implantação da política referem-se ao desenvolvimento de trabalho interdisciplinar, que seria importante para sensibilização dos homens em outros espaços frequentados pelos mesmos, como escolas e igrejas (ARAÚJO et al., 2014), assim como o trabalho em equipe multidisciplinar, pois, em geral, fica a cargo dos(as) enfermeiros(as) o desenvolvimento de ações relacionadas à PNAISH. (ALVARENGA et al., 2012)

Nesse contexto, apesar do comportamento masculino socialmente construído, denominado masculinidade hegemônica, interferir, em geral negativamente, na busca por serviços de saúde, observa-se que muitos homens têm modificado seu

pensamento quanto ao autocuidado, devido, em grande parte, a mudanças nos papéis sociais assumidos por eles e pelas mulheres.

Assim, a organização dos serviços e as relações estabelecidas entre os profissionais com essa parcela da população são também componentes importantes desse complexo problema (FIGUEIREDO, 2005; BURILLE & GERHARDT, 2014), o que nos faz pensar na necessidade dos serviços de saúde também repensarem seu papel numa sociedade permeada pela diversidade.

Além disso, há vários fatores que interferem no modo como uma determinada política é implantada, desde recursos financeiros, capacitações, apoio da gestão, até fatores subjetivos relacionados tanto aos profissionais de saúde quanto aos usuários, no que concerne à visão do processo saúde-doença e a um certo “imaginário social de gênero” (COUTO et. al., 2010), expresso na feminilização dos serviços e pela existência de ações que contemplam predominantemente a saúde materno-infantil e dos idosos.

É o que SILVEIRA, MELO & BARRETO (2017) destacam, a partir de revisão sobre Saúde do Homem na Atenção Básica, no período de 2011 a 2015:

A equipe que compõe a unidade de saúde detém forte influência para a operacionalização da política no cotidiano dos serviços de saúde, uma vez que a prática do cuidado se concretiza nesse espaço, porém, diversos fatores se configuram como entraves para que os profissionais, mesmo conscientes das mudanças necessárias, possam sensibilizar o homem a respeito do seu autocuidado. (p.1534)

Por outro lado, análise de MARTINS & MALAMUT (2013) sobre os discursos que sustentam a PNAISH, concluiu que, apesar dela ter nascido por decisão política e não de uma demanda da sociedade e de colocar o homem numa posição vitimizante, trata-se de uma política em construção e que tem um potencial inovador quando se observa que,

Tendo em vista o seu caráter histórico e político, a PNAISH também se encontra passível de reformulações, sendo igualmente permeada por movimentos de mudança e ressignificação. Nesse sentido, cabe destacar aqui as importantes iniciativas do Ministério da Saúde no que se refere à proposição de reformulações na organização da Área Temática de Saúde do Homem, passando a incorporar em sua prática de gestão novos referenciais teóricos, éticos e políticos, sobretudo as teorias de gênero, bem como na maior abertura

ao diálogo e interlocução com a academia, profissionais e gestores em saúde. Tais iniciativas configuram-se como caminhos que possibilitam o rompimento com as premissas biomédicas e medicalizantes e abrem espaço para compreensões históricas, críticas e contextualizadas. (p.437)

Como se observa em revisão da literatura (SILVEIRA, MELO & BARRETO, 2017) sobre Saúde do Homem na Atenção Básica, no período de 2011 a 2015,

[...] à medida que os serviços de saúde oferecidos correspondem à variedade das necessidades de saúde dos homens, eles se vinculam mais a esses serviços [...] Não se pode afirmar que o vínculo por si só garanta um atendimento que almeje a integralidade. Entretanto, sem o reconhecimento entre profissionais e pacientes não é possível pensar em integralidade. Desse modo, para haver integralidade, é preciso que as necessidades do sujeito sejam percebidas em suas diversidades e, para que isso ocorra, é fundamental a comunhão possibilitada pelo vínculo. (p.1533)

Nesse sentido, pensar a saúde dos homens, principalmente o acesso/acolhimento deles na atenção básica, significa refletir sobre como o cuidado tem sido produzido nesse nível de atenção. Os estudos não mostraram a necessidade de criar serviços ou programas específicos, mas enxergar as singularidades dos diferentes indivíduos e abordar as diferentes necessidades de saúde, a partir de um olhar integral e do estabelecimento de vínculo, capazes de unir assistência e prevenção.

### **1.1.1 Os Homens e as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)**

Uma necessidade que tem sido frequentemente negligenciada e que está associada às doenças cardiocirculatórias, principal causa de mortalidade geral (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2017), é a detecção precoce de agravos como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos. (BRASIL, 2006, p.7)

O Diabetes Mellitus (DM) pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). (BRASIL, 2013b, p. 27)

No caso dos homens, tal situação é evidenciada pela vinculação tardia dos mesmos aos serviços da atenção básica, quando já apresentam complicações ou incapacidades.

Como mostrado em estudo sobre itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico, o acesso dos mesmos aos serviços de saúde é alcançado, em geral, através dos serviços de urgência/emergência ou privados, uma vez que a burocratização da atenção básica, caracterizada pela demora no atendimento e pela inexistência de garantia de acesso, mesmo que o usuário aguarde pelo atendimento, leva-os a desistirem da busca. Assim, o acesso ao cuidado em sentido amplo e a resolução das demandas e necessidades nem sempre são alcançados, possivelmente pela desumanização do cuidado e a falta de qualificação dos profissionais para identificar as reais necessidades de saúde da população masculina. (BURILLE & GERHARDT, 2014)

Como mostra NASCIMENTO et al. (2014) em estudo sobre a viabilidade da PNAISH no município de Sobral/CE,

Em Sobral ainda há unidades que trabalham com 'fichas'! Temos que atentar para a questão da flexibilidade, não deixar que o homem, por exemplo, que chegue às 10h da manhã volte sem ser atendido, por já ter passado do horário de acolhimento. Precisamos melhorar a acessibilidade, pois PSF hoje tá mais pra 'pronto-atendimento' (p.107)

Desse modo, os homens buscam mais serviços de urgência e emergência pela maior gravidade do quadro resultante da busca tardia e pela facilidade de acesso à consulta médica. Entretanto, os Pronto Atendimentos (PA) e Pronto Socorros, diferentemente dos serviços da atenção básica, não promovem acesso ao cuidado integral e longitudinal, pois oferecem um atendimento pontual e, em geral, desconectado da rede básica.

Como destacado por TESSER, POLI NETO & CAMPOS (2010),

As consequências negativas do PA são bastante consensuais no campo acadêmico: medicalização, baixa autonomia dos usuários, ineficácia ante doenças crônicas, baixo aproveitamento do potencial de outros profissionais de saúde e do trabalho em equipe e incapacidade de atuação em determinantes de saúde coletivos. (p.3619)

Nesse contexto, a UBS, potencialmente, constitui-se no serviço mais adequado para o atendimento das intercorrências dos portadores de condições crônicas, à medida que,

o profissional/a equipe conhece o usuário, seus problemas de saúde, as medicações prescritas, sua história, seu contexto [...] No decorrer da consulta por demanda espontânea, o profissional verifica e revisa o plano de acompanhamento, a periodicidade de contatos com a equipe de Saúde de acordo com seus riscos/vulnerabilidade [...] O papel das regras: regras têm o propósito de apoiar o alcance dos objetivos (maior e melhor acesso, qualidade e respeito aos usuários). Se a regra não está cumprindo este propósito, deve haver a sensibilidade, por parte da equipe, para observar como melhor responder às necessidades específicas de determinado contexto e flexibilizar, abrir as exceções que aquela situação demanda (não se trata de mudar a regra geral, mas flexibilizá-la com bom senso, quando necessário). (BRASIL, 2014a, p. 41)

É o que estudo de NUNES, BARRADA & LANDIM (2013) com 10 enfermeiros, que objetivou analisar os conceitos e práticas relativos à Saúde do Homem, também orienta:

[...] os profissionais de saúde da enfermagem precisam aproveitar oportunidades e não se limitar a atender às necessidades masculinas que motivaram a procura pela UBS. Devem aproveitar todo e qualquer acesso do homem a programas, como hiperdia, imunização, educação continuada, orientação quanto à prevenção de doença e promoção de saúde, já implantados dentro da ESF, para atender a este grupo. (p.19)

Em outro estudo (BARBOZA, 2013), com homens portadores de doenças crônicas, também se identificou que a maioria das demandas dos homens na atenção básica refere-se a patologias já instaladas (cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais), ou seja, por ações curativas. Uma pequena parcela refere-se a ações de prevenção relacionadas a exames de próstata ou a fatores de risco cardiovascular, possivelmente devido à divulgação pela mídia.

Nas estratégias para o cuidado da doença crônica, recomenda-se ampliar o acesso da população aos recursos e aos serviços das Unidades Básicas de Saúde por meio da estratificação de risco, pois nem sempre quem mais procura o serviço ou consegue maior número de consultas apresenta maior risco. (BRASIL, 2014)

Em vários estudos (CZORNY et al., 2017; GOMES et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2015) com homens em idade produtiva, evidenciou-se que, frequentemente, os mesmos possuem fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de DCNT, como uso frequente de álcool, tabaco, obesidade e sedentarismo, além da pressão arterial alterada. Entretanto, em geral, há dificuldades na detecção precoce desses fatores de risco na atenção básica, mostrando a necessidade de buscar os homens mais jovens e ofertar ações de prevenção e promoção de saúde, voltadas principalmente às DCNT.

Situação também observada em estudo de MORAIS, ROSA & MORAES (2013), que verificou a morbimortalidade decorrente do abuso de álcool no estado de São Paulo, focalizando a população masculina.

Apesar de os dados apontarem para a necessidade da prevenção do consumo abusivo de álcool, raramente os serviços básicos de saúde detectam precocemente o hábito de beber excessivamente. Sugere-se que as estratégias de prevenção e tratamento do alcoolismo partam da ampliação dos conhecimentos sobre a complexidade da questão, inclusive sobre prováveis determinantes socioculturais e da dimensão psíquica dos sujeitos envolvidos.(p.73)

A responsabilidade pela detecção precoce e seguimento desses agravos é dos serviços da atenção básica, por se constituírem na porta de entrada preferencial do SUS e estarem mais próximos das populações.

Detecção precoce visa estimular a conscientização dos sinais precoces de problemas de saúde - tanto entre usuários leigos como em profissionais – e rastrear pessoas sob risco de modo a detectar um problema de saúde em sua fase inicial [...] pode ser realizada tanto nos encontros clínicos – em que o paciente procura o serviço por algum motivo – quanto nos encontros em que não há demanda por cuidado, como: atestados e relatórios, acompanhamento de familiares, vacinação [...] Em ambos os casos, os profissionais de saúde precisam estar receptivos e atentos para, além das atividades em foco (o motivo principal do encontro), observar possíveis sinais de doenças e, se necessário, tomar as providências para detectá-los precocemente. (BRASIL, 2010a, p.15)

Identificar outras necessidades, além daquela demandada pelo usuário, é uma das dimensões da integralidade, constituindo-se num ponto chave para detecção precoce de fatores de risco e de doenças que podem ser assintomáticas, como a HAS e o DM.

Como mostrou estudo de YOSHIDA & ANDRADE (2016) com homens trabalhadores, de baixa escolaridade, atendidos num serviço que, a princípio, estava organizado para situações de “pronto atendimento”: a partir do reconhecimento da alta prevalência de HAS e DM no atendimento à demanda espontânea, o serviço reorganizou seu processo de trabalho, baseando-se no acolhimento, vínculo e integralidade do cuidado, passando a ofertar seguimento longitudinal aos portadores (até então desassistidos) dessas doenças. Observou-se que grande parte deles se vincularam ao serviço, aproximando-se do autocuidado.

As linhas de cuidado têm sido preconizadas para organizar a atenção às DCNT, como HAS e DM.

Tais linhas constituem-se em políticas de saúde matriciais que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou às necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, mas também uma visão global das suas condições de vida. (BRASIL, 2008, p.41)

Entretanto, na organização das linhas de cuidado sempre ocorre o risco de fragmentação, uma vez que são delimitadas a partir da doença. Como alertam MALTA & MERHY (2010): “Torna-se chave o deslocamento do processo assistencial atual, centrado em procedimentos fragmentados, por outros processos, que se pautem pela responsabilização, vinculação e o cuidado.” (p. 595)

Como apontado em estudo com 104 profissionais de saúde do município de Aracaju/SE, que investigou as representações sociais sobre o tema “homens e cuidado à saúde”,

Nessa perspectiva, para mudar o modo de produção do cuidado é necessário haver uma desterritorialização dos profissionais de saúde e usuários, pois esses trabalhadores atuam a partir de territórios existenciais, organizados pela sua subjetividade, e a partir disso, construir uma nova representação social dos homens para os profissionais de saúde. (SIQUEIRA, et.al., 2014, p. 691)

Talvez seja preciso construir uma nova representação dos usuários em geral, como indivíduos portadores de necessidades, que vivem e adoecem em diferentes contextos. Assim, faz-se necessário um aprofundamento sobre como os serviços de atenção básica organizam o acesso de forma a responder às necessidades de saúde dos indivíduos e das populações.

## **1.2 Acesso aos serviços da Atenção Básica a partir do olhar voltado às necessidades dos homens**

Há várias evidências dos benefícios da Atenção Básica ou Atenção Primária como porta de entrada do sistema de saúde. Como apontado por STARFIELD (2002), 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). Entretanto, destaca-se 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. (STARFIELD, 2002)

No Brasil, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) define que “a Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede” (BRASIL, 2017). Responsável por “assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores” (BRASIL, 2017)

Entretanto, TRAVASSOS & MARTINS (2004) destacam: “Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e

que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto.” (p.S191) Embora haja autores que o relacionem às características dos indivíduos, outros à oferta e outros a ambas as características ou à relação entre elas, prevalece a ideia de que acesso refere-se ao desempenho do sistema de saúde relativo à oferta, havendo uma tendência de ampliação de seu escopo, não somente referindo-se à entrada no serviço, mas também aos resultados dos cuidados recebidos.

Desse modo, avaliar o acesso em sentido amplo torna-se uma tarefa complexa, à medida que envolve inúmeros fatores.

Considera-se que se deva priorizar o emprego de medidas que apreendam cada uma das etapas no processo de utilização de serviços, de forma a permitir a verificação do efeito dos múltiplos fatores explicativos das variações no uso de serviços, como destas nas condições de saúde das pessoas e, desta forma, orientar melhor a formulação de políticas para um melhor desempenho dos sistemas de saúde. (TRAVASSOS & MARTINS, 2004, p. S197)

A utilização de serviços refere-se a todos os contatos diretos com os profissionais responsáveis pelos procedimentos preventivos, diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação e resulta da interação do indivíduo que busca cuidado com os serviços disponíveis, sendo determinado pela necessidade de saúde, pelas características socioculturais e demográficas dos usuários e dos profissionais de saúde (formação técnica, experiência, forma de remuneração), pela organização do serviço e pela política de saúde. Assim, o comportamento do indivíduo é, em geral, responsável pelo primeiro contato, mas os subsequentes (continuidade do cuidado) dependem do profissional de saúde, que é quem define os recursos necessários para responder ao problema de saúde. (TRAVASSOS & MARTINS, 2004)

Desse modo, a percepção de uma necessidade de saúde pode levar ao desejo pelo cuidado, que pode ou não fazer o indivíduo buscar serviços de saúde. A procura por serviços de saúde gera uma demanda, que depende da existência de recursos para ser satisfeita. (TRAVASSOS & CASTRO, 2012)

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. Para esse autor, as necessidades de saúde poderiam ser expressas em 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. STARFIELD (2002) destaca que as condições de saúde de uma população estão, em grande parte, relacionadas às desigualdades sociais (ou de renda), sendo que

os serviços de saúde, na qualidade de um dos determinantes diretos, podem ter um papel na melhora da saúde, mesmo em face das notáveis iniquidades na distribuição de riquezas. [...] Para que a atenção primária otimize a saúde, ela deve focar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual. (p. 27)

Essa mesma autora ainda pontua que, na atenção primária,

o paciente é conhecido pelo médico, sendo que, a entrada no sistema é dada pelo paciente, freqüentemente com queixas muito pouco específicas e vagas. A principal tarefa é a elucidação do problema do paciente e a obtenção de informações que levem a um diagnóstico e à escolha do manejo mais apropriado. Médicos da atenção primária, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. Como estão mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas, estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde. (STARFIELD, 2002, p.29)

Nesse contexto, SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES (2000) destacam que os serviços da atenção básica podem constituir-se em “espaços de emergência de necessidades”, buscando necessidades que os técnicos não dominam.

Trata-se de carecimentos pertencentes à vida cotidiana que, por meio da crítica à ciência tradicional e suas técnicas, relacionamos ao adoecer humano e à recuperação, mas que ainda não são considerados deste modo pela ciência tradicional e por isso já não estarão incluídos na produção usual dos serviços e nas ações técnicas conhecidas [...] o termo busca sugerir alternativas por meio do resgate de valores que foram negativados ao longo das opções históricas que elegeram a forma atual dominante de construção da vida social, trabalhando no sentido da abertura à instauração de novos sistemas de valores. (p. 33)

Para tanto, esses mesmos autores sugerem três possibilidades nessa esfera de valores: que a assistência na unidade básica de saúde não reduza necessidades de saúde a processos fisiopatológicos, que desenvolva uma assistência mais global e inovadora, propiciando espaços para a emergência de necessidades não “trabalhadas” e que valorize a dimensão subjetiva das práticas em saúde, resguardando o sentido humano nas ações técnicas. (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000)

TRAVASSOS e CASTRO (2012, p. 218) destacam que a “necessidade de saúde percebida pelos indivíduos difere da necessidade de saúde diagnosticada por profissionais da saúde. É um conceito relativo, pois varia entre os indivíduos, os grupos, a cultura e ao longo do tempo.” Além disso, alertam que as características da oferta podem levar à subutilização dos serviços, quando são impostas barreiras de acesso (geográficas, financeiras, organizacionais, culturais, informacionais), ou à sobreutilização, por indução da demanda.

Na prática, o que se observa, em geral, são inúmeras barreiras para acessar um cuidado integral e resolutivo a partir da atenção básica, como mostram vários estudos.

LIMA & ASSIS (2010), em estudo sobre o acesso em duas Unidades de Saúde da Família em um município da Bahia, evidenciaram que o acesso é focalizado e restrito a determinados serviços e programas.

A realidade local, vivenciada durante o período da coleta de dados, revelou os serviços no PSF, caracterizados em sua maioria por uma oferta restrita na porta de entrada – a recepção – modulada por cartazes informativos sobre o número de vagas, por ordem de chegada e por dias específicos para o atendimento a determinado grupo populacional, presença ou ausência do profissional e caracterizado por uma demanda espontânea reprimida em suas necessidades de saúde. [...] as recepções, nas USF, mantêm-se burocratizadas e conduzidas por critérios administrativos e não técnicos, configurando uma demanda reprimida. (p. 445 e 446)

Em pesquisa de BARBOSA, DANTAS & OLIVEIRA (2011), usuários de cinco Unidades de Saúde da Família de um município do Ceará,

avaliam com insatisfações o acesso ao serviço de saúde, por vezes limitado pelo número de fichas para o atendimento devido à alta demanda, cobram mais compromisso por parte

dos profissionais, principalmente os médicos, anseiam por atendimentos diários, um tempo maior de permanência dos médicos nas unidades de saúde e sem atrasos, como também um atendimento mais humanizado por parte da equipe e uma melhor organização do serviço como um todo. (p 352)

Em estudo que buscou identificar fatores que influenciam o acesso aos serviços públicos de saúde, em um município de Minas Gerais, a partir da perspectiva de profissionais de saúde e de usuários de uma unidade básica de referência, VIEGAS, CARMO & LUZ (2015) encontraram que,

parte dos entrevistados afirmaram que a atenção básica deveria estar voltada para a promoção e a prevenção, e descartaram que caberia à UBS atender a demanda espontânea. Em decorrência das diversas concepções, ficou evidente que as orientações obtidas pelos usuários nos serviços básicos de saúde são confusas e contraditórias, predominando uma orientação restritiva à utilização das unidades básicas. (p.109)

ALMEIDA, FAUSTO & GIOVANELLA (2011) também evidenciaram, em estudo realizado em 4 centros urbanos com o objetivo de se identificar ações para fortalecer e qualificar a ESF, que não há um consenso entre os profissionais de saúde se o atendimento à demanda espontânea é uma atribuição da AB.

A efetivação da APS como porta de entrada depende do ainda frágil equilíbrio entre atendimento da demanda espontânea e programada. Embora a atenção aos pacientes crônicos constitua um importante desafio aos sistemas de saúde, pela necessidade de coordenação dos cuidados, no interior dos serviços de APS o atendimento aos grupos prioritários parece estar mais consolidado. Abrir as portas da USF buscando equilíbrio entre o cuidado aos doentes e as ações preventivas e promocionais é condição para que a APS se torne serviço de procura regular. O acolhimento, o suporte de especialistas e o apoio matricial podem contribuir para a organização do processo de trabalho das equipes de SF para atender às diversas necessidades de saúde da população e para ampliar a resolutividade. A conquista de apoio e legitimidade para a APS ainda é um tema pendente. (p. 93)

Desde 2004, a Política Nacional de Humanização propõe o Acolhimento como dispositivo para organizar o acesso na atenção básica (BRASIL, 2004).

Segundo MERHY, CECÍLIO & NOGUEIRA FILHO (1991), a proposta do Acolhimento busca organizar os serviços de saúde e suas ofertas a partir da demanda espontânea, partindo do princípio de que

toda situação individual é uma situação coletiva [...] e o que o serviço deve fazer é ir além dessa situação, sem negá-la, isto é, deve realizar uma leitura do conjunto das demandas espontâneas a partir de instrumentais e saberes que a compreendam como fenômeno coletivo e, assim, permitir a incorporação de novas ações para compor o elenco de serviços de saúde oferecidos. (p.85)

O Acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (FRANCO, BUENO & MERHY, 1999, p. 347).

As ações programáticas seriam substituídas por ações coletivas desenvolvidas a partir do estudo de morbimortalidade da demanda atendida e de estimativas da situação de saúde. (MERHY, CECÍLIO & NOGUEIRA FILHO, 1991)

ESCOREL et. al. (2005) destacam que

Há evidências de que a estratégia de acolhimento para articular o atendimento da demanda espontânea com a programada tem potencialidade para transformar a USF em porta de entrada para o sistema, o que incide na organização do trabalho em equipe e contribui para fortalecer o vínculo entre ESF e usuário adscrito. (p.197)

Entretanto, frequentemente o Acolhimento tem se constituído como mecanismo de triagem, recepção com simpatia sem resolubilidade ou pronto atendimento, sendo que, na maioria dos casos, resulta em consulta médica, o que faz com que seja considerado uma intermediação desnecessária. (COELHO, 2008; ONOCKO CAMPOS et.al., 2014)

Estudos sobre o acolhimento na atenção básica evidenciaram sua potencialidade para ampliação do acesso a partir da compreensão das necessidades dos usuários, entretanto evidenciou-se também que traz sobrecarga para o serviço, estresse e

conflito dentro das equipes, o que, muitas vezes, acarreta num atendimento de baixa qualidade. (MITRE, ANDRADE & COTTA, 2012; SOUZA et al, 2008)

O acolhimento, ao ampliar o acesso dos usuários ao SUS na APS, quando associado à presença de profissionais capacitados para uma escuta ativa e qualificada às suas demandas, possibilita a autonomia, a cidadania e a corresponsabilização na produção do cuidado à saúde [...] Por outro lado, quando o acolhimento é tomado como um pronto atendimento, triagem a ser realizada na porta do serviço, pode perpetuar a exclusão dos usuários e das comunidades ao SUS, dificultando a adesão ao projeto terapêutico, o vínculo e a corresponsabilização (MITRE, ANDRADE & COTTA, 2012, p 2081)

É o que TESSER, POLI NETO & CAMPOS (2010) também destacam quando apontam que o acolhimento na ESF favorece a desmedicalização à medida que permite uma abordagem ampliada dos problemas de saúde dos usuários ao conhecer seu contexto social e familiar, mas, quando é focalizado, tipo queixa-conduta, medicalizado, torna-se pouco resolutivo, gerando maior dependência e sobrecarga do serviço.

Outra forma de acesso na ESF ocorre através do cadastramento e acompanhamento das famílias no território, cujo objetivo é:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características socio-econômicas, psico-culturais, demográficas e epidemiológicas.
- Identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta. (BRASIL, 2000, p.15)

A territorialização foi trabalhada por UNGLERT (1995) numa dimensão ampla, ainda que esta autora não tenha feito um estudo aprofundado do conceito de território.

Para ela,

a territorialização em saúde é definida enquanto um processo de apropriação do espaço por distintos atores sociais, sendo que esse espaço representa muito mais que uma superfície geográfica, tendo ainda um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (p. 32)

PAGANI & ANDRADE (2012) destacam que atuar sobre territórios delimitados, principalmente por meio da visita domiciliar, é um dos pilares do modelo da ESF, sendo importante concebê-los além do espaço geográfico.

As equipes atuam tanto nos equipamentos – as Unidades Básicas de Saúde da Família - como também fora da unidade, buscando conhecer as famílias, sua realidade, seus costumes, seu modo de vida, suas dificuldades, suas possibilidades e suas potencialidades. Por meio de tais processos, a saúde vem se aproximando da discussão sobre territórios e dados epidemiológicos, que orientam a distribuição dos equipamentos e serviços de saúde. Sua análise exige uma abordagem mais ampliada, que incorpore questões sociais, educacionais, políticas e culturais, identificadas através do conhecimento dos espaços de encontro entre as pessoas, das redes de relações, de ajuda, das formas de solidariedade e lazer, de sua história singular, bem como do vínculo entre as pessoas e os serviços de saúde, particularmente a UBSF. (p. 98)

Entretanto, estudo de SILVA JUNIOR. et al (2010) que buscou avaliar a acessibilidade geográfica no PACS e PSF, em um distrito em Salvador, concluiu que o processo de territorialização “representou uma atividade meramente burocrática: as áreas das equipes e suas microáreas constituíram-se apenas em espaços delimitados para atender às exigências formais de funcionamento dos programas.” (p.558) Além disso, “a existência de grandes aglomerados humanos, organizados de forma precária em um espaço tão heterogêneo como o distrito estudado, representa um grande desafio ao processo de territorialização.” (p.559) Desse modo, observou-se

a necessidade do atual desenho da territorialização com vistas a uma melhor organização da assistência. Esse novo olhar deve ser pautado na percepção do território como processo dinâmico de relações e de expressão do processo saúde-doença. Há de se superar a lógica normativa de territorialização, pautada basicamente no número de pessoas por ACS, avançando na apropriação do território a partir de uma análise da situação de saúde. (p. 559)

MASOCHINI, FARIAS & SOUZA (2018) também verificaram que “os profissionais de saúde possuem pouco conhecimento sobre o histórico de saúde e as condições socioeconômicas dos usuários e familiares cadastrados na área de abrangência da UBS.” (p.5)

Revisão da produção científica sobre a Estratégia Saúde da Família e seu papel na reorientação do modelo de atenção no país (SILVA, CASOTTI & CHAVES, 2013) evidenciou que “mesmo nos locais onde se observa a importância da ESF para garantia do princípio da universalidade, a focalização ainda aparece mascarada, muitas vezes, pelo fato de os extratos de excluídos representarem uma grande proporção populacional” (p.228)

Considerando que os modelos de atenção podem estar voltados para a demanda, centrados no atendimento que surge espontaneamente ou que são induzidos pela oferta, ou centrados na identificação de necessidades, que nem sempre se expressam em demanda, esses mesmos autores evidenciaram:

Tomando como referência o modelo focado nas necessidades, os indícios de mudanças são ainda menores. Os avanços descritos apontam mais no sentido da prática assistencial relacionada ao acolhimento, ao vínculo, às orientações fornecidas ao usuário, ou seja, ao componente demanda. Ainda são pouco exploradas as ações essenciais que elevam a ESF à condição de reorientadora do modelo, como a exploração do território, a educação em saúde, a participação popular, o planejamento e a avaliação, ou seja, aquelas focadas nas necessidades. Na dimensão organizacional, vale destacar a desarticulação da rede de atenção e na dimensão político-institucional, a ausência de políticas públicas que enfrentem os determinantes sociais numa perspectiva intersetorial. Esses fatores interferem diretamente na garantia da integralidade tanto no que diz respeito ao acesso a todos os níveis de atenção como também à integração de práticas de promoção, prevenção e recuperação. (SILVA, CASOTTI & CHAVES, 2013, p. 224)

O acesso à rede de serviços especializada, a partir da atenção básica, também é deficiente, como observado no estudo (RIOS & NASCIMENTO, 2017) em unidades de saúde da família num município da Bahia com o objetivo de analisar a produção do cuidado para resolubilidade na ESF.

Concordamos que os entraves relacionados à organização do fluxo de agendamento das guias por cotas ampliam mais ainda a demanda reprimida, visto a perda, muitas vezes, de vagas por desvio da guia agendada para o local errado ou pela desinformação da equipe de saúde da família ou dos profissionais da recepção, não por culpa dos mesmos, mas pela desarticulação da própria rede ou fluxo de marcação. As longas esperas por atendimento, informação ou consulta retratam a situação, à qual os usuários se subordinam,

enquanto demanda reprimida, para receber atenção, realidade essa que reduz a credibilidade da equipe de saúde, limita a continuidade da Produção do Cuidado e sobrecarrega os serviços de média e alta complexidade. (RIOS & NASCIMENTO, 2017, p. 3545)

Além disso, observa-se também que os entraves não se limitam aos serviços da atenção básica, como evidenciado no estudo de SANTOS et al (2017), que

evidenciou que a atenção especializada não reconhece as suas atribuições e responsabilidades na rede, especialmente quanto à integração, comunicação e resolubilidade, fluxos e instrumentos de contra-referência à Atenção Primária à Saúde. Também, os resultados demonstram que as diretrizes clínicas preconizadas para o aperfeiçoamento da assistência não são utilizadas nos serviços especializados, podendo criar situações de risco à segurança dos pacientes em atendimento e comprometer o itinerário e o tratamento. (p.6 e 7)

Assim, observa-se a incapacidade dos serviços da atenção básica em coordenar o cuidado através das RAS, como mostrou estudo de MAGALHÃES JUNIOR & PINTO (2014), a partir da análise dos dados do PMAQ, do questionário aplicado pelo MS aos gestores de municípios e da pesquisa realizada pela Ouvidoria do MS com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os resultados mostram também condições evidentemente insuficientes para a realização da coordenação do cuidado dos casos que demandam cuidado continuado, mesmo quando seu tratamento ocorre somente na UBS. Esse é um resultado preocupante, quando percebemos que é justamente esse tipo de cuidado que será cada vez mais demandado com o envelhecimento da população, com o aumento da carga de doenças crônicas, com a progressão da obesidade e do sedentarismo e com o aumento da prevalência das doenças mentais e do uso abusivo de drogas. (p.24 e 25)

É o que MENDES (2018) também destaca:

O problema crítico do SUS reside na incoerência entre uma situação de saúde que combina transição demográfica e nutricional aceleradas e tripla carga de doença, com forte predominância de condições crônicas, e um sistema fragmentado de saúde que opera de forma episódica e reativa e que é voltado, principalmente, para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas. (p.434)

Situação também observada em estudo que objetivou analisar a visão dos usuários de USF sobre a resolutividade da assistência (ROSA, PELEGRINI & LIMA, 2011).

Ao se considerar que os usuários nem sempre tiveram o problema resolvido, e os altos índices de satisfação e de resolutividade referidos, foram evidenciadas contradições, pois em poucos momentos houve resolução no primeiro nível de atendimento. Tal constatação faz sugerir que sejam desenvolvidos estudos mais aprofundados sobre o impacto da atenção da Estratégia Saúde da Família na comunidade estudada, preferencialmente acompanhando os itinerários terapêuticos. A visão dos usuários sobre resolutividade da assistência pauta-se no enfoque biologicista e fragmentado. Essa percepção se constrói, em parte, pelo o que é ofertado pelos serviços e pelos profissionais de saúde. (p.350)

Como vimos, o acesso à atenção básica, em sentido amplo, é influenciado por inúmeros fatores relacionados aos usuários, aos profissionais e aos próprios serviços, como também pela rede de serviços especializados. Na prática, ele tem se mostrado burocratizado, focalizado e pouco resolutivo, tanto no atendimento relacionado à demanda espontânea, quanto à programada, apontando a necessidade de aprofundamento sobre os modelos que orientam a organização dos serviços da atenção básica.

### **1.3 Modelos assistenciais na Atenção Básica e o desafio de integrar práticas preventivas e curativas**

Atenção Primária à Saúde refere-se a “uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.” (MATTA & MOROSINI, 2008, p.44)

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, 2011), mas sim representar a reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde. (MATTA & MOROSINI, 2008)

Historicamente, a ideia de organizar a assistência à saúde por meio da atenção primária surgiu em 1920, no chamado Relatório Dawson, uma proposta adotada pelo governo inglês de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado,

constituído por centros de saúde primários e serviços domiciliares localizados próximo das populações e por centros de saúde secundários e hospitais, que receberiam os casos que necessitassem de atenção especializada. Duas características importantes desse tipo de organização eram a regionalização, relativa ao atendimento das necessidades de saúde de cada região e a integralidade, ao associar ações curativas e preventivas. Essa concepção de Atenção Primária influenciou sistemas de saúde de todo o mundo. A preocupação dos países desenvolvidos era a sustentabilidade econômica de um sistema de saúde baseado na tecnologia médica, muitas vezes pouco resolutivo. Nos países em desenvolvimento, a preocupação maior estava na iniquidade do acesso à saúde, dada pelas precárias condições econômicas e sociais de grande parte da população. (MATTA & MOROSINI, 2008)

Assim, em 1978, na Conferência de Alma-Ata, 134 países firmaram um pacto que propunha estender o acesso à saúde para todas as populações até o ano 2000, através da atenção primária, destacando-se também a importância de investimentos em políticas sociais, a partir da compreensão de que a saúde é resultado das condições econômicas e sociais e das desigualdades entre os países. Apesar de suas metas terem influenciado reformas em diversos países nos anos 80 e 90, em muitos locais instituiu-se uma APS focalizada, ofertando ações de baixa complexidade a populações de baixa renda. (MATTA & MOROSINI, 2008)

STARFIELD (2002) destaca que

o conceito de atenção primária à saúde, em sua ênfase sobre a “proximidade com as pessoas”, parece estranho em países com sistemas de saúde baseados na tecnologia, na especialização, na supremacia do hospital e no currículo das escolas de Medicina que estão sob o controle de especialistas que trabalham em hospitais. Além disso, o princípio de que a atenção à saúde deve ser “relacionada às necessidades” não é facilmente entendido em países com sistemas de saúde bem estabelecidos, mas sem nenhum sistema de informação para documentar sistematicamente as necessidades de saúde ou avaliar o impacto dos serviços de saúde sobre eles. A orientação para a comunidade tem pouca base histórica nos sistemas de saúde da maioria dos países industrializados. (p.31)

A concepção da medicina como campo técnico e científico deu-se em meados do século XIX, com as descobertas nas áreas da bacteriologia, fisiologia, patologia, legitimando e monopolizando o conhecimento médico na sociedade. (AROUCA, 2003)

Essa organização da medicina científica ganhou força e passou a ser adotada em vários países, inclusive no Brasil, a partir da publicação do Relatório Flexner, em 1911, que visava a reforma do ensino médico nos Estados Unidos. Suas principais características eram a ênfase na atenção médica individual, especializada, educação médica dividida em áreas básicas (anatomia, bioquímica, fisiologia,...) e profissional, esta desenvolvida no hospital. (PAIM, 2008)

Nesse sentido, a Medicina, na sociedade capitalista, organizou-se sob 2 modelos, a fim de suprir dois conjuntos de “necessidades sociais”, o modelo epidemiológico e o clínico, o primeiro voltado para o controle da ocorrência de doenças que atingem o coletivo e o outro para a recuperação da força de trabalho incapacitada pela doença. Até o século XIX predominou o modelo epidemiológico, mas, a partir do século XX, com o desenvolvimento da fisiologia e da patologia, o modelo clínico, individual, passou a dominar.

Esse corpo individual em que ela (a doença) ocorre não é nenhum corpo concreto, socialmente determinado em suas relações, mas sim o corpo relativamente abstrato reduzido às suas dimensões biológicas [...] a clínica anatomopatológica “se casa” com o individualismo político-ideológico, que é a forma mais concreta de realização do princípio da igualdade, e com a naturalização do fenômeno assim recortado, que deixa de ser imediatamente social. (MENDES-GONÇALVES, 2017, p.355)

Esse mesmo autor ainda destaca,

configura-se neles um momento histórico em que as práticas de saúde devem necessariamente estar referidas a “necessidades sociais”, isto é, a necessidades de grupos específicos de indivíduos que logram, exatamente por causa de sua objetivação pelo trabalho, alcançar o estatuto de necessidades “da sociedade”, de todos os indivíduos. Nesse sentido, tanto o modelo epidemiológico, mas explicitamente em suas primeiras formas concretas — a *Medizinischepolizei* alemã e a “medicina urbana” francesa — quanto o modelo clínico, sobretudo no século XX, através dos mecanismos sociais de expressão do acesso ao consumo, são “medicinas sociais” (FOUCAULT, 1985, p. 79, *apud* MENDES-GONÇALVES, 2017, p. 363).

A medicina, então, passou a exercer um papel social e político, à medida que reproduz as condições econômicas e político-ideológicas da sociedade capitalista, de um lado por ser responsável pela manutenção da força de trabalho, particularmente do proletariado industrial e, por outro, por se organizar segundo a lógica de mercado de consumo de serviços médicos. (DONNÂNGELO, 1979)

Entretanto, a organização do trabalho de modo empresarial, associada ao consumo de instrumentos e produtos da indústria farmacêutica e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, “levou ao que costuma ser referido como “crise contemporânea da medicina”, querendo-se com isso dizer que o gasto social no setor tornou-se desproporcionalmente grande em relação a outras demandas e em relação ao benefício dele decorrente.” (MENDES-GONÇALVES, 2017, p. 359)

Para LAURELL (1982), o conceito de doença na sociedade capitalista, centrado na biologia individual, tem um caráter ideológico, à medida que “oculta” sua relação com a impossibilidade de trabalhar (o que interfere na criação da mais-valia e no processo de acumulação capitalista). Entretanto, destaca que

o fato de que o conceito de doença tenha um componente claramente ideológico não quer dizer que seja falso, senão que é parcial, isto é, que não deixa ver além de uma parte da problemática. O caráter parcial, deste modo, não permite avançar o conhecimento, senão em algumas áreas, deixando outras ocultas. (p. 10)

Desse modo, assinala

a necessidade de se avançar de uma posição de crítica à explicação biológica da doença para a construção de uma interpretação distinta do processo saúde-doença que, tendo como eixo seu caráter social, pode impulsionar a geração de um novo conhecimento a seu respeito. A importância disso não reside somente no fato de se poder agregar alguns elementos novos, mas de se oferecer a possibilidade de abordar toda a problemática de saúde a partir de um ângulo diferente, isto é, como fenômeno coletivo e como fato social. Este enfoque tem implicações profundas para a prática, considerando-se que a medicina hospitalar pouco tem a ver com o processo saúde-doença na sociedade. É claro que uma nova prática não depende somente de uma interpretação do processo saúde-doença, mas também de que se coloque em bases sociais que a possam impulsionar e sustentar. (LAURELL, 1982, p. 16 e 17)

Como afirma DONNÂNGELO (1979)

se não se pode recuar na trajetória científico-tecnológica impressa à prática da medicina, tampouco é possível declinar dos efeitos da penetração histórica do campo pelas relações de classe. Há, portanto, que buscar formas de conciliação das tendências que se manifestam na estrutura interna da prática e na necessária manutenção dos níveis de consumo. (p. 77)

Nesse contexto, nas décadas de 40 e 50, os projetos da Medicina Preventiva, Medicina Integral e Medicina Comunitária foram introduzidos no Brasil visando reformular o ensino médico através da incorporação de questões socioculturais, sem, contudo, modificar o modelo privatista da assistência médica individual. (DONNÂNGELO, 1979)

A Medicina Preventiva originou-se a partir das concepções da Higiene, no século XIX, e buscava a prevenção das doenças através de medidas educativas a serem adotadas individualmente, por meio da mudança na atitude do médico no sentido do desenvolvimento de ações de prevenção. Apesar de relacionar a saúde e a doença com o ambiente social, a Medicina Preventiva estabelece uma relação de causalidade linear entre ciência e sociedade, em que os fenômenos sociais somam-se aos mórbidos. (AROUCA, 2003)

Entretanto, diferentemente do que ocorreu nos Estados Unidos, onde se manteve a organização liberal da assistência à saúde por força da corporação e do mercado médicos, no Brasil, particularmente através dos Departamentos de Medicina Preventiva da UNICAMP e da USP, essa discussão fomentou uma maior incorporação das ciências sociais ao campo da saúde, originando a corrente médico-social e modelos alternativos de atenção, como o da Medicina Comunitária (ESCOREL, 2008).

A Medicina Social, diferentemente da Medicina Preventiva, buscava romper com a prática ideológica ligada aos grupos hegemônicos da sociedade, delimitando “um objeto de estudo a partir do qual pudesse produzir conhecimentos que contribuíssem para uma prática transformadora” (AROUCA, 2003, p. 150)

Embora o projeto da Medicina Comunitária tenha ficado restrito a experiências focais, vinculadas aos departamentos de Medicina Preventiva, o mesmo propiciou

uma visão mais integral da Medicina, influenciando, posteriormente, o movimento da Reforma Sanitária (ESCOREL, 2008).

A teoria social da medicina adotou como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. (ESCOREL, 2008, p. 397)

Com a instituição do SUS pela Constituição de 1988, a saúde passou a ser um direito do cidadão, devendo ser garantida pelo Estado a partir dos princípios da universalidade do acesso, equidade das ações e integralidade do cuidado, com a Atenção Básica representando a porta de entrada do sistema de saúde.

Desse modo, os postos de saúde transformaram-se nas atuais unidades básicas de saúde, que passaram a ser responsáveis pelas ações curativas individuais e pelas ações coletivas.

No entanto, os serviços da Atenção Básica se organizaram, na prática, de forma heterogênea, predominando em alguns locais o atendimento à demanda espontânea, baseada nas queixas individuais e, em outros, o desenvolvimento de ações sanitárias, voltadas para necessidades que nem sempre se expressam em demanda. Ambos se baseiam no saber biomédico, direcionados para o cuidado individual, através da oferta de procedimentos e de serviços especializados, ou para a coletividade, através de campanhas e programas especiais, (saúde da mulher, da criança, mental, etc) (PAIM, 2008).

A dificuldade em unir prevenção com assistência decorre da configuração do sistema de saúde no Brasil nas décadas de 70 e 80, representado por dois campos de prática, de um lado o sistema previdenciário, responsável pela assistência médica individual, e, de outro, os postos de saúde, serviços mantidos pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, responsáveis pela prevenção de doenças e controle de endemias e epidemias. (COELHO, 2008)

Nesse contexto, vale destacar algumas propostas que buscaram integrar ações individuais e coletivas, como a Programação em Saúde e o modelo Em Defesa da Vida.

A Programação em Saúde foi um modelo proposto no estado de SP, frente à crise da medicina previdenciária, na segunda metade dos anos 70, caracterizado pela

organização da assistência por meio de programas (mulher, crianças, doenças crônicas), baseado no método de planejamento CENDES-OPAS. Propunha integrar a assistência sanitária dos estabelecimentos de Saúde Pública e a assistência médica realizada pela Previdência como forma de melhorar o acesso de populações de menor renda, na tentativa de quebrar o 'círculo vicioso da pobreza', caracterizado pela baixa educação, saúde deficiente e pequena produtividade. Entretanto, constituiu-se num modelo apenas de transição, que foi substituído pela lógica ambulatorial vinda da medicina previdenciária, baseada em consultas clínicas de pronto-atendimento. Além disso, inicialmente, não propunha ações para abordar a demanda espontânea, as ações preventivas mantiveram o caráter autoritário da cultura higienista e pouco se alterou o maior poder médico dentro das equipes. (SCHRAIBER, VILASBÔAS & NEMES, 2014 p.89)

Apesar disso, SCHRAIBER, VILASBÔAS & NEMES (2014) afirmam:

As contribuições advindas desse modelo assistencial de integração e ainda atuais apontam para dois grandes eixos: a necessária articulação entre práticas individuais e de vigilância em saúde e o desenvolvimento de uma atenção produtora de cuidados integrais também quando é realizada na assistência médica de caráter mais pontual, como o PA, o que implicará o deslocamento do PA de sua lógica consultante para a lógica de atendimentos de caráter mais sistemático. Envolvendo-se com retornos periódicos de avaliação dos cuidados prestados e com ações não só terapêuticas e curativas, mas com práticas preventivas e de promoção, esse deslocamento em muito beneficiaria, especialmente, os usuários que vivem com doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão. (p.89)

Para MATTOS (2001), abordar as reais necessidades de saúde, além daquela demandada pelo usuário, articulando-se prevenção com assistência, é uma das dimensões que a integralidade pode assumir. Outras duas dimensões são relacionadas às políticas, na medida em que abordam não somente ações preventivas, mas também assistenciais, e 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.

O modelo em Defesa da Vida surgiu no final da década de 1980, proposto por um grupo de sanitaristas vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas e de trabalhadores da Secretaria de Saúde

da cidade de Campinas. Considerada não como modelo, mas uma modelagem que se modifica na prática dependendo da ação de vários sujeitos (usuários, trabalhadores, gerentes, etc) que intervêm no processo de produção da saúde, busca: uma gestão democrática dos serviços de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculo entre profissionais e usuários. (CARVALHO, 2005)

Apesar de considerar as estratégias de territorialização, planejamento e programação importantes, pressupõe não serem suficientes para a transformação do modo de produzir saúde.

Assim, propõe fortalecer sujeitos individuais e coletivos, pensados “como cidadãos de direito e donos de uma capacidade crítica de reflexão e de eleição mais autônoma de modos de levar a vida.” (CAMPOS, 2000, p. 229) Propiciando desse modo, a coprodução de necessidades sociais.

O que se argumenta é que caberia aos trabalhadores e aos usuários, a partir de seus próprios desejos e interesses, apoiando-se em uma teoria sobre a produção de saúde, tratar de construir projetos e de levá-los à prática; objetivariam então a concretização de determinados valores de uso, expressos sob a forma de necessidades, bem como dos meios necessários para atendê-las. (CAMPOS, 2000, p.228)

Apesar de sua influência na Política Nacional de Humanização, colocar o modelo em Defesa da vida em prática é um desafio frente às inúmeras atribuições da atenção básica, à falta crônica de recursos, formação deficiente dos profissionais, uma vez que se baseia numa concepção ampla do processo saúde-doença, e pressupõe o conhecimento de outros saberes, como destacado por CARVALHO (2005).

O conceito ampliado de saúde e o entendimento do social sustentam a afirmação de que o setor da saúde necessita “admitir que uma série de procedimentos, até agora classificados como estranhos à prática sanitária, têm uma função terapêutica essencial”. Preconiza que tecnologias e saberes como a educação, a psicanálise, as ciências políticas e a assistência social devem, cada vez mais, subsidiar a práxis sanitária. (CARVALHO, 2005, p.126)

Além disso, como destacado por CARVALHO (2005), um dos pontos críticos do SUS refere-se à alienação dos profissionais, representada pela fragilidade do vínculo com os usuários, pela separação entre os que executam e os que dirigem os

serviços/instituições e pelas dificuldades na constituição de trabalhadores coletivos e de uma prática interdisciplinar.

Destaca-se também que o trabalho em saúde não é totalmente controlável, situação que traz maior complexidade para a gestão. Há um certo 'autogoverno' dos trabalhadores, pois o ato da produção e do consumo de serviços de saúde ocorrem ao mesmo tempo, numa relação intercessora. Assim, como exemplifica MERHY (1997):

Quando se chega num lugar como um Centro de Saúde que possui trinta trabalhadores, por exemplo, necessariamente estamos diante de uma dinâmica profundamente complexa se considerarmos o conjunto dos autogovernos em operação, o jogo de interesses organizados como forças sociais, que atuam na micropolítica do processo de trabalho, cotidianamente, e as "cabeças" presentes neste cenário. (p.23)

Embora os gestores tenham maior controle sobre os recursos, eles não governam sozinhos, sendo necessária a criação de espaços coletivos para reflexão sobre as práticas, que possibilitem a pactuação com os trabalhadores da saúde de arranjos organizacionais centrados nas necessidades dos usuários. (MERHY & FEUERWERKER, 2016)

Em 1994, a proposta do Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu em decorrência da expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), inicialmente como uma proposta restrita, baseada em ações de Vigilância Sanitária, voltada às populações de baixa renda. No entanto, a partir de 1998, principalmente devido à melhora no financiamento do programa que permitiu a contratação de médicos para uma jornada de trabalho maior na Atenção Básica, o PSF foi adotado em vários municípios do país, sendo que, em 2006, o Ministério da Saúde adotou a Estratégia de Saúde da Família como modelo para reorganização da atenção básica.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem o território geográfico como base para desenvolvimento das ações assistenciais e de prevenção e promoção da saúde. Trabalha com equipes multidisciplinares responsáveis por populações adscritas, tendo a família como seu núcleo de atuação. (BRASIL, 2000)

Nas diretrizes para implantação da ESF, destaca-se:

A mudança do modelo assistencial não ocorre em busca de mudanças meramente estruturais como a divisão do território por equipes, mas possui um caráter de transformação de um modelo pautado pelo enfoque biomédico num modelo que leve em consideração as diversidades e singularidades da população abrangida, assim como o contexto em que vivem e adoecem. (BRASIL, 2000)

GAUDENZI & ORTEGA (2012), analisando o termo medicalização, a partir dos estudos de Ivan Illich e Michel Foucault, destacam:

Pode-se dizer que o incentivo do Ministério da Saúde a políticas que se baseiam em uma visão ampliada de saúde, que valorizam a autonomia e formas de corresponsabilidade solidária – como é o caso da Estratégia de Saúde da Família (ESF) – cria a possibilidade da realização de uma atenção à saúde desmedicalizante, que permite uma maior expressão de pequenos movimentos em prol do resgate da autonomia. (p. 24)

Além disso,

A Promoção da Saúde (PS) como conceito norteador fundamental da ESF pode, de fato, possibilitar a valorização das microculturas locais, mas é importante ressaltar que isso depende da forma como ela é entendida e praticada. As propostas da Educação Popular, por exemplo, constituem uma perspectiva libertária que busca mudanças sociais profundas através da ênfase em mudanças na relação entre o cidadão e o Estado, mas, por outro lado, a PS pode ser utilizada de forma perversa como estratégia para conduzir indivíduos a assumirem individualmente a responsabilidade por sua saúde e reduzir o peso financeiro na assistência à saúde. (GAUDENZI & ORTEGA, 2012, p.24)

Embora o termo promoção da saúde tenha sido utilizado inicialmente com um enfoque centrado no indivíduo, para o qual se direcionavam ações de educação em saúde voltadas à mudança do comportamento individual para prevenir doenças, atualmente se baseia numa concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes. Assim, propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos públicos e privados, de modo que,

suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as

mais fáceis) e do reforço (empowerment) da capacidade dos indivíduos e das comunidades. (BUSS, 2000, p.167)

Desse modo, a Promoção da Saúde constitui-se numa reação à medicalização da vida social:

Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “vívida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença. (BUSS, 2000, p.174)

Como destacado anteriormente, a demanda na atenção básica é, em grande parte, caracterizada por queixas e quadros inespecíficos, que muitas vezes não se encaixam em um diagnóstico pré-estabelecido ou existente nos atuais sistemas de codificação, como o CID10. Desse modo, a proximidade com a comunidade, o vínculo e o trabalho multidisciplinar, particularmente do agente comunitário de saúde, podem auxiliar na contextualização dos problemas trazidos e na ampliação de outras ofertas, que não sejam o medicamento, o procedimento, o exame ou a consulta médica. (TESSER, CAMPOS & POLI, 2010)

Todavia, TESSER (2006) alerta que, “entrando facilmente nos domicílios brasileiros, o PSF é uma faca de dois gumes: uma chance para a reconstrução da autonomia e/ou, simultaneamente, uma nova e poderosa força medicalizadora”. (p.349)

Nessa perspectiva, o trabalho das equipes pode contribuir para a produção de um cuidado desmedicalizado, voltado para a construção de autonomia dos usuários ao configurar-se em equipes integradas, organizadas a partir da democratização das relações de trabalho e do princípio da integralidade. Por outro lado, quando a equipe constitui-se somente num agrupamento de profissionais, que trabalha de forma isolada e hierarquizada com o objetivo de racionalizar a assistência médica, mantém-se a ordem organizacional tradicional, em que profissionais de diferentes áreas somam procedimentos lada a lado, reforçando a fragmentação do cuidado. O trabalho da equipe integrada traz a possibilidade de apreender e responder de maneira contextualizada às necessidades de saúde dos usuários, especialmente

num contexto de envelhecimento da população e aumento da prevalência das DCNT, situação que demanda uma abordagem mais ampla e qualificada, que vai além do modelo biomédico, abarcando as múltiplas dimensões da saúde. (PEDUZZI, 2008)

PEDUZZI et. al. (2011), em estudo sobre a contribuição gerencial para a prática interprofissional em 21 serviços públicos, pontuam:

[...] há necessidades de saúde que não são reconhecidas e contempladas na atenção à saúde pela lógica técnico-científica e pelas intervenções fragmentadas de profissionais que agem isoladamente sem tomar em consideração as ações dos demais colegas. Nesse sentido, há que se considerar a consubstancialidade entre processo de trabalho e necessidades, visto que implica circularidade entre o modo de organização e distribuição e o consumo de serviços – o que configura a rede de atenção à saúde, os serviços e a atuação das equipes como “contexto instaurador de necessidades”. (p.634)

Nesse sentido, como destacado anteriormente, a falta de experiência no cuidado dos homens, particularmente nos serviços da atenção básica, coloca para as equipes o desafio de “instaurar novas necessidades” relacionadas à saúde masculina, a partir de uma prática baseada na integralidade.

No entanto, apesar da ESF ter apresentado resultados positivos em alguns locais do país e constituir-se potencialmente num modelo inovador, ao centrar o cuidado sobre a família e a comunidade e utilizar tecnologias instituídas por outras políticas, como a humanização do cuidado, o acolhimento, a articulação das ações de vigilância e educação em saúde, há ainda uma distância a ser percorrida entre a política e a prática. (PAIM, 2008; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008)

Além das dificuldades de financiamento, que levam à crônica falta de recursos, a formação dos diferentes profissionais é deficiente, principalmente a formação médica. Somente a partir de 2002, a Medicina de Família e Comunidade foi reconhecida como especialidade médica no Brasil (CAMPOS et al., 2008; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008).

Estudo avaliativo, de caráter quanti e qualitativo, realizado em municípios do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) no interior do Estado da Bahia, que ocupam lugar estratégico na organização de redes de

atenção à saúde, adotou a “denominação de PSF, de forma intencional e não de Estratégia Saúde da Família, considerando que as realidades estudadas ainda estão distantes de modelos integrais, equânimes e resolutivos, conforme preconizado pelo SUS”. (ASSIS et.al., 2010, p. 9)

Em estudo avaliativo (ESCOREL et.al., 2005) sobre a implementação do PSF em grandes centros urbanos, “observou-se o baixo uso do diagnóstico de saúde local na programação de atividades, indicando tendência de baixa adequação ao perfil local de necessidades de saúde”. ( p. 197)

ANDRADE, BUENO & BEZERRA (2012) destacam que a ESF é fruto de um processo em evolução dentro do SUS e de tensão paradigmática, o que faz com que seja implantada de forma heterogênea nos diferentes municípios, dependendo também do tempo de implementação, capacitação dos profissionais, compromisso dos gestores e financiamento.

NORMAN & TESSER (2015) destacam que os desafios de prover acesso e equilibrar no cotidiano dos serviços ações de prevenção de agravos e promoção da saúde com o cuidado ao adoecimento, ainda persistem e que, ambas as propostas (Programação em Saúde e Em Defesa da Vida), que abordaram, pioneiramente, essa questão no contexto brasileiro devem ser consideradas na expansão/construção da ESF.

Em 2013, 53,4% da população encontrava-se cadastrada na Estratégia de Saúde da Família, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (MALTA, 2016).

Porém, ainda há uma baixa resolubilidade da Atenção Básica, traduzida pela existência de uma demanda crônica aos serviços, decorrente de tratamentos incompletos porque os usuários não conseguem acesso ao atendimento especializado, ou em decorrência do cuidado centrado em procedimentos e no ato prescritivo, que nem sempre resolvem os complexos problemas da população relacionados ao contexto social, além de não produzir autonomia. Gera-se um ciclo vicioso, em que a baixa resolutividade da Atenção Básica dificulta ainda mais o acesso ao atendimento especializado e a demanda fica progressivamente mais reprimida, retornando ao serviço sem que seu problema tenha sido resolvido,

impedindo o acesso de novos usuários e fechando o ciclo da ineficiência. (ASSIS et al, 2010).

Observou-se que, apesar da proposição de diferentes modelos, o SUS ainda enfrenta o desafio de propiciar um cuidado universal, equânime e integral, que produza maior autonomia dos indivíduos e que seja sustentável economicamente. Na prática, os modelos se misturam, acarretando o surgimento de serviços heterogêneos, que, se por um lado possibilitam maior liberdade na execução das ações, dificultam o trabalho da gestão, com relação à avaliação, à priorização de recursos e ao próprio aperfeiçoamento do modelo.

Como apontado por CASTANHEIRA (2015) em seminário sobre avaliação de tecnologias de saúde para a atenção primária,

Nós temos modelos muito mistos, na verdade não apenas ser (unidade) básica “tradicional” e saúde da família, entre esses dois modelos polares há uma miscelânea no nosso estado. Os municípios fazem essa miscelânea: tem unidade de saúde no centro e saúde da família na periferia. O mesmo se observa no estado de São Paulo: tem saúde da família nos municípios das regiões periféricas mais pobres, e o miolo do estado salpicado de modelos tradicionais. Então dentro dessa heterogeneidade de fato fica difícil dizer qual é o melhor. (p.289)

Embora haja muitos desafios a serem superados na ESF para acessar um cuidado integral, acredita-se que a mesma se constitua no modelo com maior potencialidade para atingir tal objetivo, à medida que se baseia no trabalho da equipe multidisciplinar e se aproxima do contexto familiar e social dos usuários, por meio da visita domiciliar e do conhecimento do território. Tais fatores, além de propiciarem uma visão ampliada sobre o processo saúde-doença, facilita o reconhecimento de necessidades, que nem sempre chegam ao serviço.

Como apontado por BRITO, MENDES & SANTOS NETO (2018), em estudo sobre a percepção de trabalhadores da ESF acerca de seu objeto de trabalho: “o verificado em João Pessoa destaca o elevado grau de complexidade que orienta o trabalho no âmbito da ESF, onde o objeto de trabalho extrapola a dimensão individual e biologicista, assumindo a determinação social e a sua relação familiar e comunitária.” (p. 83)

Do mesmo modo, PINTO et al. (2017), em estudo que buscou compreender as demandas cotidianas da Estratégia Saúde da Família na prática clínica da equipe e as vulnerabilidades sociais do território comunitário, destacam:

No território vivo, é possível conhecer as limitações e superações da atenção clínica em saúde. [...] Nas relações comunitárias, emerge a dimensão social da vida dos usuários, a qual se constitui do modo de vida experienciado. É na construção dos vínculos sociais, no enfrentamento das adversidades ambientais e no reconhecimento das vulnerabilidades e riscos do contexto comunitário que a atenção clínica pode absorver e compartilhar elementos potenciais para a integralidade assistencial. (p.976)

Entretanto, em 2017, ao invés de garantir maior financiamento e investimentos para aprimorar e fortalecer a Estratégia de Saúde da Família, o Ministério da Saúde, através da revisão da PNAB, flexibilizou as regras para o financiamento da Atenção Básica, permitindo a coexistência de vários modelos e conformações das equipes, desconsiderando os avanços advindos da ESF. (ABRASCO, 2017)

Além disso, SCHEFFER & SCHRAIBER (2017) destacam que a Saúde Coletiva, como campo científico que foi se consolidando até os anos 2000, vive certa crise de cientificidade, identidade e adequação de métodos, embora tenha estabelecido certo diálogo das Ciências Sociais com as Ciências Biológicas.

Com a sociedade conectada, com novas redes de informação e tecnologias de interação, de compartilhamento de ideias e conhecimentos, o papel das instituições e dos agentes responsáveis pela saúde vai muito além dos limites do sistema, das políticas e dos programas tradicionais de saúde, o que requer novas questões de pesquisa que naveguem nessa e em outras realidades contemporâneas, a exemplo da convivência maior com situações crônicas de saúde, da necessidade crescente de recursos em tempos de austeridade fiscal, ou do imperativo de responder à insatisfação social por meio do incremento da qualidade e eficiência de serviços de saúde. (p.489)

Nesse sentido, ampliar o acesso dos homens aos serviços da atenção básica de modo a reduzir a morbimortalidade dos mesmos por causa preveníveis, como as doenças cardiocirculatórias, representa um desses desafios contemporâneos do SUS, pois exige ir além da instituição de um programa tradicional, é preciso que os profissionais de saúde busquem conhecer esse “novo” usuário e suas necessidades,

que nem sempre estarão expressas em sua demanda, especialmente se estiverem relacionadas a doenças assintomáticas, como a HAS e o DM. Além disso, será necessário vinculá-lo a um seguimento longitudinal resolutivo e desburocratizado, uma vez que, para os homens, ter saúde se relaciona, em geral, à possibilidade de serem economicamente produtivos e capazes de prover suas famílias.

Desse modo, o presente estudo parte do pressuposto de que a ampliação do acesso (em sentido amplo) dos homens aos serviços da atenção básica relaciona-se à transformação do modo de produzir cuidado nesse nível de atenção. Um cuidado fragmentado, focalizado e pouco resolutivo num cuidado centrado no usuário e em suas reais necessidades de saúde. Nesse sentido, uma questão que se coloca é: quais são os entraves para o acesso dos homens a um cuidado integral e resolutivo na atenção básica e como superá-los no cotidiano dos serviços.

## **2. Objetivo geral**

Compreender os entraves ao acesso a um cuidado equânime e integral na atenção básica e viabilizar formas para enfrentá-los, através de um processo participativo voltado à ampliação do acesso dos homens.

### **2.1 Objetivos Específicos**

- 1- Entender como ocorre o acesso/acolhimento dos homens, especialmente daqueles em idade produtiva, portadores de doenças crônicas, nos serviços básicos de saúde estudados.
- 2- Conhecer a experiência de usuários homens acerca da utilização dos serviços de saúde, especialmente os da atenção básica.
- 3- Conhecer a visão dos profissionais de saúde e da gestão de serviços básicos acerca das necessidades de saúde dos homens e de como se organizam para acolhê-las, especialmente em relação aos usuários hipertensos e diabéticos.
- 4- Viabilizar formas para o enfrentamento dos entraves para acesso/acolhimento dos homens em idade produtiva aos serviços básicos de saúde.

### 3. Sujeitos e métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa inspirada pelo método da Pesquisa-Ação.

THIOLLENT (2011) define Pesquisa-Ação como

um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo e participativo. (p.20)

Como afirma THIOLLENT (2009), na pesquisa-ação “os vários atores implicados nas situações a serem pesquisadas são levados a identificar os problemas e a propor ações concretas, gerando assim um conhecimento entrelaçado com a prática.” (p.xiii)

Desse modo, assume-se que essa pesquisa foi “inspirada” na Pesquisa-Ação, pois o problema de interesse foi levado, inicialmente, pela pesquisadora e apresentado para os gestores locais e, posteriormente para as equipes, para o reconhecimento do problema pelos profissionais de saúde e para que demonstrassem seu interesse em participar da pesquisa.

Buscou-se, como destacado por THIOLLENT (2009), “por uma transformação em que os atores pudessem participar efetivamente, não por constrangimento ou interesse imediato, mas por vontade de construir soluções de alcance maior.” (p.xiii). Além disso, criar “um espaço de interlocução entre os atores para analisarem a situação, em comum com os pesquisadores, e proporem ações possíveis a serem implementadas e avaliadas.” (p.xiv)

Em outras palavras, ao invés de se preocupar somente com a explicação dos fenômenos sociais depois que eles aconteceram, a finalidade da pesquisa-ação é de favorecer a aquisição de um conhecimento e de uma consciência crítica do processo de transformação pelo grupo que está vivendo este processo, para que ele possa assumir, de forma cada vez mais lúcida e autônoma, seu papel de protagonista e ator social. (OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2006, pág. 27)

Existe entre a pesquisa e a ação uma interação permanente. A produção do conhecimento se realiza através da transformação da realidade social. A ação é fonte do conhecimento e a pesquisa constitui, ela própria, uma ação transformadora.

A pesquisa-ação é uma práxis, isto é, ela realiza a unidade dialética entre a teoria e a prática. Através da pesquisa, produzem-se conhecimentos que são úteis e relevantes para a prática social e política. A pesquisa-ação intervém em situações reais e não em situações de laboratório. Trata-se de um trabalho com grupos reais, com as limitações e recursos existentes, “na sua real grandeza”. (BOTERF, 2010, pág.72)

DEMO (2010), ao discutir a dialética entre teoria e prática na pesquisa participante, afirma que “se uma teoria não leva à prática, nunca foi sequer teoria, porque será um discurso irreal ou alienante, de outro mundo.” (pág.106)

A pesquisa-ação consiste num processo educativo. Ao participar do próprio processo da pesquisa e da discussão permanente dos resultados obtidos, os pesquisados podem adquirir um conhecimento mais objetivo de sua situação, assim como analisar com maior precisão os seus problemas, descobrir os recursos de que dispõem e formular ações pertinentes. (BOTERF, 2010, pág.73)

### **3.1 Técnicas de pesquisa utilizadas**

THIOLLENT (2010) aponta que “dependendo das qualificações dos pesquisadores, diversos métodos e técnicas, independentes da pesquisa-ação, podem ser utilizados nela.” (p.101)

Foram utilizadas as seguintes técnicas e estratégias de pesquisa:

- observação participante - focalizou os pontos de acesso dos homens aos serviços, como recepção, acolhimento (atendimento da demanda espontânea), farmácia, vacina, sala de procedimentos (curativo, inalação, aferição de pressão arterial e glicemia capilar, coleta de exames) e odontologia. Buscou-se apreender como as equipes organizam suas ofertas e atividades, por meio da participação em consultas individuais no acolhimento, em visitas domiciliares e em atividades coletivas, envolvendo vários tipos de grupos: portadores de HAS e DM, usuários de álcool, acolhimento de usuários que buscam agendamento médico, atividade física (ginástica e Lian Gong), além da participação em diversas reuniões de equipe.

- entrevistas semi-estruturadas individuais e em grupo. As entrevistas com os usuários foram, em sua maioria, individuais, realizadas nos serviços (em salas que não estavam sendo ocupadas) no período em que aguardavam atendimento ou após serem atendidos. As entrevistas e discussões com os profissionais de saúde, em geral, ocorreram em grupos durante as reuniões das equipes de referência, que ocorriam semanalmente. Desse modo, a partir da integração dos participantes foi possível ampliar as discussões acerca dos temas colocados, expondo coletivamente os diferentes pontos de vista.
- discussões com os gestores locais e posteriormente com as equipes acerca do diagnóstico situacional sobre o acesso dos homens a esses serviços, obtido a partir das entrevistas com usuários e profissionais de saúde, da observação participante e da análise dos dados de mortalidade e de dispensação de medicamentos para HAS e DM dos serviços estudados. Buscou-se compartilhar os achados do diagnóstico, no sentido de validá-lo e, discutir possíveis ações para ampliar o acesso dos homens a esses serviços.
- Utilização de casos de usuários atendidos nos serviços (Apêndice 3) como instrumento para auxiliar na discussão/reflexão e na construção de propostas voltadas à transformação da prática, baseando-se nos princípios da Educação Permanente em Saúde (EP). A EP parte do pressuposto de que

para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem o SUS da atenção integral à saúde. (CECCIM & FERLA, 2008, p.165)

Para THIOLENT (2009), “o objetivo do conhecimento instrumental corresponde a uma estratégia cognitiva na qual são privilegiados os critérios da “razão prática” tais como “eficácia”, tradução dos conceitos em efeitos práticos, etc.” (p.14)

Na concepção da pesquisa-ação, um grande desafio consiste em desenvolver a instrumentalidade sem excluir o “espírito crítico”. De um lado, o uso intensivo de instrumentos sem consciência seria inadequado e, sem dúvida, de caráter “tecnocrático”. Por outro lado, a postura de tipo “consciência sem instrumento” leva os pesquisadores a uma forma de vivência sem produção de conhecimento. (THIOLENT, 2009, p.14)

Desse modo, “manter o equilíbrio entre a dimensão crítica ou conscientizadora da pesquisa e seu caráter instrumental (fixação de objetivos realistas, aplicação de métodos e obtenção de resultados tangíveis)” (THIOLLENT, 2009, p. 31) é uma das questões fundamentais da pesquisa-ação nas organizações.

Nessa mesma perspectiva, o acesso ao cuidado das condições crônicas, foi também analisado por meio dos dados de mortalidade provenientes do sistema de informação em saúde do município (TabNet) e do sistema de gerenciamento da dispensação de medicamentos e de materiais (GEMM) para controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus, fornecidos pelos farmacêuticos dos serviços.

Para THIOLLENT (2009), o uso de dados quantitativos e recursos informáticos são instrumentos de auxílio ao projeto de pesquisa e “nunca se substituem à elaboração teórico-conceitual, sempre qualitativa, produto da razão humana e da discussão entre pesquisadores e os demais interlocutores” (p. 129)

A dispensação de medicamentos foi utilizada para analisar, indiretamente, o acesso dos homens ao cuidado da HAS e DM, uma vez que as equipes não dispõem de informações que permitem identificar e acompanhar essa população. A retirada de medicamentos de uso crônico, em geral, ocorre mensalmente para cada um dos usuários. Assim, solicitou-se aos farmacêuticos relatórios correspondentes a, no mínimo, 2 meses seguidos de dispensação dos medicamentos: Hidroclorotiazida 25mg, Captopril 25 mg, Enalapril 10mg e 20 mg, Losartan 50 mg, Anlodipino 5 mg, Glibenclamida 5 mg, Metformina 850 mg, Insulina NPH e Regular.

Os dados do CS A, fornecidos em planilha Excel contendo nome do usuário, endereço, nome do prescritor e do medicamento, referem-se aos meses de Janeiro, Fevereiro e Março de 2017, período imediatamente anterior ao início do trabalho de campo nesse serviço. Nos CS B e CS C, as planilhas Excel continham: nome do usuário, número do cartão SUS, endereço, medicamento, telefone, lote, fabricante, validade, quantidade retirada e data da dispensação. Os dados do CS B referem-se aos meses de Julho, Agosto e Setembro de 2017 e os do CS C, aos meses de Julho e Agosto de 2017, período também imediatamente anterior ao início do campo nesses serviços. Destaca-se que, no CS C, os dados relativos ao Enalapril 10mg e

20 mg e Anlodipino 5mg se referem aos meses de Fevereiro e Março de 2017, pois a farmacêutica responsável relatou que esses medicamentos estavam em falta nos meses de Julho e Agosto.

Os dados foram trabalhados de modo a identificar e retirar a repetição de usuários por fazerem uso de mais de uma medicação ou por terem feito mais de uma retirada no período levantado. Em seguida, os usuários foram classificados segundo sexo de acordo com seus nomes. Para aqueles com nomes duvidosos quanto ao sexo foi realizada uma pesquisa no sistema de cadastro (E-SUS), por meio do número do cartão SUS. Mesmo assim, para um usuário do CS B não foi possível obter essa informação.

Embora o controle social seja uma das diretrizes do SUS, destaca-se que não há relatórios ou banco de dados de livre e fácil acesso que permitam avaliar ou caracterizar a utilização do serviço e dos recursos disponíveis. No caso da dispensação de medicamentos, os relatórios fornecidos foram heterogêneos, pois dependeu da disponibilidade e solicitude dos farmacêuticos na extração desses dados. Não há uma rotina em levantar e analisar tais dados. Buscou-se também classificar esses usuários quanto à faixa etária, porém não foi possível levantar a data de nascimento dos mesmos.

Já os dados de óbito foram extraídos do banco de dados do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), que é alimentado a partir da Declaração de Óbito (DO) digitada pelos municípios em programa disponibilizado pelo DATASUS, compilado pelas Secretarias Estaduais e reunido a nível nacional pelo Ministério da Saúde. Este sistema disponibiliza a causa básica de óbito, que é selecionada a partir de todas as causas constantes na DO, por um sistema automático baseado nas normas de seleção de causa básica da Classificação Internacional de Doenças-10 (CID-10). Causa básica de morte é definida como (a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte; ou (b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

Com o objetivo de detalhar o perfil de mortalidade e identificar as causas crônicas e as causas mal definidas (R00-R99), no presente estudo utilizou-se o TABNET da

Secretaria de Saúde de Campinas que apresenta as causas básicas de óbito. Foram identificados os óbitos por Capítulos da Classificação Internacional de Doenças-10 (CID-10) segundo sexo e faixa etária estratificada em 20-59 anos e 60 anos e+, da população residente nas áreas de abrangência dos serviços estudados (CS A, B e C), no período de 2008-2017.

A mortalidade proporcional por causas mal definidas é um indicador de qualidade do diagnóstico. Quanto menor este indicador, melhor é a qualidade do diagnóstico, permitindo pressupor que os demais capítulos não estão subnotificados.

Foi estudado o período 2008-2017 para dar maior estabilidade aos dados. Esta técnica é adequada quando há pequeno número de óbitos, como no caso das áreas de abrangência dos Centros de Saúde, que podem entre um ano e outro apresentar flutuações aleatórias importantes do número de óbitos.

A mortalidade foi estudada utilizando as razões de mortalidade proporcional (RMP) e os coeficientes de mortalidade médios no período. No cálculo da razão de mortalidade proporcional (RMP) o numerador é o número de óbitos por todas as causas de cada capítulo da CID-10 em determinada faixa etária e o denominador o total de óbitos por todas as causas da respectiva faixa etária (20 a 59 anos ou de 60 anos e mais). Também foram calculados coeficientes de mortalidade para o conjunto de doenças que compõem os capítulos da CID-10 e para cada um dos dois grupos de doenças mais frequentes do aparelho cardiovascular (Doença Isquêmica do Coração I20-I25 e Doença Cerebrovascular I60-I69), para o município e para as três áreas de abrangência dos Centros de Saúde escolhidos. O numerador está constituído pela média dos óbitos no período de 2008 a 2017, correspondente à população de 20 a 59 anos ou de 60 anos e mais segundo sexo e, o denominador é a população de 20 a 59 anos ou de 60 anos e mais do mesmo período, segundo sexo e respectiva área de abrangência, sendo a razão entre o numerador e denominador multiplicada por 100.000.

A partir da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP (CAEE nº 64261916.0.0000.5404), a coleta dos dados ocorreu a partir de Março de 2017, pelo período de 1 ano, contabilizando-se cerca de 205 horas de trabalho de

campo. Os sujeitos foram devidamente informados e esclarecidos sobre a pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 1 e 2).

As entrevistas foram gravadas e transcritas e os nomes dos participantes da pesquisa foram substituídos nos resultados, de modo a garantir o sigilo sobre suas identidades. Os nomes dos usuários foram trocados por outros nomes e os dos profissionais de saúde foram substituídos pelas iniciais de suas funções no serviço: E - Enfermeiro, AE/TE – Auxiliar/Técnico de Enfermagem, M – Médico de Saúde da Família, C – Clínico, GO – Ginecologista, PED – Pediatra, D – Dentista, PSI – Psicólogo, F – Farmacêutico, TO – Terapeuta Ocupacional, PQ – Psiquiatra, ACS – Agente Comunitário de Saúde, G – Gestor do CS. Na transcrição das entrevistas, a pesquisadora foi identificada pela letra P.

Foi realizada uma leitura compreensiva das transcrições das entrevistas e do diário de campo, impregnando-se pelo seu conteúdo, o qual foi submetido à análise temática, de modo a identificar os núcleos de sentido concernentes às questões que orientaram a pesquisa.

Para BARDIN (1979), a análise de conteúdo é

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (p. 42)

Além disso, “fazer uma análise temática, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.” (BARDIN, 1979, p.105)

### **3.2 Local do estudo e participantes da pesquisa**

A pesquisa desenvolveu-se em Campinas/SP, município de grande porte com aproximadamente um milhão e cem mil habitantes. Na organização territorial da atenção básica, o município conta com 5 distritos de saúde, que abrangem 63 unidades básicas.

Vale destacar alguns aspectos relativos à constituição da rede básica de saúde de Campinas.

Ela foi produto das lutas do movimento popular de saúde, de alguns trabalhadores municipais, de membros das Comunidades Eclesiais de Base (CEBS) e das universidades (PUCC e UNICAMP). Teve início nos anos 70, em regiões periféricas da cidade, inspirada no projeto da Medicina Comunitária. Os profissionais que atuavam nos primeiros serviços eram médicos e auxiliares de saúde pública (em geral, líderes comunitários treinados no próprio serviço), que desenvolviam ações voltadas à saúde materno-infantil e do adulto, seguindo a programação estadual. (NASCIMENTO, CORREA & NOZAWA, 2007)

O relato de Dona Telma, uma usuária que participou do Movimento Popular de Campinas nos anos 80 e, vivenciou o surgimento dos primeiros equipamentos sociais do bairro, como as creches, escolas e, posteriormente o Centro de Saúde, ilustra como surgiram as primeiras unidades básicas no município, a influência do movimento popular, da igreja e de alguns médicos.

CS B

**Telma:** Era vila planejada, da COHAB, não tinha asfalto, não tinha nada e as casinhas bem simples, cada um depois reformou [...] aí a gente sentiu necessidade [...] que houvesse alguma coisa [...] a prefeitura não tinha muito interesse em fazer muito, como até hoje, então eu reuni um grupo de mulheres [...] (para) lutar por alguma coisa na nossa região [...] Dr. (nome do médico) e Dra. (nome da médica) que foram os incentivadores da gente aqui no bairro [...] houve reivindicação que a gente queria um posto de saúde [...] o centro de saúde funcionou muito tempo dentro da igreja. **P:** mas como era o atendimento? **Telma:** era fraco, difícil, era aquelas divisórias, improvisado né. Os médicos eram da prefeitura [...] Nós ficamos bastante tempo, aí houve outra briga pra que saísse o posto daqui.

Um profissional de saúde, antigo da rede, comenta sobre o processo de constituição da rede básica do município baseado no projeto da Medicina Comunitária, iniciando-se pelas regiões periféricas.

CS B

**AE:** o primeiro centro de saúde quando foi fundado, a igreja católica sedia o espaço. **P:** você chegou a trabalhar ali? **AE:** como voluntário, eu era menor na época, participava da

Comunidade Eclesial de Base [...] o primeiro centro de saúde foi vontade política da administração, nós tínhamos só centros de saúde estaduais, e ele que começou a criar uma rede municipal [...] O Dr. Sebastião de Moraes, também lá no princípio vinha muito conversar com as pessoas, tinha um serviço político social muito claro, nós os funcionários, isso incluía os médicos, nós fazíamos reunião na favela aos sábados, então discutia questões políticas, sanitárias, questões de saúde.

Com a instituição do SUS, no final dos anos 80 e início dos 90, ocorreu grande investimento na qualificação dos profissionais de saúde, especialmente dos auxiliares de saúde pública, que se tornaram auxiliares de enfermagem, maior contratação de enfermeiros e médicos por meio de concurso público, formulação de protocolos de atendimento de adultos e de crianças e maior estruturação da vigilância epidemiológica. Em 1998, a Secretaria Municipal de Saúde planejou implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), entretanto houve grande resistência do movimento popular de saúde de Campinas e de parte dos gestores, justificando que a rede de Campinas possuía maiores recursos e maior complexidade, diferente daquelas das regiões Norte e Nordeste, necessitando assim, de outras estratégias. (NASCIMENTO, CORREA & NOZAWA, 2007)

Nesse contexto, somente em 2001 a ESF foi implantada no município através do Projeto Paidéia de Saúde da Família, como destacado por CALDAS & ELLER (2005):

Em Campinas, constatou-se que o modelo proposto pelo governo federal era insuficiente para trabalhar com as complexidades de um município de grande porte. Daí surge, em janeiro de 2001, fruto do acúmulo e da tradição em saúde coletiva no município, o Programa Paidéia de Saúde da Família. (p.288)

Além das diretrizes do “PSF tradicional”, como o cadastro de saúde da população e a vinculação de famílias a uma equipe local de referência, propunha-se modificar o modo de produção do cuidado através da Clínica Ampliada, da ampliação das ações de Saúde Coletiva no nível local, do acolhimento e responsabilização, de um sistema de co-gestão e de capacitação. (COLEGIADO DE GESTÃO DA SMS/CAMPINAS, 2001)

Como a maioria das unidades básicas de Campinas contava com médicos das três áreas gerais (clínico, pediatria e ginecologista), formaram-se equipes ampliadas, que abrangiam uma população de cerca de 7 mil pessoas ou 1.400 famílias, o dobro das equipes clássicas da ESF. Entretanto, o número de ACS e de profissionais de enfermagem permaneceu o mesmo da equipe tradicional. (COLEGIADO DE GESTÃO DA SMS/CAMPINAS, 2001)

A presente pesquisa foi desenvolvida em três unidades da rede básica de saúde, identificadas como CS A, CS B e CS C, localizadas em três diferentes distritos de saúde de Campinas e cujas equipes mantêm a conformação das equipes ampliadas do Projeto Paidéia de Saúde da Família.

A escolha dos locais de estudo teve motivação variada. A do CS A ocorreu em função de ser uma unidade com equipes menores e com número adequado de ACS, como preconizado pelo modelo da ESF. O CS B foi incluído na fase em que a pesquisadora buscava serviços em outro distrito visando ampliar o campo de estudo e o gestor local expressou interesse em participar da pesquisa. Já no CS C, pertencente a um terceiro distrito, a equipe vinha trabalhando para qualificar o acolhimento (atendimento da demanda espontânea), tema de interesse do presente estudo.

A cobertura populacional estimada de cada uma das três unidades (CSA, CSB e CSC), tendo como base o Censo de 2010, é de 10.104, 21.449 e 19.650 habitantes, com a proporção de homens variando entre 49,3%, 48,9% e 48,01%, respectivamente. (TABNET-CAMPINAS, 2017)

Destaca-se que essa estimativa baseada no Censo/2010 é a utilizada para dividir o território em equipes, pois, embora o modelo adotado seja a Estratégia de Saúde da Família (ESF), não há cadastro atualizado das famílias e pessoas que nele residem. O Centro de Saúde A possui três equipes de saúde da família (referidas na pesquisa como CS1, CS2 e CS3), enquanto o CS B e CS C possuem, cada um, quatro equipes (referidas na pesquisa como CS1, CS2, CS3 e CS4).

As equipes de saúde da família, chamadas equipes ampliadas, são constituídas por médicos das três áreas gerais (Pediatria, Tocoginecologia e Clínica Médica) e, com exceção do CS A, que possui uma população menor, abrangem geralmente um

território com maior número de famílias do que o preconizado para equipes tradicionais de saúde da família.

Embora o projeto Paideia buscasse a integração de práticas dos médicos de família com pediatras e ginecologistas, por meio do apoio matricial, facilitada pelas reuniões semanais de equipe (CALDAS & ELLER, 2005), na prática o médico de saúde da família exerce a função de clínico, realizando somente o atendimento na área de saúde do adulto. Além disso, na maioria das vezes não possui formação em Saúde da Família, em especial residência médica; somente em 2 das 11 equipes estudadas havia médico com formação específica.

As três unidades contavam com o apoio de profissionais da área de saúde mental: psicólogo e/ou terapeuta ocupacional e, somente em uma delas, havia um psiquiatra. Numa das unidades estes profissionais faziam parte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Além disso, em todas havia estagiários de diferentes cursos, como: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e medicina.

Participaram do estudo 106 profissionais, que compunham 11 equipes de referência (médicos, dentistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, farmacêuticos e técnicos de farmácia, técnicos e auxiliares de consultório dentário e os agentes comunitários de saúde), os gerentes dos 3 centros de saúde e 33 usuários homens de 20 a 59 anos, que é a faixa etária priorizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Foram também entrevistados 2 usuários, homem e mulher com mais de 60 anos, por serem moradores antigos e conhecerem aspectos relevantes da história dos locais de estudo.

Destaca-se que os homens usuários entrevistados foram convidados a participar do estudo durante a observação participante realizada pela pesquisadora nos pontos de acesso das unidades. O critério utilizado para a escolha dos usuários foi pertencer à faixa etária de 20-59 anos.

**Quadro 1:** Distribuição dos profissionais entrevistados segundo o serviço estudado e a categoria profissional, 2017-2018.

Categoria profissional	CS A 3 equipes	CS B 4 equipes	CS C 4 equipes	Total 11 equipes
Enfermeiro	2	5	3	10
Aux/Téc enfermagem	7	11	8	26
ACS	11	8	12	31
Méd. Clínico	3	3	4	10
Méd. Pediatra	1	0	2	3
Méd. Ginecologista	1	2	0	3
Dentista	0	1	1	2
Psicólogo	1	1	1	3
Terapeuta Ocupacional	0	1	0	1
Farmacêutico	1	0	1	2
Resid. Médico	1	4	0	5
Resid.-Enf., Fono., Farm.	0	0	3	3
Coordenador	1	1	1	3
Recepcionista	2	1	1	4
Total	31	38	37	106

Obs.: Os 10 médicos clínicos respondem pelo cargo de médico de família, porém somente 2 tinham formação específica (residência médica em Saúde da Família).

**Quadro 2:** Usuários entrevistados segundo idade, estado civil, escolaridade, Centro de Saúde e presença de HAS e/ou DM ou outra doença crônica referida.

Nomes (fictícios)	Idade	Estado civil	Escolaridade	CS	HAS/DM/ DCNT
Edson	31	amasiado	Ensino médio	A	HAS
Vando	33	solteiro	Fundamental	A	Não referido
Fabiano	34	casado	Ensino médio	B	Tabagismo
Marcos	35	solteiro	Ensino médio	C	Não referido
Eduardo	37	união estável	Ensino médio	C	HAS
Anibal	39	casado	Ens. médio incompl.	A	Não referido
Alexandre	40	casado	Ens. médio incompl.	A	Não referido
Anderson	40	divorciado	Fundamental	A	Não referido
Maurício	41	união estável	3º grau incompl.	B	Não referido
Júlio	42	amasiado	Fundamental	A	D. Chagas
Lúcio	42	casado	Fundamental	C	Tabagismo
Rogério	42	casado	Ens. médio incompl.	C	DM
Rubens	43	separado	Fundamental incompl.	B	Nefrolitíase
Walter	43	solteiro	Ensino médio	C	HAS
Jonas	44	casado	Ensino médio	A	DM
Renan	44	separado	Fundamental incompl.	A	Não referido
Ademar	44	casado	Fundamental incompl.	A	Não referido
Mário	44	solteiro	Fundamental	B	Não referido
Dário	44	amasiado	Fundamental	B	HAS
Claudinei	45	casado	Fundamental incompl.	A	HAS/DM
Sérgio	45	solteiro	Fundamental incompl.	C	Cisto aracn.
Márcio	45	casado	3º grau incompl	C	Não referido
Davi	46	separado	Ensino médio	B	Depressão
Josivaldo	48	separado	Fundamental incompl.	A	DM
Jovino	49	casado	Ens. médio incompl.	A	HAS
Clovis	49	casado	Fundamental	C	Dislipid.
Salmo	50	casado	Fundamental	B	Não referido
Jesus	50	casado	Fundamental incompl.	C	HAS
Vanderlei	51	amasiado	Fundamental incompl.	A	Não referido

Nomes (fictícios)	Idade	Estado civil	Escolaridade	CS	HAS/DM/ DCNT
Cornélio	51	casado	Fundamental incompl.	C	HAS
Valdo	54	casado	Fundamental incompl.	C	HAS
Robson	56	solteiro	Fundamental incompl.	B	Cardiopatía
Milton	58	casado	Fundamental incompl.	B	Cardiopatía
*Jânio	75	viúvo	Fundamental incompl.	A	HAS/DM
*Telma (mulher)	77	viúva	Fundamental incompl.	B	HAS/DM

\*usuários entrevistados por serem moradores antigos.

A idade dos usuários homens entrevistados variou de 31 a 58 anos, sendo que 78,79% possuíam menos de 50 anos; 66,67% tinham companheira, 63,63% relataram presença de doença crônica ou hábito de fumar e 60,61% cursaram somente até o ensino fundamental, sendo que nem todos o completaram.

### 3.3 Percorso Metodológico

Inicialmente, deve-se assinalar a implicação da pesquisadora com o campo de estudo. Trata-se de uma médica, com formação em Medicina de Família, que trabalhou em serviços da atenção básica do município do estudo por cerca de 15 anos, sendo que, por cerca de um ano, atuou como gestora de UBS.

Como afirma MINAYO (2010), “na investigação social, a relação entre o pesquisador e seu campo de estudos se estabelece definitivamente. A visão de mundo de ambos está implicada em todo processo de conhecimento, desde a concepção do objeto aos resultados do trabalho e à sua aplicação.” (p. 13 e 14)

Nesse sentido, tomou-se o cuidado de não escolher serviços em que a pesquisadora tivesse trabalhado. Buscou-se também realizar a maioria das entrevistas com os profissionais de saúde em grupo e durante as reuniões das equipes, o que permitiu discutir e refletir, coletivamente, os diferentes pontos de vista e os achados do campo.

Do mesmo modo, a devolutiva dos achados e das análises, por meio da apresentação do diagnóstico para as equipes e gestores, incluindo os dados

quantitativos e os relatos dos usuários, abrindo-se para a escuta dos envolvidos, também auxiliaram a reduzir a influência da implicação da pesquisadora.

O projeto da pesquisa-ação não tem um formato predefinido, porém considera-se que há quatro grandes fases, inicialmente sequenciais, mas que se misturam no decorrer do processo. São elas:

- exploratória – detecção dos problemas, dos atores envolvidos, das capacidades de ação e das ações possíveis.
- pesquisa aprofundada – coleta dos dados, discussão e interpretação dos mesmos
- ação – definir os objetivos por meio de ações concretas e negociação de propostas
- avaliação – observar, redirecionar o que realmente acontece e resgatar o conhecimento produzido durante o processo. (THIOLLENT, 2009)

De início, o projeto de pesquisa foi apresentado individualmente a cada um dos gestores e, a seguir, para as equipes. Em dois serviços a apresentação para as equipes ocorreu em reunião geral ordinária, enquanto no terceiro a apresentação ocorreu em separado, em reuniões semanais de cada uma das equipes de saúde da família. Foi enfatizado que a pesquisa seria de cunho participativo, necessitando que os profissionais explicitassem sua concordância em participar da mesma. Em duas unidades a aceitação foi imediata, logo após a apresentação. Na unidade em que a apresentação ocorreu em separado, os profissionais colocaram a condição de que participariam se a equipe toda do serviço aceitasse, pois trabalhar questões ligadas ao acesso, mesmo que direcionadas para os homens, afetaria o serviço como um todo. Assim, nessa unidade aguardou-se cerca de 1 mês até obter a resposta das 4 equipes, para dar início à pesquisa.

O diagnóstico situacional se baseou nas entrevistas com os usuários, nas entrevistas e discussões com os profissionais e na observação participante do processo de trabalho em cada unidade de saúde. Utilizou-se também dados provenientes da dispensação de medicamentos, de forma a permitir uma análise indireta do acesso dos homens hipertensos e/ou diabéticos ao cuidado, que foi correlacionado à taxa de mortalidade por doenças cardiocirculatórias.

Esse diagnóstico inicial trouxe elementos sobre o acesso/acolhimento de homens em idade produtiva, principalmente dos portadores de HAS e DM, nos 3 serviços, e teve como norteadores a Política Nacional da Atenção Básica, o modelo da Estratégia Saúde da Família e a missão dos serviços da atenção básica do município.

O diagnóstico de cada unidade foi discutido, inicialmente, com o gestor do serviço e, em seguida, com os profissionais de saúde durante as reuniões de equipe, com o intuito de validá-lo e identificar, coletivamente, as dificuldades e ações que pudessem melhorar o acesso/acolhimento dos homens ao serviço.

THIOLLENT (2009) destaca o papel da gerência na pesquisa-ação desenvolvida nas organizações: “A experiência mostra que, sem o apoio ou a participação ativa de dirigentes, a divulgação dos resultados e a geração de propostas se tornam muito limitadas ou até inexistentes.” (p. 68)

Em seguida, foram formuladas algumas propostas de mudança nos CS B e CS C e, tentou-se trabalhar com uma equipe de cada um desses serviços no sentido de implementá-las. Nessa fase da pesquisa, foram realizadas discussões/reflexões sobre casos atendidos nos próprios serviços (Anexo 3) e sobre o processo de trabalho dessas equipes como base para modificar a prática diária. Essas discussões, como todas as outras que foram realizadas ao longo da pesquisa, ocorreram nas reuniões semanais das equipes, ocupando cerca de metade da sua duração habitual de 2 horas. Procurou-se, dessa forma, incorporar as atividades da pesquisa à rotina dos serviços, não gerando um compromisso ou uma tarefa extra para os profissionais.

Destaca-se que a reflexão sobre casos atendidos nos próprios serviços associada à discussão do processo de trabalho que ocorre no dia-a-dia, tendo como base a política de saúde e o modelo assistencial adotado, mostrou-se, como se verá adiante, necessário para que as equipes fossem capazes de traduzir princípios e recomendações da política, como integralidade do cuidado e trabalho em equipe para a prática assistencial.

Como evidenciado em estudo qualitativo (CAMPOS, 2018) que buscou analisar a educação permanente como dispositivo para a mudança do modelo assistencial, apesar dos trabalhadores

reconhecerem a centralidade do usuário e priorizarem tecnologias que favoreçam o modelo voltado para as necessidades dos usuários, ainda se perdem no pragmatismo e repetições cotidianas, que abreviam o cuidado ao tecnicismo protocolar e muitas vezes não conseguem aliar a reflexão à ação cotidiana. (p.186)

## **4. Resultados e Discussão**

### **4.1 Diagnóstico Situacional**

Como apontado por THIOLENT (2011), “a fase exploratória consiste em estabelecer o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas e estabelecer um primeiro levantamento (ou “diagnóstico”) da situação, dos problemas prioritários e de eventuais ações.” (p. 56)

#### **4.1.1 Dados de mortalidade e dispensação de medicamentos para HAS e DM**

A análise dos relatórios de dispensação de medicamentos para HAS, dos 3 serviços estudados, mostrou que as mulheres correspondem a mais de 60% dos usuários, enquanto os homens não atingem 40% deles. Em relação aos usuários de medicamentos para DM, a diferença na proporção de homens e mulheres foi menor, mas elas ainda representam mais que 50% dos mesmos. Quanto aos usuários que fazem uso de ambas as medicações (HAS e DM), a proporção de homens e mulheres se assemelha aos dos usuários de medicamentos para HAS, com as mulheres representando mais que 60% deles.

**Tabela 1:** Distribuição dos usuários dos CS A, B e C, segundo sexo e retirada de medicamento para controle de HAS e/ou DM. Campinas, 2017.

		Homens	Mulheres	Total
CS A	HAS	313 (37,5%)	522 (62,5%)	835 (100%)
CS B	HAS	436 (39,1%)	678 (60,9%)	1114 (100%)
	DM	104 (47,3%)	116 (52,7%)	220 (100%)
	HAS e DM	172 (34,7%)	323 (65,3%)	495 (100%)
	Total	712 (38,9%)	1117 (61,1%)	1829 (100%)
CS C	HAS	366 (34,3%)	700 (65,7%)	1066 (100%)
	DM	91 (40,8%)	132 (59,2%)	223 (100%)
	HAS e DM	153 (38,3%)	247 (61,8%)	400 (100%)
	Total	610 (36,1%)	1079 (63,9%)	1689 (100%)

\*Excluído 1 usuário (CS B) por falta de informação sobre o sexo. Não foi possível a obtenção dos dados referentes à dispensação de medicamentos para o controle do DM no CS A.

Fonte: SMS, Campinas.

Estudo realizado em uma equipe de saúde da família de outra unidade básica do mesmo município revelou situação semelhante. Dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados, 69% pertenciam ao sexo feminino e 31% ao sexo masculino. (FURLAN, 2017)

O Inquérito de Saúde ISA-SP, realizado no município de Campinas no período de 2001-2002, mostrou nível insatisfatório de adesão dos diabéticos ao seguimento de rotina. Entre os homens de 20-59 anos que referiram DM, apenas 38,6% faziam acompanhamento médico de rotina, enquanto dentre as mulheres, na mesma faixa etária, esse percentual foi de 57,2%. (CARANDINA, 2008)

Estudo de TAVARES et. al. (2015) sobre a prevalência do uso de medicamentos para o tratamento de DCNT pela população brasileira segundo fatores demográficos, a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 mostrou diferenças significativas entre os sexos no uso de anti-hipertensivos (84,6% nas mulheres e 76,7% nos homens), sendo que esse percentual, na região Sul foi o mais elevado (87,0% das mulheres).

BERTOLDI et al. (2016), em estudo sobre o uso de medicamentos pela população brasileira e sua distribuição segundo aspectos sociodemográficos, a partir de dados da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de

Medicamentos (PNAUM), de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, mostrou que “a prevalência de uso de medicamentos para doenças crônicas foi de 24,3% (IC95% 23,3–25,4): 18,7% (IC95% 17,6–19,9) para o sexo masculino e 29,4% (IC95% 28,1–30,7) para o feminino”. (p. 5s). Assim, destacam:

Considerando a prevalência global de qualquer tipo de medicamento, observa-se que pouco mais da metade da população usou algum medicamento dentro dos períodos investigados na pesquisa, sendo o uso 55,0% maior nas mulheres em relação aos homens. A estimativa de prevalência global está de acordo com outros estudos, mesmo aqueles com amostras de menor abrangência. O maior uso em mulheres também está descrito em diversos trabalhos nacionais e internacionais. Atribui-se essa diferença por sexo, além de ao uso exclusivo de contraceptivos, a fatores relacionados à maior utilização de serviços de saúde e maiores cuidados com a saúde, que começam na adolescência, em função de intercorrências ligadas ao ciclo menstrual e gravidez. É um período no qual as diferenças iniciam e seguem crescendo até o fim da idade adulta. Entre os idosos, as mulheres ainda usaram mais medicamentos, mas as diferenças são menores, o que está de acordo com a literatura. (p. 8s)

Destaca-se que na população com 20 anos de idade ou mais dos CS A, CS B e CS C, na faixa etária de 20 a 59 anos, em relação às mulheres, 49,6%, 48,4% e 47,2% são homens. E a partir dos 60 anos, essa proporção passa a ser 39,7%, 44,1% e 41,9%, respectivamente, demonstrando uma mortalidade mais precoce dos homens. Estudo de SANTOS et al. (2015) que analisou a saúde de homens, com 25-59 anos de idade, no período de 2006 a 2010, a partir de indicadores demográficos (IBGE) e epidemiológicos (DATASUS), mostrou que embora a população total tenha aumentado nesse período, proporcionalmente, a população masculina decresceu 0,4% enquanto a feminina cresceu 0,5%. Do mesmo modo, a população idosa aumentou, sendo que a de mulheres idosas cresceu 0,3% e a de homens idosos decresceu 2,3%, devido à redução mais lenta e menor da mortalidade das mulheres, em relação aos homens.

**Tabela 2:** Distribuição da população do município de Campinas e das áreas de abrangência dos CS, segundo sexo. Campinas, 2017

Faixa Etária	Campinas				CSA				CSB				CSC			
	M	%	F	%	M	%	F	%	M	%	F	%	M	%	F	%
<1 Ano	7366	1,3	7265	1,2	72	1,4	78	1,5	165	1,6	153	1,4	142	1,5	150	1,5
1-4	28984	5,1	27806	4,5	299	6,0	274	5,4	609	5,8	574	5,2	573	6,1	539	5,3
5-9	37529	6,5	36093	5,9	412	8,3	399	7,8	738	7,0	696	6,4	741	7,9	632	6,2
10-14	44604	7,8	43275	7,1	544	10,9	515	10,1	856	8,2	814	7,4	847	9,0	827	8,1
15-19	45942	8,0	44855	7,3	522	10,5	554	10,8	923	8,8	856	7,8	796	8,4	783	7,7
20-29	109282	19,1	111420	18,2	935	18,8	909	17,8	2050	19,5	2077	19,0	1809	19,2	1854	18,1
30-39	96917	16,9	101883	16,6	838	16,8	937	18,3	1738	16,6	1809	16,5	1653	17,5	1811	17,7
40-49	79701	13,9	87774	14,3	744	14,9	729	14,2	1419	13,5	1633	14,9	1094	11,6	1288	12,6
50-59	61567	10,7	70502	11,5	383	7,7	371	7,2	1080	10,3	1174	10,7	1028	10,9	1291	12,6
60-69	35407	6,2	43097	7,0	158	3,2	213	4,2	559	5,3	679	6,2	542	5,7	665	6,5
70-79	18675	3,3	25729	4,2	57	1,1	103	2,0	269	2,6	366	3,3	162	1,7	256	2,5
80 e+	7489	1,3	14120	2,3	19	0,4	39	0,8	92	0,9	120	1,1	47	0,5	120	1,2
Total	573463	100,0	613819	100,0	4983	100,0	5121	100,0	10498	100,0	10951	100,0	9434	100,0	10216	100,0

Fonte: IBGE/Censo demográfico, 2010.

Ao analisar as pirâmides populacionais do município de Campinas e dos CS estudados, chama atenção o maior número de homens do CSA na faixa etária de 20-29 anos, o que, possivelmente, decorre da população estar estimada a partir do Censo de 2010 e por se tratar de um serviço inaugurado em 2003, cuja área de abrangência, em grande parte, era constituída por áreas de ocupação irregulares.

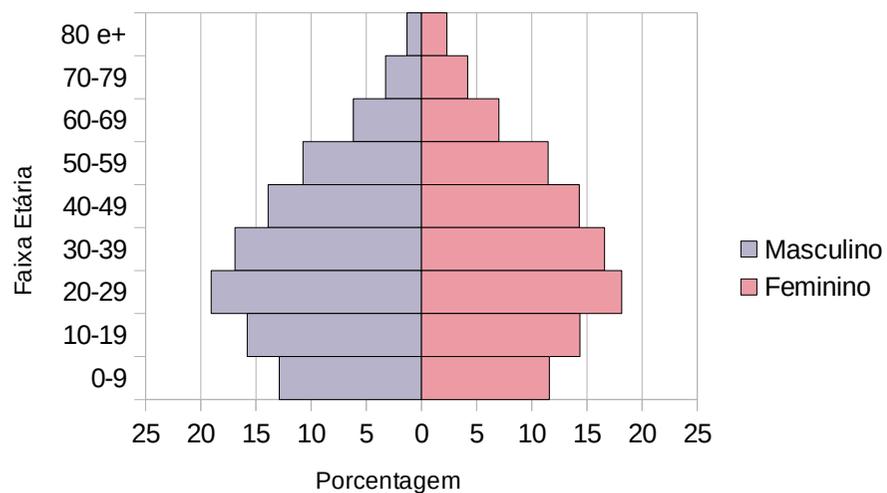


Gráfico 1: Pirâmide populacional Município de Campinas, 2017

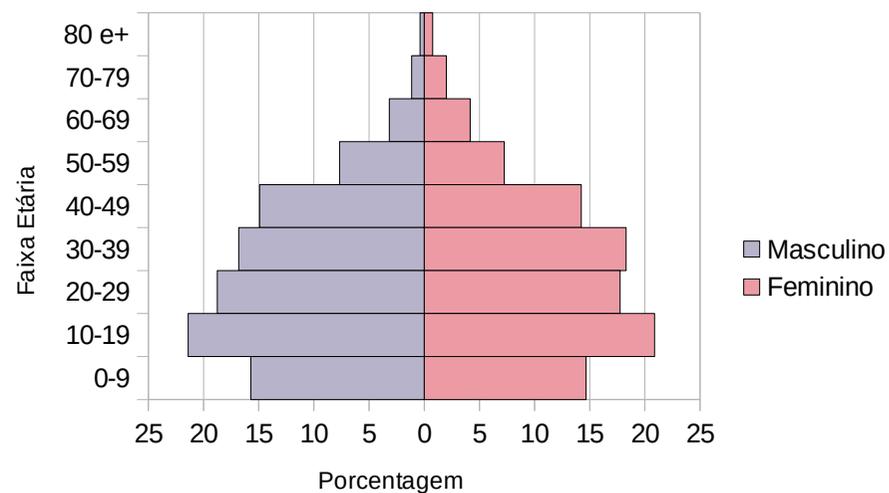


Gráfico 2: Pirâmide populacional CS A, 2017

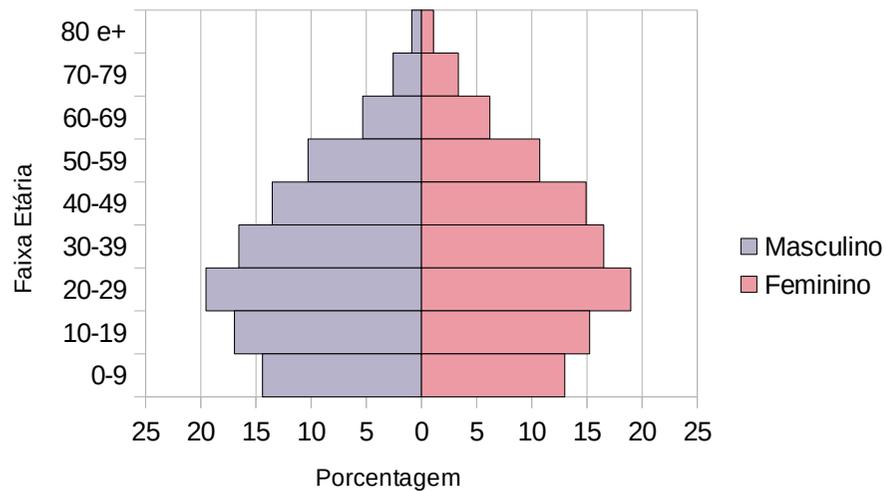


Gráfico 3: Pirâmide populacional CS B, 2017

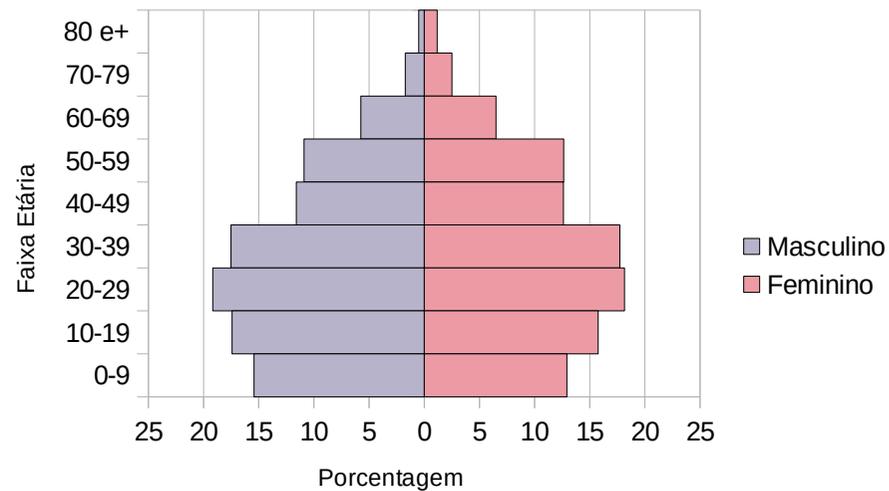


Gráfico 4: Pirâmide populacional CS C, 2017

Quanto à mortalidade proporcional, no período de 2008 a 2017 (Tabelas 3 e 5), observou-se que, nos 3 serviços estudados, os homens morreram em maior proporção do que as mulheres, sendo que na faixa etária de 20 a 59 anos essa diferença (risco de óbito) foi maior do que naqueles com 60+ anos. Para aqueles na faixa etária de 20 a 59 anos, a principal causa de óbito foram as causas externas, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório. Já para aqueles com 60+anos, as doenças do aparelho circulatório representaram a principal causa de morte nos 3 serviços. Destaca-se que os coeficientes de mortalidade para as doenças do aparelho circulatório foi maior tanto para os homens de 20 a 59 anos, como para aqueles com 60+ anos, quando comparados aos das mulheres. Tal perfil se assemelha ao do município, quando são analisados os óbitos como um todo.

Estudo sobre desigualdades sociais na mortalidade nesse mesmo município destacou

a sobremortalidade masculina em todos os grupos etários e grandes conjuntos de causas básicas de morte. Estes dados indicam, de certo modo, a mortalidade prematura dos homens e revelam a influência de fatores sociais e culturais na adoção de padrões de comportamentos não saudáveis, como o menor uso de serviços de saúde, a maior exposição a situações de violência e a maior prevalência de fatores de risco para inúmeras doenças, como consumo abusivo de álcool e tabagismo (LIMA, 2011, p.125)

**Tabela 3:** Razão de Mortalidade Proporcional e Coeficiente de Mortalidade (Ób./100 mil hab.) da população de 20-59 anos, residente na área de abrangência dos CS A, CS B e CS C, segundo sexo e capítulo da causa de morte. Campinas, 2008 a 2017.

Grupos de causas de morte	CSA				CSB				CSC			
	RMP		CM		RMP		CM		RMP		CM	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
I. D. infecciosas e parasitárias	4,2 (2)	12 (3)	9,6 (2)	14,7 (3)	7,7 (21)	11,1 (11)	34,6 (21)	17,2 (11)	6,4 (15)	11,3 (13)	26,9 (15)	21,2 (13)
II. Neoplasias	12,5 (6)	20 (5)	28,9 (6)	24,4 (5)	13,6 (37)	23,2 (23)	61 (37)	35,9 (23)	15 (35)	27,8 (32)	62,9 (35)	52,2 (32)
III. D. sangue órgãos hemat e transt imunitários	0	0	0	0	0	0	0	0	0,4 (1)	0	1,8 (1)	0
IV. D. endócrinas e metabólicas	0	0	0	0	2,2 (6)	5,1 (5)	9,9 (6)	7,8 (5)	4,3 (10)	5,2 (6)	18 (10)	9,8 (6)
V. T. mentais e comportamentais	2,1 (1)	4 (1)	4,8 (1)	4,9 (1)	1,1 (3)	0	4,9 (3)	0	1,7 (4)	0	7,2 (4)	0
VI. D. sist nervoso	2,1 (1)	0	4,8 (1)	0	1,1 (3)	4 (4)	4,9 (3)	6,2 (4)	0,4 (1)	2,6 (3)	1,8 (1)	4,9 (3)
IX. D. ap. circulatório	20,8 (10)	36 (9)	48,1 (10)	44 (9)	22,1 (60)	20,2 (20)	98,9 (60)	31,2 (20)	21,8 (51)	23,5 (27)	91,6 (51)	44,1 (27)
X. D. ap respiratório	4,2 (2)	12 (3)	9,6 (2)	14,7 (3)	7,7 (21)	14,1 (14)	34,6 (21)	21,8 (14)	6,4 (15)	8,7 (10)	26,9 (15)	16,3 (10)
XI. D. ap digestivo	8,3 (4)	8 (2)	19,2 (4)	9,8 (2)	11,8 (32)	6,1 (6)	52,8 (32)	9,4 (6)	9,8 (23)	6,1 (7)	41,3 (23)	11,4 (7)
XII. D. pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	0	0	0,4 (1)	0	1,8 (1)	0
XIII. D. sist osteomuscular	0	0	0	0	0	3 (3)	0	4,7 (3)	0	4,3 (5)	0	8,2 (5)
XIV. D. ap geniturinário	0	0	0	0	1,1 (3)	2 (2)	4,9 (3)	3,1 (2)	1,7 (4)	1,7 (2)	7,2 (4)	3,3 (2)
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,9 (1)	0	1,6 (1)
XVII Malf. Congênitas deformid e anomal cromoss	2,1 (1)	0	4,8 (1)	0	0	0	0	0	0	0,9 (1)	0	1,6 (1)
XVIII. Sinais e achados anorm ex clín e laborat	0	0	0	0	2,2 (6)	2 (2)	9,9 (6)	3,1 (2)	3 (7)	2,6 (3)	12,6 (7)	4,9 (3)
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	43,8 (21)	8 (2)	101 (21)	9,8 (2)	29,4 (80)	9,1 (9)	131,9 (80)	14 (9)	28,6 (67)	4,3 (5)	120,3 (67)	8,2 (5)
Total	100 (48)	100 (25)	230,9 (48)	122,2 (25)	100 (272)	100 (99)	448,5 (272)	154,5 (99)	100 (234)	100 (115)	420,3 (234)	187,8 (115)

Entre parênteses, o número de óbitos.  
 Fonte: SIM-SMS, Campinas, 2008-2017.

**Tabela 4:** Razão de Mortalidade Proporcional e Coeficiente de Mortalidade (Ób./100 mil hab.) da população de 60+ anos, residente na área de abrangência dos CS A, CS B e CS C, segundo sexo e capítulo da causa de morte. Campinas, 2008 a 2017.

Grupos de causas de morte	CSA						CSB						CSC					
	RMP		CM		RMP		CM		RMP		CM							
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F						
I. D. infecciosas e parasitárias	1,8 (1)	6,0 (3)	59,1 (1)	127,1 (3)	4,4 (17)	3,1 (10)	205,0 (17)	94,9 (10)	3,7 (11)	2,5 (6)	168,8 (11)	66,6 (6)						
II. Neoplasias	30,4 (17)	22 (11)	1004,1 (17)	465,9 (11)	20,6 (80)	14,8 (48)	964,6 (80)	455,5 (48)	20,6 (62)	18,1 (44)	951,4 (62)	488,5 (44)						
III. D. sangue órgãos hemato e tr. imunit	0	0	0	0	0	0,3 (1)	0	9,5 (1)	0	0,4 (1)	0	11,1 (1)						
IV. D. endócrinas nutricionais e metaból	0	6,0 (3)	0	127,1 (3)	3,1 (12)	3,1 (10)	144,7 (12)	94,9 (10)	3,7 (11)	6,6 (16)	168,8 (11)	177,6 (16)						
V. T. mentais e comportamentais	0	0	0	0	0,5 (2)	0	24,1 (2)	0	1,3 (4)	0	61,4 (4)	0						
VI. D. sist nervoso	0	2,0 (1)	0	42,4 (1)	2,6 (10)	4,3 (14)	120,6 (10)	132,8 (14)	2,0 (6)	3,7 (9)	92,1 (6)	99,9 (9)						
IX. D. ap. circulatório	41,1 (23)	26,0 (13)	1358,5 (23)	550,6 (13)	33,2 (129)	38,3 (124)	1555,3 (129)	1176,6 (124)	31,9 (96)	36,6 (89)	1473,1 (96)	988,0 (89)						
X. D. ap respiratório	12,5 (7)	28,0 (14)	413,5 (7)	593,0 (14)	20,1 (78)	19,4 (63)	940,4 (78)	597,8 (63)	19,3 (58)	16,0 (39)	890,0 (58)	432,9 (39)						
XI. D. ap digestivo	1,8 (1)	4,0 (2)	59,1 (1)	84,7 (2)	4,4 (17)	4,9 (16)	205,0 (17)	151,8 (16)	5,0 (15)	5,8 (14)	230,2 (15)	155,4 (14)						
XII. D. pele/tec subcutâneo	0	0	0	0	0	1,2 (4)	0	38 (4)	0,3 (1)	0,4 (1)	15,3 (1)	11,1 (1)						
XIII. D. sist osteomuscular e tec conjunt	1,8 (1)	0	59,1 (1)	0	0,5 (2)	0,9 (3)	24,1 (2)	28,5 (3)	0,7 (2)	0	30,7 (2)	0						
XIV. D. ap geniturinário	0	4,0 (2)	0	84,7 (2)	4,1 (16)	6,5 (21)	192,9 (16)	199,3 (21)	5,0 (15)	7,4 (18)	230,2 (15)	199,8 (18)						
XV. Gravidez/parto/puerpério	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
XVII Malf. Cong defor e anom	0	0	0	0	0,3 (1)	0	12,1 (1)	0	0	0	0	0						
cromoss																		
XVIII. Sinais e achad anorm ex clín e lab	1,8 (1)	2,0 (1)	59,1 (1)	42,4 (1)	1,3 (5)	0,3 (1)	60,3 (5)	9,5 (1)	0,7 (2)	0,8 (2)	30,7 (2)	22,2 (2)						
XX. Causas ext. morbid e mortalidade	8,9 (5)	0	295,3 (5)	0	4,9 (19)	2,8 (9)	229,1 (19)	85,4 (9)	6,0 (18)	1,6 (4)	276,2 (18)	44,4 (4)						
<b>Total</b>	<b>100,0 (56)</b>	<b>100,0 (50)</b>	<b>3307,7 (56)</b>	<b>2117,7 (50)</b>	<b>100,0 (388)</b>	<b>100,0 (324)</b>	<b>4678,1 (388)</b>	<b>3074,3 (324)</b>	<b>100,0 (301)</b>	<b>100,0 (243)</b>	<b>4618,7 (301)</b>	<b>2697,6 (243)</b>						

Entre parênteses, o número de óbitos.  
Fonte: SIM-SMS, Campinas, 2008-2017.

**Tabela 5:** Razão de Mortalidade Proporcional e Coeficiente de Mortalidade (Ób./100 mil hab.) da população de 20-59 anos e de 60+ anos, residente em Campinas, segundo sexo e capítulo da causa de morte. Campinas, 2008 a 2017

Grupos de causa de morte	20-59 anos				60+ anos			
	RMP		CM		RMP		CM	
	M	F	M	F	M	F	M	F
I. D. infec parasitárias	7,1 (857)	6,4 (356)	26,5 (857)	10,3 (356)	2,8 (652)	2,9 (707)	118,2 (652)	95,2 (707)
II. Neoplasias	16,1 (1956)	31,7 (1755)	60,5 (1956)	50,9 (1755)	21,8 (5029)	17,6 (4272)	912,0 (5029)	575,2 (4272)
III. D. sangue órg hemat e transt imunit	0,3 (33)	0,8 (42)	1,0 (33)	1,2 (42)	0,3 (73)	0,4 (85)	13,2 (73)	11,4 (85)
IV. D. endócrinas nutric e metaból	2,1 (255)	3,4 (190)	7,9 (255)	5,5 (190)	4,1 (938)	5,1 (1227)	170,1 (938)	165,2 (1227)
V. T. mentais e comportamentais	0,9 (104)	0,3 (18)	3,2 (104)	0,5 (18)	0,5 (106)	0,6 (147)	19,2 (106)	19,8 (147)
VI. D. sistema nervoso	1,3 (161)	2,0 (112)	5,0 (161)	3,3 (112)	3,4 (778)	5,1 (1247)	141,1 (778)	167,9 (1247)
VII. D. olho anexos	0	0	0	0	0,0	0,0 (1)	0,0	0,1 (1)
Viii. D. ouvido e apófise mastóide	0,0 (1)	0,0 (1)	0,0 (1)	0,0 (1)	0,0 (3)	0,0 (1)	0,5 (3)	0,1 (1)
IX. D. ap circulatório	22,9 (2780)	24,3 (1345)	86,0 (2780)	39,0 (1345)	33,7 (7785)	33,8 (8201)	1.411,8 (7785)	1.104,3 (8201)
X. D. ap respiratório	8,1 (985)	8,5 (469)	30,5 (985)	13,6 (469)	18,4 (4245)	18,8 (4549)	769,8 (4245)	612,5 (4549)
XI. D. ap digestivo	8,4 (1019)	5,2 (288)	31,5 (1019)	8,4 (288)	5,5 (1272)	4,8 (1176)	230,7 (1272)	158,3 (1176)
XII. D. da pele e do tecido subcutâneo	0,3 (34)	0,3 (19)	1,1 (34)	0,6 (19)	0,5 (116)	0,6 (155)	21,0 (116)	20,9 (155)
XIII. D. sist osteom tec conjuntivo	0,3 (33)	1,1 (62)	1,0 (33)	1,8 (62)	0,4 (96)	0,7 (168)	17,4 (96)	22,6 (168)
XIV. D. ap geniturinário	1,2 (147)	2,2 (122)	4,5 (147)	3,5 (122)	3,7 (844)	4,9 (1190)	153,1 (844)	160,2 (1190)
XV. Gravidez parto puerpério	0,0	1,0 (53)	0,0	1,5 (53)	0	0	0	0
XVII. M. congênitas def anom cromoss	0,2 (21)	0,4 (24)	0,6 (21)	0,7 (24)	0,1 (15)	0,1 (13)	2,7 (15)	1,8 (13)
XVIII. Sint sinais achados anor ex clín lab	2,8 (345)	2,4 (135)	10,7 (345)	3,9 (135)	1,1 (258)	1,4 (338)	46,8 (258)	45,5 (338)
XX. C externas de morbid e mortal	28,0 (3389)	9,9 (549)	104,8 (3389)	15,9 (549)	3,8 (887)	3,2 (776)	160,9 (887)	104,5 (776)
Total	100,0 (12120)	100,0 (5540)	374,9 (12120)	160,8 (5540)	100,0 (23097)	100,0 (24253)	4188,5 (23097)	3265,7 (24253)

Entre parênteses, o número de óbitos.

Fonte: SIM-SMS, Campinas, 2008-2017.

Analisaram-se os coeficientes de mortalidade por causas específicas, segundo doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares por representarem as causas mais frequentes dentre as doenças do aparelho circulatório, como também sensíveis a medidas de prevenção.

Como destacado por LIMA (2011), “algumas doenças, como as cerebrovasculares, são mais sensíveis à assistência à saúde, e, portanto, a falta de acesso ou a baixa qualidade dos serviços de saúde podem aprofundar as desigualdades sociais na prevalência e mortalidade” (p.124).

Na tabela 6, cabe destacar o pequeno número de óbitos no CS A e, por este motivo, esse CS não foi incluído nas comparações. Na faixa etária de 20 a 59 anos, observa-se a maior mortalidade masculina por doenças isquêmicas do coração nos serviços B e C, semelhante ao perfil do município, mas o CS B apresenta uma mortalidade masculina um pouco maior que a do município. A sobremortalidade masculina por doenças cerebrovasculares, na faixa etária de 20-59 anos, evidencia-se no município e no CS B, mas é menor que nas doenças isquêmicas do coração. A mortalidade dos idosos (Tabela 7) segue o mesmo padrão de sobremortalidade masculina especialmente nas doenças isquêmicas do coração, observam-se coeficientes de mortalidade maiores que na faixa de 20-59 anos.

**Tabela 6:** Coeficiente de Mortalidade (Ób./100 mil hab) da população de 20-59 anos do município de Campinas, dos CS A, CS B e CS C, segundo sexo e causas de morte específicas. Campinas, 2008 a 2017

Doenças do aparelho circulatório	Campinas		CSA		CSB		CSC	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Angina pectoris/Infarto miocárdio/ D. isquêmica coração	47,6 (1562)	17,4 (610)	33,7 (7)	24,4 (5)	52,8 (32)	18,7 (12)	44,9 (25)	16,3 (10)
Doenças cerebrovasculares	16,0 (524)	10,6 (371)	4,8 (1)	14,7 (3)	21,4 (13)	7,8 (5)	14,4 (8)	14,7 (9)

Entre parênteses, o número de óbitos.

Fonte: SIM-SMS, Campinas, 2008-2017.

**Tabela 7:** Coeficiente de Mortalidade (Ób./100 mil hab) da população de 60+ anos do município de Campinas, dos CS A, CS B e CS C, segundo sexo e causas de morte específicas. Campinas, 2008 a 2017

Doenças do aparelho circulatório	Campinas		CSA		CSB		CSC	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Angina pectoris/Infarto miocárdio/ D. isquêmica coração	515,1 (3318)	335,4 (2930)	236,3 (4)	127,1 (3)	651,1 (54)	540,8 (57)	675,2 (44)	288,6 (26)
Doenças cerebrovasculares	343,0 (2209)	277,2 (2421)	590,67 (10)	211,8 (5)	434,0 (36)	322,6 (34)	429,6 (28)	366,3 (33)

Entre parênteses, o número de óbitos.

Fonte: SIM-SMS – Campinas, 2008-2017.

Estudo de FRAGA et. al. (2016) do perfil de mortalidade masculina de Cuiabá-MT, na faixa etária de 20-59 anos, no período de 2002-2012, identificou as causas externas, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias como as causas que apresentaram os maiores coeficientes de mortalidade e mais anos potenciais de vida perdidos, sendo que dentre as doenças do aparelho circulatório, as doenças isquêmicas do coração foram a causa mais frequente, seguida pelas doenças cerebrovasculares.

No Boletim de Mortalidade de Campinas número 52, de Dezembro de 2014, relativo às mortes por Infarto Agudo do Miocárdio, destaca-se que no período de 2000 a 2013, 32,8% dos infartos nos homens ocorreu antes dos 60 anos de idade (óbitos precoces), enquanto que para as mulheres esse percentual foi de 18,4%. Além disso, entre 2010-2013, os homens apresentaram risco de morrer por infarto agudo do miocárdio 60% maior que as mulheres, diferença mais expressiva naqueles com 40-49 anos de idade. Evidencia-se, assim, a

necessidade de avanços nos programas de adoção de medidas efetivas seja de prevenção do infarto agudo do miocárdio, seja de controle e tratamento adequado e oportuno quando da sua ocorrência. É amplamente reconhecida a relevância de programas de estímulo à adoção de hábitos saudáveis, como atividade física em contexto de lazer e para deslocamento e de alimentação saudável bem como de cessação do tabagismo e do consumo abusivo de álcool. São programas que devem atingir o conjunto dos segmentos sociais e com ênfase nas áreas e estratos em que as taxas são ainda

mais elevadas. (CCAS/DSC/UNICAMP & CII/SMS/CAMPINAS, 2014, p. 8)

Os dados de dispensação de medicamentos mostram um menor acesso dos homens aos medicamentos para controle da HAS e do DM, agravos considerados fatores de risco para doenças do aparelho circulatório. Nesse sentido, possivelmente tal situação esteja contribuindo para uma maior mortalidade dos homens por essas doenças e expõe a necessidade de compreender melhor essa desigualdade, contribuindo para o planejamento de ações que possam minimizá-la. Pois como foi visto, as doenças cardiocirculatórias que acometem com maior frequência a população masculina são preveníveis. (SANTOS et. al., 2015)

Assim,

ressalta-se que a saúde do homem, especialmente dos homens que se encontram na faixa-etária de 20 a 59 anos, não pode ser resumida a ações relacionadas ao câncer de próstata, visto que, assim como neste estudo e em estudos semelhantes realizados em outras localidades do Brasil, os resultados apontam que existem outras causas de mortalidade nesta população, mais preocupantes em termos epidemiológicos do que o câncer de próstata. (FRAGA et. al., 2016, p.750)

Dados do Boletim de Mortalidade número 55, de Setembro de 2017, referente à análise das diferenças do perfil da mortalidade entre os sexos no município de Campinas, no período de 2000, 2010, 2015 e 2014-2016, mostram maior mortalidade masculina em todos os grandes grupos de causa básica, exceto as doenças do sistema nervoso. Desse modo,

confirmam a necessidade de melhor compreensão das causas do comportamento masculino relativo às doenças, bem como da urgência de organização e manutenção de propostas e programas de saúde que priorizem a população masculina, buscando reduzir a profunda desigualdade de padrão de saúde que persiste entre os sexos no município de Campinas. (CCAS/DSC/UNICAMP & CII/SMS/CAMPINAS, 2017, p. 8)

Segundo STARFIELD (2002), “O ponto mais importante da atenção, orientada para a comunidade, é garantir que os recursos fluam para áreas em que são mais necessárias, diminuindo, assim, as iniquidades dentro das populações.” (p. 534)

Destaca também que

Na maioria dos países industrializados, os sistemas de estatísticas vitais fornecem as informações básicas a respeito das causas de morte e a respeito de vários problemas de saúde determinados rotineiramente, como baixo peso ao nascer ou doenças de notificação compulsória. As estatísticas vitais são usadas há vários anos como ponto de partida para a avaliação das necessidades de saúde da comunidade e continuam a ser úteis. (STARFIELD, 2002, p.545-46)

Embora a ESF tenha sido implementada em Campinas desde 2001, ainda se utilizam estimativas populacionais por setores censitários para fins de planejamento. Em 16 de setembro de 2016 foi publicada uma ordem de serviço determinando o cadastramento dos usuários do SUS-Campinas, utilizando o E-SUS AB (SMS-CAMPINAS, 2016).

Entretanto, SANTOS, PEREIRA & NAKASHIMA (2017) observaram que

O percentual de cadastros únicos e inequívocos relativo à população adscrita aos cinco Distritos de Saúde de Campinas variou de 44,08% a 60,83% [...] Por isso, ainda temos o desafio iminente de motivar o cadastramento adequado do restante de nossa população, aproximadamente metade dos residentes em cada Distrito de Saúde de Campinas.

Destaca-se também que, no período de 2009 a 2011, o município implantou o Projeto Gestão do Cuidado em Rede (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2010), por incentivo do Ministério da Saúde em parceria com o Hospital Albert Einstein, baseando-se na proposta das linhas de cuidado para os portadores de doenças crônicas. Entretanto, as ações foram pontuais, heterogêneas e não houve incorporação nos processos de trabalho das equipes. Em muitos locais, o conhecimento gerado foi perdido com a rotatividade dos profissionais que foram treinados. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2017)

Em 2017, um novo projeto, em parceria com o Hospital Sírio Libanês, foi proposto com o intuito de qualificar o cuidado aos portadores de DCNT, principalmente HAS e DM, a partir do reconhecimento de que

Campinas tem uma rede de serviços extensa e complexa, composta por serviços de todos os níveis de atenção, com acúmulo de expertise e experiências de trabalho cooperativo como apoio matricial, grupos de trabalho em várias especialidades, discussão de casos via internet, entretanto, observamos que ainda existem importantes lacunas em relação ao trabalho articulado, com vistas à garantia da integralidade e

continuidade do cuidado aos usuários. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2017, p.7)

Destacam também que

[...] o cuidado aos usuários nas unidades de atenção básica tem sido cada vez mais ambulatorial e pouco pautado no território, na continuidade do cuidado e no trabalho em equipe, reforçando a reprodução de cuidado médico-centrado, conforme era visto no passado. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2017, p.6)

Justificam esse quadro por problemas relacionados à diminuição da capacidade gestora do processo de cuidado, falta de recursos humanos, epidemia de Dengue de 2014/15 e aumento da população usuária do SUS devido à perda de planos de saúde privados. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2017)

Nesse contexto, durante a realização do campo num dos serviços estudados, participei, junto com um dos médicos de família de uma das equipes, de uma reunião periódica ligada ao projeto gestão do cuidado em um dos distritos. Em geral, há um médico ou enfermeiro representando cada uma das unidades, o grupo condutor do projeto e, por vezes, um apoiador do distrito. A discussão se baseia, predominantemente, na instituição de protocolos. Na reunião de que participei, discutiu-se um novo protocolo para o acolhimento nas UBS, que sistematizava o atendimento (conduta) das 15 queixas mais frequentes identificadas por levantamento realizado em algumas unidades desse distrito.

Em reunião anterior da equipe a que o médico que acompanhei pertence, perguntei-lhe sobre esse projeto e o mesmo comentou que estavam discutindo um protocolo para o acolhimento. Auxiliares e técnicos de enfermagem pontuaram a dificuldade em seguir protocolos, pois há anos já faziam acolhimento e, portanto, era pouco provável que um documento vindo de fora da unidade fosse capaz de modificá-lo.

Destaca-se também que, em geral, não há gestores de unidades participando dessas reuniões e os profissionais que participam não reproduzem as discussões para o restante do serviço e, mesmo que haja algum apoiador distrital presente, ele também não trabalha junto às equipes das unidades no sentido de colocar em prática o que foi discutido no projeto. Há uma grande lacuna entre aqueles que analisam os dados, formulam propostas e aqueles que deveriam executá-las.

## 4.1. 2 O acesso dos homens à Atenção Básica

O material empírico colhido nas entrevistas e através da observação participante permitiu identificar que o acesso dos homens, em sentido amplo, está sujeito a algumas condições presentes no modelo assistencial dos serviços de saúde estudados, que envolvem: **o cadastro incipiente, a recepção pouco acolhedora, o acolhimento tipo “queixa-conduta” e a ineficácia no acompanhamento dos doentes crônicos.**

### O cadastro incipiente

O cadastramento das famílias visa à obtenção de informações referentes aos aspectos sociodemográficos, culturais e sanitários, além do conhecimento dos membros da família, mortalidade e morbidade referidas, acesso aos sistemas de saúde e de educação e identificação de possíveis fatores de risco e vulnerabilidades. É através da análise dos dados coletados no cadastramento que se dará o diagnóstico da comunidade, necessário para o planejamento de ações que respondam às necessidades da população abrangida. (BRASIL, 2000)

É por meio do cadastramento que se dá o processo de territorialização, um dos pilares da vigilância da saúde, entendida não somente como análise da situação de saúde ou como integração das práticas epidemiológicas e sanitárias, mas como forma de ampliar

a concepção de saúde, ao ter como pressuposto uma visão mais integral do processo saúde-doença, na medida em que envolve operações sobre os determinantes dos problemas de saúde, constituindo-se em “espaço da saúde” e não exclusivamente de atenção à doença. (OLIVEIRA & CASANOVA, 2009, p. 930)

Assim, “o processo de territorialização pode ser um meio operacional para o desenvolvimento de vínculo entre os serviços de saúde e a população, permitindo aproximação para o entendimento dos problemas e necessidades de saúde” (OLIVEIRA & CASANOVA, 2009, p. 931), considerando que o território não é somente um espaço geográfico, mas também social e político, estando em constante transformação. (OLIVEIRA & CASANOVA, 2009)

Nesse sentido, a ESF se constitui como processo estruturante da vigilância da saúde na atenção básica, sendo importante destacar que,

ela possui os elementos conceituais capazes de superar o processo de medicalização e redirecionar a atenção à saúde da população numa dimensão ética e pautada em relações de cuidado, por meio do estabelecimento de vínculos com a família e a comunidade. (OLIVEIRA & CASANOVA, 2009, p. 933)

Como referido pelos ACS, entrevistados em grupo num dos serviços estudados.

CS A

**P:** qual é o papel, a função do agente comunitário de saúde?  
**ACS 1:** promover a inserção desses pacientes na unidade, buscar conhecê-los e se necessário for, introduzi-los para a consulta, viabilizar o acesso dos pacientes. A gente tá no território, a gente tem a possibilidade de descobrir e saber coisas que são alheias ao serviço. **ACS 2:** e levar também informações com respeito à saúde, o que pode ser feito pra melhorar, de como evitar alguns problemas de saúde, trabalho de prevenção, fazer com que as informações cheguem até ele. **ACS 3:** a gente traz demandas pro centro de saúde. Através do cadastro acaba descobrindo coisas que aqui dentro, na verdade, o CS não sabe, problemas de saúde, problemas até mesmo financeiros, parte social a gente traz e aí acaba levando pra equipe pra ver no que pode ajudar [...] **ACS 4:** meu território é uma rua, às vezes tem alguma coisa pra fazer lá no final, nesse percurso eu vou encontrando as pessoas e sempre abordo... quando vai conversar com o adolescente, por exemplo - Você tá namorando? Assim, de uma forma brincalhona - Como é que tá? Você tá se prevenindo? É uma conversa mais informal, quando há algum risco maior, a gente traz pra equipe [...] o fundamental do nosso trabalho é respeitar o outro, a partir do momento que a pessoa vê que você não está intrometendo na vida dela, você tá querendo ajudar, é bem receptivo sim. **ACS 5:** teve uma paciente que ela faltou na consulta, aí eu fui na casa dela - oi Dona (nome da usuária), a senhora não foi na consulta? - Ai, eu nem lembrava da minha consulta, eu fiquei internada 15 dias, não estava andando, mas muito obrigado de vocês terem se preocupado comigo, vocês estão indo pra área? Na volta, passam aqui que eu to assando um bolo.

No modelo de Saúde da Família, preconiza-se que o ACS seja o elo de ligação entre a equipe e a comunidade, identificando e trazendo para dentro dos serviços os riscos, vulnerabilidades e necessidades que nem sempre são conhecidos pelos outros profissionais de saúde (BRASIL, 2000).

FURLAN (2008) destaca que:

O ACS seria aquele que traz para a equipe “toques de estranhamento” de como é realizado o trabalho em saúde ou mesmo de “sutilezas” do que ocorre com as famílias que acompanha, que, muitas vezes, passam despercebidas na reflexão sobre um caso clínico ou no atendimento rotineiro. Se os ACS assumirem postura passiva e permanecerem na expectativa de ordens, essa “sensibilidade” vai se moldando com o que já é tradicionalmente acolhido e possui resposta dentro do modelo hegemônico de cuidado vigente, com tendência a desaparecer a inovação trazida pela percepção do agente. (p. 376)

Embora o ACS represente, por um lado, a instituição e, por outro, a comunidade, em geral, há predominância da primeira. Desse modo, “o ACS torna-se mais um encaminhador e com tarefas de leva e traz, já que seu saber é submetido ao técnico da saúde”. (FURLAN, 2008, p. 379). É o que se observa na discussão abaixo.

CS A

**P:** e quais são as demandas trazidas pela equipe? **ACS 5:** o paciente falta na consulta, eles querem saber o porquê. Pede pra remarcar a consulta porque o profissional não vai poder atender. Levar especialidade. **ACS 6:** Levar remédio. **ACS 4:** Exame alterado também, a gente convoca. **ACS 3:** Acompanhar paciente. **ACS 2:** Agora no caso das insulinas, fiscalizar a medicação, ver como está sendo acondicionada, teve paciente que perdeu porque deixou fora da geladeira. **ACS 3:** Quando necessário, a gente mesmo aciona o SAMU. É muita coisa. **ACS 1:** A gente acompanha paciente ao CAPS. **ACS 3:** Quando precisa, ajuda na recepção. Cadastro **ACS 1:** Laboratório também. **ACS 3:** O agente de saúde só não faz prescrição pro paciente, do resto faz tudo. **ACS 4:** A gente faz acolhimento na nossa área **ACS 6:** Só não tem CRM, COREN. **ACS 1:** Nosso carimbo não tem força. **ACS 5:** Esses dias paciente queria que eu fosse buscar seringas de insulina jogadas lá no meio da rua, catei uma luva e fui. Só que tava enfiadinha no chão, falei assim - isso daqui tem que catar com uma enxada. Ela falou - você quer uma enxada, eu tenho aqui? A gente não ganha nem insalubridade pra fazer isso.

Nesse contexto, assim como os outros profissionais, os ACS, em geral, desenvolvem seu trabalho a partir da demanda, ou seja, dos usuários que frequentam a unidade ou daqueles que “dão problema” (descompensados que frequentemente retornam ao serviço).

CS A

**P:** e os crônicos, hipertensos e diabéticos? **ACS 4:** Eu confesso, eu não conheço todos. Eu sei de alguns tipo que dá problema, daqueles que dá defeito, esses eu conheço. Aqueles que saem pra trabalhar e chegam tarde, eu até tenho a listagem, só que eu não consigo acessar, porque meu horário de trabalho é o mesmo, eu não consigo acompanhar todos. **ACS 7:** eu também não. **ACS 2:** os que estão mais estabilizados é difícil a gente ter conhecimento. **ACS 8:** é mais os que utilizam insulina. **ACS 1:** que são de maior vulnerabilidade, a gente vai atrás sempre.

#### CS C – Equipe 4

**P:** vocês têm cadastrado os crônicos da equipe? **E:** não está tão atualizado, mas tem. **P:** conseguem fazer uma vigilância? **E:** não tá conseguindo. **ACS:** teve uma época que a gente conseguiu melhor. **E:** a gente tem se guiado mais pela demanda, mais do que pela necessidade, mais o que chega.

Essa última discussão traduz o modo como as equipes estão operando, respondendo à demanda. Além disso, observa-se que não há um compromisso por parte da equipe, em relação à vigilância dos hipertensos e diabéticos, alguns referindo que “já tinham até esquecido”.

#### CS B – Equipe 2

**P:** mas vocês já conseguiram cadastrar quantos? **M:** o meu já passou dos 20. **E:** mas também porque não é tão eficaz, não é toda consulta que eu lembro de fazer. **M:** nem eu. Com certeza é muito mais que isso. **E:** muito mais. **M:** essas últimas consultas [...] já tinha até esquecido. **P:** e no território, você (ACS) tem esse cadastro dos crônicos? **ACS:** não. **E:** a gente tem um cadastro de 2012, que tá desatualizado.

Nesse sentido, nenhuma das equipes dos serviços estudados possuía o cadastro atualizado da população abrangida e dos portadores de HAS e DM. O cadastramento, em geral, é realizado para usuários que procuram o serviço, de modo burocrático, pois sem ele não é possível abrir prontuário e preencher as planilhas de produção, necessárias para o repasse de recursos públicos. Portadores de fatores de risco, doentes assintomáticos, sem acompanhamento ou sem diagnóstico dificilmente são identificados no território, uma vez que, em geral, os cadastros são realizados dentro das unidades.

As discussões seguintes mostram que o acompanhamento dos crônicos que acessavam o serviço era uma preocupação de alguns membros da equipe,

dependendo de uma disposição e/ou interesse individual: no primeiro caso, a médica, com formação em Medicina de Família, desistiu das ações de vigilância dos crônicos após perceber que trabalhava de forma isolada; no segundo, havia um interesse acadêmico e as ações cessaram após as profissionais deixarem o serviço. Destaca-se que essas ações fazem parte das atribuições da atenção básica e, mesmo havendo profissionais disponíveis, que iniciaram essas ações, elas não foram incorporadas pelo serviço.

#### CS B – Equipe 4

**M:** tinha uma lista de todos os diabéticos, hipertensos, dividido pelas microáreas e aí eu sabia quando eles vinham ou não, eu classificava nos riscos, eu marcava retorno, então eu olhava naquele mês, Fevereiro, faltou quem? Aí eu pedia pro agente comunitário ir atrás desse paciente. Agora eu não faço mais isso porque eu não tenho mais pernas, e aqui eu sempre fazia isso sozinha, mas nos outros lugares que eu trabalhei (outros municípios), esse era um trabalho da equipe toda.

#### CS B – Equipe 1

**E:** no tempo da outra enfermeira, é que ela foi embora, e acabou se perdendo. **AE:** era ela e a outra doutora. **E:** elas tinham um projeto de pesquisa, que elas estavam escrevendo e acabou levando alguns papéis, e a gente acabou perdendo o acompanhamento dos pacientes.

Nas discussões abaixo, frente a várias atribuições da atenção básica, a partir do momento em que não houve mais cobrança para alimentar o SIAB, antigo sistema de informação do Ministério da Saúde para controle das atividades na Atenção Básica, vinculado ao repasse de recursos federais para o município, a vigilância dos crônicos e dos menores de 1 ano deixaram de ser realizadas. Em uma das unidades, os dados referentes aos portadores de HAS e DM eram utilizados para o planejamento de ações no final do ano.

#### CS B – Equipe 3

**P:** e puericultura e gestantes? **E:** das gestantes a gente tem. **ACS:** quando a gente fazia o SIAB a gente tinha um controle. **P:** das crianças também? **ACS:** tinha tudo, lembra a gente tinha que ficar fazendo pauzinho?

## CS C – Equipe 2

**ACS:** antigamente a gente tinha o SSA2, então a gente tinha todo um controle, tinha a quantidade de hipertensos e diabéticos e a gente tinha um planejamento de final de ano. A gente pegava todos as nossas pastas dos hipertensos e diabéticos e verificava, passou tantas vezes com o médico, com o enfermeiro, com o auxiliar, com o dentista, e por exemplo, o hipertenso, o diabético ou o insulino dependente que nunca havia passado, ou não passou durante o ano todo, a gente saía aqui da unidade com a consulta pra ele em mãos.  
**AE:** busca ativa.

## CS A – Equipe 1

**AE:** se perdeu. Eu acho que o controle maior que a gente sabe é das gestantes e só, agora não sabe quantos hipertensos, diabéticos, quantas pueri faltou, o resto não tem mais.

Percebe-se que o processo de territorialização e a vigilância dos grupos de risco se constituem num processo à parte do trabalho desenvolvido na unidade. É como se fosse uma atividade extra, que, em geral, “nunca termina” devido à “falta tempo”, ou ocorre quando há interesse/comprometimento individual dos profissionais, ou quando se constitui em atividade obrigatória (como ocorria com o SIAB - atrelado ao recebimento de incentivos federais).

Para a maioria das equipes, não está claro qual é o papel do ACS e sua potencialidade na ampliação da visão do processo saúde-doença-cuidado e como operar com os dados do cadastro. Não há uma prática consolidada de avaliação e planejamento das ações utilizando os dados do território.

Nesse sentido, como destacado por FURLAN (2008):

Assim, podemos dizer que se constitui numa atribuição da equipe da atenção básica, e não só do ACS, identificar necessidades, ficando mais fácil e claro o que se deve “procurar” no território, já que serão múltiplas vozes que as dirão e as trabalharão. Exige a formulação/criação de outros dispositivos a serem criados pela equipe, que o ACS não tem abertura para disparar sozinho. (p. 385)

## A recepção pouco acolhedora

A recepção reflete o sentido dado ao trabalho de um serviço de saúde na sua relação com o usuário, as ofertas disponíveis e como os profissionais desenvolvem o trabalho em equipe. É um local de grande “stress”, por receber diferentes demandas, às vezes difíceis de prever. Nos serviços estudados, a recepção possui a função de ouvir a solicitação dos usuários e direcioná-los, ou não, para o fluxo das ações disponíveis no serviço, fornecer informações gerais sobre o funcionamento da unidade e das diferentes equipes, e realizar o agendamento de consultas. Em geral, os profissionais que aí trabalham foram contratados para serviços administrativos, receberam pouca capacitação sobre os princípios e diretrizes do SUS, nenhuma capacitação técnica na área da saúde e, na maior parte do tempo, trabalham sozinhos. Tal situação torna a recepção uma barreira a ser transposta pelo usuário, e não um local para acolhimento das suas demandas e necessidades.

Para quem trabalha na recepção, ela é a “cara do posto”, lugar de “direcionar”, onde “você tem que saber falar o não, senão você vai apanhar”. “É um nível de stress muito alto”.

CS C

**Recepção CS C:** quando eu vim pra cá, eu fiquei mais de frente, livre demanda, e você fala não, aí você já é ruim, brava, mal humorada, às vezes a gente não tá naqueles dias bom né, mas eu gosto sempre de coisa agitada, gosto de tentar resolver, mas eu sinto que só vem diminuindo, o nosso governo não aplica nada na saúde [...] então isso desanima um pouco [...] eu sou a cara do posto, em qualquer lugar que eu vá da região, eles sabem que eu trabalho aqui. Lógico que você não é bem visto em todos lugares, porque nem Jesus agradou todo mundo, eu também não agrado todo mundo não.

CS A – 2 profissionais

**Recepção CS A:** acolhimento é receber paciente, entender qual é sua necessidade e direcionar, pra nós da recepção [...]

**P:** e o que vocês acham do trabalho na recepção? **Recepção CS A:** eu gosto, mas é pesado, é um nível de stress muito alto por conta das necessidades dos pacientes. Eles vêm com uma expectativa que não corresponde à nossa realidade, até por conta do deficit da área da saúde que é geral [...] eles têm uma ideia de que o nosso serviço deveria funcionar como um serviço de pronto atendimento, mas dentro de uma unidade

básica, o relacionamento mais direto, mais próximo [...] com a capacidade de pronto atendimento [...] nosso papel é preventivo, agendamento de consulta.

## CS B

**Recepção CS B:** a saúde tem que ter um atendimento humano [...] a gente atender uma recepção da saúde não é fácil porque falta muita coisa, não tem estrutura o suficiente, só que a gente lida com pessoas de muita idade, que não entendem, saber lidar com a pessoa né, faz falta, eu vejo isso aqui dentro também viu, no geral, mas eu procuro sempre tá sorrindo [...] a pessoa já vai falar um monte de não, a gente é, 90% do que você fala é não, então você tem que saber falar o não, senão você vai apanhar.

Não está claro para as equipes a função de “porta de entrada” dos serviços da atenção básica, além de muitas vezes confundirem “acolhimento” com “cordialidade”. Tal situação, provavelmente, seja decorrente, pelo menos em parte, da falta de treinamento/capacitação e, em geral, por não receberem apoio da equipe técnica.

## CS C

**Recepção CS C:** serviço público, principalmente numa recepção, você tem que ter um treinamento, porque [...] chega alguém aqui falando que tá passando mal, é [...] eu como já conheço, eu pego a pasta já levo lá dentro. A gente não tem um treinamento pra isso [...] antigamente ficava um auxiliar (enfermagem) comigo na recepção pra ter essa visão [...] **P:** quando você precisa de ajuda, você pede? **Recepção CS C:** eu vou ter que pedir né, mas tem dia que eu nem peço, trabalho sozinha, pronto e acabou [...] aqui nesse centro de saúde é poucas pessoas que me ajudam. Não sei se é pessoal.

O relato de um dos gestores retrata o problema da falta de treinamento técnico da recepção.

## CS C

**G:** chegou uma criança, que estava com dispneia, aí aconteceu de passarem alguns adultos sem queixa urgente na frente e a mãe, como ele tava cansadinho, foi levar ele lá fora pra tomar um ar e ninguém viu. Quando ela voltou pra dentro, quem tava aqui no corredor falou - Meu Deus essa criança tá cianótica! Pôs pra dentro, e aí foi a correria. A gente até compensou a criança aqui dentro antes de chamar o SAMU. Não aconteceu nada grave, mas poderia ter acontecido uma tragédia.

## CS A – 2 profissionais

**P:** vocês receberam alguma orientação, treinamento?  
**Recepção CS A:** não, nenhuma. **P:** essa semana o acolhimento ficou fechado? **Recepção CS A:** abriu somente no dia 2 e foram poucos atendimentos de manhã [...] os casos mais urgentes eles são atendidos, não são dispensados, os outros são orientados a retornar em outro momento ou procurando o pronto socorro, mas esse diálogo é muito estressante [...] na verdade se a gente for ver, na recepção, a gente não pode dispensar ninguém [...] **P:** mas acaba dispensando? **Recepção CS A:** a partir do momento que você diz pro paciente que você não tem o serviço que ele tá buscando naquele momento, ele já pode interpretar como uma dispensa [...] - Ah, eu quero falar com o médico, não tem médico, bem óbvio, bem claro.

## CS B

**P:** você teve alguma capacitação, por exemplo de como funciona o SUS? **Recepção CS B:** na realidade, no EGDS nós fizemos um curso assim, mas depois, entendeu, a princípio não tive capacitação, foi feito no centro de saúde [...] a gente aprende muito no dia a dia e cada centro de saúde [...] eu vejo uma diferença entre um e outro, então eu achava que seria muito interessante alguma coisa que possa dar uma padronizada, porque parece que cada centro que você vai é de um jeito.

Nesse último relato, é interessante notar que o entrevistado chama a atenção para uma falta de “padronização do atendimento” em decorrência da falta de treinamento/capacitação dos profissionais do município, o que permite que cada serviço ou trabalhador que esteja na recepção institua regras próprias.

Outra questão, é o fato da recepção constituir-se em uma barreira à consulta médica, como vimos acima e também nos relatos abaixo.

## CS C

**P:** tem pessoas que aparecem e que você acaba encaminhando pro pronto socorro direto da recepção?  
**Recepção CS C:** eu não dispense ninguém, eu só falo, não tem vaga clínica, vai passar com enfermeira. Tem gente que, que nem, uma mãe que vem com criança, não espera, vai pro pronto socorro ou volta mais tarde pra pegar a vaga da tarde.  
**P:** e os homens? **Recepção CS C:** alguns esperam, outros vão no pronto socorro, tem outros que não vão pra lugar nenhum.

## CS B

**P:** e quando os homens vêm? **Recepção CS B:** às vezes o cara, vem um rapaz aqui - ah, eu vou marcar consulta, ah, não tá marcando, não tem, aí ele volta - ah, não tá marcando, o cara deixa - ah, não vou mais atrás disso [...] muita gente se afasta por causa disso né, não tem, não fica vindo aqui [...] também vejo muito homem passar aqui, mas normalmente ele já tem um problema, pressão, alguma coisa que já tá fazendo. **P:** então você vê que a oferta é difícil pra ele. **Recepção CS B:** ah, sim, tudo [...] o homem é menos insistente que a mulher. Não consegue, ele não fica [...] mulher não consegue, ela vai ali, vem, vem, vem, o homem não, veio uma vez, não conseguiu, você não vê o cara mesmo, daí ele aparece aqui com a pressão a 20 por não sei o quê, aí ele passa.

Nesse último relato, observa-se a dificuldade enfrentada pelos homens para agendar uma consulta, a menos que o mesmo se apresente com sintomas e sinais evidentes de doença.

Os relatos abaixo, de usuários homens, reforçam o que foi dito pelos profissionais da recepção dos 3 serviços. É o lugar de receber “não”, em que se percebe não ter o apoio do “coordenador/responsável” e onde se tem “um incentivo pra você não querer voltar”.

## CS A

**Jovino:** eu acho que, na recepção, eles devem ouvir, pelo menos anotar, sei lá, se ela não pode resolver, ela pode passar pro coordenador, pro responsável, mas depois a gente obter uma resposta, poxa teve crédito o que eu falei, mas assim [...] às vezes você, falo - moça deixa eu só fazer [...] pedir uma informação, ela fala – ó você tem que pegar uma fichinha, é a senha. Falo - ó eu queria marcar uma consulta – não tem, - mas é que eu tô passando muito mal, eu tô com problema aí [...] - Olha o acolhimento aqui só tem vaga pra 5 pessoas, já completou, volta amanhã, 7h, pega a primeira senha aí o sr. vai conseguir passar, então isso daí já é um não, já é um incentivo pra você não querer voltar.

O usuário abaixo reforça o que também foi relatado pelos profissionais que trabalham na recepção, a percepção sobre não receber a atenção devida.

## CS A

**Vanderlei:** é, às vezes faz um pouco de vista grossa né, às vezes você quer pedir uma informação, a pessoa não dá a devida atenção que deveria [...] a gente vê quando a pessoa trabalha com vontade, agora aqui, até o atendimento aqui é

diferente, você tem que tá perguntando, às vezes tá passando mal, você tem que tá chegando [...] eu tô nas últimas [...] não tá nem preocupado [...] arruma 3-4 pessoas pra conversar ali e esquece do paciente, tá gemendo de dor, que eu já vi vários casos, não tô só falando aqui, que eu já vi em vários postos. Eu acho que a pessoa tinha que dar mais atenção, porque as pessoas [...] pagam imposto.

Do mesmo modo que o relato do usuário acima reforça que a saúde é um direito, mantido mediante o pagamento dos impostos pelos cidadãos, o relato abaixo mostra que muitas vezes, a atitude dos profissionais passa a impressão de que a assistência prestada por eles é um favor.

**Lúcio:** eu consigo falar direto (com o médico) **P:** o sr. nem passa na recepção? **Lúcio:** essa recepção aí é meia [...] então você já evita pra não arrumar encrenca. **P:** por que? **Lúcio:** tem umas 2, 3 meninas que [...] faz como se tivesse fazendo favor pra você, entendeu? Eu falei ó, se o médico falou, eu não preciso [...] mas o resto do pessoal aqui é muito gente fina [...] numa caixa de laranja, geralmente 2 tá podre. Eu não esquento a cabeça não [...] Tem umas mulher aqui que atende muito bem, mas tem umas que te atende aqui que parece que tá fazendo favor pra você, eu não tenho saco pra isso.

Segundo CECÍLIO et al. (2014), há uma “regulação leiga” dentro do sistema de saúde formal, constituído por pontos de acesso que os usuários constroem a partir de suas experiências na busca pelo cuidado. É o que ocorre com Lúcio, que tem o médico como “ponto de acesso” ao serviço.

Os pontos de acesso do mapa do cuidado podem ser serviços e/ou profissionais com os quais se consegue estabelecer algum tipo de vínculo, passando a ser uma referência dentro do sistema de saúde. O mapa do cuidado ideal é composto preferencialmente por vínculos com profissionais em determinados serviços. (p.1511)

Dependendo do profissional que realiza o atendimento, o usuário pode ou não ter sua demanda resolvida, mesmo havendo recursos disponíveis, como episódio recuperado do diário de campo.

CS C

Em um dos dias fiquei observando o acolhimento da odontologia. A distribuição das senhas iniciou-se às 7h, mas os pacientes haviam chegado por volta das 6h. Havia 20 senhas disponíveis, mas naquele dia somente 10 pacientes aguardando. Os pacientes começaram a ser chamados para

avaliação com o dentista às 8:30h. O paciente com a senha 3 queria marcar uma avaliação para ele e seu neto, que estava na escola naquele momento. Enquanto estava na sala de espera, conversou com o dentista no corredor e perguntou se não seria possível trazer o neto para atendimento à tarde. O profissional disse que sim, que à tarde teria outro dentista. Entretanto, depois de ser chamado, vi que ele saiu bravo do consultório dizendo em voz alta que teve que escolher entre marcar para ele ou para o neto. Como deu preferência para o neto, saiu para buscá-lo na escola para ser avaliado às 11:15h. Para a queixa dele, ele teria que vir um outro dia e passar novamente pelo mesmo processo. Uma senhora que também estava aguardando disse que também certa vez chegou cedo para pegar senha para o marido, pois o mesmo estava trabalhando, mas não conseguiu, porque foi orientada que o marido deveria estar presente. Perguntei o que ele fez e ela disse que tomou remédio por conta e não havia passado pelo dentista até o momento. Outra paciente também referiu que tinha vindo para marcar atendimento para as crianças dela, mas não conseguiu porque não estavam junto.

Ao observar tal situação, fiquei pensando qual é a lógica que orienta o atendimento prestado à população. No caso, um dentista falou que era possível o atendimento do neto à tarde e, outro, que ele deveria retirá-lo da escola para passar por avaliação ainda pela manhã, para que depois retornasse à tarde para resolver seu problema. Além disso, havia 20 vagas disponíveis para o acolhimento naquele dia, mas somente 10 foram preenchidas. Mesmo com a sobra de vagas, o dentista falou que ele deveria escolher entre o atendimento dele ou do neto.

Em outra unidade (CS B),

abordei um usuário homem, convidando-o para uma entrevista. Ele estava com uma senha e disse que estava aguardando ser chamado na recepção pois precisava marcar consulta com o ginecologista para sua esposa. Falei que iria aguardar e depois poderíamos fazer a entrevista. Foi chamado pela téc. de enfermagem, que estava na recepção naquele momento. Ela disse a ele que as vagas com o ginecologista seriam marcadas somente na segunda-feira pela manhã, se houvesse sobra das vagas de pré-natal. Entretanto, percebi que ela não havia olhado a agenda. Ele insistiu, porém sem êxito. Levei-o para uma sala para entrevistá-lo e vi que estava muito nervoso. Ofereci falar com a enfermeira responsável, já que ele havia dito que os exames foram feitos em Março e a esposa já havia tratado de um câncer no útero. A princípio ele disse que não precisava e que iria voltar na próxima segunda para tentar novo agendamento. Insisti e fui falar com a enfermeira. Num primeiro momento, a enfermeira disse que talvez a téc. de enfermagem

não tivesse olhado a agenda pois já soubesse, de antemão, que as vagas tinham acabado. Mesmo assim, ela abriu a agenda do médico (no computador) na minha frente e falou – nossa! Ainda tem vagas disponíveis! Chamei o paciente e ela agendou para a esposa na mesma semana. Perguntei se ele ainda poderia participar da pesquisa, mas ele disse que preferia ir embora. A enfermeira virou-se para mim e disse que iria conversar novamente com os aux. e téc. sobre as vagas do ginecologista e acrescentou – Ah! As pessoas aqui são difíceis!

É frequente a queixa de profissionais e dos próprios gestores quanto à falta de recursos, porém os recursos disponíveis (consultas médicas e odontológicas) podem ser subutilizados e, na maioria das vezes, os usuários aceitam tal situação, pois não conseguem enxergar o processo de trabalho das equipes pelo lado de dentro.

Em uma das unidades, o gestor comentou que a Secretaria de Saúde havia solicitado um levantamento para avaliar o número de consultas médicas, pois, pelos registros existentes, estava aquém do esperado. Em outra unidade, perguntei para a enfermeira se as faltas nas consultas médicas agendadas são reutilizadas para, por exemplo, avaliar pacientes do acolhimento (queixas agudas). Ela respondeu que dependia da “boa vontade” do profissional, alguns aceitavam, outros não. Além disso, aconselhou-me para não levantar essa questão, para não colocar em risco a continuidade da minha pesquisa.

O problema do absenteísmo em consultas agendadas foi, inclusive, abordado em trabalho de conclusão de curso de especialização realizado por uma gestora de um Centro de Saúde, do mesmo município desse estudo. Observou-se que a realização de ligações para confirmar consultas agendadas, na área de clínica médica, não modificou, significativamente, os altos índices de absenteísmo dos usuários, 39,18% nas consultas confirmadas e 44,23% nas não confirmadas. (MARIANO, 2017) Destaca-se que, mesmo com a manutenção desse alto índice, não houve proposição para reaproveitar as consultas perdidas, cada uma com duração de 20 minutos.

Tais situações causam um certo desconforto ao pensar quantos usuários vão embora, havendo médicos, enfermeiros, dentistas e outros profissionais disponíveis. Muitas vezes vão embora sem terem suas queixas ouvidas ou, mesmo após relatarem seus problemas, são encaminhados para o pronto socorro, onde, após

esperarem horas pelo atendimento, podem não ter a solução esperada. Como nas situações registradas no diário de campo.

CS B

Na primeira reunião geral de equipe de que participei para apresentar o projeto de pesquisa, uma das pautas discutidas foi a falta de pediatra na unidade. Chamou minha atenção uma das enfermeiras, ao falar que as crianças que chegassem em estado grave não poderiam ser dispensadas, mas que as “besteiras” poderiam ser mandadas para o pronto socorro (PS). Falei que as “besteiras” iriam retornar, uma vez que o PS iria recusar atendimento, ao classificar tais situações como de baixo risco. Uma das ACS complementou que o prejuízo seria do usuário ao ficar sendo jogado de um lado pro outro.

No dia seguinte, presenciei o atendimento de criança com 8 anos de idade que chegou com o pai para ser atendida devido dor de cabeça. A ACS, que estava na recepção, disse para o pai que não tinha pediatra na unidade, sendo necessário ir ao PS. O pai, num tom de insistência, disse que já tinha ido ao PS e fora orientado a ir ao CS. Ela respondeu que a enfermeira não poderia medicar a criança, nem dar atestado. Fiquei incomodada com a situação e sugeri que ela passasse a criança pelo acolhimento. A ACS insistiu na negativa e o pai virou-se para a criança e falou - vamos ter que pagar um médico. Interferi novamente e perguntei para o pai da criança qual escola ela frequentava. Ao dizer que a escola era ali perto, falei para a ACS que, em geral, as escolas municipais aceitavam declaração da enfermeira e sugeri, de novo, que ela encaminhasse a criança para o acolhimento. Num tom de cansaço, ela disse - entra para pegar a pasta para o acolhimento. A paciente foi chamada pela enfermeira, que deu encaminhamento para acuidade visual, prescreveu paracetamol e fez declaração do atendimento para a escola.

Na atenção básica, como já apontado, muitas vezes as queixas são inespecíficas, não se encaixando, a princípio, em diagnósticos pré-estabelecidos. Nesse contexto, é função dos serviços da atenção básica identificarem as reais necessidades de saúde frente às demandas dos usuários, o que seria a função do acolhimento.

## O acolhimento tipo “queixa-conduta”

Embora acolhimento possa ser definido de um forma mais ampla como “uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas” (BRASIL, 2013c, p.19), na prática, refere-se ao atendimento da demanda espontânea nas unidades básicas de saúde.

Para os profissionais de saúde, há 2 tipos de acolhimento, um “informal”, que, em geral, constitui-se no direcionamento do usuário para a recepção ou que ocorre quando o usuário já tem vínculo com o serviço e aborda os profissionais em diferentes locais da unidade. Já o acolhimento “estruturado” é aquele em que o usuário passou pela recepção e foi direcionado para um atendimento técnico, demandando maior comprometimento do profissional.

CS A – equipe 1

**AE:** [...] então a gente tem, como se fosse 2 maneiras, primeiro um acolhimento que eu tô recebendo a pessoa, na sala de vacina, eu vou conversar, ver o que ela tá precisando e [...] na observação, no corredor [...] - ai, tô procurando isso, uma informação, uma queixa e a gente consegue tá direcionando, também vejo isso como acolher a pessoa, e um outro acolhimento estruturado, que a gente tá tentando um novo modelo de tantas pessoas, aquele que a pessoa chega, dá o nome, o número da pasta, a gente tem que anotar tudo que foi conversado e tentar dar uma solução na demanda dele daquele momento.

Apesar do acolhimento ser um desafio para a Atenção Básica, uma vez que exige equilíbrio entre atendimento programado e não programado, para o usuário, a proximidade geográfica com o serviço e o vínculo com os profissionais facilitam a identificação de suas necessidades de saúde e acompanhamento, como se observa na discussão da equipe 1 (3 auxiliares de enfermagem, 1 enfermeira e 1 ACS) do CS A.

**P:** tem diferença pro paciente vir aqui com dor de garganta ou ser atendido no pronto socorro? **AE:** tem muita diferença. **AE:** é muito mais cômodo para o paciente, ele mora aqui. **E:** tempo de espera. **P:** além do tempo de espera? **AE:** se ele tá com queixa aguda, pra ele não faz diferença, ele quer resolver a situação dele. **ACS:** eu acho que faz, no CS você tem um

atendimento mais personalizado, porque você chega no PA, mal eles te olham, eu falo isso porque eu sou usuária do SUS, levo meus filhos no pronto socorro, mal te examina, eu acho que aqui as pessoas conhecem mais seu nome. Tem o tempo de espera aqui sim porque ... tem paciente aqui às 10 da manhã, na hora que você volta do almoço ele está esperando ainda, mas ele tá aqui, então eu acho que é o atendimento mais individualizado.

De fato, para os usuários que conhecem a função da atenção básica e/ou estabeleceram vínculo com o serviço, a preferência é utilizá-lo como porta de entrada do sistema, mesmo que às vezes ela esteja fechada, como relatam Edson e Josivaldo.

CS A

**P:** seu acompanhamento aqui começou por conta dessas alterações de pressão? **Edson:** não, eu já procurei o posto saúde por todos os motivos por questões de saúde. **P:** o sr. sempre vem aqui? **Edson:** porque aqui como é um posto de saúde, né, eu hoje mesmo estou aqui porque aqui tem uma avaliação que é onde a gente pode ser encaminhado pra um recurso, é, melhor. Se eu for no pronto atendimento pode tentar me ajudar, mas não vai ajudar resolver a causa do problema e também eu venho no posto de saúde pra resolver a causa do problema, combater, descobrir [...] ah, eu também já tive aqui por questões de enxaqueca, já fui bastante encaminhado, fez a ressonância, mostrou que não tem nada... a enxaqueca não tem cura.

**P:** quando o sr. tem algum problema, dor, onde o sr. procura atendimento? **Josivaldo:** quando eu não venho no postinho de saúde, eu tomo remédio em casa. **P:** chega a ir em algum outro lugar? **Josivaldo:** não, de vez em quando a gente vem aqui e não tem médico, aí eu vou no pronto socorro. **P:** mas o primeiro lugar que o sr. procura? **Josivaldo:** é o postinho de saúde [...] **P:** é fácil conseguir atendimento? **Josivaldo:** tem vez que é fácil, tem vez que não é, a gente vem procurar atendimento, não tem médico, aí as enfermeira aqui não pode medicar a gente, encaminha a gente pro pronto socorro. **P:** aí o sr. vai pro pronto socorro? **Josivaldo:** não, fico em casa mesmo, se não melhorar vou pro pronto socorro [...] **P:** e o sr. prefere passar aqui ou no pronto socorro? **Josivaldo:** aqui, porque é mais perto da casa da gente, e a gente vai no pronto socorro também às vezes não tem médico, a gente vai lá dar caminhada à toa, volta pra trás.

Apesar da política priorizar a atenção básica como porta de entrada do SUS, dos profissionais de saúde reconhecerem que ela se constitui na melhor forma de

acesso ao sistema e também representar a forma de acesso preferencial para usuários, muitas vezes, o modo como a demanda é atendida não satisfaz as necessidades de saúde dos mesmos.

CS B

**Robson:** nunca procurei o médico, assim, pra fazer um exame completo, vem no postinho, dão o remédio, a senhora melhora mais ou menos, volta a trabalhar, mas a senhora não descobre o que tem. **P:** durante sua vida o sr. ia mais no posto ou no pronto socorro? **Robson:** postinho de saúde, principalmente esse. **P:** e quando o senhor vinha, era quando tava passando mal? **Robson:** ah, só no arrasto, pra ser sincero, debilitado, já não tinha condições de, sei lá passar aquele dia trabalhando né. **P:** e o atendimento era só para aquilo que o sr. tava sentindo? **Robson:** sim, como diz o caipira, pra arribá a pessoa, porque se eu fui procurar ajuda é porque eu não sei fazer, principalmente na área de saúde, a gente só tem a dor, muitas vezes eu fui procurar auxílio médico, não resolveram minha situação, o descaso é tão grande ou a minha infelicidade de pegar o profissional que não acha o que eu tenho, que o ano passado eu fui internado, uma médica (do hospital) até, a primeira que me viu, fez uma bateria de exames, ela falou que eu tomei tanto, ah, uns remédios, ofendeu meu fígado, ah, eles dão no postinho de saúde, parece que só tem isso, então aí tive uma recaída física muito grande que já vinha vindo de anos, mas agora em 2016 eu não consegui, me debilitei, resumindo, fiquei 11 dias lá internado. **P:** e qual era o problema? **Robson:** ah, eles alegaram arritmia cardíaca e meu fígado cresceu, devido os remédios né, me arribaram, botaram pra sofrer um pouquinho mais no mundo. E eu ainda tô passando por eles (especialidade) até hoje.

**P:** por isso o sr. veio colher exames? **Robson:** só que agora eles tão vendo meu pulmão, tão fazendo alguns exames pra ver essa baixa resistência, porque eu sempre fui fraquinho fisicamente, mas eu nunca fui assim, sem resistência. Até gosto de trabalhar em serviço que fica suado, agora eu não tô conseguindo, se eu pegar uma rua, eu tenho que parar no meio da caminho. **P:** o sr. tem problema de pressão, diabetes? **Robson:** agora descobriram, tomo um monte de remédio depois que saí do (nome do hospital). **P:** e o sr. vem medir a pressão de vez em quando? **Robson:** não. **P:** por que? **Robson:** não mandaram, aí a cultura, como a senhora no começo da entrevista falou né, senhora não é educado a procurar médico com pequenas dor, então, agora eu não posso falar pra senhora se foi meus pais, minha renda familiar, isso influi muito na saúde ou se é até governamental, de educação governamental, se é macho não vai. **P:** e o sr. acha que hoje em dia essa educação é diferente? **Robson:** ah, na minha opinião a cada 5-10 anos, a cultura muda, algumas coisa pra

melhor, outras pra pior, mas a parte de prevenção por exemplo eu acho que melhorou, é, tá mais falada de uma pessoa pra outra. Há uns anos atrás era reprimido a fala. Mesmo com a minha família eu pouco conversei, meu pai, minha mãe, converso hoje com as minhas irmãs, meu povo. Aí vem o lance dos nossos governo, se eles injetasse na área de saúde como pessoal precisa, essa cultura burra do homem iria diminuir também não é verdade? Porque a senhora sabe que vai ser bem atendida, a senhora vai com mais vontade e fica barato até pro governo porque uma pessoa debilitada não produz, não é verdade? Pra senhora ver, 2016 eu não trabalhei, já não tive força, 2017 tá acabando. Talvez se tivesse me dado atenção logo no começo, eu já tivesse produzindo, aí é bom pra minha família, é bom pro país, porque eu vou gerar, vou ter condições de pagar meus imposto. A gente nasceu pra morrer, a gente nasce e sabe que o final é a morte mas só que tem gente que morre produzindo, porque ele tem qualidade de vida, não é verdade? Mas se a senhora paga todos os imposto que eles impõe, porque que eles não dão atenção pra gente?

Nesse relato extenso observamos um comportamento muito comum dentre os homens, a procura por serviços de saúde somente numa situação de urgência e quando estão impossibilitados para o trabalho. O atendimento recebido por esse usuário na Atenção Básica é o que se costuma denominar de “queixa-conduta”, centrado apenas na queixa imediata, pouco resolutivo, sem produção de vínculo e podendo gerar iatrogenia. Além disso, apesar dos problemas cardíacos e da internação recente, o paciente não referiu, em nenhum momento, estar sendo acompanhado pela equipe do CS ou receber visitas domiciliares, mesmo estando afastado do trabalho, o que facilitaria o contato com o mesmo. Constata-se que o acesso ao cuidado, em sentido amplo, mostra-se deficiente.

Chama a atenção, também, a referência do usuário à influência de fatores socioculturais, ligados à masculinidade, levando à baixa procura dos homens por ações de prevenção, e sua afirmação de que seria um comportamento passível de modificação desde que haja incentivos governamentais, ações educativas e um serviço que “a senhora sabe que vai ser bem atendida”.

Estudo (LEITE et al, 2016) com 24 homens em Natal/RN, com o objetivo de investigar os sentidos atribuídos à saúde, identificou que

[...] os sentidos produzidos sobre a saúde partiam dos conhecimentos socializados tanto pelo saber formal quanto oriundo das relações estabelecidas com as instituições na

busca de tratamento de saúde. Nesse último caso, os sentidos produzidos por meio das práticas discursivas com os pesquisadores articulavam o tempo vivido, em que o fenômeno saúde era significado por meio das experiências acumuladas pelos homens junto aos serviços. Assim sendo, a saúde também era referida a partir da qualidade com que os serviços se expressavam quando eram demandados pelos homens. Se a experiência vivida no serviço não foi satisfatória, ou se não tinha sido dotada de resolutividade, logo se qualificava a saúde de forma negativizada (p.346)

Em outra unidade da pesquisa, o atendimento de Eduardo exemplifica o acolhimento “queixa-conduta” relatado por Robson como o tipo de atendimento recebido durante anos no “postinho”.

CS C

**P:** hoje você veio aqui por que? **Eduardo:** por causa do ouvido, muita cera e não tô escutando direito. **P:** e você chegou a que horas? **Eduardo:** cheguei no primeiro horário, cheguei aqui 6 e meia. **P:** mas o posto não abre às 7? **Eduardo:** minha esposa falou pra eu vir mais cedo senão não conseguia a vaga do dia, ela teve aqui, falaram isso aí pra ela sabe, só que foi tão rápido que eu acho que nem precisava ter vindo tão cedo. **P:** e o que você achou do atendimento? **Eduardo:** ah, o atendimento foi rápido, o que demorou foi a espera pra chamar, porque não tinha ninguém (na minha frente). **P:** e você já veio outras vezes aqui? **Eduardo:** a última vez que eu vim aqui, já faz uns 2 anos, foi da pressão, é, eu vim um dia medir a pressão, falou que tava alta. **P:** mas vc tava sentindo mal? **Eduardo:** não, não tava sentindo mal, medi por medi mesmo porque eu tenho caso de hipertenso na família né. **P:** mas você veio aqui quando tava de folga? **Eduardo:** não, tava vindo do trabalho e passei aqui, mas eu não tava sentindo mal, medi e tava alta, aí me deram o cartão pra fazer o acompanhamento da pressão. **P:** você chegou a tomar remédio? **Eduardo:** não, não cheguei a tomar remédio, só pra vir fazer o controle, aí passava todo dia à tarde, foi uns 8 dias, aí depois falou que tava legal, os últimos 3 dias tava legal. **P:** e hoje, mediram sua pressão? **Eduardo:** medi pressão, falou que tava um pouco alta. **P:** quanto tava? **Eduardo:** 15x3. **P:** e falaram alguma coisa? **Eduardo:** não, não falou nada, a enfermeira né, só técnico, não sei. **P:** mas quem viu seu ouvido foi o médico? **Eduardo:** não, também não, foi a enfermeira. Fiz a triagem lá, pegou os dados, a outra pegou o aparelhinho e falou que tinha muita cera, falou pra pingar, me deu esse papelzinho, que era pra mim comprar na farmácia, que não tem, e pingar durante 1 semana e depois voltar aqui. **P:** e sobre a pressão? **Eduardo:** sobre a pressão não falou nada. **P:** você ainda tem o cartãozinho de medir pressão? **Eduardo:** tem o cartãozinho em casa. Depois de quase 2 anos eu nunca medi de novo.

Voltei com o usuário na sala do “Acolhimento” e pedi para ver o prontuário dele, uma vez que ele tinha relatado que a pressão arterial dele estava um pouco alta, mas não tinha recebido nenhuma orientação. O prontuário já tinha sido devolvido para a recepção. Pedi então o prontuário na recepção e vi que estava anotado PA 15x10. Retornei na sala do “Acolhimento” e pedi para medir a pressão dele novamente, como estava mais baixa e ele estava assintomático, pedi para dar para ele um cartão para controle da pressão e perguntei como ele poderia fazer para ter uma avaliação melhor. Orientaram agendar uma consulta com a enfermeira da equipe na recepção. Fui com ele até a recepção, onde foi agendada uma consulta com a enfermeira e pedi também que fizessem uma declaração de comparecimento. Ele agradeceu e foi embora.

Muitas vezes, o atendimento focado na queixa é justificado pelo grande número de usuários que aguardam para serem avaliados, o que também, muitas vezes, leva os profissionais de saúde a orientarem a população a chegar antes do horário de abertura do serviço para conseguir avaliação no mesmo dia. Entretanto, observou-se que essa situação não é constante, uma vez que o usuário relatou que chegou antes do serviço abrir e só ele aguardava por avaliação.

Estudo (FUZITA, 2017) sobre acolhimento, realizado em um dos CS desta pesquisa, desmistificou o “medo” que os profissionais de saúde referem de “não dar conta” do número de atendimentos. Através da análise de planilhas contendo informações sobre os usuários atendidos no acolhimento, observou-se que era necessário alguns ajustes no número de vagas médicas, mas que o atendimento não era “humanamente impossível”. (p.67)

Outra questão é a Hipertensão de Eduardo identificada há 2 anos, mas sem acompanhamento por se tratar de paciente assintomático. O relato de Robson e o atendimento de Eduardo reforçam a afirmação de que os homens vinculam-se aos serviços de saúde quando a doença já está instalada ou já apresentam sequelas. Entretanto, observa-se que nem sempre a “culpa” é dos homens, que não se preocupam com a sua saúde e não buscam os serviços da atenção básica. No caso de Eduardo, ele procurou a unidade básica de saúde para medir a pressão porque tem casos na família, porém não houve seguimento desse usuário por 2 anos e, no

momento em que ele retornou devido a outra queixa, embora tenha sido constatada pressão arterial alterada, o cuidado foi negligenciado.

Os relatos dos profissionais relativos ao “Acolhimento”, atendimento ofertado quando o usuário possui uma queixa e solicita avaliação no mesmo dia, também corroboram com a experiência dos usuários, como se observa abaixo:

CS A – equipe 1 (3 auxiliares de enfermagem)

**AE:** depende de cada um também, eu acho que a maioria de nós ainda é a queixa do momento. Se a gente tiver abertura a gente pergunta outra coisa, mas a maioria no geral é queixa-conduta. **AE:** é, se a queixa leva a gente entender que pode ser uma outra coisa, a gente até explora mais. **AE:** mas eu acho que seria mais ideal, seria a gente já tá com ele ali na frente, o que sr. tem, o que que o sr. teve, fuma, bebe, faz o quê, pratica exercício, alimentação, mas a gente não... pelo menos acha que tem que fazer, mas a demanda, a fila que tá lá esperando, a gente fica mais preocupado na queixa do momento mesmo.

Interessante notar que, apesar do reconhecimento de que o acolhimento é “queixa-conduta”, o relato da auxiliar de enfermagem demonstra que essa discussão fez com que ela refletisse e colocasse para a equipe que o melhor seria aproveitar a vinda do usuário para identificar outras necessidades. Como visto também no relato de uma das enfermeiras do mesmo serviço.

CS A – equipe 1

**P:** o que é demanda e necessidade de saúde? **E:** Eu posso falar do último atendimento que eu fiz, porque era uma coisa e na verdade ela demandou outras, então tem sim uma diferença entre a demanda e a real necessidade do paciente, eu não sei te falar em números, mas eu posso te dizer que a necessidade de atendimento médico é bem menor que a demanda que vem pra gente. A maioria dos pacientes quer alguém pra conversar, pra explicar. A necessidade do médico é bem pequena nessa parte, eu atendendo, eu peguei 4, 5 acolhimento, desses, acho que 30% passei pro clínico, o resto eu consegui resolver e de conversar **AE:** eu já acho que a maioria das pessoas que chegam são demanda médica [...] a (nome da enfermeira) faz essa diferença, porque já passou por uma triagem antes, então essa aqui vai com a enfermeira, é demanda dela, e esse daqui, a gente sabe que é médico. **E:** depende muito do profissional, depende muito da pessoa que fez, porque cada um é de um jeito, mas a grande maioria vem trazer pra enfermeira.

No entanto, mesmo que os profissionais reconheçam que há situações em que a consulta médica não será necessária, o atendimento da demanda espontânea, muitas vezes imprevisível, gera ansiedade e stress em toda equipe.

#### CS A – equipe 1

**AE:** é claro que as pessoas que vêm, nem todas vêm atrás de médico né [...] só que você não sabe quem é essa pessoa [...] se você tá atendendo o 20, pode ser que é a número 18, é a número 15, os outros precisam, a maioria precisa, eles faltaram do serviço [...] às vezes a pessoa só quer mesmo desabafar, quer poder ver se alguém aqui pode ajudar ela, não é exatamente do médico que ela tá precisando, mas a gente também fica muito sobrecarregada

Nesse contexto, o acolhimento se constitui num dispositivo para regulação de consultas médicas e odontológicas, como se observa na discussão abaixo ocorrida na equipe 1 do CS B.

**P:** o Dr. falou sobre o acolhimento, que depende de um trabalho em equipe? A equipe consegue conversar entre si ou é mais dependente do número de vagas médicas? **E:** ainda é bem ligada com as vagas, mas a gente consegue sim, conversar, mas a gente ainda tem resistência, às vezes fala - ah, não tem mais vagas. Não são todos, mais tem. - Não tenho vaga, manda pro pronto socorro. E às vezes a pessoa tá naquele momento que você foi chamar sem ninguém pra atender. **GO:** mais existe ambos os lados, porque o tempo do médico aqui é restrito, ou seja, você tem um determinado número de paciente agendado e você tem um número x de pacientes pra queixas do dia, então, é importante esse trabalho multidisciplinar onde, se o auxiliar de enfermagem ao receber o paciente, é... já realiza os sinais vitais, a própria enfermeira, se ela realmente examina a paciente... só com isso você já resolve grande parte dos problemas e aí sim, eu acho que o médico, vem num segundo ou terceiro plano, onde, não resolveu ou teve dúvida, aí sim passa com o médico. O que a gente não pode deixar acontecer é o acolhimento virar um atalho pra chegar no médico, passa pelo auxiliar, passa pelo enfermeiro e aquilo necessariamente tem que ser uma consulta médica [...] nós temos também profissionais aqui enfermeiros, que simplesmente o auxiliar passa pra ele e ele simplesmente escreve, passar com o médico [...] o acolhimento foi criado no sentido pra você não mandar o paciente grave embora pra casa, entendeu, assim como, se der você resolve, ah, não deu, então nós vamos marcar uma consulta, pra quando? [...] esse paciente, a gente pode marcar pra amanhã, esse outro nós podemos marcar pra semana que vem, esse outro eu posso agendar pro enfermeiro. **AE:** é porque amanhã também não tem. **E:** isso seria muito bom se a gente tivesse essa

disponibilidade de vagas pra fazer classificação de risco, mas infelizmente a gente não tem, concordo que se cada um fizer sua parte, tudo funciona melhor, não sobrecarrega nenhuma das partes, nem todo mundo é igual e tem gente que realmente não faz o que deveria ser feito, desde a recepção, até o médico.

De fato, observamos diferentes atitudes em todos os setores, dependendo do grau de comprometimento do profissional. Além disso, observa-se que não há trabalho em equipe, mas um agrupamento de profissionais que trabalham de modo isolado, sem um projeto em comum.

CS A – equipe 1

**AE:** é, eu penso também que o acolhimento [...] a partir do momento que começam a distribuir as senhas [...] a equipe deveria estar toda voltada para aquele momento, por exemplo deveria ter lá o auxiliar ou técnico acolhendo, um médico também com uma agenda naquele momento pra tá recebendo esses pacientes, porque não adianta você [...] fingir que tá atendendo paciente [...] se você não tem o médico pra medicar ele, porque você vai ficar segurando ele aqui? [...] a gente fica de porta em porta pedindo pelo amor de Deus pra alguém atender né, então é por isso que a enfermagem tem tanto horror ao acolhimento

Como destacado por SCHRAIBER et al. (1999),

A presença de variados profissionais realizando ações isoladas e justapostas, ou seja, apenas executadas lado a lado, sem articulação e sem comunicação, não permite realizar a eficiência e a eficácia dos serviços na perspectiva proposta da atenção integral. (p. 232)

Embora tenha sido destacada a dificuldade em trabalhar em equipe relacionada ao profissional médico, trata-se de um problema do serviço como um todo, como se observa na discussão com a equipe 1 do CS A.

**P:** e os outros profissionais que não estão escalados para o acolhimento, se eles estão num outro setor, mais tranquilo, eles se dispõem a ajudar? **E:** depende muito do perfil do profissional, tem profissional que vai em busca de serviço, mas a grande maioria é... estou neste setor e não saio daqui, tem um certo conforto nisso, não é? **AE:** eu diria que hoje aquele que está naquele setor, ele não sai dali porque ele tem muito serviço ali. **E:** nem sempre, nem sempre. **AE:** aquele que não tá no acolhimento não sai porque ele odeia o acolhimento, ele não quer ir pra lá, o dia que você chega e seu nome não está

no acolhimento, ele dá graças a Deus, então ele vai sair pra ir lá?

### CS A – equipe 3

**PED:** é, eu acho que o acolhimento quando a gente aprende na faculdade, quando a gente vai estudar SUS, medicina de família, na teoria é muito bonito, mas a gente não vê isso funcionando. Na teoria, o acolhimento pra mim seria o momento que a gente recebe a pessoa e escuta o que ela quer dizer, uma escuta qualificada, mas quando começa a ficar muito cheio, você tem que atender muito rápido, você não consegue fazer essa escuta e acaba virando uma triagem, que pra mim não é o objetivo do acolhimento, é, na pediatria, eu acabo atendendo muito caso de pronto atendimento mesmo, é o que acaba chegando pros médicos, eu acho que aqui, as meninas... o acolhimento fica mais com a enfermagem, pelo menos eu não vejo isso, por exemplo, os agentes de saúde fazendo acolhimento, ou psicólogo, ou outras pessoas. Na teoria todo mundo deveria fazer, mas como fica uma coisa muito de queixa, acaba ficando na técnica/auxiliar de enfermagem e acaba passando pra gente aquelas coisas que não pode dispensar. Quando eu atendo criança no acolhimento, eu já explico pra mãe que eu foco naquela queixa, então sempre tem outras queixas, dessa vez uma febre, ah, mas eu também preciso de um exame de rotina, tá com uma dor de barriga, eu sempre falo, olha hoje a gente vai focar nessa queixa, na febre, se você tem uma consulta marcada daqui 1 semana ou 2, você volta pra gente continuar conversando sobre isso, não vai dar tempo hoje.

O estabelecimento de vínculo na Atenção Básica permite o seguimento longitudinal dos usuários e, muitas vezes, é possível atender somente a queixa mais urgente, quando não se tem tempo suficiente, sem fragmentar o cuidado, uma vez que esse mesmo usuário poderá retornar em outras oportunidades. Essa situação é mais frequente entre as crianças, que necessitam retornar nas consultas de puericultura e entre as mulheres, devido às ofertas na área de Saúde da Mulher. Para os homens é mais difícil, pois os mesmos não se encaixam em nenhum programa específico, exceto quando possuem uma doença crônica instalada, como a HAS e/ou DM, quando então se vinculam ao serviço. É o que expressa o relato abaixo.

**Edson:** eu, particularmente passo bastante no posto de saúde, minha pasta é daqui, minha e da minha família, e até então, faz mais ou menos uns 2 anos que eu passei a tomar o remédio de uso contínuo [...] **P:** e o sr. tem alguma dificuldade pra passar aqui? **Edson:** eu não tive problemas assim, porque no meu antigo trabalho eu tinha 2 folgas, então era o suficiente pra

correr atrás do que eu tava precisando, então nunca cheguei a pegar, pouquíssimas vezes algum atestado do médico, eu evitava, a empresa não gostava de atestado, chegava até cortar o vale, enfim por este transtorno eu não queria dar dor de cabeça pra empresa e queria cuidar da minha saúde. **P:** então quando o sr. tem algum problema de saúde sempre vem pra cá? **Edson:** exatamente, perfeitamente e aí vai encaminhar pra outros lugares que tem recursos avançados pra descobrir a causa. Por isso que eu dou preferência pra cá.

Nota-se que, apesar da identificação com o trabalho, Edson não deixa de fazer o acompanhamento no CS. Além disso, sabe que o CS é o local para seguimento longitudinal.

Em outras situações, nota-se que os profissionais de saúde acreditam ser necessário disciplinar os usuários:

CS A – equipe 3

**TE:** mas sabe o que é ruim do acolhimento, eu que fico, sempre atendo, é que esses pacientes, eles vêm, se eles resolverem aquilo no acolhimento, eles não voltam na consulta, aí você vê no prontuário do paciente, acolhimento, acolhimento, acolhimento, consulta, faltou [...] entendeu? Tem coisa que dá pra resolver, eu não resolvo no dia.

Como apontado anteriormente, responder às necessidades dos usuários contribui para o estabelecimento de vínculo com o serviço. Nesse sentido, burocratizar o atendimento, como relatado pelo profissional acima, acarretará numa menor adesão ao seguimento programado (consultas agendadas).

Estudo (MOREIRA, FONTES & BARBOZA, 2014) com 28 enfermeiros da atenção Básica, com o objetivo de identificar as dificuldades na adesão dos usuários homens, concluiu que,

A organização do trabalho precisa ser flexível, ou seja, dispor de mais possibilidades de ações, e não fragmentada, procurando concentrar o máximo de cuidados em mesmos horários e lugares, a fim de favorecer uma assistência de qualidade e includente. (p.620)

Como destacado por FEUERWERKER (2005):

[...] o trabalho em saúde não é completamente controlável, pois sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática. Muito longe de ser uma “caixa vazia”, cada trabalhador tem ideias,

valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. (p.68)

Embora a política preconize que a atenção básica seja a porta de entrada preferencial do SUS, não há consenso entre os profissionais sobre o atendimento à demanda espontânea, ficando a cargo da gestão priorizar ações e serviços.

CS A – equipe 1 (3 auxiliares de enfermagem e 1 agente comunitário)

**AE:** até um tempo atrás [...] o paciente não era pra ser mandado pro Pronto socorro, a gente já tinha que ter vagas reservadas pra ele chegar, mesmo na urgência [...] era pra ele ser atendido aqui, pra que fosse feito um acompanhamento disso [...] por isso que ampliou muito o acolhimento, tinha médico que deixava agenda aberta pra atender a urgência [...] então cada paciente era pra ser atendido no seu bairro, eu entendo que é pra ser assim até hoje, entendo que o modelo não mudou, entendo que mudou foi algumas pessoas. **AE:** acho que não foi as pessoas não, acho que a capacidade do serviço não dá conta. **AE:** não sei se foi a capacidade. Vai de acordo com a coordenação local, tem posto que prioriza fechar a agenda, só com atendimento de agendados e uma ou 2 agendas de acolhimento, o nosso modelo até um tempo atrás, que era outro coordenador, a agenda era diferente, era mais vagas aberta e menos vagas de agendado, a gente tinha um acolhimento com vagas mais disponíveis. **ACS:** mas o agendamento tava quase pra Dezembro a essa altura lembra? **AE:** mas ela ia atendendo a demanda que chegava, ia resolvendo ali na hora, os agendados dela era pra quase algum tempo, mais era o que ela achava, daqui 1 ano volta, daqui 6 meses volta.

Nessa unidade, o gestor se via frente a um dilema: “se nós fizermos o trabalho dos pronto-atendimentos (PA), o PA não fará nosso trabalho”, expressando que se a equipe fizesse o atendimento da demanda espontânea em detrimento da programada, o trabalho de prevenção deixaria de ser realizado. Durante o trabalho de campo, observou-se o fechamento do atendimento à demanda espontânea (acolhimento) por alguns dias, em que havia falta de profissionais. Nesses dias, priorizou-se manter os auxiliares e técnicos de enfermagem escalados para ações programáticas, como campanha de vacina, grupo de hipertensos e diabéticos e visitas domiciliares.

Em vista disso, PEDUZZI et al. (2011) destacam a importância da atuação da gerência, cujo papel deve ser

compartilhar com clareza o projeto institucional, particularmente a finalidade do processo de trabalho e os objetivos do serviço, buscando assegurar o compromisso das equipes com tal projeto e com as necessidades de saúde dos usuários e da população. Assim, espera-se que a equipe de saúde tenha adesão crítica ao projeto institucional, isto é, que se comprometa e envolva com ele de forma dialogada, em interação não apenas com os gerentes, mas especialmente com usuários (indivíduos, famílias e população dos territórios de saúde). (p. 630)

Ao considerar que o “projeto institucional” está voltado às necessidades de saúde dos usuários, mas também à sobrevivência dos trabalhadores e do serviço, o que, muitas vezes é fonte de tensões, faz-se necessário

a explicitação das contradições e a construção de acordos para legitimidade do modo de se organizar o serviço e o processo de trabalho que permita contemplar os interesses dos usuários, trabalhadores e serviço. Portanto, o gerente deve construir consensos e pactuar o projeto institucional de forma comunicativa com os trabalhadores, equipes e usuários. (PEDUZZI et al., 2011)

## **A ineficácia no acompanhamento dos doentes crônicos**

Com o processo de transição demográfica decorrente do envelhecimento progressivo da população brasileira, as doenças crônicas não transmissíveis passaram a se constituir nas principais causas de mortalidade. Assim, o diagnóstico precoce e o seguimento de seus portadores constituem-se num dos maiores desafios da atenção básica, especialmente considerando a HAS e o DM, não somente pela alta prevalência dessas doenças, mas também porque, como vimos, as equipes têm operado de modo focalizado e fragmentado para responder a esta demanda.

De acordo com as diretrizes para a implementação da RAS, é necessária uma mudança no modelo hegemônico no SUS, que é centrado na doença e, em especial, no atendimento à demanda espontânea e na agudização das doenças crônicas. Ou seja, a implantação da RAS exige uma intervenção concomitante sobre as doenças agudas e crônicas, em uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, qualificando e

fortalecendo as ações sobre as doenças crônicas. (BRASIL, 2013d, p.11-2)

Embora o acompanhamento das DCNT, como a HAS e o DM, não tenha sido objeto desse estudo, ele influencia o acesso/acolhimento na AB. Tomado em sentido amplo, o acesso de novos usuários passa a ser dificultado por uma clientela crônica, frente a um cuidado pouco resolutivo. Não somente pelas limitações da biomedicina que, segundo CYRINO (2009), desconsidera

a complexidade do adoecer e viver com uma doença crônica, dada algumas de suas características, como: o dualismo corporeamente da medicina; a visão mecanicista do corpo humano; a excessiva valorização do “instrumental tecnológico”, a concepção de doença centrada em sua expressão biológica, negligenciando-se sua dimensão social e psicológica (“biologicismo”); e, finalmente, a acentuação desse reducionismo com a dominância da unicausalidade como lógica de explicação etiológica da doença. (p. 61-2)

Mas, mesmo no âmbito da biomedicina, ações relacionadas a esse modelo não são realizadas, como o rastreamento, a estratificação de risco e a utilização de protocolos para sistematização do cuidado. Além disso, a renovação automática de receitas é uma prática instituída no seguimento desses usuários, levando a uma simplificação do cuidado.

REIS et al. (2018) destacam que, apesar da renovação automática de receitas ser uma prática comum nos serviços da atenção básica por otimizar o tempo da consulta, facilitar o atendimento médico e garantir maior comodidade para o paciente, não permite verificar o uso correto das medicações, avaliar a eficácia terapêutica, a dependência medicamentosa e a ocorrência de efeitos colaterais.

CS B – equipe 2

**P:** e a receita, renova quando ele vem no acolhimento? **E:** não, a gente vê se ele tem a medicação ou não, se ele tá controlado, se tá estável, a gente pede pra aguardar até a data da consulta, agora se já é um descompensado com uma irregularidade nos hábitos alimentares, a gente tenta uma consulta no dia, um encaixe ou dependendo da situação, a receita em si, agora os que são regulares, perderam receita, querem renovar, a gente deixa uma pilhinha pro médico fazer, se estiver controladinho e passou a menos de 6 meses.

## CS A – equipe 2

**P:** e a questão dos crônicos? **M:** então a gente tem formas de vigilância que a gente faz, paciente vem só pra renovar receita, quando eu faço a receita, eu vejo se o paciente faz tempo que ele não passa na consulta, daí eu escrevo na receita, marcar consulta. Se voltar essa receita pra mim, aí já é uma agendar consulta 2, eu já sei que é mais de 6 meses, aí a gente fica esperto com esse paciente, se ele não veio, aí eu já peço pra ir atrás. Outra forma de vigilância acontece se ele veio medir a pressão e alguém percebe que ele não tá tomando medicação, tá muito alta a pressão na sala de observação, daí já pede pra marcar consulta, já chama a gente. Se o paciente não agenda consulta, não vem medir a pressão, a gente não consegue ir atrás dele, é difícil. Não tem como, ver todos os hipertensos, saber de todos eles, quem não veio.

Interessante notar, através desse relato do médico da equipe, o reconhecimento de que o acompanhamento dos doentes crônicos ocorre somente se os mesmos procuram a unidade, apesar dessa equipe possuir um número adequado de ACS por famílias (tal como preconizado pelo Ministério da Saúde).

Nas Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, destaca-se que: “o conhecimento profundo da população usuária de um serviço é elemento essencial para a organização da atenção. Isso possibilita romper com a atenção baseada na oferta de consultas e procedimentos desorganizados, característica dos sistemas fragmentados.” (BRASIL, 2013d, p. 23)

Na reunião de uma das equipes do CS C, que contava com o apoio de um farmacêutico integrante do NASF, foi trazida uma proposta para melhor seguimento dos usuários que retiravam medicamentos para controle de HAS/DM. Foi realizado um levantamento desses usuários no sistema de dispensação de medicamentos, dividiu-se os mesmos por equipe, de modo a obter 4 listas, que, então, foram entregues às equipes. Inicialmente foi solicitado que os ACS fizessem uma conferência dessas listas. O intuito era qualificar a assistência, por meio do trabalho em equipe, iniciando-se pela identificação desses usuários no território através dos ACS e propor novas ofertas que substituíssem a prática da renovação automática de receitas, como grupos realizados pela equipe multidisciplinar, com o apoio do NASF, particularmente do farmacêutico. Entretanto, não houve resposta dos ACS quanto à

confirmação dos usuários, e os outros membros da equipe não aderiram à sugestão do atendimento em grupo pela equipe multidisciplinar.

Em uma conversa informal com o farmacêutico, ele disse - ah, eu até fico meio chateado, porque parece que eles não acreditam no nosso trabalho ... não é à toa que os profissionais vão ficando apáticos. Falou que estava desanimado com o que via na farmácia, pacientes pegando medicação de uso crônico desorientados e com mais de uma receita, muitas vezes de serviços diferentes. Senti o desânimo quando falava sobre a dificuldade no relacionamento, principalmente com os médicos.

O NASF é uma estratégia inovadora, criada pelo Ministério da Saúde mediante a Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008, cujo objetivo é ampliar o escopo e a resolutividade das ações das equipes de saúde da família por meio do apoio matricial, que dará suporte assistencial e técnico-pedagógico (baseado na Educação Permanente), buscando um cuidado integral. Para tanto é constituído por profissionais de diferentes áreas, a depender da modalidade adotada (NASF 1 ou 2), tais como: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, médicos pediatra, ginecologista, psiquiatra, homeopata e acupunturista. (BRASIL, 2010b)

Nessa perspectiva, como destacado nas diretrizes do NASF:

o Nasf deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. É a situação desejável, mas que não acontecerá de forma espontânea e natural. Sendo assim, é necessário que os profissionais do Nasf assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de SF e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção. (BRASIL, 2010b, p.8)

No entanto, observou-se que dificilmente se tem a participação do gestor local nas reuniões das equipes de referência, o que seria fundamental para o estabelecimento de consensos, para pactuar ações, acompanhando e avaliando o processo de trabalho e o desempenho das equipes, bem como as dificuldades e resultados obtidos.

REIS et al. (2018) destacam que a atenção farmacêutica seria uma forma de garantir o uso seguro de medicamentos continuamente renovados, à medida que busca uma

farmacoterapia racional voltada para a melhoria do tratamento e da qualidade de vida do paciente.

Observou-se que a prática de renovar a receita sem o paciente estar presente é comum e “crônica”, como relatado pelo usuário Jovino, do CS A.

**P:** o sr. descobriu esse problema da pressão faz quanto tempo? **Jovino:** ah, já faz uns 10 anos, porque eu trabalhava em câmara fria. **P:** se o sr. não passa em consulta desde julho, onde o sr. pega a receita? **Jovino:** aqui. **P:** mas como o sr. consegue? **Jovino:** só trazer, deixa no balcão, porque ela vence em 6 meses né, é remédio contínuo, aí eu deixo, aí venceu, ela mesmo leva na médica, a médica autoriza mais 6 meses. **P:** ah, só a receita, então a consulta o sr. não consegue passar? **Jovino:** é não consegui. A médica tinha entrado de férias e as outras vezes é porque não tinha vaga, tinha que esperar.

Conforme evidenciado na literatura, observa-se que o acesso aos serviços da atenção básica, dificultado por um cuidado fragmentado (Jovino consegue renovar a receita, mas não consegue marcar consulta para avaliar outras demandas), colabora para que os homens busquem serviços de pronto-atendimento ou pronto socorros, mesmo que sejam portadores de doenças crônicas.

O relato da técnica de enfermagem, da equipe 3 do CS A confirma essa fragmentação, ao destacar que o usuário deve procurar o PA /PS para condições agudas e o CS, somente para seguimento da doença crônica:

**TE:** mas eu vou falar com propriedade porque eu fiz alguns plantões ali no pronto atendimento. O serviço ele tá invertido, porque eu fiquei vendo lá, das 4 vezes que eu fui lá, eu fiquei na sala de medicação, eu ia medicar paciente hipertenso, diabético, que tava descompensado, eu falei - o sr. tem que ir no posto, às vezes era paciente daqui – mas o que que o Sr. tá fazendo aqui, né? Quando tá com algum sintoma, alguma queixa, vem pra cá (CS), Tá com tosse, aquele pulmão cheio né? Com febre, aí vai no posto, quando descompensado do diabetes vem aqui (Pronto Atendimento), o sr. precisa descer no posto, marcar consulta, tem consulta? Não. Qual foi a última vez que passou? Ai, eu acho que 2015. Então assim, tá tendo essa inversão do serviço.

MERHY & FEUERWERKER (2016) destacam:

As necessidades sentidas pelos usuários são, então, a priori, julgadas e catalogadas como adequadas ou não ao tipo de serviço que se oferece. Assim é que os usuários “precisam ser educados” para “entender” onde será a porta certa para

apresentarem suas queixas, independentemente de quais sejam as respostas disponíveis e as que ele imagine necessitar [...] Assim é que, apesar da promessa de assumir a responsabilidade por um determinado território e de se apresentarem como “porta de entrada”, as equipes de saúde da família ficam extremamente tensionadas ao se defrontarem com a demanda espontânea, que não se “encaixa” nas prioridades em torno das quais está organizada a oferta de ações programadas. Assim é que as situações não reconhecidas como graves ou envolvendo risco de vida são sempre identificadas nos pronto-socorros e pronto-atendimentos como “demandas que deveriam ser atendidas nas unidades básicas de saúde”[...] independentemente do tempo em que isso ocorreria e da sensação de urgência percebida pelo usuário (pelo tamanho ou significado do desconforto). (p.66/67)

Como o seguimento dos crônicos é baseado, quase que exclusivamente, na consulta médica e na renovação de receitas, quando ocorre um deficit repentino e muito grande de médicos, a única opção é reforçar a prática da renovação de receitas sem o usuário estar presente, uma vez que, quando as equipes estavam completas, não se investiu na qualificação e descentralização do cuidado.

CS C

**G:** Então agora em Março vai estar somente a (nome da médica) e assim, a demanda que eu tô cobrindo é renovação de receita, tô bancando com o CRM, mas entre isso e os pacientes ficarem sem medicação né, quando eu tenho dúvida, eu ligo, peço pra vir aqui, agora aqueles que eu acho que estão controlados... então o que agente combinou pra esse início de Março, é pra ... as reservas de vaga da (nome da médica) é acolhimento de emergência e renovação de receita, porque vai ter os pacientes da equipe do (nome do médico), que vai estar de férias e de todas as outras.

Como apontado por REIS et al. (2018)

As renovações automáticas ou “urgentes” de prescrições médicas, mais do que reflexos de problemas de gestão e de sobrecarga na atenção primária, são também frutos de uma cultura instalada em alguns serviços e alimentadas tanto por profissionais como por usuários. Corre-se o risco de que os últimos possam considerá-las práticas adequadas de cuidado e atenção, sobretudo quando a vêem como um ato poupador de tempo, praticado com frequência e sem consequências negativas aparentes. (p.5)

Como apontado por PEDUZZI (2007),

Embora exista um amplo reconhecimento sobre a pertinência da proposta do trabalho em equipe de saúde, o exercício da prática multiprofissional no cotidiano dos serviços usualmente reitera a subordinação do conjunto dos profissionais de saúde ao modelo biomédico e também a subordinação dos profissionais não-médicos ao profissional médico. Prevalece, assim, uma tradição que obstaculiza a incorporação de outros saberes e a integração destes e das diferentes áreas de conhecimento e atuação na perspectiva da interdisciplinaridade e da própria multiprofissionalidade. Os profissionais de saúde, mesmo aqueles que têm uma postura crítica em relação ao modelo hegemônico biomédico, tendem a secundarizar, colocar na periferia do projeto assistencial/terapêutico os saberes e ações de caráter preventivo, educativo, psicossocial, comunicacional e, portanto, deixam de incorporar esses saberes na construção de um “outro” projeto assistencial e terapêutico que aponte para a integralidade da saúde, em substituição à racionalidade biomédica. (p. 2 e 3)

Muitas vezes, o trabalho em equipe multidisciplinar ocorre como forma de racionalização do recurso médico, traduzindo-se na mera justaposição de ações de diferentes profissionais, não sendo fundamentado nas necessidades de saúde dos usuários e da população da área de abrangência, buscando a integralidade. (PEDUZZI, 2007)

É o que foi observado nos serviços estudados. Embora nos relatos a renovação de receitas, sem avaliação do usuário, seja justificada pelo deficit de profissionais médicos, não se aproveita o momento em que os usuários vêm à unidade, solicitando a receita, para uma avaliação mínima (medir a pressão, fazer uma glicemia capilar, abordar o uso crônico do medicamento, dieta, exercício físico) e/ou ofertar alternativas à consulta médica.

**P:** Estava acompanhando o acolhimento de um usuário que veio para solicitar renovação da receita de antihipertensivo. O auxiliar de enfermagem de uma das equipes do CS C anexou um bilhete no prontuário do usuário e deixou-o no escaninho da médica. Não foi feita nenhuma anotação no prontuário e também não foram abordadas questões relacionadas ao autocuidado e nem foi medida a pressão arterial.

Estudos com homens portadores de HAS e DM acompanhados na Atenção Básica (BRITO & SANTOS, 2012, DANTAS et al, 2013) mostraram um autocuidado incipiente, fragilidades quanto ao conhecimento da doença, suas complicações e tratamento, demonstrando a necessidade de uma abordagem mais eficaz e que

produza maior autonomia. Em geral, as ofertas do programa de HAS e DM restringem-se à consulta médica, focada na prescrição de medicamentos. (BRITO & SANTOS, 2011)

REIS et al. (2018) alertam que:

a renovação de receitas médicas na atenção básica deve observar alguns princípios éticos e da boa prática médica, sob o risco de causar danos superiores aos benefícios que se costuma buscar com a realização desse ato. Algumas medidas podem ser consideradas, no atual contexto do SUS, a fim de evitar riscos desnecessários, como a regulamentação da prática de repetição de receita, a definição de protocolos de renovação e reavaliação clínica, a conscientização da população e dos profissionais envolvidos sobre benefícios e riscos envolvidos e a gestão eficaz da demanda por esse procedimento. O desenvolvimento da atenção farmacêutica na atenção primária à saúde também deve ser considerado. (p.5)

Nas Diretrizes para o cuidado da doença crônica (BRASIL, 2013d) orienta-se que “A atenção multiprofissional deve produzir novas sistemáticas de cuidado, a partir de arranjos no trabalho em equipe, tais como reunião de equipe, discussão de caso, atendimentos compartilhados, entre outros, de acordo com as realidades locais.” (p. 20)

Apesar das equipes se reunirem uma vez por semana, em geral durante 2 horas, a maior parte do tempo é utilizada para a discussão de casos crônicos, muitas vezes difíceis de resolver devido aos problemas sociais envolvidos, e para transmitir informes da gestão. Quase não há discussão sobre o processo de trabalho da equipe, avaliação das ações desenvolvidas e planejamento de objetivos a serem alcançados, como essa questão da renovação das receitas dos doentes crônicos, embora tenha sido observada sobra de vagas na agenda da enfermeira, que trabalha na mesma unidade de Jovino, como se observa na discussão abaixo.

CS A – equipe 3

**AE:** toda hora a (nome da enfermeira) fala pra gente que a agenda dela tá livre, não tem paciente, diabético e hipertenso, as consultas de enfermagem. **M:** mas os agendamentos com a enfermagem sempre são um problema, os pacientes faltam, tem uma resistência com a consulta de enfermagem. **P:** e você? Pede pra agendar retorno com a enfermeira? **M:** na verdade, atualmente, quando eu detecto algum problema de adesão, eu peço pra (nome da outra enfermeira) orientar o paciente. É que eu não faço ideia quantas vagas a (nome da

enfermeira) tem disponível pra gente, por exemplo, na puericultura eu não tenho nenhum enfermeiro que intercala comigo, apesar da (nome da pediatra) e (nome da enfermeira) intercalarem alguns pacientes comigo, mesma coisa no pré natal, sou eu sozinho, consulta de pré natal, a única consulta que ela (nome da enfermeira) atende comigo é a primeira consulta. **AE:** ah, tá se sentindo sozinho. **TE:** você já conversou sobre isso? **M:** então, é complicado porque eu já sinto que a (nome da enfermeira) não dá conta da equipe (a que a enfermeira pertence), eu vou despejar meus pacientes pra ela? **G:** mas as vagas de pré natal e puericultura são garantidas. E as vagas dos crônicos são subutilizadas.

Outra questão que merece destaque é o comentário do médico acerca da preferência dos usuários por consultas médicas ao justificar a agenda ociosa da enfermeira.

Entretanto, no CS C, em que os enfermeiros assumiam um papel mais ativo, sendo mais protagonistas no cuidado aos usuários, as agendas eram tão cheias quanto a dos médicos, tornando-se referência para muitos usuários, sendo até mesmo reconhecidos como “doutores” por alguns usuários.

Numa conversa informal, no corredor do CS C, perguntei para um auxiliar de enfermagem de uma das equipes, como eles faziam para diferenciar os pacientes que seriam agendados para o (enfermeiro da equipe) e (médico da equipe). Referiu que depende do caso, mas pareceu que consegue diferenciar por ter familiaridade com os profissionais e com os casos, não havendo regras estritas. Ao perguntar se os pacientes não têm resistência para passar com o enfermeiro, falou – pelo contrário! Às vezes a agenda do (enfermeiro) está mais cheia que do Dr. E, muitas vezes, os pacientes preferem passar com o (enfermeiro). Falou que mesmo que ele (enfermeiro) não consiga resolver a demanda sozinho, ele pede ajuda para outros profissionais (em geral médicos) e acaba resolvendo o problema.

Tal fato demonstra que a demanda é modelada pelas ofertas que os serviços fazem. Quando a consulta de enfermagem se mostrou resolutiva e vinculante, os usuários aderem por terem suas necessidades satisfeitas em um atendimento humanizado. Importante destacar a atitude do enfermeiro em buscar apoio de outros profissionais para responder adequadamente às necessidades dos usuários, que muitas vezes vão além de seu núcleo de atuação.

## CS C – equipe 4

**P:** e você tem agenda, marca o que? **E:** clínica, vários casos, quase todos os casos né, crônicos, asmáticos, saúde mental, quase tudo. **P:** como eles diferenciam o que marca com você e o que marca com a (médica)? **E:** então ele vai explicar o caso, sou hipertenso, passei a última vez com a doutora, então a próxima vez vai passar comigo, aí depende, eles vão perguntar se os exames do protocolo já estão prontos, se já foram solicitados, ou se é um caso de diabetes, por exemplo, os crônicos passam com a (médica), mexeu na medicação, mas quer um controle pra ver se vai compensar, então marca um retorno comigo, aí eu avalio o controle de PA, se tá alterado a gente discute, se não tá, aí o próximo é rotina. **P:** vocês tem uma rotina? **E:** é mais ou menos alternado e alguns retornam antes se necessário com ela ou comigo, manda bilhetinho pra marcar. Agora, passou comigo hoje, vi que a consulta não esgotou tudo, pedi pra repetir o mapa depois de fazer a dieta, aí eu marco o retorno comigo, aí fica mais do que uma consulta. **M:** a gente discute muito os casos, às vezes até mesmo na consulta de enfermagem eu altero a medicação, é caso a caso. **P:** e os pacientes, não tem resistência pra passar com o enfermeiro? **E:** então, na nossa equipe eu não sinto isso, que eu já estou aqui há bastante tempo, 7 anos. Um ou outro acontece sim. **AE:** é bem raro. **E:** é bem pouco assim, e ultimamente, o paciente até fala, não dá pra retornar com você? **AE:** com a “doutora” (nome da enfermeira). Mas quando o paciente fala que não quer passar com o enfermeiro, então a gente agenda com a médica, geralmente é paciente de convênio sabe, além deles quererem médico, eles querem especialidade, às vezes nem é arrogância, é a rotina deles. **P:** e você, como médica, como você vê esse atendimento, enfermagem-médico. **M:** é um atendimento complementar, eu vejo que ela aborda algumas coisas que eu não vou abordar na consulta, fazer o roteirinho da dieta, investigar profundamente, é uma consulta complementar, tanto que eu encaminho os pacientes que querem uma orientação melhor do diabetes, da alimentação.

Observa-se nessa equipe uma horizontalidade no trabalho da médica e da enfermeira, à medida que as ações se mesclam e complementam na direção da integralidade. Como afirma PEDUZZI (2007), “para promover mudanças nas práticas de saúde na direção da integralidade e do trabalho em equipe é necessário uma mudança nas relações de poder trabalhador-usuário e entre os trabalhadores.” (p.3) Como visto, o funcionamento dos serviços tem dificultado o acesso da população, mediante um atendimento pouco humanizado e resolutivo, tanto para novos usuários como para os que já estão vinculados. Os usuários, por sua vez, percebem essas

barreiras e tentam encontrar formas de ultrapassá-las, em geral buscando profissionais com quem seja possível estabelecer algum vínculo.

Não há consenso nas equipes se o acolhimento, como dispositivo organizacional para o atendimento da demanda espontânea, deve ser ou não uma atribuição da AB, o que gera conflito entre os profissionais. O fato dele ser voltado para a consulta médica mascara a dificuldade de trabalhar em equipe, que não está ligada somente à resistência dos médicos, por meio do número limitado de consultas, mas também à resistência de outros profissionais em responsabilizar-se pelo cuidado, dentro de seu núcleo de atuação e de modo compartilhado com o restante da equipe.

#### **4.1.3 A opinião dos homens usuários**

Nas entrevistas com os usuários, perguntou-se sobre fatores que auxiliariam no acesso e vinculação dos homens aos serviços da atenção básica. As respostas dos usuários entrevistados relacionaram-se à necessidade de campanhas de cunho preventivo e maior divulgação pela mídia de questões relativas à Saúde do Homem; maior agilidade e resolutividade no atendimento; dedicação e compromisso por parte dos profissionais de saúde; gestão efetiva e suficientes recursos humanos e materiais. Além disso, consideram que, a partir de uma boa experiência na utilização do serviço de saúde, a divulgação entre os próprios homens seria capaz de estimular a procura por parte de outros. Dois usuários relataram que o trabalho do ACS no território poderia facilitar o acesso dos homens, enquanto somente um usuário disse que deveria haver urologista nas unidades básicas, assim como há ginecologista para atendimento das mulheres.

##### **Campanhas de cunho preventivo e divulgação pela mídia**

Para os usuários, a divulgação de questões relativas à saúde do homem pelos meios de comunicação e a existência de campanhas de cunho preventivo estimulariam a procura dos homens pelos serviços da atenção básica, à medida que desmistificaria o pensamento socialmente construído de que o “homem não se cuida”.

**P:** o que o poderia melhorar no posto pra trazer mais os homens? **Márcio:** isso basicamente seriam campanhas, que pro homem tem muito pouca divulgação.

**P:** o que poderia ajudar os homens a virem mais pro posto?

**Rogério:** acho que mais propaganda né, tem mais propaganda pra mulher se cuidar do que pro homem, maquiagem pra mulher, mulher tem que ser magrinha, se fizesse isso pro homem né, talvez iria ajudar, porque o homem é tipo um ogro né, sim, o homem começa a se cuidar, fala que o homem é gay, então o homem tem esse preconceito aí, esse machismo, esse tabu do passado.

Interessante notar as colocações de alguns usuários sobre o papel da companheira.

**P:** e o que ajudaria trazer o homem pro posto de saúde?

**Sérgio:** ah, eu acho que campanha né, a gente vê na TV [...] sei lá o governo tem meios pra fazer campanha, já fazem algumas campanhas né, do cigarro, prevenção [...] porque se for pra vir no posto, às vezes a esposa vem no posto, vê lá um cartaz que tá chamando os homens pra uma prevenção, às vezes a esposa não liga pro marido, pra cobrar ele.

**P:** Como o posto poderia fazer essa orientação pros homens?

**Jonas:** Eu acho que a maioria é mais pela parte das mulher, porque as mulher que vem mais no posto.

Além das campanhas, outro usuário destaca a importância de aproveitar o momento em que o homem frequenta o serviço para estabelecer um contato mais próximo.

**P:** o que o posto de saúde poderia fazer para incentivar os homens a frequentarem mais o posto de saúde? **Davi:** investir mais em propaganda, porque assim, esse dizer que o homem deve procurar mais é algo que eu venho ouvindo há algum tempo, mas assim, não desde criança né, então antigamente não tinha essa informação **P:** fora a divulgação, que mais o serviço pode ofertar? **Davi:** eu acho que esse trabalho que você está fazendo já é uma solução, que é você pegar pelo colarinho, a hora que ele for, é a hora de conversar, de orientar.

Nos relatos abaixo, observa-se que, apesar do comportamento masculino afastar o homem do autocuidado, há uma preocupação com a saúde.

**Ademar:** Eu acho que os postos de saúde, UPA, Pronto socorro, deveria fazer essas coisas de sábado e domingo, aí daria espaço pro homem poder fazer, porque o homem trabalha de segunda a sexta, aí sábado e domingo, se fizesse, aí os homens iriam. **P:** Vocês iriam? **Claudinei:** Iriam, deixava a sessão da cervo do final de semana e iria, eu seria um deles. **P:** Mas os homens trocariam o bar pelo posto? **Claudinei:** Eu trocaria pra cuidar da minha saúde. **Vando:** O bar fica pra parte da tarde.

**Josivaldo:** Ah, precisava de mais médicos, porque quando a gente vem não tem, e bastante campanha, incentivando os

homens a fazer tratamento, senão não vai. Os colegas pega no meu pé, mas se eu não for lá cuidar da minha saúde, quem vai cuidar pra mim? Eles falam – tá indo pro médico já? Eu falo – eu to indo cuidar da minha saúde, porque se eu não cuidar, quem vai cuidar? Eles que não vai, tiram um sarrinho.

### **Agilidade e resolutividade**

A agilidade no atendimento relatada pelos usuários refere-se à desburocratização e à necessidade de maior resolutividade do serviço.

**Márcio:** os horários, ser uma coisa mais agilizada. Demora muito pra uma coisa, cê vê o dentista agora, é, se você tá com dor, o momento é agora, eu preciso disso agora entendeu, eu vou ter que voltar pra casa, me medicar pra voltar à tarde de novo, então eu acho que é burocrático isso, então é avaliar a situação, teria que ter uma equipe pra avaliar qual é a sua necessidade. É urgente? Vamo fazer agora. Não é, dá pra segurar, aí sim. Facilitaria muito.

Nessa unidade, o usuário que necessitar de um atendimento odontológico no mesmo dia é orientado a chegar antes das 7h para pegar uma senha do acolhimento, que se inicia por volta das 8:30h. No acolhimento, geralmente, é prescrita medicação para dor e/ou infecção e feito agendamento para tarde, com outro dentista, para realização do procedimento odontológico.

**Anibal:** eu acho que tinha que fazer uma parceria pra trazer esses homens, conscientizando, mas só que tem que fazer um jeito mais rápido, focado pra eles poderem ir, porque por exemplo quando eu vou no posto, eu vejo muita criança, muitos idosos, então é lógico que eles vão dar prioridade pra eles e você tem que ficar sentadinho, não que eu acho errado, mas você também não pode ficar lá também, porque você também tem suas prioridades.

**Fábio:** às vezes a pessoa desanima pra poder vir, entendeu? Tipo assim, às vezes a pessoa trabalha, tem compromissos, aí a pessoa vem ao médico, aí vai fazê um exame, marca pra daqui 30 dias, aí a pessoa vem e oh, cancelou porque o aparelho tá quebrado. Volta daqui 60 dias. Aí a pessoa - eu não vou fazê nada, deixa quieto isso aí.

### **Dedicação e compromisso por parte dos profissionais de saúde**

Apesar da vulnerabilidade e da busca pelo cuidado não se constituírem em características masculinas, o relato abaixo mostra que os homens também

reconhecem a necessidade de atenção, especialmente quando procuram um serviço de saúde.

**P:** o que o posto de saúde poderia fazer para trazer mais os homens? **Walter:** a questão hoje, é atenção, porque hoje o ser humano, ele vive num mundo conturbado, dentro de casa, no trabalho, na rua, então ele chega num ambiente desse pra fazê um negócio, pessoal trata ele mal, então não vou mais voltar aqui, já tirou meu astral, o próprio posto acaba matando o cara, como cê vai cuidar de mim se num simples atendimento, não deu atenção? **P:** que mais? **Walter:** ser mais aberto, tipo paciente com médico, pô, cê tá com problema, com isso aqui, então vamo tentá fazê desse jeito, resolvê desse jeito? Então vamo fazê uma planilha pra você, cê faz isso aqui, aí você vem, 1 mês, 2 meses cê volta, e vai dando aquela atençãozinha. **P:** você acha que os atendimentos são mais secos? **Walter:** mais seco pô - cê tá com que? Que que cê quer? Pô, se eu soubesse que eu tenho, não vinha aqui! Hoje o povo tá muito carente, então cê vem num lugar assim, qualquer coisa que você disser, a pessoa já fica magoada, mesmo se você não tem a intenção.

Poder confiar no profissional de saúde é comparado a estar no paraíso.

**Robson:** o cachorro é o melhor amigo do homem, não abandona a senhora, não é verdade? Pensou que bonito seria, a senhora contratar um profissional e a senhora ter 100% de confiança nele? Que é o caso do cachorro, isso seria bonito e também vira cultura isso, porque se a senhora passar pros seus, pras criança hoje, amanhã eles vai sê o profissional [...] Eles vão tentar o melhor, e a gente nunca faz o melhor, porque amanhã, a senhora consegue melhorar mais ainda não é verdade? Se todo mundo dedicasse, seria o paraíso, não precisava nem ter mais morte, já era o paraíso.

### **Gestão efetiva e recursos suficientes**

**Ademar:** a população cobra do posto de saúde né, porque a pessoa quer um bom atendimento, paga seus impostos e no caso eles também tem as dificuldades deles, entendeu, mas isso aí não cabe só a eles, no caso, o chefe das equipes, dos postos de saúde, isso aí teria que vim lá de cima, a melhoria teria que vim lá de cima, da prefeitura, de quem administra né [...] a gente vê por aí, acontecendo uma puta bagunça por aí né, as pessoas não consegue atendimento e tal, aqui até que, não tá tão ruim sabe, porque minha mãe, minha família mora tudo por aqui e consegue atendimento.

Embora a falta crônica de recursos contribua para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, vimos que muitas vezes a gestão e organização dos recursos

existentes é deficiente, o que, em geral, é desconhecido pelos usuários. É frequente os profissionais de saúde orientarem os usuários a reclamarem na prefeitura ou na secretaria de saúde, desresponsabilizando-se pelo problema.

Entretanto, no relato abaixo, Marcos, que reside na área de abrangência do CS em que trabalha como vigilante (possui a visão da população e de trabalhador terceirizado), coloca que muitas queixas dos usuários são pertinentes e decorrem de problemas internos ao serviço, destacando haver uma gestão deficiente no serviço público.

**P:** e o que poderia melhorar no serviço? **Marcos:** acho que tinha que ter mais profissionais de saúde, acho que tinha que ter uma pessoa que supervisiona os funcionários dos postos, que não tem. **P:** alguém que supervisiona o serviço? **Marcos:** isso. É, eu sou sincero porque muitos não tão nem aí, a verdade é essa. **P:** você acha que alguns funcionários se preocupam e outros não. **Marcos:** é, isso tem em toda profissão, como na minha, qualquer uma né, eu tenho supervisor, se acontecer alguma coisa, já acho que tem que ter uma supervisão no SUS, minha opinião, muitos vão ficar contra eu, mais eu não vou mentir, eu acho isso. **P:** então às vezes quando o paciente reclama, ele tem razão? **Marcos:** ah, sim, com certeza, muitas vezes ele não tem razão também, tem uns paciente que é problema, mas algumas vezes eles tem, a gente vê que eles têm. **P:** mais alguma coisa? **Marcos:** ah, acho que pra melhorar tinha que, 2 coisas, devia ter mais funcionário, fazer mais concurso, que tá faltando um monte de funcionário, pra recepção, farmácia, só tem 2 profissionais, se um falta, vai no banheiro tem que ficar esperando, e uma supervisão né, uma pessoa que supervisionasse isso, os profissionais, igual tem em todas as profissões, policial tem, a corregedoria, eu que sou vigilante tenho um supervisor que vem, eu acho que deveria ter também, mesmo sendo concursado teria que ter alguém que tomasse conta né.

### **Experiência na utilização do serviço de saúde**

Uma boa experiência relacionada ao uso dos serviços de saúde pode gerar repercussão entre os usuários e estimularia a busca desses serviços por outros homens do seu convívio. A fala de Jovino reflete isso:

**Jovino:** o homem é assim, é, foi bom pra mim, não foi nada desse preconceito que eu tenho, eu vou incentivar outro, olha vamo lá, eu te levo junto, e esse outro homem ele vai levar outro homem, não tem nada disso, isso daí é fantasia [...] porque queira ou não eles estão juntos ali, quando o outro chega e fala, vai lá eu fui lá, fui atendido, fui ouvido, foi muito bom, falei isso, ela me falou isso, vai lá, aonde é que é, fala o

horário, é só chegar lá e tal, se você quiser eu vou contigo, aí abre aquele leque da mente do homem, porque homem tem essa dificuldade mesmo de se abrir, de conversar, mas quando é os homens com os homens, eles se abrem, eles se conversam.

### **Trabalho do ACS no território**

O trabalho no território, principalmente o realizado pelos agentes comunitários, foi citado como uma estratégia que pode inserir os homens na atenção básica.

**Vanderlei:** Porque eu vejo lá na minha região, funciona assim, acho que a enfermeira já são capacitadas pra ir de casa em casa, cidade pequena, eles (agentes comunitários) passam nas casas, conversam com a família, pra saber os problemas de saúde, eles marcam tudo, já passa aquela pasta pro médico, vai tá vendo se precisa de atendimento ou não, é uma coisa bastante importante né.

**Jonas:** Os ACS passar nas casas pra conversar com os homens, vamos fazer o exame agora, eles já vão nas casas pra quem não pode vim no médico (refere-se aos acamados).

**P:** É, os ACS vão nos acamados, mas os ACS falam que o horário que eles vão, eles não encontram os homens que estão trabalhando. **Jonas:** Liga pra eles, pega no pé.

### **Urologista na UBS**

Somente um usuário sugeriu urologista na UBS como forma de melhorar o acesso dos homens na atenção básica.

**Clóvis:** Daria a sugestão de implantar o médico pra homem, só pro homem entendeu, como a mulher tem ginecologista, poderia ter o urologista pra homem.

Embora nenhuma das sugestões dadas pelos usuários sejam específicas para os homens, exceto a que sugere o urologista na UBS, a maioria referiu a importância das campanhas e a divulgação pela mídia, como forma de estimular a busca pelo autocuidado e desmistificar o pensamento de que o “homem não se cuida”. O que nos faz pensar que políticas como a PNAISH e campanhas veiculadas pela mídia cumprem o papel de sensibilizar os homens. Entretanto, é na relação com os profissionais de saúde que haverá a possibilidade de se identificar as reais necessidades dos mesmos. Nesse sentido, organizar um programa ligado a alguma especificidade masculina, correria o risco de reforçá-lo, como destacado por FLEMING, LEE & DWORKIN (2014) em estudo que analisou uma campanha para

prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), em 2012, no Estado da Virgínia, intitulada “Man Up Monday”, que estimula a procura por testagem para DST após exposição de risco no final de semana. Embora a campanha tenha sido premiada por ter aumentado substancialmente a testagem para essas doenças, ela reforça o comportamento de risco dos homens, por naturalizá-lo e por não trabalhar no sentido de conscientizar/aconselhar os homens. Assim, é importante que os serviços da atenção básica reconheçam as especificidades masculinas, que até podem ser utilizadas como um chamariz, mas que sejam também oportunidades para estabelecer um vínculo de confiança com a equipe, que possibilite o acesso a um cuidado integral.

#### **4.1.4 A opinião dos profissionais relativa à PNAISH e à Saúde do Homem**

Nas entrevistas com os profissionais, foi perguntado sobre a experiência deles no cuidado de usuários homens e sobre ações desenvolvidas relativas à PNAISH. Observou-se que, em geral, não há ofertas específicas para a população masculina, exceto na unidade apoiada pelo NASF, onde havia um grupo específico para homens com demandas relacionadas à saúde mental (durante a pesquisa estava sem participantes) e um grupo para apoio a alcoolistas (embora não fosse específico para a população masculina, participavam somente homens).

CS C – equipe 3

**Psi:** (o grupo) surgiu de uma demanda em 2016, da procura de homens com queixa de saúde mental, depressão, ansiedade, perda de emprego, a questão financeira surgiu muito. **P:** eles entravam por onde? **Psi:** encaminhamento das equipes, era discutido em reunião e encaminhados pro grupo. **E:** o número que eu mando pro grupo de mulheres é muito maior do que aquele que eu mando pro de homens. **P:** e a adesão deles? **Psi:** por ter essa demanda menor, é o único grupo quinzenal, só que a gente não sabe se isso atrapalha também na adesão deles.

Interessante notar que o grupo foi uma oferta criada a partir da demanda de homens com queixas de depressão e ansiedade, assim como o grupo de mulheres. Uma oferta baseada no cuidado compartilhado entre os profissionais das equipes e os

profissionais do NASF, uma vez que a avaliação inicial era da equipe e não somente do médico. Observa-se que o cuidado apoiado do NASF, no caso, no campo da saúde mental, torna-se uma ferramenta para o empoderamento dos profissionais e desmedicaliza o cuidado. Nessa unidade, não havia fila de espera para ser avaliado pelo psicólogo e nem pelo psiquiatra (embora não houvesse esse profissional disponível na unidade, havia matriciamento do psiquiatra do CAPS).

Nos 3 serviços estudados houve tentativas para organizar ações de cunho preventivo após o lançamento da política, voltados para o câncer de próstata, DST e saúde do trabalhador. Entretanto, não houve muita adesão dos homens.

#### CS B – equipe 2

**ACS:** tinha umas bexiga azul e teve alguma coisa que as enfermeiras organizaram aqui dentro. **AE:** não foi assim tão marcante, mas teve alguma coisa. **ACS:** teve um programa de DST, mas era qualquer pessoa, não só o homem, foi num sábado.

#### CS A – equipe 2 (2 ACS e 1 médico)

**ACS:** nós fomos em todas as empresas. A gente falou até das vacinações né. **ACS:** Fizemos trabalho de orientação lá. E também ofertamos atendimentos, consultas. **M:** a gente ia garantir consulta aqui, eles não iam passar no acolhimento, ia ter uma agenda pra trabalhador [...] então, nós fomos cortados antes mesmo de negociar [...] nem isso eles ouviam, não, não temos interesse, já temos convênio.

#### CS C - equipe 3

**AE:** a gente teve um período que intensificou mais o exame de próstata, foi bem no começo, e depois nada mais específico

As ofertas se basearam naquilo que os profissionais de saúde acreditam estar relacionado à saúde do homem, não houve interesse dos profissionais no reconhecimento das necessidades dessa parcela da população. Além disso, para muitos profissionais, a política é desconhecida.

#### CS B – equipe 1

**ACS:** eu nunca ouvi falar. **P:** teve incentivo a um programa chamado pré natal do homem, vocês não tiveram nada aqui? **E:** que eu me lembre não. **M:** não.

## CS B – equipe 4

**P:** vocês conheciam essa política de saúde do homem, de 2009? **E:** olha, eu na verdade não vi na íntegra, mas nós tínhamos uma cartilha aqui. **AE:** eu ouvi a primeira vez no dia que você veio na reunião.

## CS B – equipe 1

**P:** Houve algumas experiências em Campinas quando lançou a política de saúde do homem, em 2009, vocês tiveram alguma coisa nesse sentido? **E:** eu tô aqui desde 2014, eu não peguei. **E:** e eu desde 2016. **E:** então a gente não teve nenhuma discussão, não sei os mais antigos.

A inexistência de ofertas para os homens reforça que os serviços da AB são voltados à saúde materno-infantil.

## CS B - equipe 2

**AE:** eu acho que pro homem vir pra unidade é a coisa mais difícil, eu vejo pelo meu pai, a própria educação né, que o homem tem que trabalhar mesmo, não tem esse negócio de ah, vamo vê como é que tá sua saúde, porque a mulher, por exemplo tem... uma vez por ano o papanicolau, o homem, só vai aparecer quando realmente tem alguma coisa.

**E:** tem alguns que vêm no acolhimento, que às vezes você medica, e fala - agora vamos agendar uma consulta, pro médico poder investigar, mas tem muitos deles, que demonstram falta de interesse. **AE:** mas talvez seja por desconhecimento né do que ele tem no serviço, do que ele pode ter acesso, mulher é mais fácil, ela já nasce sabendo que tem que fazer papanicolau, e pros meninos, não sei, mesmo que seja muito aberto hoje, cê nunca vê um jovem vir aqui, falar assim - ai, eu queria uma orientação, ai, aconteceu alguma coisa, cê pega as meninas, que vêm pra pílula do dia seguinte. **E:** a gente diagnostica muito mais mulher com sífilis e trata o parceiro. **AE:** e nem sempre você pega né? **E:** nem sempre, mas acho que o teste rápido ser porta aberta ajudou bastante, alguns homens tem vindo procurar e nessa hora a gente aproveita a oportunidade pra questionar os outros aspectos da saúde também. E a gente tem os hipertensos e diabéticos, que são os que vem mais frequentemente.

Nessa última discussão, há o reconhecimento de que uma das formas de vincular os homens aos serviços seria ampliar a visão por meio de um atendimento integral, no momento em que os mesmos utilizam o serviço.

Entretanto, como destacado pelos profissionais, existe um certo “preconceito” relacionado à busca dos homens pelo serviço da AB.

CS A – equipe 1 (1 psicólogo, 2 auxiliares de enfermagem e 1 ACS)

**Psi:** a gente também se organiza de um jeito, que às vezes inviabiliza pras pessoas, especialmente pros homens, a mulher faltar do trabalho pra vir cuidar da saúde é mais bem visto. Eu já vi, aqui mesmo, um pai trazer a criança no pediatra e assim, todo mundo olhando, como se não fosse função do cara, mesmo que a gente não diga isso, esse cara percebe, então a gente tem que ponderar isso, esse elemento cultural. **AE:** e também a cultura do não-atestado, uma mania de que já quer atestado, tem muitas mulheres que falam - ai eu tô brigando com meu marido há não sei quanto tempo, ele tá sentindo isso, aquilo, ele precisa vir, ah, mas ele não pode faltar do serviço. Se chega um dia (aqui) também - será que tinha que faltar do serviço por causa disso? E no acolhimento, às vezes não tem vaga. **AE:** e às vezes ele vem, ah porque eu tô com dor, assim, assado, perdi o dia de serviço, aí você vai lá, dá um remedinho pra dor e vai embora, perdeu (o dia de trabalho) e não resolveu muita coisa. **ACS:** e às vezes a dor não é nada dor, é dor na alma, um monte de coisa junto. Às vezes até o próprio médico né, já chega lá e pensa que quer atestado, ele olhou lá e falou mas ele já saiu com a receita na mão, ele não olhou nada. E ainda manda trabalhar outro dia né. Mas será que não é o caso de ouvir melhor também? Eu já venho observando isso por um bom tempo, agente pegou 2 né, aqueles que iam fazer fisioterapia, já era um paciente pra ter um certo tipo de acompanhamento né? O outro também a firma mandou embora e tem indicação de cirurgia, ele tava aí hoje, disse que tem consulta dia 3, eu até orientei, falei - (nome de outro ACS), fica de olho pra gente ver direitinho, pra ver se vai conseguir, e que nem você falou, junta aquele problema do todo, agora já deixou de ser a saúde, já veio o desemprego, já vai vir um lado social, olha a bola que tudo isso vai virar né.

Interessante notar que nessa discussão pontuou-se que, muitas vezes, o homem é mal avaliado na consulta médica (queixa-conduta) pois se desconfia que ele veio em busca de uma justificativa para faltar ao trabalho. Entretanto, muitas vezes são usuários que necessitariam fazer acompanhamento, o que talvez evitaria o que ocorreu com os 2 pacientes citados no final da discussão, que foram demitidos do trabalho estando doentes.

Muitas vezes a demanda trazida pelo usuário necessita ser traduzida para se atingir um cuidado integral e desmedicalizado.

CS C - equipe 4

**E:** chega demanda às vezes de rastreamento de PSA, mas quando você vai avaliar é uma queixa de disfunção erétil ou de dificuldade pra urinar. **AE:** o que eu atendo também, as esposas vêm e procura alguém da equipe, chama alguém do lado assim e fala, ó meu marido tá assim, tá sem jeito de vim conversar no acolhimento, às vezes até passa no acolhimento mais ele não fala, demora a falar, eles ficam acanhados, então passa batido, acha que não tem nada, vem mais por causa da pressão, da diabete, da insulina, mas essa parte aí eles são mais fechado.

#### CS B – equipe 4

**AE:** O que eu percebi que essa turma jovem que começa a vir repetidamente aqui, você pode ver que tem algum fundo emocional, eles reverterem assim pra uma pressão alta, chegam aqui num dia, no outro dia, uma falta de ar, quer fazer uma inalação, uma inalação com soro já satisfaz, mas ele vai voltando, você pergunta mais a fundo, ou ele ficou desempregado, ou dentro de casa tá acontecendo alguma coisa, aí de repente, vira uma saúde mental. E de repente, encontram um emprego, pronto, eles desaparecem daqui. **M:** que é o (nome do paciente). **AE:** não é só ele não, tem um que tá vindo agora que é de outra equipe, da próxima vez eu vou dar uma abordada nele, porque ele não era usuário assim contínuo daqui, e ele tá vindo com uma tosse, mas ele nunca tá tossindo, e ele passou anteontem, ontem ele veio de novo, foi medicado com xarope, xarope não resolveu porque eu tô tossindo ainda, então cê vai lá em cima e compra um xarope natural, ele saiu felizinho com aquele nome de remédio caseiro, mas a próxima vez que ele estiver aqui, eu vou chamar ele numa sala e vou perguntar, porque alguma coisa tá acontecendo, e ele tá levando pro lado da tosse, sempre tem um motivo por trás, porque eles não são de vir não.

Entretanto, embora seja identificada a necessidade de seguimento longitudinal a partir do atendimento da demanda espontânea, não são desencadeadas ações de vigilância no território, por meio do ACS.

#### CS A – equipe 2

**P:** por exemplo, ele vem por uma queixa aguda, toma um soro e aí tá com a pressão alta, precisa fazer um controle, mas ele não retorna. É realizada visita domiciliar? **AE:** acho que para fazer um controle de pressão não, porque a gente não tem perna, a gente faz as visitas em casos complexos. **ACS:** depende muito mesmo de como as meninas avaliam, se precisa de acompanhamento maior.

Quanto à experiência do cuidado dessa população, foram citados os motivos que levam os homens a frequentarem os serviços da atenção básica: queixas agudas, odontologia, vacina, acidentes de trabalho ou exames periódicos, curativo, planejamento familiar, DST e presença de doenças crônicas, como HAS e DM.

CS B – equipe 4

**E:** esses homens vem... mais campanha de vacina, sábado e domingo, aí facilita pra eles, mas o geral eu vejo muito baixo.

**ACS:** homem que procura aqui, vem bastante, não bastante, um pouco mais além das outras coisas é que vem procurar planejamento familiar, homens de 28 até 40 anos.

**M:** os pacientes, os nossos, os crônicos, na maioria das vezes eles voltam, os mais jovens, que nunca passaram no médico, vem porque fizeram exame periódico no trabalho e deu uma alteração, mandaram pra cá [...] uma doença sexualmente transmissível, que eles ficam muito nervosos, preocupados que apareceu alguma lesão em genital.

**D:** quando o paciente vem na urgência (odontológica), ele vem pra resolver um problema mais pontual, de rotina é feito verificação de PA e dextro, se é identificado alguma alteração, a gente encaminha por escrito ou pede pra enfermagem fazer acompanhamento e tal, mas há uma resistência [...] ele vem pra resolver o problema bucal dele que tá incomodando. **P:** quando você encaminha, ele consegue marcar? **D:** ele passa com a enfermagem, tem todo o processo de acompanhamento pra ver a pressão, tudo certinho, então assim, se o incômodo bucal é tamanho que o motive a fazer o seu tratamento, aí ele vem, então esse é o gancho pra ele poder se vincular no serviço, tem uns que vinculam, outros não.

Embora o atendimento odontológico se constitua num meio para identificar outras necessidades, como a HAS e o DM, muitas vezes o procedimento odontológico é postergado até que a pressão arterial ou a glicemia estejam compensadas, constituindo-se em mais uma barreira a ser transposta pelo usuário.

Nesse sentido, como relatado por um outro dentista do CS B, é necessário

**D:** ver a saúde de uma forma diferente [...] eu fui visitar casas sem banheiro, eu nunca tinha visitado o território, eu dentista estava preso, forma de dizer, dentro do meu trabalho aqui, e nunca tinha visitado o território, na tutoria eu fui com os alunos, então a gente visitou ruas sem asfalto, sem acessibilidade, quando chove é bem difícil de entrar, a gente entra em contato com a realidade das pessoas e você pára de exigir que o sujeito tenha uma postura disso, daquilo, quando você vê que a necessidade dele, básica, é muito maior que uma

compreensão técnica de cuidado bucal... Ele não tem cuidado geral, então você tem que ter mais sensibilidade, compreensão pra atuar de uma forma mais sensível a isso, né.

Compreender o contexto desfavorável dos usuários, fez com que esse profissional flexibilizasse as “regras” para o atendimento odontológico realizado por ele, uma vez que, como dito por ele, “ampliou a minha visão, te sensibiliza e você compreende a postura do paciente.”

O relato de uma técnica de enfermagem do CS A, relativo a um usuário que postergou o cuidado em detrimento do trabalho, mostra que ele possuía outras necessidades, relacionadas à manutenção do trabalho.

**TE:** ontem eu atendi um na sala de curativo, ele cortou o dedo no trabalho, aí ele falou assim, ele cortou o dedo na hora do almoço e só veio no final da tarde, aí não dava mais tempo da sutura, aí a gente falou - mas porque você veio só esse horário? - ai sabe como que é né, tá tão difícil emprego, não posso perder o meu. É o que eles alegam.

Além disso, o tipo de trabalho e a preocupação com a perda de benefícios são outros fatores identificados pelos profissionais que dificultam a frequência dos homens.

CS A – equipe 2

**ACS:** os que estão crônico e já não têm mais atividade é uma maravilha, tá sempre aí, mas quem trabalha não vem. **E:** só quando tá de folga ou de férias, que é bem difícil mesmo, porque eles trabalham longe, tem que sair muito cedo, à tarde, até chegar aqui é difícil. **ACS:** e o trabalho deles aqui também não é um trabalho que possa fazer uma lacuna, ou são motoristas, ou trabalham na construção civil, então não têm aquela disponibilidade. **E:** mas é difícil pegar essa população. **M:** eles sempre falam que se falta perde a cesta básica do mês, sempre um empecilho da empresa.

Assim, a maioria dos homens busca os serviços de saúde em situações de urgência, como relatado pelo médico ginecologista do CS B:

**GO:** eu acho que é uma população, que visa muito as queixas agudas né, a gente vê aqui na prática, que dificilmente ele vem aqui pra fazer exame de rotina como muitas mulheres [...] tão sentindo alguma coisa e aí querem um tratamento rápido, porque na verdade eles estão no mercado de trabalho

Entretanto, observou-se que as mulheres que estão inseridas no mercado de trabalho também se queixam da demora no atendimento, como uma usuária do CS A que chegou às 7h, mas iria passar no acolhimento somente às 9h e, enquanto aguardava na sala espera, queixou-se em voz alta que não iria retornar para casa porque morava longe do CS e, provavelmente, iria perder o dia de trabalho ao aguardar a consulta.

Frente à modificação dos papéis exercidos por homens e mulheres na sociedade atual, os profissionais percebem que os homens passaram a ocupar espaços antes considerados das mulheres.

#### CS B – equipe 4

**TO:** E tem um público novo que são os pais que trazem filhos, isso tem sido uma coisa interessante nesses novos arranjos familiares. **M:** na crise também, que a mulher encontra um trabalho de doméstica e o marido não. **TO:** eu fico contente, quando eu vejo um pai e não só nesse caso, os pais também que trabalham e vêm, sabe, um esforço danado. **M:** divide o cuidado. **TO:** divide o cuidado com a mulher, eu tô vendo isso com mais frequência. **M:** fazer pré natal com o pai, era o máximo.

**ACS:** outro dia veio uma pessoa, uma jovem, uma mulher jovem, procurando atendimento pra colher CO, aí eu ia colocando os horários pra ela e ela ficava consultando a agenda dela pra ver se ela podia ou não. Eu fiquei uns 20 minutos com a mulher pra poder encaixar um horário que desse certo pra ela, foi complicado!

Para os profissionais, parece que os homens são mais resistentes ao tratamento da doença crônica, entretanto tal percepção pode ser influenciada pela maior familiaridade com as mulheres, como relatado pelos ACS.

#### CS A

**ACS 3:** tem um que ele é hipertenso, diabético e tem mais alguns problemas de saúde, a Dra. falou, ele não tá vindo na consulta há tanto tempo, ele é comerciante - Estou muito bem. - Mas como tá muito bem se o sr. não está acompanhando, precisa pegar medicação? - Ai, eu tô muito bem e outra, não tenho paciência de ficar esperando, quando eu precisar realmente eu vou - mas quando o sr. vai precisar? Os exames estão alterados. - Ah, um dia eu vou lá. Ele não comparece, eu vou lá ele não atende, a mulher fala é desse jeitinho, não quer se tratar. Só tem 47 anos, você olha a aparência dele, você dá 58 ou mais, é difícil, as mulher, a gente acaba com jeitinho [...]

o homem é mais resistente, eles resistem muito no início, depois você vai conversando eles acabam aderindo, vai ser um trabalho muito difícil pra você. **ACS 4:** varia de pessoa pra pessoa. **ACS 3:** só um pouquinho de paciência, a gente chega lá.

Alguns profissionais identificam que os homens apresentam formas diferentes de lidar com o sofrimento, quando comparados às mulheres.

CS B – equipe 3

**E:** eu acho que a vida é mais sofrida pra mulher, ou se é sofrida pro homem, ele lida melhor com o sofrimento, ou procura outras coisas, tem até mais liberdade que a mulher. **P:** por exemplo? **E:** ah, bar né. **ACS:** trocando conversa eles se esvaziam, não ficam lavando, passando, não fica sofrendo, ele vai espairecer. **E:** a procura das mulheres aqui, é porque tem os filhos, depois tem as mães, tem a família, que fica mais sob a guarda delas do que do homem. **M:** é da cultura em geral, homem, se ele não tiver sentindo nada, acho que ele não vai pensar em ir ao médico, ah, a minha mulher me mandou aqui, mandou falar que eu tenho que fazer isso, caso contrário é difícil, um ou outro, ah, quero fazer check up, ver se tá tudo bem. **E:** o que é barzinho? É lazer. **M:** homem não suporta ficar em casa.

Vale destacar que alguns profissionais pontuaram que há homens que vêm em busca de exames de rotina.

CS B – equipe 3

**M:** olha, muitos, vem até assim, quando jovem, se não é algo agudo, uma febre, dor, uma grande parte é.. ah, eu quero dar uma geral, quero exame de tudo.

Nos relatos dos profissionais, as barreiras ao acesso dos homens se relacionam: à dificuldade da equipe em dar conta do acolhimento; à falta de vagas para agendar consulta médica; à burocratização do atendimento; ao desconhecimento do território; ao preconceito dos profissionais relacionado à busca dos homens por serviços de saúde; ao medo de se expor e à dificuldade no autocuidado ligada ao comportamento masculino socialmente construído.

CS B – equipe 2

**TE:** principalmente os homens, eles só vêm em caráter de urgência, e às vezes a demanda espontânea, o centro de saúde não suporta, às vezes não tem médico na quantidade suficiente, e acaba frustrando o próprio paciente, que ele não volta. [...] então às vezes na população tá um pouco errada

essa fórmula de unidade básica de saúde, eles entendem como um pronto atendimento. **AE**: só retornam se os sintomas retornam. **TE**: principalmente os homens na faixa etária que você trabalha. **P**: mas quando eles vêm, eles têm a possibilidade de agendar uma consulta? **AE**: se a agenda aberta, sim. **TE**: o problema é a falta de profissionais, por exemplo, nossa clínica tá de férias, quando ela retornar a agenda dela vai tá pra outubro, novembro, porque a agenda desse mês já tá toda preenchida, só que a gente não pode pegar essa demanda e passar pra outros clínicos, porque a gente vai acabar tapando um buraco, destapando outro. **P**: não tem como contar com outros médicos, outros enfermeiros quando alguém sai de férias? **TE**: enfermeiros até tem, parte de médicos, não.

Para esse técnico de enfermagem, a função da AB não é o atendimento da demanda espontânea, mas, muitas vezes, também não se consegue agendar consulta por falta de vagas na agenda médica. Culpa os homens por não se preocuparem com a prevenção, mas a própria organização do serviço reforça esse comportamento, uma vez que essa situação coloca como única opção para os homens, a procura do pronto socorro ou do pronto atendimento. Além disso, destaca que quando os enfermeiros entram em férias, há cobertura do serviço pelos outros, o que não ocorre no caso dos médicos, exceto quando há casos específicos que necessitam ser reavaliados no período em que o médico de referência do caso está ausente e este solicita a outro colega, pessoalmente, como exemplificado no CS B:

**M**: uma pessoa que precise de um atendimento, de um retorno mais imediato inclusive, a gente tem essa maleabilidade, a (nome da médica) veio falar comigo de um paciente que tava muito descompensado do Diabetes e ela pediu pra eu fazer o acompanhamento dele mais de perto, enquanto ela tá fora.

Numa das unidades presenciei uma médica realizando atendimento junto com a auxiliar de enfermagem na sala do acolhimento, nos momentos em que não havia usuários aguardando por ela. Perguntei se todos os médicos iam ajudar na sala de acolhimento quando estavam nessa situação, disponíveis. A auxiliar disse que, em geral, não, e acrescentou que alguns médicos, quando estavam sem agendamento, por algum compromisso prévio que foi desmarcado, vinham na sala de acolhimento avisar que se tivesse algum paciente precisando de consulta, poderia chamá-los. Além disso, comentou também que as vagas de acolhimento não são em número igual para todos os médicos, bem como o tempo de consulta, embora padronizado

em 20 minutos pela secretaria de saúde, não era o mesmo para todos (havia agendamentos a cada 30 minutos).

Em outra unidade, em uma das entrevistas com uma das equipes, os profissionais colocaram que, embora o homem tenha compromissos com o trabalho, ausentar-se um dia, durante o ano, para passar numa consulta de rotina, provavelmente não acarretaria maiores problemas. Entretanto, a médica ginecologista pontuou que a burocratização para agendar uma consulta médica faz com que seja necessário perder mais do que um dia de trabalho.

**GO:** não é só vir né, primeiro ele tem que vir um dia, passar em acolhimento pra marcar (consulta), aí depois outro dia pra consulta, aí depois ele, falta outro dia pra exame, aí depois ele falta outro dia pro retorno, assim, não é uma vez por ano.

Nos relatos abaixo vemos o desconhecimento sobre as famílias do território e, mesmo naquelas em que os ACS vão para cadastrar, não são abordadas as necessidades dos homens. Muitas vezes o cadastro é realizado de forma automática, no dizer da ACS, “a gente quase não aprofunda”.

#### CS A – equipe 3

**AE:** pelo número de usuários que a gente recebe aqui, olhando pra saúde do homem, a gente não conhece, hummm... 10% dos nossos adultos jovens. **TE:** porque às vezes você passa pelo bairro, vê umas carinhas, fala assim, nunca vi no posto, muito engraçado.

#### CS C – equipe 2

**ACS:** nas casas a gente não encontra muito os homens, a não ser que eles estejam desempregados, e mesmo assim, eles quase não atende a gente, eles chama a mulher, que toma a frente pelo cuidado da família. **P:** e elas pedem alguma coisa pra vocês? **ACS:** na hora do cadastro a gente já faz algumas perguntas, se é hipertenso, se tem diabético na família, a gente quase não aprofunda, agora quando a gente vai fazer uma visita mais específica, acaba falando mais alguma coisa.

#### CS C – equipe 1

**P:** e vocês, agentes, quando visitam as casas, abordam esses homens? **ACS:** eu confesso, eu esqueço, parece que eu vou só na casa de mulher. É meio cultural o negócio né **P:** mas vocês acham que seria necessário? **M:** sim. **ACS:** aí ó, a partir de agora vou tentar me policiar, eu vou quando tem alguma demanda específica. **ACS:** mas eu conheço homens também

que preferem pagar uma consulta, do que vir aqui. **P:** perguntou o porquê? **ACS:** não, não vou lá não, vou lá na clínica. **M:** medo de se expor. **E:** pode ser.

Também há a dificuldade do ACS em “trazer demanda” para uma equipe sobrecarregada.

CS B – equipe 2

**P:** e a população, o que eles falam? **ACS:** eles falam que encontram muita dificuldade, por conta dos agendamentos, nem sempre tem médico disponível, que nem na reunião da mental, falaram que estão agendando pra daqui 7 meses, mesma coisa a odonto, precisa de um tratamento, só tem de emergência, não tem como agendar porque vai ficar 2, 3 anos na fila, então fica difícil a gente trazer demanda, que não suporta, então a gente acaba atendendo aqueles casos mais críticos.

Nesse contexto, muitos casos de HAS são diagnosticados em serviços de urgência, quando deveriam ser detectados na atenção básica.

CS B

**Médico Residente:** hoje eu atendi bastante homens, eu atendi um de 25 anos que tá com hipertensão, ele tava tendo cefaléia, mas quando ele resolveu medir tava 22 por 12, ele foi pro hospital, começou o tratamento lá, hoje ele retornou pra ver como que tá tudo, pedi os exames.

Os profissionais acreditam que a expansão do horário de atendimento auxiliaria na vinculação dos homens. Entretanto, uma das unidades já tinha experimentado um horário de funcionamento estendido, que não foi suficiente para ampliar o acesso dos homens pois dependia da presença do médico.

CS B – equipe 4

**P:** nesse horário que ficava aberta a unidade, até às 22, até às 21, vocês acham que nesse período tinha uma frequência maior? **E:** olha, a frequência que existia era assim, quando há a presença do médico [...] porque o usuário ele acha que é só a consulta médica.

Do mesmo modo, acreditam que a intermediação da companheira facilita o acesso dos homens.

CS A – equipe 2

**M:** é verdade, muito homem só vem “porque a minha mulher que mandou”, ela marca consulta pros 2, ela entra primeiro, faz

a consulta dela e fala um tanto de coisa que ele não vai falar, aí eu já fico sabendo antes dele entrar. “Mas não fala que eu avisei viu”.

#### CS B – equipe 4

**Residente:** Acho que homem tem mais dificuldade em procurar o profissional de saúde, eu observei isso ano passado que eu tava atendendo em posto, era que a maioria ia acompanhado, não tinha muito homem nessa faixa etária, às vezes até os idosos iam mais sozinhos, já tavam com a receita, já sabiam, os mais novos, 20, 20 e poucos anos iam com a mãe, 30, 40 anos iam sempre com a mulher e a esposa mais falava. **M:** ah, é tão bom quando só vem o homem, eles são mais objetivos, os 20 minutos dão tempo.

Embora tenha sido visto que, em geral, o processo de territorialização é deficiente, os profissionais reconhecem que é possível vincular portadores de doença crônica ao serviço a partir de ações no território.

#### CS C - equipe2

**ACS:** temos até o exemplo do Sr. (nome do paciente), tava com o pé, o que que é aquilo, ferida? **AE:** úlcera né. **M:** pé diabético, vasculopata, com uma dermatite até no joelho. **P:** mas ele não tava acompanhando? **ACS:** ele estava cuidando. **ACS:** sozinho. Depois do cadastramento, nós trouxemos ele e agora ele vem direito, ele já era paciente, mas vinha muito pouco, mas depois da nossa visita, do cadastro, depois de conversado com ele, ele começou a vir e agora ele vem sempre e eu achei isso bonitinho. **P:** então fez diferença vocês terem ido na casa? **ACS:** fez.

#### CS A

**ACS 4:** esse negócio de trabalhar com crônico é legal, tem um paciente da minha área, ele é jovem, trabalha à noite e durante o dia ele tá em casa. Ele se descobriu diabético, conversei bastante com ele, olha, precisa se tratar, tem um caso nosso que perdeu a visão, já todo debilitado por conta da diabetes. Mas é bonitinho porque ele vem, ele sabe, olha eu to cuidando, eu to cuidando, então é uma pessoa assim, que vale a pena você informar, que é uma pessoa que no futuro vai ter uma vida melhor. Às vezes eu ficava meio deprimida, poxa vida, o que que eu to fazendo? Aí eu olho por exemplo o caso dele, eu falo, eu tô fazendo alguma coisa, pra não virar um (nome de outro usuário) amanhã, pra não perder a vista, pra não fazer hemodiálise, então a gente contribui muito com nosso trabalho, eu acho, assim, principalmente no caso do diabético. **ACS 1:** a gente tem por exemplo, a (nome) e a (nome), uma hipertireoidismo e outra diabetes, se a gente não correr atrás,

elas não se cuidam. A (nome da ACS) por exemplo, tem um caso na área dela, que precisa tomar injeção de 3 em 3 meses pra evitar (gravidez). Sabe, é, a gente que fica com a agendinha desses pacientes pra controlar, a gente tem de tudo, aqueles que são muito bem informadinhos, que correm atrás e aqueles que não estão nem aí, tem uma que de vez em quando ela muda de território e acaba e aí quando ela se vê mal, ela volta correndo, aí quando ela começa estabilizar de novo, ela some, é uma pessoa jovem, consciente e sempre dando trabalho.

Além disso, facilita o acesso daqueles que já estão em seguimento, como o usuário relatado abaixo que não conseguiu renovar sua prescrição, mesmo indo pessoalmente à unidade. Destaca-se também a importância do trabalho em equipe, no caso entre a farmácia e os ACS.

CS A

**ACS 1:** semana passada eu tava fazendo uma visita, vi lá Sr. (nome), aí falei, oi, como é que tá, tá tudo bem aí? Ai eu estou sem medicação! Mas quanto tempo? 9 dias. Mas porque 9 dias sem medicação? Ah, não sei... porque eu fui lá (CS), eu não achei o médico... Então me dá aqui, eu levo lá (CS). Aí a gente vem aqui, tenta viabilizar a receita, leva a medicação, esses casos pontuais. Os outros eles são mais frequentes, se não deu problema é porque ele tá vindo. A gente tem o auxílio da moça da farmácia, que às vezes ela vem, fala, ó, fulano não tá vindo buscar a medicação, mas a gente acaba formando uma rede de cuidado.

Segundo os relatos dos profissionais, o atendimento e seguimento dos homens na AB não é uma prática instituída nesses serviços. Embora alguns relatos demonstrem a necessidade de aproximar-se dos homens e de conhecer melhor suas necessidades de saúde, coloca-se toda a responsabilidade pela procura dos serviços de saúde e pelo seguimento das condições crônicas nesses sujeitos, mesmo diante das dificuldades enfrentadas por eles em relação ao acesso e à atenção integral. Vale destacar a constatação do potencial que o trabalho no território traz para a transformação do cuidado, um cuidado mais humanizado e voltado às necessidades dos usuários.

## 4.2 Discussão/reflexão com as as equipes

### 4.2.1 Compartilhando o diagnóstico com as equipes

Inicialmente, o diagnóstico foi apresentado e discutido, individualmente, com os 3 gestores e, em seguida, com as equipes. Buscou-se chegar a um consenso com os gerentes antes da apresentação para as equipes e obter o apoio e participação dos mesmos.

Como apontam PASSOS & CIOSAK (2006):

a gerência como instrumento do processo de trabalho na organização de serviços de saúde, implica na tomada de decisões que afetam a estrutura, o processo de produção e o produto de um sistema, visando ações que possibilitem intervenções impactantes no processo de trabalho em saúde, ou seja, viabilizar meios para prestação da assistência à clientela com eficiência, eficácia e efetividade, a fim de possibilitar a satisfação das necessidades de saúde desta clientela. (p.464)

Os diagnósticos foram entregues, por escrito, aos três gestores, previamente à minha apresentação. Embora nenhum deles tenha acrescentado ou demonstrado objeção ao conteúdo apresentado, algumas observações merecem destaque:

- no CS A houve um certo desapontamento do gestor. Para ele, o diagnóstico apresentado não refletia o trabalho da equipe, considerada por ele “muito boa”. Além disso, a prioridade do serviço estava voltada para o atendimento programático e para as ações de prevenção, como presenciado, em alguns dias, o fechamento do atendimento à demanda espontânea (acolhimento) frente ao déficit de profissionais e a manutenção das ações programáticas previstas para aqueles dias, como campanha de vacina, grupo de hipertensos e diabéticos e visitas domiciliares.
- no CS B, o gestor entendeu que o problema do acesso dos homens não era um problema específico, mas estava relacionado ao modo de produzir e organizar o cuidado como um todo, concordando e apoiando a continuidade do trabalho com as equipes.
- no CS C, o gestor apontou que era preciso considerar que muitos homens não querem se vincular ao serviço, mesmo que seja ofertado um atendimento

integral. Exemplificou com o atendimento de um usuário, vivenciado por ele, que veio para uma sutura e foi ofertado seguimento no serviço após ser identificada pressão arterial elevada, mas o mesmo não aceitou.

Assim, as discussões iniciais com os gestores mostraram: no CS A, um gestor com dificuldade em assumir o papel da atenção básica como porta de entrada do SUS; no CS B, houve o reconhecimento de que se tratava de um problema mais amplo; e no CS C, houve um deslocamento do problema, no sentido de responsabilizar o usuário.

Como apontado por NUNES et al (2018),

No contexto atual, faz-se necessário (re)investir na formação de gestores como estratégia para o desenvolvimento de processos de trabalho coerentes com os princípios de uma APS integral e com capacidade de dar respostas às necessidades de saúde. Cabe à gerência local, com apoio técnico e político da gestão municipal, o papel de articular recursos e necessidades, em conjunto com a equipe e com a participação dos usuários, para efetivação de um trabalho capaz de promover a saúde como direito e condição de cidadania. (p.7)

Desse modo, foi dado seguimento às apresentações e discussões com as equipes. Num serviço, a apresentação foi realizada na reunião geral, onde havia representantes de todas as equipes; em outra unidade, o diagnóstico foi apresentado separadamente para cada equipe, na sua reunião semanal; na outra unidade, somente para uma das equipes.

#### **4.2.1.1 A discussão do diagnóstico no CS A**

O diagnóstico foi apresentado na reunião geral e a equipe se mostrou reativa, direcionando os problemas para o déficit de profissionais e consequente sobrecarga de trabalho. Apesar disso, consideravam a assistência prestada por eles melhor do que em outras unidades básicas do município.

O apoiador distrital, que também estava presente nessa reunião, apontou que a dificuldade de acesso aos centros de saúde havia sido destacada na última reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde e que era necessário rever a organização do processo de trabalho da unidade.

O diagnóstico evidenciou o problema do acesso que, como relatado abaixo, era conseguido somente pelos 10 primeiros usuários que chegavam na unidade. Tal situação afetava não somente os homens, mas a população em geral.

CS A - equipe 1 (2 auxiliares de enfermagem)

**AE:** ultimamente esse acesso tá sendo bloqueado [...] eu acho que isso é ruim pra quem tá do lado de fora, paciente que tá chegando [...] ele vai embora, e ninguém sabe o que tá acontecendo, é [...] teria que ampliar essa escuta [...] não sei como, porque acho que é falta de RH mesmo [...] Porque a gente tinha uma livre demanda onde chegava todos, todos eram ouvidos e a gente não tinha é [...] mão de obra pra isso, então bloquearam em 10 pessoas só, pela manhã, 10 pessoas à tarde [...] eu já até pensei talvez, é ter alguém com escuta mais qualificada na própria recepção, eu sei que ali não é o lugar, mas já é um meio caminho para classificar esses 10. **P:** porque na verdade é por ordem de chegada. **AE:** é por ordem de chegada, então os 10 primeiros chegam e os outros vão ficando sem.

Apesar do reconhecimento de que o acolhimento traz benefícios para os usuários, nessa unidade optou-se por restringi-lo.

CS A

**AE:** um dia, eu cheguei lá na cozinha e falei - ai eu tô com uma raiva [...] tem um monte de gente pra atender [...] ai eu queria descobrir quem foi que inventou esse acolhimento, queria mandar matar essa pessoa. Aí passou um pouquinho - sabe, acolhimento é um negócio bacana, a senhora imagina uma pessoa poder chegar e aí ter alguém, não fulano, vamo lá na sala, me conta, o que tá acontecendo, o que você precisa né, nossa, isso é legal pra caramba, pena que não funciona.

NUNES et al (2018) destacam que: “o gerente é um agente-chave, sendo o responsável pela coordenação do trabalho da equipe e pela coerência das ações com os princípios e diretrizes da PNAB” (p. 2).

Entretanto, como se observa na discussão abaixo, ao invés da gestão colocar em discussão o trabalho em equipe e a sobrecarga trazida pela enfermagem, optou-se pela restrição do acolhimento em 10 atendimentos.

CS A – equipe 2

**M:** demanda alta, isso gerou, na reunião geral, várias discussões e uma das discussões foi assim, então, limitar o atendimento [...] a enfermagem tá muito estressada pela alta demanda, por essa porta aberta e por às vezes não ter o

respaldo, não é isso? **E:** uhunn. **P:** respaldo do que? **E:** não, porque às vezes você não tem uma vaga médica.

O diagnóstico despertou um conflito dentro da equipe, e dela com o distrito e com os usuários. Entretanto, esperava-se que tanto o gestor local quanto o apoiador do distrito mostrassem uma abertura para lidar com os aspectos identificados no diagnóstico, utilizando, inclusive, os dados trazidos pela pesquisa para instrumentalizar a discussão com os profissionais sobre o acesso/acolhimento.

DEMO (2005) destaca que: “As realidades sociais não são apenas complexas; são sobretudo polarizadas. São um campo magnetizado, onde qualquer presença provoca ação e reação”. (p.64)

Embora tenha sido reforçado com a equipe e com o gestor que o objetivo da pesquisa era identificar os problemas e encontrar soluções de forma participativa, não foi possível dar continuidade à pesquisa nesse serviço.

Como destacado por CAMPOS (2013),

[...] todo Coletivo Organizado para a Produção cumpre um duplo papel: produzir bens ou serviços de interesse social, ou seja, valores de uso que tenham a potencialidade de atender a necessidades sociais; e, ao mesmo tempo, assegurar a sobrevivência da própria organização e do conjunto de agentes que a integram ou dela dependam. (p. 124)

Nem sempre essas finalidades coincidem, produzindo-se conflitos e contradições, uma vez que os coletivos não são homogêneos, há sujeitos com interesses e poderes diferenciados. (CAMPOS, 2013)

Além disso, embora o diagnóstico tenha sido baseado em dados da realidade e nas entrevistas com usuários e profissionais do serviço, a equipe o tomou como uma crítica pessoal. Um dos profissionais da equipe de enfermagem falou que quem não estivesse satisfeito, fosse trabalhar no lugar deles.

Como apontado em estudo que discute a atuação de gestores em municípios de pequeno porte, não há uma cultura de avaliação dos serviços e há falta de profissionalismo.

A análise dos resultados permitiu observar distorções e/ou insuficiências em: reuniões de equipe e com a comunidade, participação relevante das comunidades, conhecimentos de indicadores, planejamento, avaliação das equipes e preparação dos gerentes. Em síntese, os gerentes padecem de precário

profissionalismo e insuficiente preparação. (OHIRA, JUNIOR & NUNES, 2014, p. 4439)

#### 4.2.1.2 A discussão do diagnóstico no CS B e no CS C

No CS B, optou-se pela continuidade, a princípio, em somente uma das equipes, pois avaliou-se que seria difícil trabalhar com as outras equipes, à medida que uma estava sem médico de saúde da família, outra equipe era responsável por um território muito grande (aguardava a chegada de um médico para ser dividida) e a outra estava desmotivada. Assim, o diagnóstico foi apresentado somente para a equipe 4.

Já no CS C, o diagnóstico foi apresentado para suas 4 equipes.

Frente ao diagnóstico, algumas questões foram suscitadas pelos profissionais dessas 5 equipes:

##### 1. Quanto ao Acolhimento tipo queixa-conduta

Reflexo das dificuldades no trabalho em equipe, o acolhimento, em geral, não é dividido por equipe, assim o profissional escalado para o acolhimento atende usuários de todas elas. Na opinião dos profissionais, isso dificulta a abordagem de outras necessidades de saúde dos usuários, que não se caracterizam como urgência, uma vez que as mesmas deveriam ser avaliadas e acompanhadas pela equipe de referência. É o que se observa na discussão abaixo:

CS C – equipe 2

**M:** o problema é que são 4 equipes, como é que eu vou vincular um paciente que é de outra equipe? **Ped:** que é outro fluxo? **M:** por isso que o acolhimento é extremamente voltado pra queixa, se o paciente é da minha equipe, eu até posso abrir o leque, agora quando o paciente não é da minha equipe... **Ped:** ele tem que seguir o fluxo da outra equipe. **AE:** poderia ter um acolhimento por equipe.

Como relatado acima, talvez instituir um acolhimento por equipe resolvesse o problema do atendimento queixa-conduta. Entretanto, como relatado pelo gestor de outro serviço, em que havia divisão do acolhimento por equipes, essa forma de organização burocratizava e desresponsabilizava ainda mais os profissionais.

CS B

**G:** era uma divisão muito burocrática, então se faltava alguém da equipe, eles fechavam o atendimento da equipe. **P:** então quem era dessa equipe, teria que voltar outro dia? **G:** era com tudo, até se aparecia uma urgência, uma sutura da (nome da equipe) e se não tivesse um auxiliar dessa equipe, mandava embora porque não tinha um auxiliar da equipe [...] lógico, essa divisão seria ideal se tivesse estrutura ideal pra isso e com trabalhadores ideais também, se tivesse recurso disponível, pra trabalhar o horário todo de funcionamento da unidade, mas não, tem que adaptar...

Como afirma CECÍLIO (2007), os trabalhadores são instituintes o tempo todo, modificando normas, regras e projetos, mesmo que possam parecer justos e necessários.

[...] dançam, mas nem sempre conforme a música que a direção toca. São instituintes o tempo todo, de novas institucionalidades que não são, necessariamente, as portadas pelos conceitos que estamos tentando traduzir em novas práticas. Ou, para seguir com o que Merhy aponta com agudeza, utilizam-se de sua liberdade para reproduzir instituídos que, muitas vezes, são a reprodução de formas de se fazer o cuidado que, exatamente, pensamos em transformar [...] Os sentidos das mudanças operadas, ou, o que é muito freqüente, dos instituídos reproduzidos pelos trabalhadores instituintes não são, necessariamente, coincidentes com o que nós, muitas vezes, queremos imprimir. (p. 347)

Nesse outro relato, a falta de integralidade ocorre pela inadequação do espaço, tempo e pessoal insuficientes, destacando-se o profissional médico. Embora haja concordância com o diagnóstico apresentado, contraditoriamente a abertura do PA é colocada como solução.

CS B – equipe 4

**TE:** eu tenho até pouco tempo de prefeitura, é, mais já dá pra ver bem o jeito que a coisa funciona, a gente tenta sim pegar algumas coisas, às vezes, o cara vem com uma queixa e a gente tenta perguntar coisas adjacentes, mas quando você vai fazer isso, você precisa também de uma continuidade, não adianta eu fazer e não ter RH suficiente, tempo suficiente, médico suficiente pra isso [...] pra ter toda essa integralidade com o paciente, eu entendo o seu trabalho, assim, sua opinião, e interpretação e não tá errado, é isso mesmo que acontece, a gente vai meio direto, muita coisa dá pra mudar entende, eu acho que você precisaria começar de um centro de saúde maior entendeu, só isso daqui de funcionário e de salas, não comporta. Então é difícil, aqui tem um PA (pronto atendimento)

que não abre. **P:** tem que pensar se abrir o PA vai resolver. **TE:** pode não resolver, pode mudar o problema, mas...

**2. Territorialização deficiente** – dificuldade em terminar o cadastramento e realizar a vigilância dos grupos de risco.

Uma das médicas apontou que, embora o município assumira que o modelo assistencial adotado seja a ESF, ela não se implantou na prática, e o que se vê são investimentos na abertura de serviços de Pronto Atendimento.

CS B – equipe 4

**M:** mas o que seria mais interessante? Abrir o PA ou eles capacitarem a gente, aumentar o número de equipes pra dar conta disso, que aí, a gente atenderia o nosso paciente, a gente conheceria o paciente, do que abrir o PA, gastar maior dinheiro. Não é que eu sou contra, eu acho que tem que ter PA, porque tem horários que não tem médico. Eu acho que o dinheiro seria melhor investido em capacitar as equipes de saúde da família melhor, que fizesse essa estratégia da saúde da família funcionar adequadamente, assim como o ministério já propôs há mais de 20 anos e Campinas continua atrasada. **E:** quando foi colocada a questão da estratégia, Campinas quis ser diferente do Brasil todo, e se o início foi melhor do que é atualmente, as dificuldades só estão aumentando.

Outras questões trazidas foram a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo dos profissionais, assim como o cadastro demorado e pormenorizado pelo E-SUS. E, no caso dos homens, a dificuldade de encontrá-los em casa nas visitas domiciliares.

CS C – equipe 2

**P:** o que vocês acharam desse cadastramento? **ACS:** eu acho que é muito difícil, nada é um mar de rosas, quando a gente vai na casa do usuário, é uma pessoa que atende, ela não sabe informar direito, é [...] quem mora, data de nascimento, não sabe, é [...] mora não sei quantas pessoas aqui, mas não sabe falar direito, aí a gente precisa saber, pra procurar pelo menos no sistema, a data de nascimento, eles não sabem passar direito a data de nascimento de todos na casa, ou muitas vezes não tá.

CS B - equipe 4

**ACS:** a maioria das vezes quando a gente sai pra fazer algum trabalho, 80% das pessoas que a gente encontra na casa são mulheres, porque apesar da mulher ter tomado o mercado de trabalho de um tempo pra cá, ainda a maioria, principalmente essa área com um pouco menos poder (aquisitivo), elas ainda ficam em casa e o homem sai pra trabalhar.

Apesar da dificuldade em encontrar os homens em casa, os profissionais colocaram que o acesso dos homens no centro de saúde é facilitado pelas companheiras, às vezes pelas mães ou irmãs. Nesse sentido, abordar as necessidades desses usuários através delas seria uma estratégia para acessá-los.

CS C – equipe 4

**P:** essa questão de trabalhar mais o território? **E:** já pensamos, já começamos cadastro dos hipertensos e diabéticos com classificação de risco, a gente parou o ano passado, mas a gente deu uma desistida, a (nome da médica) ficou um tempo afastada. **P:** vocês não têm noção do tamanho da área? **ACS:** Tinha, mas aumentou bastante, acho que por volta de 7000 pessoas. **E:** a gente já tentou, mas nunca funcionou muito, sempre tá faltando agente, a gente sempre trabalhando, correndo atrás do próprio rabo, tentando dar conta da unidade, nunca tem uma folga pra sair disso, sair dessa demanda e organizar ações no território, mas acho que é uma questão necessária.

Interessante notar que o enfermeiro coloca a necessidade de organizar ações no território para que os ACS façam o seu trabalho, como se eles não tivessem suas próprias atribuições e funções específicas.

Nas entrevistas com os gestores, destacou-se que os cadastros têm sido realizados dentro das unidades, tornando-se mais um procedimento burocrático.

CS C

**G:** os agentes deram uma intensificada nessa coisa do cadastro, mas assim, ir nas casas mesmo é ... tá bem difícil... porque precisa do computador, são 3 sistemas que eles tem que preencher...

CS B

**G:** o agente de saúde vem perdendo esse papel, eles estão muito mais burocráticos, entregar encaminhamento, fazendo outras atividades do que estar no território conhecendo os moradores, então hoje eles não sabem quais gestantes tem no território, quais são... nem tem cadastrados os moradores de suas microáreas, então... **P:** e a secretaria, não tá mais cobrando? **G:** estão fazendo o cadastro, continuam fazendo aqui dentro. Se eu for perguntar pra eles, eles nunca vão confirmar isso, eles falam que estão indo no domicílio, mas você vê que eles preenchem aqui mesmo, acho que falta um pouco de entendimento da importância. **P:** mas eles fizeram capacitação. **G:** os antigos, os novos não, não tem essa

discussão, aí fica contaminado pela crise ... aí entra a desculpa de tudo que não tem recurso, que eles tem que fazer milhares de coisas, entregar encaminhamentos e tudo é desculpa pra não fazer o trabalho deles.

**3. Equipes de uma mesma unidade trabalham de forma heterogênea,** burocratizando o atendimento, especialmente os médicos, trazendo maiores dificuldades para a gestão.

CS C

**P:** não sei como poderia melhorar também essa questão do Acolhimento feito pela enfermagem, que fica dependendo do número de vagas médicas. Cada médico trabalha de um jeito [...] **E:** é bem assim mesmo, até por problema de saúde, esse problema eu ponho com a (nome da médica), esse eu ponho com o (nome do médico).

Observou-se, no campo de estudo, que a heterogeneidade identificada no trabalho das equipes relaciona-se fortemente ao modo como os médicos tendem a organizar seu atendimento, como no relato acima. Tal situação se mantém pela organização do próprio serviço centrada na consulta médica, que reforça o desejo/procura dos usuários por um cuidado medicalizado e vice-versa.

Como destacado por FEUERWERKER (2014),

Podemos também afirmar que a ação de outros profissionais de saúde é subjugada à lógica dominante do trabalho médico, tendo todas elas seu núcleo cuidador empobrecido, estando todas também orientadas à produção de procedimentos. (p.43)

O modelo da ESF, baseado no trabalho da equipe multidisciplinar, traz a possibilidade de se instituir outras formas de cuidado, especialmente quando há apoio de profissionais de outras áreas, como assistência social, farmácia, saúde mental. Entretanto, observa-se que os profissionais não médicos dificilmente assumem a responsabilidade pelo cuidado, mesmo dentro de seu núcleo de atuação, como nas situações seguintes:

CS C

Fomos na casa de uma senhora hipertensa, diabética e sequelada de AVC, que reside bem próximo do CS. Somente a ACS a conhecia e a enfermeira disse que tinham solicitado visita para avaliação de um curativo. Logo no portão, verificamos que a lesão, que havia motivado a visita, tinha cicatrizado, o que fez com que a equipe pensasse que a visita

então não fosse mais necessária. Ao entrarmos na casa, comecei a puxar conversa e acabei por conduzir a visita, já que o médico não estava e os outros profissionais não viam mais motivo para tal. Ao perguntar sobre questões relacionadas ao dia-a-dia da paciente e até mesmo sua origem, seu estado civil, trabalhos anteriores, a paciente começou a queixar-se dos problemas com o ex-marido e com a filha adotiva, que reside próximo e é com quem pode contar para ajudá-la. Contou que tinha uma filha biológica, mas que morava em outro bairro e quase não vinha visitá-la. Ao medir a pressão, detectamos que ela estava bem alterada. Examinei, então, a paciente, adiantei a medicação e combinei de voltar mais tarde (depois das outras visitas) para medir novamente. Ao voltarmos para a casa da paciente, revi a pressão, que tinha abaixado um pouco e ela estava se sentindo melhor. Referiu que as mulheres da igreja vieram trazer a eucaristia e que uma delas dispôs-se a comprar o medicamento que ela não tinha conseguido (Hidralazina). Por fim, orientei a ACS que seria bom encaminhar essa paciente para a Oficina Terapêutica que ocorre às segundas e da qual inclusive essa ACS participa. Além disso, organizar os medicamentos na casa. Retornando para o CS, a enfermeira e ACS comentaram que as visitas foram “pesadas” e disseram – Ah! E era somente um curativo! Pensei que se não estivessem comigo, talvez iriam somente verificar que o curativo não era mais necessário e iriam embora.

Na reunião seguinte, essa ACS, logo que entrou, falou que a paciente que tínhamos visitado havia telefonado no dia seguinte da visita para elogiar o atendimento domiciliar, principalmente o atendimento médico. Aproveitei para orientar, novamente, a equipe a respeito da necessidade de nova visita para controle da pressão, arrumar as medicações e convidá-la para vir no grupo da Oficina Terapêutica. Coloquei que era uma paciente bem carente e que esse era um bom momento para vinculá-la à unidade, já que estava confiante no serviço.

Essa usuária residia próximo ao CS e fazia acompanhamento médico no convênio, não sendo necessário, a princípio, agendar com o médico da equipe. Entretanto, necessitava do acompanhamento de outros profissionais da equipe por tratar-se de portadora de doença crônica de alto risco, o que foi identificado e discutido na visita domiciliar. Porém, percebeu-se que, como a demanda imediata já tinha sido resolvida, não foi dado seguimento de modo a vincular essa usuária à equipe.

Comportamento observado, também, quando a farmacêutica do NASF propôs atendimento em grupo pela equipe multidisciplinar para os portadores de HAS e DM dessa mesma equipe, que vinham sendo acompanhados mediante renovação

automática de receitas, sem avaliação clínica. A proposta era qualificar o cuidado dos crônicos, que, frequentemente, vinham retirar medicamentos munidos de prescrições feitas por diferentes médicos, provenientes de serviços diversos, e que eram desconhecidas pelo médico da unidade. Embora um dos médicos da equipe fosse favorável, por estar sobrecarregado e acreditar que muitas vezes o cuidado por profissional não médico amplia a visão do processo saúde-doença (como no relato seguinte), a enfermeira da equipe mostrou certa resistência pela dificuldade do médico estar presente no grupo.

CS C

Falei que descentrar o cuidado do médico seria importante uma vez que em muitos casos as causas do descontrole da doença são questões que o médico não imaginaria pois não são ditas no consultório. O médico concordou e exemplificou com um caso - um paciente diabético, que veio por um derrame conjuntival e necessitou ficar em observação devido pressão arterial e glicemia alteradas. Nesse período em que o paciente estava em observação, o médico descobriu que ele batia o comprimido de Metformina no liquidificador e falou - se não fossem as meninas para falar, eu nunca iria saber disso.

Observou-se também que, frequentemente, os profissionais da enfermagem copiam a receita vencida, trazida pelos usuários, e a levam para o médico assinar, no sentido de poupar o tempo do mesmo, mas não aproveitam a vinda do usuário para medir sua pressão, sua glicemia (se diabético) ou abordar questões sobre seu autocuidado. Paradoxalmente, deixam de atuar dentro de seu núcleo, mas adentram o núcleo de atuação do médico (prescrição de medicamentos), reforçando a ideia de que o tratamento da doença consiste somente no uso crônico de medicamentos. Além disso, como a renovação é automática, ou seja, realizada sem avaliação sobre o uso do medicamento, gera-se maior dependência do serviço, especialmente do médico, estrangulando ainda mais sua agenda e impedindo o acesso de novos usuários, às custas de um cuidado ineficaz, potencialmente iatrogênico.

Desse modo, há sempre um grande déficit de consultas médicas, tanto as destinadas ao agendamento programado como também para a demanda espontânea, agravado por áreas de abrangência maiores do que o preconizado pela ESF e pela falta crônica de profissionais médicos. Nesse contexto, vale destacar

uma forma de organização peculiar do agendamento encontrada no campo de estudo.

CS C

Trata-se de uma equipe que organiza o agendamento clínico por meio de um grande grupo realizado semanalmente no salão da igreja, de que participam o médico, os auxiliares/técnicos de enfermagem, a enfermeira e os agentes comunitários. Todos os usuários sob responsabilidade dessa equipe que buscam agendamento médico são direcionados para esse agendamento.

Cheguei cerca de 7:15h e vi que já tinha uma fila de pacientes na porta do salão para o grupo de acolhimento que iria iniciar às 8h. Quando cheguei, as senhas (ilimitadas) estavam sendo distribuídas. Ajudei as ACS a preencherem o cabeçalho das filipetas. Tinha cerca de 27 pessoas, 11 homens e 15 mulheres. As 3 primeiras pessoas eram homens e referiram que chegaram às 6h para serem atendidos logo. Todos ficam sentados de frente para a mesa onde são colocados os computadores do médico, a impressora e os impressos. Os prontuários não são levados ao salão e a filipeta em que é anotado o motivo da vinda e o encaminhamento dado são posteriormente grampeados no prontuário. Antes de iniciar, o médico dá alguns informes quanto aos fluxos da equipe e como conseguir acesso ao serviço. Para aqueles que não podem vir nesse grupo, orienta-se procurar alguém da equipe durante a semana. Porém, observa-se que o maior fluxo é nesse dia, devido à presença do médico. Embora essa estratégia envolva toda a equipe, inclusive ACS, o atendimento é individual e voltado a otimizar a agenda do médico. Muitas pessoas vêm para agendar consultas de rotina ou por problemas crônicos, renovar receitas de saúde mental ou de HAS/DM, pegar atestados para o INSS ou para o trabalho, agendar consultas para parentes ou vizinhos. A maioria das consultas foram agendadas para 3 meses e os pacientes orientados a virem no acolhimento geral da unidade se houver agudização do quadro. O médico fica no apoio e para resolver, se necessário, algum problema do paciente no momento. Quando é necessário rever dados do acompanhamento anterior, o médico abre um arquivo no seu computador pessoal, onde há o registro dos atendimentos feitos por ele com aquele paciente. Havia também algumas vagas “rápidas” para casos que não poderiam aguardar os 3 meses, demonstrando uma certa flexibilidade para o agendamento.

Essa é considerada a forma encontrada pelo médico para organizar o atendimento da população, mantendo a “porta aberta” e responsabilizando toda equipe. Apesar de estar voltado à otimização das vagas médicas e haja “ruídos” dentro da equipe e

dentre os usuários, observa-se trabalho em equipe, diferente do que comumente se vê no acolhimento burocratizado, em que os usuários necessitam ultrapassar várias barreiras para chegar ao atendimento do médico. É o que mostra o relato abaixo:

**P:** o Sr. tem algum outro problema de saúde, pressão alta, Diabetes? **Sérgio:** pressão eu tenho uma predisposição, inclusive eu tô fazendo uns exames de sangue, porque também o colesterol meu tava alto. Então já é um princípio né, tem que tá cuidando. **P:** mas você tem o pedido de exame? **Sérgio:** na verdade eu vou ver se eu faço esses exames, fica bem barato por esse convênio, eu já fiz por aqui também e não posso reclamar, mas dessa vez eu acho que eu vou pagar um pouquinho mais barato, fazer aqui embaixo nesse convênio. **P:** por que você não faz aqui? **Sérgio:** às vezes é o fato também de fila muito grande, que às vezes de manhã, a fila tá muito grande e a gente que trabalha à noite, cê chega, cê quer ... o quanto antes puder dormir melhor né, então eu prefiro fazer lá e depois como nas quartas feiras tem aqui, o Dr. Atende todas as quartas né, aí eu também tô com o exame pronto né, no grupo, eu vou trazer [...] **P:** apesar de demorado, o Sr. sempre conseguiu atendimento? **Sérgio:** é demorado mas eu sempre consegui e não é só comigo, converso com outras pessoas também.

E também essa entrevista em grupo com 3 usuários que aguardavam na fila do grupo.

**P:** que horas vcs chegaram? **Valdo:** cheguei era 6:10, chegamo junto né? **Cornélio:** é 6:10. **P:** foram as 3 primeiras senhas? **Cornélio:** Isso. **P:** mas o atendimento só começa às 8. **Jesus:** mas quando cê é os primero... **Cornélio:** se você chega cedo, você consegue sair mais cedo né, é atendido mais cedo. **P:** vocês estão acostumados a vir no grupo? **Jesus:** já. **Valdo:** já... **P:** e o que vocês acham do esquema de atendimento? **Cornélio:** foi bom porque, uma que melhorou... ficava muito montado de gente aqui, as pessoas ficavam disputando por exemplo 1 cadeira para sentar né, então lá (salão da igreja) já tem mais espaço, as pessoas já fica mais à vontade né. **Valdo:** foi melhor sim, bem melhor. **Jesus:** é que nem o médico mesmo falou que muitas vezes nem agendava né, a agenda tava fechada, aí no grupo, mesmo que não seja pra logo, mas agenda... **Cornélio:** tá funcionando bem, a forma como eles estão fazendo, tá funcionando bem sim, antes era bagunçado, tem gente que reclama né, é que tem pessoas que reclama de tudo né, não tá contente com nada, mas a gente, como no caso da gente samo velho no bairro, ele tem 30, mais ou menos, 30 anos aqui, então a gente sabe como que era e como que tá hoje né. Lógico, dava pra ter melhorado mais, se realmente, tivesse, por exemplo, uma assistência melhor né, da própria... governo, prefeitura né. O Dr. (nome do médico), no

caso, usa até material dele mesmo, ele compra papel pra imprimir documento, então a gente vê o esforço, né, pelo que ele faz pela população. E muitas vezes não tem apoio do poder público né? **P:** e o que o Sr. acha que poderia melhorar? **Cornélio:** de momento agora aqui, eu acredito que seria melhorar o atendimento em geral. **Valdo:** muita gente [...] é que é longe, né, por exemplo, marco pro dia 11, 23 de Novembro. Nós tamo que mês hoje? **P:** Agosto, então daqui 3 meses. **Valdo:** aí, caso eu senti dor, que eu sinto direto, é, pra mim vim aqui, arrumar um encaixe pra falá com ele pra ele me medicá [...] eu tomo um comprimido, não venho não, eu sei que tá errado, mas aliveia, eu consigo trabalhar quando eu tomo o comprimido, não adianta eu vim aqui que ele vai mandar eu tomá diclofenaco de novo [...] muita gente né, só pra ele, quer dizer, quase eu não passei com ninguém, só pra ele. **Cornélio:** mas ele já tá com um bom tempo como médico aqui, que ele é o médico da nossa equipe, eu, minha mãe, minha esposa, a gente não reclama porque ele é um ótimo médico, procura fazê... dá o melhor dele né, do atendimento pra população. E a equipe também que trabalha com ele. **Valdo:** é, isso aí... e às veis, cê vai no (nome do PA), eles nem olha pra sua cara, já passa uma receita... aqui, pelo menos, senta aí na cama, aonde é que tá doendo, põe a mão em você, lá, nem olha pra sua cara. **Cornélio:** no meu caso teve veis que eu vim marcá consulta pra minha esposa, e o Dr. puxá lá no computador, porque tá lá né, a pasta da gente, aí em veis deu tá marcando a consulta, ele puxá minha oreia, porque que o sr. não veio mais? Porque não veio mais consulta, não procurou mais, né. **Valdo:** ele cobra. **Cornélio:** e seu problema já melhorou? Melhorou. É mais não deixa de lado não, ao mesmo tempo que eu tava marcando uma consulta pra minha esposa, ele já lembrou, ó o sr. não esquece do sr. também não né. A gente vê como ele trabalha né, ele sempre tá se preocupando com a comunidade né. **Valdo:** sorte minha que ele não pediu pra ver meu cartão, porque nunca mais eu medi. **P:** o sr. tem pressão alta? **Valdo:** é 14, 12... **P:** mas o sr. toma remédio? **Valdo:** não, não tô tomando, tava normal, 12 por 8 aí... **P:** desde quando tá normal? Quando foi a última medida? **Valdo:** 01 do 8 de 2016. **P:** ah, faz 1 ano [...] e hoje ele não perguntou da sua pressão? **Valdo:** não, só marquei pra quando eu voltar com ele.

Numa das reuniões dessa equipe, uma das pautas colocadas pela enfermeira foi a solicitação de uma das técnicas de enfermagem (já não mais presente na reunião), para mudar de equipe, uma vez que ela não concordava com a forma de organizar o acolhimento. Uma das auxiliares de enfermagem presente expressou, num tom irritado, que era muita “moleza” o funcionário não querer fazer o serviço que precisa ser feito. Falou também que essa auxiliar não gostava de trabalhar na saúde e

estava no lugar errado. O médico a defendeu dizendo tratar-se de uma pessoa que gosta de “tudo certinho e não consegue fazer mil coisas ao mesmo tempo”, como ele também não conseguia, mostrando certa empatia pela profissional que havia solicitado a saída da equipe. O outro auxiliar de enfermagem disse que a área abrangida pela equipe era muito grande e por isso os profissionais se sobrecarregavam.

Buscando aproveitar a situação para mudar uma forma de organização que trazia incômodo para a equipe, mas que era difícil modificar já que foi a solução encontrada pelo médico para lidar com seu agendamento, a enfermeira colocou que era necessário enfrentar o problema, caso contrário, correriam o risco de nenhum profissional querer trabalhar naquela equipe. Sugeriu realizar um “casa-a-casa” (cadastramento in loco) para comprovar o excesso de famílias sob responsabilidade da equipe, para, então, pleitear a divisão do território junto à gestão. Somente um dos ACS se colocou dizendo que se toda a equipe ajudasse, seria interessante fazer um casa-a-casa, até porque eles não conheciam todo o território. O médico sugeriu utilizar o carro da visita domiciliar para iniciarem o cadastramento. Quase um ano depois, o “casa-a-casa” não havia ocorrido e a organização do acolhimento dessa equipe continuava a mesma, possivelmente aguardando a inauguração da nova unidade básica, prometida há anos pela secretaria de saúde do município. Tal fato demonstrou que a manutenção dessa situação não se dava somente pela autonomia do médico em organizar seu agendamento, mas por toda uma equipe e uma gestão que deixaram de cumprir seu papel, mesmo havendo uma oportunidade para mudar. Perguntado sobre a questão das diferentes formas de organização das equipes relativas à demanda agendada, o gestor local referiu:

CS C

A gente optou, a princípio, por deixar essas diferenças porque [...] por exemplo o agendamento que, bem ou mal, cada uma tava trabalhando de um jeito, mas cada uma tava agendando.

Essa heterogeneidade presente dentro de um mesmo serviço, assim como em diferentes unidades do mesmo município, também está relacionada à falta de clareza da secretaria municipal de saúde quanto ao modelo assistencial adotado para a organização da atenção básica.

CS C – equipe 4

**P:** também não tem muito estímulo da secretaria. **E:** é, nunca teve. **ACS:** nunca teve, mas quando eu entrei o estímulo tava melhor. **E:** parece que agora o município não tem clareza desse modelo na Atenção Básica. **M:** nem todos aqui são médicos de família, eu mesma entrei como clínica, mas pra prefeitura ganhar o dinheiro do ministério eu fui cadastrada como generalista. O meu concurso foi pra clínico.

Desse modo, sem “estímulo gerencial”,

CS C – equipe 4

**E:** muitas coisas são iniciativas da própria equipe, [...] ah, vamos tentar assim, tentar resolver, por isso que cada uma vai seguindo um rumo diferente, porque quando vai fazer isso articulado com toda a unidade é mais difícil, porque é muito mais gente que você tem que convencer, e aí a gente vai tendo iniciativas e a gente pensa assim, se der certo, quem sabe as outras equipes seguem? Mas é sempre por iniciativa da equipe e não por um estímulo gerencial, depende de quem tá, se tá afim ou não.

**4. Dificuldade em debater os problemas internos nas reuniões de equipe** – nas reuniões de equipe são discutidos casos complexos e passados informes. Não são discutidas questões sobre a organização do processo de trabalho das equipes, avaliação de resultados e planejamento de ações.

CS C – equipe 3

**E-CAPS (enfermeira do CAPS AD – apoio matricial):** vocês não conseguem levar isso pra reunião geral? **AE:** então né. **E-CAPS:** o que vocês fazem na reunião geral? Porque olha, se fica na sua escolha individual, enquanto profissional, primeiro que você vai ficar sobrecarregada e vai arrumar conflito com o usuário e com o profissional, se leva pra reunião, pede pro trabalhador se justificar na frente de todo mundo, inclusive da gestão e aí tem uma omissão da gestão também de não olhar pra isso, que é assim, se cada equipe funciona de um jeito, quem gerencia o serviço? Tem conflito na reunião geral? **M:** quase nunca, em geral, uma reunião mais de informe, pontualmente tem algum debate, por exemplo, a gestão trouxe a questão do laboratório, aí teve polêmica, mas muito pouco de falar das questões internas da equipe, processo de trabalho, fluxo, quase que não é o espaço.

O relato a seguir sobre o atendimento de um homem jovem retrata, na prática, as questões acima citadas: o acolhimento queixa-conduta, a fragmentação e

heterogeneidade do trabalho das equipes, territorialização deficiente e a dificuldade em debater os problemas internos. Foi um acolhimento que presenciei, realizado por uma médica e uma enfermeira que estavam propondo que todo acolhimento fosse realizado por profissional de nível superior, médicos ou enfermeiros. Essa proposta surgiu em decorrência das queixas frequentes dos auxiliares e técnicos de enfermagem acerca da sua baixa resolutividade no atendimento das queixas agudas.

Era o terceiro paciente, homem de 27 anos, chegou com queixas inespecíficas que relacionou com o “nervoso” no trabalho. Trabalha numa concessionária de automóveis e disse que sofria muita pressão dos clientes e do chefe, além das metas para cumprir. A médica não perguntou se o paciente era casado, tinha filhos, com quem morava, se fumava, bebia ou fazia uso de outras substâncias. Solicitou agendamento com o médico da equipe, à qual pertence o paciente, orientou-o a vir no acolhimento da saúde mental às terças à tarde e prescreveu um fitoterápico. Não abordou questões relacionadas ao trabalho, além do relatado espontaneamente pelo paciente e dispensou-o sem oferecer atestado médico. Lembrei à médica do atestado e saí para ver se o paciente ainda estava na unidade para ofertar o atestado. Encontrei-o próximo à farmácia e perguntei se não precisava do atestado, ele disse que sim, mas que a médica não ofereceu. Falei que ela iria fazer e então ele voltou para pegar. Na sala de espera, notei que tinha uma senhora que estava esperando o paciente. Puxei conversa e ela disse que era a mãe dele e que ele estava tendo essas crises há algum tempo e estava preocupada. A mãe era diabética, estava com fitas para glicemia capilar na mão.

Para agendar com o médico da equipe à qual o paciente pertence, é preciso deixar o nome na recepção para entrar numa fila de espera, avaliada previamente, por telefone, pela enfermeira. O acolhimento de saúde mental referido pela médica é realizado pelos profissionais do NASF, entretanto a orientação é que os casos sejam encaminhados depois de serem avaliados pelos profissionais da equipe de referência. Ou seja, vemos que o atendimento recebido novamente foi tipo queixa-conduta, não resolutivo, não vinculou o usuário porque o mesmo terá que entrar em outro fluxo de atendimento e, quando ele conseguir, pode ser que o quadro tenha se agravado, pois como refere sua mãe, já fazia algum tempo que ele vinha apresentando sintomas.

Outra questão seria a possibilidade do caso ser trazido pelo agente comunitário da área por tratar-se de uma família que, em teoria, deveria ser conhecida pela equipe por possuir uma paciente diabética (dependente de insulina), no caso, a mãe dele.

#### **4.2.2 Construindo propostas para ampliar o acesso dos homens**

Como visto, a apresentação e discussão do diagnóstico com as equipes mostrou a necessidade de intervir no atendimento à demanda espontânea (acolhimento), buscando um cuidado integral, e investir num processo de territorialização que, de fato, buscase conhecer as famílias e suas necessidades, em substituição ao cadastramento burocrático. Ou seja, qualificar ações que já estavam ocorrendo na prática, como o acolhimento, o cadastramento e as ações de vigilância, de modo a não trazer maior sobrecarga para as equipes e não demandar outros recursos, não disponíveis até o presente momento.

Conseqüentemente, essas ações aumentariam a demanda interna, o que levaria à necessidade de qualificar o cuidado dos crônicos, não somente no sentido de realizar uma “boa prática médica”, mas produzir maior autonomia e não mais dependência, como evidenciado no campo de estudo.

Autonomia aqui tomada como relativa/relacional, inseparável da dependência, voltada ao fortalecimento das relações entre pacientes e profissionais de saúde, no sentido dos doentes se tornarem mais ativos, críticos, conscientes e responsáveis pelo processo saúde-doença (SOARES & CAMARGO JUNIOR, 2007). Nesse contexto,

defender a autonomia não é propor a inversão na relação de hegemonia que se tem hoje, mas reconhecer que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo, com respeito às diferenças de valores, expectativas, demandas, objetivos entre eles. A relação é - e deve permanecer - heterogênea, diversa, plural, reconhecendo-se, porém, que o sujeito do processo terapêutico é a pessoa doente. As medicinas e as tecnologias médicas, assim como os médicos e demais profissionais, devem se colocar como meios, instrumentos que podem e devem ser utilizados pelos doentes no processo saúde/doença. (SOARES & CAMARGO JUNIOR, 2007, p. 73)

Com relação ao acesso ao medicamento, embora seja um dos importantes pilares do tratamento das DCNT, “a utilização inadequada dos medicamentos pelos

usuários e pelos serviços de saúde costuma levar a resultados desastrosos” (BRASIL, 2014b, p.39). Nessa perspectiva, torna-se importante orientar “o usuário sobre seus medicamentos e problemas de saúde, de modo a aumentar sua autonomia sobre o tratamento e a promover o autocuidado apoiado.” (BRASIL, 2014b, p. 72)

Para isso, seria necessário melhorar o trabalho em equipe multidisciplinar, aumentando a cooperação entre os profissionais, descentrar do cuidado médico, instituindo outras ofertas além da consulta médica (desmedicalizar) e horizontalizar as relações, compartilhando o cuidado, não somente dentro das equipes de referência, mas também com o NASF e outros serviços de apoio especializado.

Como apontado por dois profissionais médicos, investir na saúde do homem não significa criar serviços ou programas específicos, mas abordar suas necessidades por meio de um cuidado integral:

CS C – equipe 3

**M:** tentar deixar essa porta aberta porque às vezes a gente tenta encaixar essa pessoa num programa, mas não tem programa pra saúde do homem, né, eu acho que o câncer de próstata é bem controverso... cada vez mais tem recomendação do ministério que não tem que ficar procurando em todo mundo como a mídia e os urologistas dizem pra fazer, mas mesmo que fosse câncer de próstata, é só uma das coisas que ele pode ter como problema de saúde e, se ele tiver hipertensão, tiver diabetes, se tiver tuberculose, se tiver com alguma coisa que precisa, tá aberto. Por exemplo, caminhoneiro que é diabético, então a gente tem que dar um jeito de atender ele aqui quando ele tá de folga, pra ajustar a insulina dele, pra não passar mal de madrugada, tem as peculiaridades da vida e do trabalho... ah, ele veio por causa do exame da próstata, às vezes você vai ver a demanda da próstata, a necessidade é uma hemorróida, que não tem nada haver com próstata, é só o jeito dele chegar e... você viu que ele tá hipertenso, opa, vamos aproveitar a brecha.

CS B – equipe 4

**M:** eu sou contra o Outubro Rosa. **TO:** Porque? **M:** porque são campanhas direcionadas. Outubro Rosa, a fazer mamografia e o Papanicolau, e o Novembro Azul, pelo menos, o Ministério da Saúde que há uns 2 anos atrás mudou pra tentar focar o homem integralmente, mas era feito, na questão do câncer de próstata e a gente já sabe que pedir o PSA de rastreamento causa mais mal do que bem, porque a gente corre o risco de encontrar é... células que não serão cancerígenas, mas que

serão tratadas como cancerígenas, isso vai trazer o que? Um problema para o homem que ele vai ser tratado, vai correr o risco de ter outros problemas, que é incontinência e impotência e ele não vai ter ganho de vida. Então, o rastreamento é importante quando a gente vai diminuir a mortalidade e isso não acontece na questão de eu pedir o PSA desse jeito. Fazer o Novembro Azul integrando o cuidado do homem geral - ah, porque que você vem na consulta? Porque você tem que fazer atividade física, você tem que se alimentar melhor, você tem que parar de fumar, e eu pesquisar e ver o homem como um todo é uma coisa, eu fazer o Novembro Azul, olhando ele simplesmente como se ele fosse uma próstata, eu sou contra e é mais ou menos o que acontece em todos lugares.

Assim, dada a complexidade da proposta, que exigiria dos profissionais ressignificar o processo de produção do cuidado, pesquisadora e gestores, tanto do CS B quanto do CS C, acordaram trabalhar, inicialmente, com uma equipe de cada serviço e ampliar para as outras à medida que as mudanças fossem incorporadas e, indubitavelmente, atingissem os profissionais das outras equipes.

#### 4.2.2.1 Escolha das equipes

No CS C, a escolha da equipe teve como base:

- a percepção de uma maior disponibilidade e flexibilidade de um dos clínicos para o atendimento da demanda espontânea, mesmo que o usuário residisse em área cuja responsabilidade fosse de outra equipe, ou seja, priorizava as necessidades do usuário, independente de como o serviço estava organizado;

**M:** os homens vêm, eu tenho uma demanda de homens muito grande, sabe que vai passar, já passa, fica vinculado, me abordou agora, pai de um trabalhador - doutor, meu filho falou que sr. poderia olhar né, e se tiver alterado, falar pra ele vir, porque daí ele vai ter que pegar o atestado né. Falei - ó, pode mandar ele vir, porque eu tenho que transcrever esse exame e ele tá com uma gastrite e esofagite gigante, vou medicá-lo e encaminhar pro gastro [...] às vezes eles vêm num horário, que é padrão pra eles, então eles vêm na hora do almoço, tem uns que chegam 18 horas, 18 e 30, então eles já vêm pra não perder o dia de trabalho. **P:** quando eles vêm você encaixa? **M:** a gente encaixa e ele passa a vir com a gente né, então eles passam pra fazer exame **P:** quando você tem essa abertura pra encaixar, eles passam a ter um vínculo? **M:** eles passam a confiar no profissional, eles me pegam no corredor, eles percebem e falam - dr., posso falar com o sr? Eles passam a confiar. **P:** mas depende de uma postura do profissional. **M:** é, do profissional, se o profissional não se abrir ele não vem. Essa é a minha concepção de profissional,

onde eu passei eu fui lembrado, isso é pra mim né... Mas a agenda tá muito abarrotada, saí daqui com 17 atendimentos na sexta-feira, a média é 12, 13.

Interessante notar nesse relato que, apesar da flexibilidade do médico em facilitar o acesso e a vinculação dos homens, ele se sobrecarrega ao se responsabilizar pelos usuários que o procuram, independente do agendamento. Tal sobrecarga se agrava porque os usuários buscam ser atendidos por esses profissionais, como ele mesmo referiu: “onde eu passei eu fui lembrado”

- a existência de profissionais do NASF que vinham discutindo com essa equipe a importância de trabalhar as necessidades do território. Foi feito um levantamento dos usuários de medicamentos para HAS e DM por meio do sistema de dispensação da farmácia e solicitado que os ACS identificassem esses usuários no território;
- além disso, esses mesmos profissionais (NASF) estavam propondo outras ofertas para o seguimento dos crônicos, para qualificar o cuidado e descentralizá-lo do médico, em substituição à prática de renovação automática de receitas.

**NASF:** a gente tem feito uma reflexão no NASF que a gente precisa avançar um pouco nessa coisa do território, de procurar realmente as necessidades e eu tô vendo aí o seu trabalho e eu acho que você poderia apresentar pra nossa equipe, porque eu acho que a gente poderia fazer boas trocas, pensar junto, a gente tá tentando se reestruturar e dentro disso, pensando num momento pra começar a estudar mesmo e planejar ações mais ampliadas, porque, até hoje, a gente trabalhou muito centrado nas necessidades das equipes, na demanda das equipes, então extrapolar um pouco isso, ampliar né.

Nesse último relato, essa questão: “até hoje, a gente trabalhou muito centrado nas necessidades das equipes”, chama a atenção de que é preciso conhecer melhor a população abrangida, suas demandas e necessidades, para, de fato, mudar o foco do trabalho em saúde, a organização dos serviços e suas ofertas em prol dos usuários.

A partir da percepção de que as demandas trazidas pelos usuários, em geral por consulta médica, mascaram, na verdade, outras necessidades, a unidade que conta

com o apoio do NASF criou outras ofertas, apoiadas no trabalho da equipe multidisciplinar, como o grupo de etilistas, de tabagismo, de crianças e familiares com demandas na área de Saúde Mental e de Fonoaudiologia, grupos de artesanato, atividade física, grupo para abordar mudança de hábitos e comportamentos do doente crônico e de seus familiares e grupo de homens com demandas em Saúde Mental. Interessante notar a participação de profissionais de diferentes áreas, por meio do atendimento compartilhado com os integrantes do NASF, o que qualifica o cuidado sem medicalizar, à medida que a responsabilidade e a prestação do cuidado continuam a ser da equipe de referência.

Observa-se a visão ampliada do processo saúde-doença nessa unidade.

Em conversa com uma das aux. de enfermagem da equipe 3, ela sugeriu que eu conhecesse o grupo que acontecia todas as manhãs e 3x por semana, à tarde. Um grupo de promoção da saúde, onde as pessoas fazem atividade física, dançam e se divertem. Ela disse que muitos pacientes que começaram a frequentar o grupo começaram a vir menos no acolhimento (ou seja, diminuiu a procura por consulta médica).

E também o empoderamento da equipe por meio do trabalho conjunto com o NASF e apoio do CAPS, como vivenciado no seguimento de um usuário da equipe 4.

Tratava-se de um usuário com pensamento persecutório exacerbado, provavelmente portador de Esquizofrenia, que se negava a ir ao CAPS, pois referia que não era o local apropriado para ele. Assim, acompanhei uma visita domiciliar com a enfermeira e agente comunitária, junto com o psicólogo do NASF para uma tentativa de aproximação e criação de vínculo de confiança. Ao demonstrarmos preocupação pelo seu estado de saúde geral, desfocando o problema mental, convencemos o mesmo a ir ao Centro de Saúde para uma consulta de rotina com a médica clínica. Na consulta, oportunamente, após orientação do psiquiatra do CAPS, a médica conseguiu introduzir medicação psicotrópica e estabilizar o paciente, que continuou a ser seguido no Centro de Saúde por meio do cuidado compartilhado com o NASF e apoio do CAPS.

Um cuidado desmedicalizado, à medida que buscou estabilizar o usuário sem encaminhá-lo para um tratamento especializado, muitas vezes estigmatizante e que potencialmente poderia causar maior dependência.

No **CS B**, optou-se pela equipe que contava com uma médica com formação em Saúde da Família e que já havia tentado colocar esse modelo em prática. A discussão abaixo mostra o olhar diferenciado da médica.

CS B – equipe 4

**P:** às vezes vocês atendem mulheres e elas comentam do problema do marido. **M:** sempre é aberto pra atender, às vezes eu marco, falo até pra vir na mesma semana. Teve um paciente que eu pedi até pra vir no dia seguinte. Aquele que [...] reclamou que a família era Testemunha de Jeová. **Residente SF:** ah, sim. **M:** a esposa veio no dia anterior, falou que ele tava deprimido, muito triste, e que ele não vinha no posto de qualquer jeito, daí eu falei assim - então fala pra ele vir amanhã que eu vou atender [...] você acha que ele vem? Ela falou assim - eu vou fazer de tudo pra ele vir, aí ele veio. **Residente SF:** ele veio, reveio já, veio na segunda consulta. **P:** ele não tinha nenhuma consulta agendada? Ele passou na recepção, no acolhimento? **M:** não, eu já falei pra ela vir e que eu chamaria lá fora, na hora que ele chegasse. **P:** isso é comum no serviço? **TO:** eu acho que a sensibilidade do profissional também de acolher o sofrimento do paciente, a (nome da médica) tem essa facilidade de percepção [...] tem uma consulta qualificada nesse sentido de acolhimento, mas muitas vezes [...] há pressão na produção, especialmente o médico, de 20 minutos por consulta, 3 por hora, não é viável, às vezes é complicado né [...] é que tem profissionais de muito gabarito que fazem isso porque são excelentes profissionais, tô falando da (nome da médica), inclusive. **M:** obrigada. **TO:** que tem essa qualidade mesmo em 20 minutos, quer dizer, você tem que ter essa empatia com o sofrimento, com a dor do outro, inclusive do homem, né?

#### 4.2.2.2 Alguns instrumentos para auxiliar no processo

Quando falamos em Integralidade, muitos profissionais conceituam o termo corretamente, entretanto, na prática diária, frente à demanda, focalizam apenas a queixa.

CS B – equipe 2

**P:** o que vocês entendem por integralidade do cuidado? **AE:** não focar só naquilo, é tentar procurar ver o paciente como um todo, por exemplo, eu fico lá no curativo, então eu pego só faço curativo, só que paciente é diabético, então eu tenho que ver se a diabete dele tá legal, se tá tomando antihipertensivo [...] **P:** então geralmente você aproveita pra perguntar? **AE:** sim, a maioria dos curativos [...] todos são diabéticos e tá todo descompensado, é sistema nervoso, fica muito agitado, então a

gente tenta orientar pra ficar mais calmo, tomar um chá pra relaxar um pouco mais, fazer dieta, muitos não fazem né. **P**: e você aproveita para ver a glicemia, pressão? **AE**: a gente faz, às vezes [...] às vezes tem 5-6 em seguida, não dá.

Ao final de uma das reuniões de equipe, no CS A, quando quase todos já tinham saído, uma das auxiliares de enfermagem veio conversar comigo e falou que tinha achado interessante a discussão sobre “demanda x necessidade de saúde” e disse ser importante pararmos para refletir sobre o nosso trabalho e que, quando se tem mais tempo para acolher, é possível distinguir demanda de necessidade de saúde.

A devolutiva dessa profissional reforça a ideia de que o cuidado representa uma forma de interação entre profissionais e usuários, permeado pela utilização das chamadas tecnologias duras, leves-duras e leves (MERHY, 2004), na qual emerge um “saber,” chamado por AYRES (2004) de sabedoria prática.

Um saber baseado no juízo prático de quais tecnologias utilizar, desenvolver, combinar ou transformar. “Trata-se de uma sabedoria que não cria produtos, não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis, não cria universais, posto que só cabe no momento mesmo em que os seus juízos se fazem necessários” (AYRES, 2004b, p.86).

Como apontado por MENDES-GONÇALVES (1992),

Seria inadequado, contudo, buscar apreender a priori o que sejam necessidades radicais de saúde, pois essas só são apreensíveis no concreto, enquanto manifestação subjetiva de um sujeito em objetivação, impensáveis que são em si mesmas, fora de suas relações em estruturas de necessidades.

Nesse sentido, AYRES (2004b) destaca:

Recuperar a dignidade da sabedoria prática, da phrónesis, abrir espaço para a reflexão e a negociação sobre objetivos e meios das ações em saúde, sem determinar de modo absoluto e a priori onde e como chegar com a assistência: eis como vemos configurarem-se o norte político e as tarefas práticas de uma reconstrução das ações de saúde quando se tem o Cuidado como horizonte. (p. 86-87)

Para PINHEIRO (2008), produzir um cuidado integral significa modificar a própria prática, voltada, em geral, somente à formulação de diagnósticos para evidenciar

lesões e doenças, para se aproximar dos diferentes sujeitos, acolhendo suas demandas e necessidades.

Assim, uma forma de objetivar e instrumentalizar a discussão com as equipes do que seria, na prática, um atendimento integral, foi discutir com as equipes escolhidas casos atendidos nos próprios serviços, como o relatado abaixo e mais 3 outros (já relatados no diagnóstico), que estão descritos no Apêndice 3.

CS C – equipe 3 – caso atendido no acolhimento

**AE:** eu peguei um paciente aqui esses dias, ele falou assim, olha eu vim aqui porque minha esposa fala que eu preciso fazer exame de próstata porque com 40 anos tem que fazer, aí eu fui fazer o acolhimento, ver sinais vitais, a pressão dele tava super alta, falei - você toma remédio pra pressão? Não, não tenho problema de pressão. Falei - tem sim, pelo jeito tá alta e bem alta [...] e a gente ficou conversando e ele falou que trabalha, viaja muito e não sei quê, aí falou que a mãe dele tinha falecido, que era diabética, aí falei, e você? Já fez exames pra ver? Ele é equipe 4, aí fui fazer um dextro dele e deu super alto, mandei ele pra (enfermeira eq.4), que falou - diabético, hipertenso, e veio aqui pra ver o negócio da próstata.

O relato da auxiliar de enfermagem mostra um acolhimento em que foi possível identificar outras necessidades de saúde além da demandada pelo usuário, unindo assistência com prevenção. Além disso, o cuidado foi centrado no usuário e desburocratizado, à medida que a profissional perguntou sobre o trabalho e familiares do usuário, e apoiou-se no trabalho da equipe multidisciplinar, ao encaminhá-lo para o atendimento com a enfermeira de outra equipe (a qual pertence o usuário), que não a dela, no mesmo dia (o que facilitou o acesso ao seguimento longitudinal). Parecem ações banais, mas ao compararmos com os casos em que o acolhimento foi do tipo queixa-conduta, observa-se que a atitude da auxiliar de enfermagem buscando conhecer esse usuário, independente de sua demanda por um exame de próstata, modificou todo o direcionamento do cuidado, o que, para o usuário representa um ganho incomensurável. Do contrário, um atendimento tipo queixa-conduta, provavelmente, direcionaria esse usuário para um agendamento na recepção, se disponível, a perder de vista, com sua equipe de referência para que fosse avaliada sua solicitação do exame de próstata. Observa-se, como ocorre com o médico que se sobrecarrega ao assumir casos, independente da equipe de

referência a que pertençam, que a finalidade do trabalho, em ambas as situações, é o usuário e não a organização do serviço ou a “necessidade das equipes”, como pontuado pela profissional do NASF. Muitas vezes, os meios, como as “regras” que organizam o serviço, acabam por substituir o fim, ou seja, se o usuário não comparecer no local correto, num horário pré-estabelecido e for atendido pelo profissional responsável por sua equipe, dificilmente ele terá sua demanda ouvida e necessidades satisfeitas.

AYRES (2004b), ao refletir sobre o cuidado e a necessidade de reconstruir as práticas de saúde afirma:

é preciso que não apenas o alcance de fins, mas também a qualidade dos meios, isto é, a efetividade comunicacional das atividades assistenciais, em termos de forma e conteúdo, se incorpore como preocupação e norte do planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde. (p. 89)

Para MERHY (2004),

um grande desafio dos que se preocupam com os processos de gerenciamento do cuidado em saúde, no interior dos estabelecimentos, é procurar a combinação ótima entre eficiência das ações e a produção de resultados usuários centrados, isto é, procurar a produção do melhor cuidado em saúde, aqui considerado como o que resulta em cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva. (p. 122)

Para tanto, esse mesmo autor destaca a importância do uso das chamadas tecnologias leves, relacionais, que possibilitam identificar e contextualizar as necessidades dos usuários, estabelecer vínculo e responsabilidades, buscando uma maior autonomia dos indivíduos. (MERHY, 2004)

Além de **qualificar o acolhimento**, outra frente para intervir seriam as ações no território, como o **cadastro** e a **vigilância dos grupos de risco**. Assim, foi sugerido, na reunião semanal das equipes, que os ACS trouxessem os mapas, para que identificássemos as ruas já cadastradas e prosseguíssemos com as famílias desconhecidas. Coloquei-me à disposição para acompanhar as visitas e o trabalho no território, uma vez que nas visitas domiciliares com as equipes, durante o processo de observação participante, muitas vezes vi que os agentes comunitários não se envolviam muito com o cuidado do paciente, talvez por ser mais uma visita para procedimentos médicos ou de enfermagem, mas o que chamou minha atenção

foi que muitos ficavam dentro do carro enquanto o restante da equipe estava dentro do domicílio. Outra dificuldade relatada pelos ACS era encontrar homens, em idade produtiva, no horário das visitas ao domicílio. Sugeri que poderia acompanhá-los para que tentássemos obter informações acerca deles, a partir do familiar que nos atendesse. O intuito era ressignificar o trabalho dos ACS, a partir da vivência e da reflexão da prática cotidiana, direcionando-o para uma “Clínica Ampliada”, em substituição à prática burocrática do cadastramento. Como apontado por FAVORETO (2004), em ensaio sobre a clínica voltada para um cuidado integral,

nos novos cenários, nos processos de organização ou entre os profissionais envolvidos nas práticas em saúde no âmbito dos modelos assistenciais do SUS – como é o caso do PSF, da medicina de família ou dos programas de saúde que integram as dimensões biopsicossociais em seus arranjos operacionais – vêm sendo construídos novos modos de agir e de interagir com a prática, uma nova relação com o objeto da atenção (o sujeito) e não exclusivamente com a doença ou as lesões. Este seria um processo empírico que não teria uma lei geral determinante, mas uma sensibilização, uma postura e um conjunto de habilidades que proporcionam novas sínteses e práticas mais apropriadas a responder às necessidades dos sujeitos em suas diferentes dimensões e construções culturais e conjunturais. (p. 210)

Embora no modelo da ESF esteja preconizado que o ACS seja um integrante da comunidade, inclusive residindo na área abrangida pela unidade, o lugar ocupado pelos ACS é fonte de conflitos e tensões, uma vez que os mesmos representam, ao mesmo tempo, o usuário e o serviço. Na prática, o ACS acaba por ser absorvido pela equipe, profissionalizando-se e passando a operar do mesmo modo que os outros profissionais, perdendo sua identidade de representante da comunidade. Nesse contexto, tendem a permanecer na expectativa de ordens gerenciais e da equipe, tornando-se aquele que “faz tudo”, “tapa buracos” e leva mensagens”. (FURLAN, 2008)

Quando uma política pública nacional de saúde propõe que uma pessoa, no caso o ACS, esteja no território para olhar para o sócio-cultural da comunidade, entendendo que é um fator importante do processo saúde-doença, abrem-se brechas para que isso apareça, e que, de alguma forma, devam ser encontrados caminhos para se trabalhar essas questões. O ACS incomoda porque traz algo de difícil, de complexa relação e intervenção, sendo o porta-voz dessas questões. Isso pode

fazer com que ele se identifique mais com a equipe, como uma forma de se proteger de demandas excessivas ou de um campo de sofrimento, do contato com as histórias de vida dos usuários, atrás do status de ser “da saúde”. O ACS é silenciado e silencia-se na equipe, pela dificuldade de se trabalhar com esses dados no cotidiano das práticas, que são do campo da subjetividade e do modo de vida que cada um bem pretende levar. (FURLAN, 2008, p. 384-385)

Como se verá adiante, em nenhuma das unidades os ACS solicitaram que eu os acompanhasse e também não trouxeram os mapas.

#### **4.2.3 O processo no CS C – equipe 1**

Após a discussão do diagnóstico, houve 4 reuniões com a equipe escolhida do CS C. A primeira reunião foi voltada para pactuar o desenvolvimento de ações voltadas à qualificação do trabalho no território e no acolhimento, ao que, de modo tímido, responderam que poderiam tentar. A segunda reunião teve como foco a discussão dos casos preparados, frente aos quais a equipe se mostrou surpresa, relatando que não imaginavam que tais situações, especialmente aquelas referentes ao acolhimento tipo queixa-conduta, ocorriam no serviço. Nesse contexto, busquei refletir sobre a organização do serviço e o cuidado produzido, em especial no acolhimento. O intuito foi buscar uma prática mais integral, baseada no trabalho em equipe, e nas propostas do NASF, buscando também qualificar o cuidado dos crônicos. Além disso, sugeri ir a campo com os ACS para vivenciar com eles o processo de cadastramento e identificar elementos da prática que pudessem ser discutidos e ressignificados.

Entretanto, não houve adesão e comprometimento dos profissionais, não somente ao projeto da presente pesquisa, mas também às propostas do NASF para qualificar o cuidado dos crônicos.

Nesse contexto, destaca-se que, embora a gestão local apoiasse tanto as propostas do NASF, como o projeto de pesquisa, ela não esteve presente em nenhuma das reuniões. Assim, propus ao gerente local levar essa discussão para o colegiado gestor. O intuito era utilizar o colegiado como um espaço legítimo para o estabelecimento de consensos e pactuações acerca da organização do processo de

trabalho e da gestão do cuidado, uma vez que a proposta de trabalhar inicialmente com uma das equipes, para depois ampliar para o serviço todo, não havia logrado.

Nessa perspectiva, participei da próxima reunião geral, voltada a todas as equipes da unidade, para exposição daquela proposta. Na reunião geral, a maioria dos profissionais demonstrou certa apatia. Uma auxiliar de enfermagem questionou sobre o que seria ampliar as ações no território e respondi que precisávamos conhecer melhor as necessidades da população, não somente daqueles que conseguiam chegar ao serviço. Ela respondeu que eles já conheciam bem os usuários e o que mais faziam era acolhê-los. Uma outra profissional da odontologia retrucou dizendo que os homens não vinham porque são folgados, por falta de interesse pela própria saúde.

Em geral, as justificativas dadas pela equipe focalizam fatores externos a elas, como evidenciado por estudo de NUNES et al. (2018) sobre o papel da gerência nas UBS:

Em relação às dificuldades para o gerenciamento local, os obstáculos apontados concentram-se em itens “externos” à governabilidade da própria unidade, tais como falta de recursos humanos, espaço físico e “inadequação” na postura dos usuários em seguir as normas e limites de serviços que dificultem o acesso. Questões mais internas à organização do trabalho foram referidas com menor frequência, como a dificuldade em realizar trabalho em equipe ou a falta de capacitação ou compromisso de diferentes profissionais. (p. 6)

Coloquei que nós, profissionais de saúde, não conhecemos muito bem essa parcela da população, homens em idade produtiva, pois, originalmente, os CS são voltados para o cuidado da saúde materno-infantil. Desse modo, seria necessário discutir essas ações no colegiado porque envolviam mudanças no processo de trabalho, no agendamento e até na ampliação do olhar da equipe, para o qual o NASF vinha contribuindo. Um dos médicos colocou que achava ser possível trabalhar a partir do colegiado gestor e uma das enfermeiras, que trabalhava junto à gestão para qualificar o acolhimento da unidade, quis discutir mais sobre as propostas. Pela existência de outras pautas, acabei sintetizando que seriam no âmbito do acolhimento, condizentes com o trabalho que já estava sendo desenvolvido na unidade, e do cuidado aos crônicos, alinhado às propostas do NASF, que estava

trabalhando com as equipes a necessidade de melhorar a vigilância dos hipertensos e diabéticos por meio do ACS.

Assim, ao final, acordou-se minha participação na próxima reunião do colegiado.

Entretanto, a reunião foi desmarcada um dia antes pelo gestor local, devido ao surgimento de outra reunião fora da unidade. Na semana seguinte, perguntei ao gestor se a reunião do colegiado havia sido reagendada e a resposta foi negativa.

A gestão colegiada era uma das diretrizes do Projeto Paidéia, implementado na área da saúde do município do estudo, de 2001 a 2004; esse projeto sofreu influência de estudos desenvolvidos no Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, no final da década de 80. A ideia era buscar

a melhor representação possível dos trabalhadores nos colegiados, visando à constituição de espaço coletivo de contraste, disputa e composição das diferentes visões e interesses dos atores organizacionais, na perspectiva de uma prática mais solidária, menos alienada e mais cuidadora dos usuários. (CECÍLIO, 2010, p. 557)

Entretanto, na prática, muitos trabalhadores não sabem o significado dos colegiados gestores, constituindo-se, muitas vezes, em espaços para transmitir as diretrizes do nível central e discutir assuntos administrativos (escalas, licenças, faltas, etc.). Em geral não é um espaço utilizado para discutir, planejar e avaliar a gestão do cuidado e o processo de trabalho na unidade (CECÍLIO, 2010), situação também evidenciada no campo.

Nesse contexto, percebeu-se que, embora o cotidiano do serviço seja atravessado por inúmeras demandas e, tanto o gestor quanto as equipes tivessem aderido, voluntariamente, a um projeto com desenho participativo, de fato não se assumiu, um compromisso com a pesquisa.

Ainda assim, participei de mais duas reuniões da equipe 1 (escolhida inicialmente), onde ficou evidente a resistência dos ACS, que não deram resposta às demandas do NASF e do projeto, assim como da enfermagem, que não se dispôs a enfrentar o problema da renovação automática de receitas por meio de atendimento conjunto com a farmacêutica do NASF.

Na última reunião, a profissional do NASF disse ser necessário respeitar o “tempo da equipe”, no sentido, talvez, de que o amadurecimento dos profissionais leve tempo.

Como destacado por GRITTEM, MEIER & ZAGONEL (2008), em revisão sobre a utilização da pesquisa-ação em pesquisas da área da enfermagem: “uma limitação no desenvolvimento desta metodologia, talvez seja o tempo necessário para a efetivação das ações propostas.” (p. 768)

No entanto, não há amadurecimento sem responsabilização e compromisso, nem com o passar do tempo.

#### **4.2.4 O processo no CS B – equipe 4**

Foram realizadas 6 reuniões, enumeradas a seguir.

##### **1. Adesão da equipe**

Após apresentação e discussão do diagnóstico com a equipe escolhida do CS B, foi realizada uma reunião para dar início às discussões de propostas que ampliassem o acesso dos homens ao serviço. O enfermeiro estava em férias e somente 2 dos 4 ACS participaram, sendo que um não quis participar da pesquisa (não assinou o TCLE desde o início da pesquisa). Fiquei surpresa com uma das auxiliares de enfermagem, ao colocar que tinha sido uma boa escolha trabalhar com aquela equipe, pois ela e o outro auxiliar de enfermagem dessa mesma equipe ficavam quase diariamente no acolhimento no período da manhã. Apesar de ser uma profissional antiga no serviço, o que, em geral, levaria a pressupor maior resistência a mudanças, sua fala demonstrava disposição. Era como se a escolha daquela equipe mostrasse um certo reconhecimento do trabalho realizado por eles, especialmente no acolhimento.

Por outro lado, num tom ligeiramente desconfiado, uma das ACS perguntou o que, na prática, eles teriam que fazer. Respondi que a proposta era dar continuidade ao cadastramento das famílias, conforme estabelecido pela secretaria de saúde do município, buscando conhecer seus integrantes, não se esquecendo do homem em idade produtiva. Além disso, identificar riscos e vulnerabilidades visando facilitar o acesso ao cuidado longitudinal.

Ao final da reunião, alguns profissionais colocaram que o enfermeiro da equipe estava em férias, optando-se, então, por aguardar seu retorno para aderir à proposta. Tal colocação demonstrava certa resistência de parte da equipe em dar continuidade ao projeto.

## **2. Adesão do enfermeiro**

Uma dificuldade organizacional vista nessa equipe foi o desencontro entre o horário de trabalho do enfermeiro, vespertino, com o da maioria dos outros profissionais, predominantemente matutino. Tal situação impacta o trabalho em equipe, na medida em que os profissionais vivenciam e compartilham realidades diárias diferentes, além da clientela atendida pela equipe concentrar-se no período em que há maior disponibilidade médica, no caso, pela manhã e início da tarde.

Recentemente, o horário de funcionamento dessa unidade havia sido reduzido (das 7-21h para 7-19h), por determinação da secretaria municipal de saúde. Segundo o gestor, essa alteração ocorreu no sentido de otimizar recursos, uma vez que depois das 19h havia poucos atendimentos. Para um dos profissionais, embora o funcionamento estendido favorecesse, potencialmente, o acesso de usuários trabalhadores, na prática isso não ocorria pela dificuldade de fixar médicos nesse horário. Assim, os profissionais que trabalhavam até às 21h tiveram que readequar seus horários, como no caso do enfermeiro dessa equipe. Entretanto, como o mesmo trabalhava em outro local no período da manhã e início da tarde, parte de sua carga horária passou a ser cumprida num serviço de pronto atendimento do mesmo município.

Como a proposta era fortalecer o trabalho em equipe e, naquele momento, estava havendo realocação de enfermeiros devido à saída de um deles da unidade, conversei com o gestor local sobre a viabilidade de trocá-lo com outro que tivesse horário mais compatível com o dos outros membros da equipe. O gestor, então, comprometeu-se a discutir essa possibilidade com a equipe. No entanto, antes que houvesse qualquer reunião para analisar essa troca, o enfermeiro já sabia da proposta (por outra fonte de informação, que não a gestão). Mesmo assim, essa questão do horário foi colocada na reunião e ele respondeu, prontamente, que

aceitaria participar das discussões e faria o que fosse possível para o andamento do projeto, dando a entender que não era necessária a troca com outro profissional.

Evidenciou-se o “poder” desse profissional dentro de sua equipe, inicialmente quando os outros membros decidiram aguardar seu retorno das férias para decidirem ou não pela adesão à continuidade do projeto e, depois, por ter conhecimento de uma proposta que, até então, não lhe havia sido apresentada. Trata-se de um profissional antigo no serviço e que possui grande força política, não somente na equipe da qual faz parte, mas em toda a unidade.

Essa situação representa um dos “ruídos”, entre tantos, causados pelo projeto.

Essa idéia de ruído vem da imagem de que, cotidianamente, as relações entre os agentes institucionais ocorre no interior de processos silenciosos até o momento que a lógica funcional, predominante e instituída seja rompida [...] A possibilidade de escutar os ruídos do cotidiano institucional é parte de ferramentas analisadoras dos processos institucionais e pode permitir a reconstrução de novos modos de gerir e operar o trabalho em saúde. (MERHY, 2004, p.128-129)

Nesse contexto, a possibilidade de modificar o que está instituído, trouxe à tona o jogo de interesses e de poder presentes no campo de pesquisa. Como apontado por PAULON (2005), sobre a análise de implicação na pesquisa-intervenção:

a análise micropolítica das produções coletivas viabilizadas pela pesquisa-intervenção vem-se mostrando uma rica e desafiadora abordagem da realidade social que, quando concebida em toda sua multiplicidade e complexidade histórica e política, não cabe em categorias gerais pré-formuladas nem pode ser circunscrita em modelos e conceitos pressupostos. (p.24)

Ao final da reunião, todos (médico, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem, ACS e terapeuta ocupacional) concordaram em aderir ao projeto. Sugeri, então, que os ACS trouxessem o mapa do território e os cadastros já realizados na próxima reunião semanal da equipe, para planejarmos e darmos continuidade ao trabalho no território.

### **3. Boicote dos ACS e discussão de casos**

Na reunião seguinte, nenhum dos ACS compareceu. Eu esperava que eles trouxessem o que havíamos combinado na reunião anterior. Frente a isso, propus discutir com o restante da equipe (médico, enfermeiro, auxiliares e técnicos de

enfermagem e residentes médicos) os casos preparados (Apêndice 3) de usuários homens e de profissionais que foram entrevistados. Foi possível discutir integralidade, cuidado centrado na pessoa, atendimento “queixa-conduta” e trabalho em equipe, questões importantes relacionadas ao acolhimento.

Como apontado por CYRINO (2009), em estudo sobre o autocuidado no diabetes,

Na genérica denominação “atenção centrada no paciente”, há uma diversidade de proposições de reorientação da prática de atenção - especialmente médica – que, sob a influência de outros campos do conhecimento, destacadamente da psicologia e das ciências sociais, têm como elemento comum a percepção das limitações do modelo médico tradicional. (p.63)

No contexto desse estudo, centrar o “cuidado no paciente” significa ampliar o olhar, ou seja, incluir aspectos da vida pessoal, familiar, social e do trabalho, implica compor as demandas da Medicina, como a identificação precoce de HAS e DM, com esses aspectos do sujeito integral. E, acima de tudo, traduzir demandas, que muitas vezes não se encaixam nos parâmetros da Medicina.

Para isso, é importante estabelecer um vínculo equipe-usuário disposto a acolher todos os aspectos que compõem a saúde, aproveitando o momento em que o usuário busca o serviço, no momento do “acolhimento”, mas também durante a realização do cadastro domiciliar. Tal situação permite ir além do seguimento tipo “consulta/exame/remédio”, centrado no médico e habitualmente oferecido aos doentes crônicos, para um cuidado baseado na equipe multidisciplinar e com outras ofertas, que certamente exigirá trabalho intersetorial.

A discussão dos casos mobilizou a equipe, gerando discussão e reflexão sobre o processo de trabalho, como relatado pelo médico residente.

**Residente:** o que eu posso falar desse primeiro caso (usuário que veio no acolhimento pedindo exame de próstata e foram identificados HAS e DM), eu não trabalho aqui, trabalho no hospital, eu vejo o evento final [...] esse daqui é um paciente que tá descompensado, mas não chegou ao ponto de tá hospitalizado por uma descompensação clínica [...] Então quando eu vejo esse caso, eu já imagino esse cara daqui uns 10 anos lá, no hospital com um AVC [...] e aí a gente até brinca assim quando a gente pega os pacientes da clínica médica, a gente fala assim – ah, sabe aquele paciente com tigrina sérica elevada?

Interessante notar a visão dos profissionais que trabalham no hospital em relação ao paciente que apresenta alguma complicação da HAS e/ou DM, que é rotulado “tigrão” por se atribuir a uma opção dele não se cuidar adequadamente, esquecendo-se que, muitas vezes, como no caso discutido acima, a detecção precoce e a vinculação ao tratamento longitudinal dependem da AB.

Nessa perspectiva, a partir de uma demanda qualquer de um usuário trazida no acolhimento, os profissionais que o atendessem buscariam realizar um atendimento integral, contextualizado, centrado nas necessidades da pessoa, não se restringindo somente àquilo que o trouxe. Haveria, desse modo, um conhecimento maior sobre riscos e vulnerabilidades a que os usuários estão submetidos, além da identificação de doenças crônicas possivelmente assintomáticas, como a Hipertensão e o Diabetes.

CS B – equipe 4

**P:** E o que vocês entendem por cuidado centrado na pessoa?

**Residente:** é porque a anamnese da gente é centrada na doença, é da formação do médico. Então ele vai moldando a consulta com base nos sintomas [...] Mas no pronto socorro...

**P:** no pronto socorro é feita uma triagem. **TO:** eu não sei atender sem ser centrado na pessoa, é que eu sou da saúde mental.

**P:** em algum desses casos vocês percebem se há cuidado centrado na pessoa? **Residente:** o primeiro foi [...] o paciente veio com uma queixa, mas quem atendeu não se restringiu a ela, buscou outras coisas que fazem parte da integralidade.

**P:** procurou conhecer o paciente, onde você trabalha? O que você faz? E a sua mãe, morreu do que?, quem é você? **TO:** em alguns casos é fundamental você conhecer a história do paciente [...] modelo mais humanizado, é o que você quis falar né, um atendimento mais humanizado, eu acho grave que isso na verdade é fundamental, ou você tá trabalhando com o ser humano inteiro ou [...] simplesmente tá olhando pra uma doença.

Ao identificarem outras necessidades além da demanda trazida, o que possivelmente, exigiria seguimento longitudinal, agendariam um atendimento com o enfermeiro da equipe para melhor avaliação e comunicariam o agente comunitário da respectiva área de abrangência para posterior visita domiciliar e atualização cadastral, com o intuito de trazer mais elementos sobre o contexto social e familiar, ampliando a visão do processo saúde-doença-cuidado. Caso a demanda estivesse relacionada a alguma queixa clínica aguda, essa seria avaliada, no mesmo dia, pelo

enfermeiro responsável pelo acolhimento naquele período. Desse modo, conseguiríamos inserir o paciente que vem à unidade por um quadro clínico agudo ou outra demanda no seguimento longitudinal, por meio de outras ofertas além da consulta médica. O intuito era desenvolver ações de prevenção e vincular esses usuários a partir de necessidades identificadas no atendimento individual, em substituição ao “acolhimento tipo queixa-conduta”.

Uma das dificuldades trazidas por um dos profissionais foi a falta de vagas para atendimento médico da queixa aguda (no mesmo dia da procura), o que em geral, levava a encaminhamentos para o pronto socorro. Questão colocada como incoerente, uma vez que o paciente não receberia uma resposta para o problema que o fez buscar o serviço, como por exemplo uma dor de garganta, mas teria resposta a um outro problema que, muitas vezes, ele desconhecia, como uma HAS assintomática. Nesse sentido, discutiu-se com os profissionais que todos os pacientes que apresentassem queixa clínica aguda não poderiam ser dispensados pelo auxiliar ou técnico de enfermagem, mas somente por um enfermeiro ou médico e, em muitos casos, o enfermeiro seria capaz de resolver o problema do paciente. Além disso, o fato de ter vagas insuficientes para os médicos não justificaria negligenciar outro problema identificado, que é de responsabilidade da Atenção Básica, como HAS ou DM. Por fim, posteriormente seria necessário trabalhar com as outras equipes nessa mesma direção, principalmente porque o acolhimento, especialmente aquele voltado para atendimento das queixas clínicas agudas, não era dividido por equipe. Aliado a isso, os agentes comunitários também buscariam ter um olhar integral para a família no momento do cadastro, buscando conhecer fatores de risco e de vulnerabilidade, particularmente dos homens em idade produtiva, que geralmente não eram encontrados na residência ou, quando presentes, não eram abordados pelos ACS, mas cujas demandas poderiam ser investigadas através dos familiares.

Ao final da reunião, o enfermeiro comentou a ausência dos ACS e disse que talvez eles estivessem se sentindo vigiados. Novamente, percebe-se que, apesar dos ACS terem aderido ao projeto, cuja proposta era qualificar ações que estavam em

andamento (ou que deveriam estar), havia uma rejeição “oculta”, explicitada pela ausência dos mesmos nessa reunião.

Assim, após a reunião, fui conversar com o gestor local sobre o ocorrido e, possivelmente, sobre a inviabilidade de prosseguir com a pesquisa. Ressaltando que a problemática do acesso dos homens era uma questão importante a ser trabalhada e que iria contribuir para qualificar o cuidado como um todo, o gestor se propôs a realizar nova reunião com os ACS para entender a situação.

MERHY (1997), em reflexão sobre a micropolítica do trabalho em saúde, aponta que:

o cotidiano de uma organização está sempre aberto à possibilidade de um não compartilhamento ou mesmo de uma não adequabilidade entre o compromisso ilocucionário que o ato de linguagem comporta e as ações, que se tornam vitais para o cumprimento da missão institucional. O cotidiano seria, então, permanentemente atravessado por estes ruídos. Ser gestor, nesta situação, seria desenvolver a capacidade de escutá-los, construindo um processo de busca de entendimento deles e de um certo estado de ânimo cooperativo para a execução da missão institucional. (p.27)

#### **4. A importância da gestão**

Na semana seguinte, o gestor pediu que eu chegasse mais cedo, antes da reunião da equipe começar, para uma reunião prévia com os agentes comunitários.

Nessa reunião, percebi que havia um certo incômodo relacionado ao processo de territorialização. Logo no início da reunião, os ACS colocaram, de antemão, que dariam continuidade ao cadastro mediante solicitação das famílias (como já estavam fazendo) e não a partir de um planejamento da equipe para conhecer todo o território, o que para eles era inviável, dada a grande extensão do território.

A solicitação de cadastro ocorre, em geral, pelo próprio usuário ou por algum membro da equipe, pois é condição necessária para abertura de prontuário e utilização do serviço. Acordamos, então, pela continuidade do cadastro desse modo, mas que ele fosse realizado no domicílio (e não dentro do CS, de modo burocrático, como ocorria), dando ênfase ao conhecimento das famílias e à identificação de riscos e vulnerabilidades, não se esquecendo dos homens em idade produtiva. A partir daí, trariam os casos necessários para discussão nas reuniões de equipe.

Além disso, o gestor se prontificou a participar das reuniões, o que foi fundamental para apoiar as discussões e possibilitar a pactuação de possíveis ações que melhorassem o acesso/acolhimento dos homens.

### **5 e 6 (relato das duas últimas reuniões) - Operacionalização da proposta**

Na reunião seguinte, uma das auxiliares de enfermagem trouxe dois casos atendidos por ela para serem discutidos, de usuários homens em idade produtiva, em que ela identificou, a partir de um atendimento mais integral, HAS não acompanhada. Os dois usuários foram orientados a fazer controle da pressão arterial duas vezes por semana; um deles foi agendado com o enfermeiro da equipe e o outro, de outra equipe, foi orientado a retornar com ela. Uma semana depois, a auxiliar de enfermagem relatou que ambos não retornaram para o controle solicitado da pressão arterial, mas ela também não havia encaminhado os casos para seguimento dos respectivos agentes comunitários.

Na última reunião, a auxiliar de enfermagem que tinha trazido os dois casos relatou que, antes da reunião começar, telefonou para o paciente de sua equipe para saber porque ele não estava vindo fazer o controle da pressão, e ele disse que procurou atendimento particular porque no dia em que procurou a unidade não teve sua queixa atendida, pois foi encaminhado pela enfermeira responsável pelo “acolhimento” para o pronto socorro. Novamente, ela relatou que não havia passado o caso para o agente comunitário da área, como havíamos acordado.

É difícil para a equipe incorporar novos fluxos e novas formas de trabalhar, principalmente relacionado à participação ativa do ACS no processo de cuidado. Como já apontado, o ACS é tido pela equipe como um mensageiro e não como um profissional corresponsável pelo cuidado, sendo pouco explorado seu potencial para ampliar a visão sobre o processo saúde-doença e sobre o cuidado e seguimento das populações.

No final da reunião, os profissionais colocaram novamente a questão da sobrecarga de trabalho a que estavam submetidos, a falta de incentivos por parte da gestão e até uma certa indiferença da secretaria de saúde para com as equipes. Destacaram que, apesar disso, estavam conseguindo assistir a população melhor do que muitos

serviços semelhantes, fato que a população deveria reconhecer e dar-se por satisfeita.

CS B – equipe 4

**G:** nunca na história de Campinas, que era uma vitrine pro Brasil, a saúde foi tão sucateada. **TO:** investimentos federal e estadual. **G:** Campinas sempre conseguiu se livrar disso, ela oscilava, baixava, mas logo subia de novo, agora não... **TO:** a saúde mental sempre foi referência no Brasil ... **G:** agora os CAPS tão todos sucateados. **E:** é complicado, além disso, um desrespeito também, eu acho... **G:** totalmente, no trato, nunca se viu um secretário virar as costas pras equipes, não conversar com os trabalhadores, pro conselho né.

A presença da gestão junto às equipes, em todos os níveis, compartilhando os problemas do dia-a-dia, discutindo soluções e, acima de tudo, reconhecendo o esforço e os resultados alcançados pelos profissionais, apareceu como reivindicação nos 3 serviços estudados.

Equilibrar recursos com uma gestão mais presente, desde os níveis superiores, de modo participativo, compartilhando os problemas e desafios do dia-a-dia e discutindo modelos que orientem o processo de trabalho das equipes, é um dos caminhos apontados por este gestor, para melhorar o cuidado prestado.

CS B

**G:** pelo menos é um caminho né, eu acho que tem que começar avançar nisso mesmo né, unidades muito grandes assim, elas ficam meio que ingerenciáveis se não tiver um auxílio da equipe... o gestor vai conseguir fazer muito pouco sozinho né, porque eu não tô em todos os lugares, não consigo discutir com todo mundo né, e mesmo se eu tivesse, eu teria que ter parceiros pra tá colocando em prática [...] e tem um pessoal muito antigo, muito resistente a mudanças, e são pessoas influentes dentro da equipe, então você tem que trabalhar pra fazer parceria e você vai até onde vai sua governabilidade, disputando com eles o poder.

**G:** eu acho que tem que começar do nível central, dos gestores do nível central... da gestão compartilhada mesmo, então é ... esse governo é muito centralizador... começar novamente as discussões, o fortalecimento dos distritos de saúde... foi esvaziando o poder dos distritos. É tudo muito centralizado, não tem uma articulação com ninguém, praticamente a gente... passa anos sem ter a presença... sem nem ver o secretário de saúde ... não se discute modelo, proposta, não tem resposta pra nada, pros problemas que são postos, você fica sabendo

de muitas coisas através da imprensa... **P**: como os usuários, na TV. É uma desvalorização, né? **G**: total. É isso mesmo, perfil de quem tá nos níveis acima lá, perfil mais centralizador, então não consegue construir redes, não consegue compartilhar nada, então né, tem que apostar nisso, numa mudança lá, a nível central e as coisas melhorarem a nível de país, em termos de recursos.

Segundo LOURAU (1995, *apud* L'ABATTE, 2004),

para apreender o caráter contraditório das instituições, é necessário considerar que toda instituição é o resultado do movimento dialético de três momentos: o instituído, ou o estabelecido, considerado o momento da universalidade; o instituinte, ou seja, o acontecimento que não cessa de alterar e até de negar o que está formalizado, que é a particularidade; e o terceiro momento, o da singularidade, resultado da articulação entre os momentos anteriores, que tensiona o cotidiano das práticas dos sujeitos, produzindo algo que não se constitui num caráter meramente reprodutor e repetitivo, mas, ao contrário, aponta para uma certa atualização, um 'vir a ser' em contínua transformação. Trata-se do terceiro momento, chamado de institucionalização. (p. 7)

Observa-se o quanto o campo gerencial constitui-se numa "arena política", marcada por uma disputa de interesses, que nem sempre estão explícitos, mas que vêm à tona quando se coloca em questão a missão ou o projeto institucional, as diretrizes da política e as vozes dos usuários. Nesse sentido, sem uma gestão presente, não somente a local, que tensione o trabalho das equipes, num certo caminho/direção (a depender do modelo assistencial adotado), a partir de dados da realidade e da possibilidade concreta de um "vir a ser" e se não houver uma avaliação contínua desse processo, será difícil desenvolver um trabalho centrado nos usuários.

Como afirma CASTANHEIRA (2015), em debate sobre avaliação de tecnologias para a atenção primária: "na prática concreta [...] eu não acho que sobra territorialização, promoção e prevenção da saúde e falta uma boa clínica. Eu acho que falta tudo" (p. 288). Destacando que é necessário

ter uma política de investimento e qualificação da atenção básica nos seus diferentes arranjos organizacionais. Se é para ter um clínico, pediatra, etc., ou se é para ter um médico de família, depende do município e dos recursos e arranjos já existentes, desde que de boa qualidade e seguindo as mesmas diretrizes [...] a Política Nacional da Atenção Básica vale para diferentes estratégias organizacionais segundo critérios que respondam à realidade local. Acho que foi colocado que não

existe um sapato único, não é? A gente precisa ter diretrizes únicas, um projeto único e soluções que possam ser customizadas. (CASTANHEIRA, 2015, p. 289)

Por fim, nesse mesmo debate sobre tecnologias para a atenção primária, SALA (2015) aponta para a necessidade de avaliar modelos e serviços:

Eu acho que na gestão dos serviços de uma forma geral é necessário ter honestidade e dizer: “Eu não tenho certeza da efetividade, eu tenho certeza da eficácia teórica dos estudos, de meta-análises, etc., mas efetividade nas minhas condições de operação eu preciso verificar” (p.285) [...] Então, precisamos pensar onde é que a gente está investindo, para onde vamos direcionar o recurso, mas precisamos transformar isso em ciência também, e não só em impressão, achar que é legal, que é bonito. (p.287)

### **4.3 Uma análise do trabalho desenvolvido com as equipes**

O presente estudo mostrou que o acesso dos homens em idade produtiva nos serviços da atenção básica estudados ocorre a partir da demanda espontânea, em geral devido a quadros agudos, e por meio de consultas agendadas, seja pelas companheiras, que já são vinculadas e conhecem as regras do serviço para o agendamento, ou por eles mesmos quando já vinculados devido ao seguimento por doença crônica. O atendimento da demanda espontânea, no discurso dos profissionais, organiza-se a partir dos pressupostos do Acolhimento. Entretanto, esse atendimento é do tipo queixa-conduta, pouco resolutivo e não vincula o usuário à sua equipe de referência. Há exceções, representadas por profissionais que ampliam o atendimento para além da demanda, identificando outras necessidades de saúde e, apesar da burocratização do processo de trabalho, conseguem vincular o usuário ao serviço.

Embora a ESF seja o modelo adotado nesses serviços, o acesso por meio do reconhecimento das necessidades no território pelos ACS ocorre, em geral, quando se trata de usuários com doença instalada, de difícil controle, demandando cuidados frequentes da equipe. Na maioria, são casos encaminhados por outros serviços ou que já são acompanhados na unidade, que necessitam ser convocados ou informados sobre algum exame ou consulta agendada, ou sobre exames com resultado alterado, demonstrando descompensação. No dizer dos ACS, são aqueles

pacientes que “dão defeito”, demandando cuidados mais intensivos. Frequentemente, muitos casos novos trazidos para discussão na reunião de equipe são desconhecidos pelos ACS, sugerindo que o trabalho do ACS ocorra, sobretudo, “de dentro para fora”, ou seja, a partir da demanda dos usuários que já são atendidos no serviço. Até mesmo o cadastro, que deveria ser realizado no domicílio, é realizado dentro da unidade. Durante o trabalho de campo, observou-se somente um caso de um usuário homem, portador de DM, que estava sem acompanhamento e foi trazido pelos ACS de uma das equipes que realizou um levantamento “casa a casa” para atualizar seu respectivo arquivo de prontuários. Porém, após atualizá-lo, não houve prosseguimento no acompanhamento dos doentes crônicos no território pelos ACS, nem tampouco dos outros grupos de risco, como menores de 1 ano e gestantes.

Tal situação pode ser exemplificada por essa discussão na equipe 4 do CS B:

**M:** quem não aparece aqui, é esse que a gente tem que ir atrás, por exemplo [...] vieram na semana passada 2 homens que estavam em casa tossindo e hoje chegou o resultado que estão com Tuberculose, mas pra onde eles foram primeiro? Pro pronto socorro, que mandou pra cá. O certo é o agente comunitário, estou falando que numa situação um pouco mais ideal, tá fazendo visita [...] ele mesmo pode levar o pedido (exame de escarro) lá, não precisa ser pedido do médico, isso pra facilitar o diagnóstico precoce, foi liberado até pros agentes comunitários [...] o que nós vamos fazer pra ir nessas pessoas que normalmente não vem na unidade, porque parece que tá tudo bem com elas, mas na verdade nem tudo tá tudo bem. **G:** a gente vê pelos dados de papanicolau, ah, uma cobertura de 60% no papanicolau, mas se for refinar isso, 59% são as pessoas que frequentam a unidade, que fazem o papanicolau todo ano [...] e esses 40%, que nunca vieram, a gente não vai atrás. **ACS:** então, o programa de saúde da família, eu conheço, eu sei como é, mas infelizmente, todo mundo aqui sabe que a nossa área é enorme.

Nesse contexto, promover o acesso do homem, antes que ele tenha uma doença instalada ou complicações da HAS ou do DM, evidencia a dificuldade ainda presente na atenção básica em integrar práticas preventivas e curativas, ou coletivas e individuais, ou ainda, Epidemiologia e Clínica. Para as mulheres e crianças, os exames preventivos constantes no Pré-Natal e na Puericultura representam oportunidades para o estabelecimento de vínculo com a equipe e para a

identificação precoce de fatores de risco, além do atendimento dessa parcela da população estar consolidado social e culturalmente pela AB.

Assim, guiada pela problemática do acesso/acolhimento dos homens, especialmente daqueles em idade produtiva, o processo de discussão/reflexão com as equipes buscou trazer à tona os entraves para atingir um cuidado integral e, ressignificar o cuidado prestado pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, discutiu-se como qualificar o atendimento à demanda espontânea e conhecer melhor as famílias do território, focalizando as relações interprofissionais do trabalho em equipe e desta com os usuários no processo de produção do cuidado.

Como afirma TEIXEIRA (2007),

[...] a problemática do acesso aos serviços evoluiu no sentido de uma substituição progressiva das análises centradas no tema da extensão de cobertura, pelas análises centradas em temas como o do acolhimento nas unidades prestadoras. Isso traduz uma progressão do foco de “tensionamento” (relacionado ao problema mais geral da garantia de acesso universal ao sistema de atenção), que vai do problema da quantidade de “portas de entrada” ao problema da qualidade dessas “portas” [...] a problemática da qualidade do acesso e da recepção dos usuários nos serviços, assinala bem essa migração do foco de “tensionamento” para dentro do serviço, mais exatamente para a relação com o outro que aí se estabelece [...] Num sentido mais alargado, que considera a existência de outros profissionais e outras interações também se dando no cotidiano dos serviços, podemos falar em relação trabalhador-usuário. (p.94)

Entretanto, embora a pesquisa tenha sido apresentada como participativa, buscando desenvolver o trabalho de forma conjunta, os profissionais se mantiveram, em geral, numa posição defensiva. Não se estabeleceu, de fato, um compromisso com a pesquisa e seus objetivos ou mesmo uma maior interação com a pesquisadora. À medida que foram percebendo que o problema do acesso dos homens estava relacionado ao processo de trabalho, ao modo de produzir cuidado, especialmente no acolhimento e no território, o que também levava à necessidade de qualificar o cuidado dos crônicos, tornando-o mais resolutivo e, permitindo o acesso de novos usuários, a resistência por parte dos profissionais se mostrou claramente.

Assim, o processo foi marcado por:

- uma **forte resistência** por parte das equipes, especialmente dos agentes comunitários de saúde e da enfermagem, possivelmente porque se buscava modificar o cuidado médico centrado, a partir do fortalecimento do trabalho em equipe;
- pela variável **participação da gestão local**, que definiu o rumo do processo nos serviços estudados; e
- pela **falta de um projeto claro e consistente para os serviços da atenção básica do município, devidamente apoiado por níveis superiores da gestão**.

A resistência traduz-se pela manutenção do trabalho centrado na consulta médica, mesmo havendo possibilidade de desenvolvimento de um trabalho mais horizontalizado e compartilhado, como se buscou durante todo o processo, mediante o empoderamento do trabalho do ACS no território e da enfermagem no acolhimento, ao lado da descentralização do acompanhamento dos crônicos para os profissionais não-médicos. O recurso médico escasso, o acolhimento limitado pelo número restrito de vagas médicas parece ser um “álibi” para não ampliar o acesso. Tal situação ocorre tanto no atendimento programado, quanto para a demanda espontânea, quando se dispensa os usuários logo na recepção ao dizer-lhes que não há médicos ou que as vagas médicas para o acolhimento acabaram, colocando o atendimento do enfermeiro como uma alternativa de atendimento simplificado.

Em uma das unidades, a pediatra para qual a criança estava agendada havia saído do serviço e, como não foi possível desmarcar a consulta, quando a criança chegou na recepção ofertou-se atendimento com a enfermeira. De imediato, a mãe da criança recusou e o profissional que a atendeu na recepção não tentou, minimamente, convencê-la a ficar. Como eu estava na recepção, abordando o pai da criança na tentativa de entrevistá-lo, falei para o casal que a enfermeira teria plenas condições de realizar a consulta de puericultura. A mãe demonstrou uma certa descrença, mas o pai acabou convencendo-a a aceitar.

Da mesma forma, mesmo havendo a possibilidade de qualificar o cuidado dos crônicos por meio do trabalho em equipe, mantém-se a renovação automática de receitas, sem ao menos medir a PA e abordar o andamento do tratamento, restringindo o seguimento da doença ao uso, muitas vezes inadequado, de

medicamento. Embora pareça que tal atitude vise o bem estar do usuário (para não deixá-lo sem o medicamento), evidencia-se aí um modo de operar voltado à organização do serviço em detrimento das necessidades do usuário, pois é uma forma instituída de cuidado, resistente a mudanças. No relato de uma das auxiliares de enfermagem, procurar entender as reais necessidades dos usuários os deixaria mal acostumados, querendo dizer com isso que, talvez demonstrar interesse por eles, levaria ao aumento da demanda: “Quando eu estou na recepção, a (nome da “receptionista”) reclama que eu faço muitas perguntas para os pacientes, aí ela fala que não é pra perguntar muito, senão eles acostumam mal.”

Achado corroborado por CAMPOS (2018), em estudo qualitativo que buscou analisar a educação permanente como dispositivo para a mudança do modelo assistencial:

As mudanças atribuídas ao modelo assistencial constatadas nos discursos dos trabalhadores de saúde foram marcadas por aproximações da centralidade do usuário e priorização de tecnologias que privilegiam as relações. No entanto, observações e discursos por vezes se contradizem. Ao mesmo tempo em que discorrem sobre ações que têm em conta a centralidade do usuário, a observação mostra uma realidade pragmática, economicista, com regularidades que não promovem o usuário a esse lugar. A aparência é de mudança, mas a essência ainda está presa ao modelo assistencial voltado para procedimentos, atendimentos individuais e lógica biomédica. (p.191)

Como destaca MINAYO (2010), “o campo científico, apesar de sua normatividade, é permeado por conflitos e contradições” (p.10), que emergiram durante as reuniões das equipes, à medida que a discussão fomentada pelos temas da pesquisa levou os profissionais a refletirem sobre o processo de trabalho das unidades. Tal situação, invariavelmente, expôs muitos ruídos, que comumente não são trabalhados, levando a um certo distanciamento dos profissionais, a uma certa inércia relativa à proposta participativa da pesquisa.

Como apontado por PAULON (2005), a pesquisa-intervenção identifica e produz possíveis “analisadores”.

O analisador refere-se a todo dispositivo revelador das contradições de uma época, de um acontecimento, de um momento de grupo e que permita, a partir de uma análise de decomposição do que aparecia desde então como uma

totalidade homogênea (uma verdade instituída), desvelar o caráter fragmentário, parcial e polifônico de toda realidade. (p.24)

Nesse contexto, para que haja mudança nas práticas, é necessário trabalhar esses ruídos, o que, como foi visto, não é possível sem a participação da gestão.

SILVA JUNIOR, ALVES & ALVES (2013) destacam que:

A articulação do trabalho das diversas equipes e serviços de uma rede não é feita só por normas e formulários, mas pela discussão conjunta de processos de trabalho e objetivos pactuados entre si e com a população sob responsabilidade. O papel dos gestores dos serviços e da rede é fundamental na condução desses pactos. (p. 292)

Nessa perspectiva, o posicionamento dos gestores influenciou diferentemente os rumos do projeto em cada serviço. No CS A, gestor e equipe tomaram o diagnóstico como uma crítica, algo que trazia instabilidade ao trabalho instituído, voltado a priorizar atividades programáticas em detrimento do atendimento à demanda espontânea. No CS C, o gestor pouco interferiu, delegando a tomada de decisões para as equipes, característica dessa unidade, onde havia grande autonomia das equipes na organização do seu processo de trabalho. E no CS B, houve um maior comprometimento e participação do gestor que, a partir da resistência demonstrada pelos profissionais, propiciou discussão para qualificar o cuidado e reorganizar o processo de trabalho, tomando os dados do diagnóstico realizado e, também, passando a estar presente nas reuniões da equipe.

Como destacado por MERHY e FEUWERKER (2016)

[...] a partir do reconhecimento dos diferentes valores, saberes, crenças e desejos existentes em um coletivo, pode-se identificar as suas repercussões e construir novos pactos e novos arranjos acordados entre os atores envolvidos na produção do trabalho em saúde. Para tanto, é necessário subverter a “ordem” existente na organização tradicional, em que em geral não há espaço e nem tempo para escuta e construção coletiva porque o lugar da tomada de decisão está no ápice da pirâmide (organograma). É necessário descentralizar sem perder o norte e para isso precisamos envolver todos para dar “cara” (identidade) para o coletivo, debatendo desde definição de objetivos até os métodos de trabalho. Somente assim é possível construir novos pactos, que coloquem a favor do interesse do público (dos usuários) a relativa autonomia / liberdade de que os trabalhadores de saúde dispõem na concretização de suas práticas. (p.70)

Entretanto, a continuidade de processos como esse, que visam transformar o modo de produzir cuidado, não depende somente da gestão local, mas de recursos apropriados e de um projeto claro e consistente, que também seja acompanhado no cotidiano dos serviços por níveis superiores da gestão e compartilhado com os usuários.

São as lacunas que ainda persistem na assistência e no próprio sistema, desde o processo de descentralização ocorrido com a implantação do SUS, quando se definiu questões macroestruturais, mas não houve reorientação das práticas profissionais e dos processos de trabalho.

Ao contrário, levaram à predominância da assistência médica tradicional. Assim, na rede básica já constituída, conviveriam diferentes ações de saúde originadas nos modelos tecnológicos do período anterior – o campanhista, o médico-sanitário e o assistencial privatista –, sem que houvesse integração entre eles. (MOTA & SCHRAIBER, 2011, p. 846)

Em Campinas, município onde o presente estudo foi realizado, o projeto Paidéia buscou transformar o modo de produzir cuidado por meio do acolhimento, da gestão colegiada e da clínica ampliada. Entretanto, como bem destacado por MOTA & SCHRAIBER (2011), a mudança no modelo assistencial não modifica, necessariamente, as práticas profissionais,

A denominação modelo tecnológico designa a reformulação dos processos de trabalho (entendidos como práticas profissionais em saúde por alguns) e modelo assistencial, a reorganização da oferta/consumo da assistência, que incide preponderantemente no polo organizacional e da economia de produção dos serviços. A adoção do conceito de modelo assistencial mais que do tecnológico, nas propostas de mudanças em saúde, significou a prioridade da dimensão organizacional, restando a reforma dos processos de trabalho como subjacente. Embora a distinção entre modelo assistencial e tecnológico possa parecer exagero – uma vez que, na saúde, a tecnologia e seus usos produzem a assistência –, ela explicita os sentidos implicados no uso do termo “tecnológico” quando se refere a processo de trabalho. Quando se muda o processo técnico da ação profissional, modifica-se necessariamente a tecnologia do trabalho e da produção assistencial; mas se pode mudar a organização da produção assistencial sem que substantivamente sejam alteradas as técnicas dos vários trabalhos profissionais. Portanto, não é verdade que as tecnologias sejam neutras e se moldem às mudanças na organização da produção assistencial, como

tampouco é verdade que apenas mudanças na organização sejam capazes de transformar a produção assistencial em termos de seu caráter público/privado, centralizado/descentralizado, autoritário/participativo, acesso ampliado/seletivo etc. (p. 846-847)

E mesmo que haja a possibilidade de modificá-la, como na época da implantação do Projeto Paidéia, inclusive, como relatado por um profissional antigo do CS B, com a presença do secretário de saúde nas unidades em reuniões com a população, é necessário um trabalho contínuo da gestão.

Embora ocorrido de modo incipiente, foi visto que a gestão é capaz de exercer tal papel, não no sentido de impor tais práticas - seria ingenuidade pensar que isso seria possível frente ao trabalho em saúde. Mas, como apontado por PEDUZZI et al (2011), no sentido de explicitar as contradições e construir acordos para legitimar o modo de se organizar o serviço e o processo de trabalho que permita contemplar os interesses dos usuários, trabalhadores e serviço.

É o que CECÍLIO & MENDES (2004) também destacam, a partir de intervenção realizada em um hospital no mesmo município do presente estudo,

[...] evidencia-se, plenamente, a irredutível resistência dos autogovernos dos trabalhadores a qualquer pretensão macroracionalizadora da direção, bem como a necessidade de construção de modos de se fazer a gestão que se orientem para construção de um novo pacto ético-político no hospital, que tenha como referência e ponto de partida, sempre, o mundo do trabalho e as relações reais que estabelecem seus atores entre si e com os usuários. (p. 53)

Caso contrário, o trabalho instituinte se perde e dá lugar novamente ao instituído, como ocorreu com o acolhimento. Embora os profissionais conheçam o conceito de acolhimento, reconheçam que se constitui numa forma de acesso em que seja possível ir ao encontro das necessidades dos usuários, as inúmeras demandas, deficiências e desafios do dia-a-dia e, sobretudo, a descontinuidade de um processo de discussão e acompanhamento do trabalho das equipes, levou a uma simplificação do acolhimento.

Como apontado por AYRES (2004), em ensaio reflexivo sobre o cuidado nas práticas de saúde, a partir da experiência de um atendimento vivenciado na UBS por esse autor,

a racionalidade prática não é de natureza teórica ou técnica. Mas talvez a abertura do técnico a essa racionalidade possa se beneficiar de práticas sistemáticas de supervisão e discussão de casos, nos serviços, e de um modelo de formação de recursos humanos, nas instituições de ensino, nos quais a reflexão sobre os significados éticos, morais e políticos das práticas de saúde seja sempre promovida. (p.26)

Nesse sentido, vale destacar, de modo mais sistemático, questões envolvendo barreiras a serem transpostas e possibilidades/potencialidades para um cuidado integral.

## **Barreiras e possibilidades/potencialidades encontradas no campo de estudo**

### **1. Deficiência de recursos, principalmente de profissionais**

Embora a existência adequada de recursos não seja suficiente para produzir um cuidado integral e resolutivo, a deficiência crônica, especialmente de profissionais, tal como foi visto, inviabiliza e deslegitima o próprio modelo da ESF, uma vez que o mesmo se baseia na divisão do território por equipes.

Assim, a necessidade frequente de reorganizar o processo de trabalho quando parte do território fica descoberta, agravada pelo tamanho das áreas adscritas, geralmente maiores do que o preconizado, muitas vezes sem previsão de reposição, gera frustração e desânimo. Cria-se um ciclo vicioso por resultados que não satisfazem o usuário nem o profissional, contribuindo para maior alienação da equipe, como relatado por um dos gestores:

CS B

**P:** a situação atual é bem desanimadora, você mesmo falou que foi numa reunião na secretaria e eles não dão nenhuma resposta... e você também fica sem resposta pra equipe **G:** sim, fica sem resposta nenhuma pro usuário, então cada vez mais né tem as cobranças, as agressões... **P:** você teve caso de agressão de novo aqui? **G:** agressão em si não, mas sempre tem as confusões né, tem remarcação de consulta porque o médico foi embora, ou falta de acesso, falta de medicamento, então tem... **P:** só fica apagando incêndio. **G:** o tempo todo, então a equipe sofre também com isso, porque é difícil trabalhar assim...

Gestores e equipes agem reativamente frente às intercorrências do dia-a-dia e de modo particular, dependendo de como interpretam a política de saúde e suas diretrizes, como foi apontado pela enfermeira da equipe 4 do CS C: “**depende de quem tá, se tá afim ou não**” e também pela enfermeira apoiadora do CAPS AD, que estava presente na reunião da equipe 3 do CS C: “**se cada equipe funciona de um jeito, quem gerencia o serviço? Ninguém?**”. Nesse contexto, “**parece que cada centro (de saúde) que você vai é de um jeito**” (recepção do CS B)

Além disso, não há planejamento, faz-se o que é obrigatório, o que é requisito para o recebimento de recursos federais. Mesmo questões já consolidadas, como as ligadas à saúde materno-infantil, têm sido falhas.

Estudo (ONOCKO CAMPOS et al, 2014) sobre acesso, com usuários de duas UBS no mesmo município desta pesquisa, apontou que

Outro problema levantado pelos conselheiros refere-se à continuidade do tratamento, pois alegam que muitas pessoas ficam à deriva, sem referência alguma quando um profissional sai do serviço, prejudicando sobremaneira as pessoas que sofrem de doenças crônicas e que necessitam de acompanhamento sistemático. (p.260)

Nesse contexto, a gestão se fragiliza e também não se legitima, dificultando a avaliação do trabalho e dos resultados, uma vez que a falta de recursos torna-se a principal justificativa das equipes.

Há exceções, como profissionais que superaram as dificuldades do dia-a-dia buscando satisfazer as necessidades do usuário da melhor forma possível, em geral através do trabalho em equipe. Como visto em uma das unidades, em que a enfermeira se tornou referência para os atendimentos que eram realizados pela médica clínica de sua equipe no período em que a mesma se afastou por motivo de doença, compartilhando o cuidado com outros médicos da unidade, quando era necessário desenvolver ações fora de seu núcleo de atuação.

São as chamadas “linhas de fuga”, descritas por MERHY (1997):

[...] atuar nestes processos “trabalho vivo dependentes”, permite-nos sair em busca da construção de distintas linhas de fuga, como por exemplo em relação à lógica que preside o processo de trabalho como produção e satisfação de necessidades; ao modo de como se sabe trabalhar, isto é, à sua configuração tecnológica; à maneira como o espaço institucional, da gestão deste processo, está ordenado. (p. 25)

Entretanto, em geral, essas “linhas de fuga” não se instituem, ficando restritas e particularizadas no trabalho desses profissionais.

Embora SILVA JUNIOR, ALVES & ALVES (2013) apontem que “dispositivos como reuniões de equipe com discussão de casos numa perspectiva interdisciplinar, atividades de educação permanente e a avaliação sistemática do processo de trabalho oferecem insumos para consolidação de propostas inovadoras de trabalho em equipe” (p.290), se não houver a participação da gestão nesses espaços e nessas discussões, dificilmente serão dispositivos que modificarão o modo de produzir cuidado.

Como apontado pelo gestor do CS B ao ser perguntado sobre a continuidade das ações após a finalização do campo da pesquisa:

enquanto você estava vindo, o pessoal se reunia, discutia o processo de trabalho, mas depois vai se perdendo, como tudo, entra no mesmo bolo, depois teve a saída dos profissionais, a crise, as faltas e vai se perdendo né, até uns dias atrás eu perguntei se eles continuavam fazendo - ah, a gente tá, quando aparece algum (homem) a gente discute, mas vc vê que não foi incorporado.

## 2. Gestão reativa e na defensiva

O trabalho da gestão local tem sido o de conciliar os interesses dos profissionais e dos usuários, além de cumprir com os compromissos institucionais, como explicitado no relato de um(a) dos gestores(as).

CS C

**P:** Como você vê essa função de coordenação? **G:** atualmente os desafios estão muito difíceis para todo mundo que trabalha na rede, não só pro gestor, mas gestor é ... falta de tudo né, falta de RH, de insumos, daí você fica no meio do jogo entre o funcionário e a população, você tem que fazer o meio de campo com os 2 e tá difícil pros 2. **P:** e os seus superiores? **G:** eu tenho apoiador do distrito né, mas ele fica mais no distrito mesmo, é um apoio mesmo pras questões mais institucionais, mas no dia-a dia ...

O que se viu, na prática, é que, pela ausência de um projeto e de uma gestão mais presente, pela falta de recursos e até por uma desarticulação da população, os interesses dos profissionais acabam se sobrepondo.

Estudo (CECÍLIO et al, 2007) realizado junto a gestores de 20 municípios de uma Diretoria Regional de saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo mostrou que

a maioria dos municípios estudados não tem um plano municipal de saúde ou não sabe produzir um plano, ou não se utiliza de um plano de saúde como instrumento real de gestão, de estabelecimento de prioridade e para avaliação e prestação de contas de suas atividades. É exceção encontrar um município que, pelo menos, se utilize de indicadores para conhecer, em alguma medida, as necessidades de saúde da população e, a partir daí, organizar sua gestão. (p. 204-205)

Além disso, trabalhar os conflitos gerados no processo de trabalho, avaliar resultados, pactuar ações não é tarefa fácil.

Há um “jogo político” de interesses, colocando o gestor sempre à prova, desafiando-o a todo momento, principalmente quando há processos de trabalho fortemente instituídos que necessitam ser reorganizados em favor dos usuários. Criam-se resistências dentro do serviço difíceis de serem quebradas, mesmo profissionais recém chegados se aliam aos mais antigos, o que acarreta mais insatisfação, gerando um ciclo vicioso.

CS B

**P:** parece que tem profissionais que querem sabotar... **G:** é, tem profissionais que sabotam mesmo, né, deliberadamente... que tem outros interesses. É difícil se não tiver uma parceria com quem executa [...] quando eu vim pra cá eu falei pro distrito– isso vai levar muito tempo, com muita conversa, com a troca das pessoas [...] a equipe vai mudando de posicionamento [...] já saíram algumas pessoas... então eu acredito nisso, nas mudanças.

Embora em dois dos serviços estudados haja colegiados gestores constituídos por profissionais de todos os níveis, que representam as diferentes equipes e categorias profissionais, são espaços mais para informes do que para trabalhar os diferentes pontos de vista e as divergências quanto à produção do cuidado e à organização do serviço. Em geral há um descrédito dos profissionais para a constituição de um verdadeiro colegiado gestor, o que é explicitado no relato de um dos gestores:

CS B

**P:** Você não tem colegiado gestor? **G:** não, até hoje não consegui implantar. **P:** Por que? **G:** Porque ninguém se habilita

a participar. **P**: mas você colocou que muitos resistem às mudanças implementadas por você... eles não querem colocar isso na mesa para discutir? **G**: não, na última reunião geral, falei - como ninguém quer participar, eu vou indicar algumas pessoas para montar o colegiado gestor provisório. Eles responderam – tá bom, pode indicar, se alguém quiser participar... **P**: parece que não é com eles. **G**: é, eu achei que eles fossem estranhar – imagina, vc vai indicar! Nem ligaram.

Os problemas são frequentemente relacionados à falta de recursos, o que exime os profissionais da responsabilidade em resolvê-los. Uma das unidades estava sem pediatra e, apesar de trabalhar no modelo da ESF, ter médicos de saúde da família, inclusive do Programa Mais Médicos, e até residentes em Medicina de Família, a equipe não se dispunha a discutir alternativas para o atendimento infantil. Um dos profissionais até sugeriu que fosse colocado um cartaz na entrada do serviço para avisar a população que não havia pediatra naquele serviço. Tal situação acabou por ser resolvida após reivindicação realizada por alguns profissionais no distrito, o que acarretou na transferência de uma pediatra de outro serviço para essa unidade e num acordo com outra UBS próxima, que os recém nascidos seriam lá atendidos. Não houve a presença de representantes do distrito na unidade para discutir sobre a reorganização do atendimento em saúde da criança e nem como essa pediatra transferida iria se integrar nas quatro equipes, bem como não foi dada nenhuma previsão acerca da reposição dos outros pediatras.

Nesse contexto, os “ruídos” dificilmente são trabalhados, criando-se, então, uma gestão paralela ou várias microgestões.

LOCH (2019) destaca que,

Embora o gerente de primeiro nível tenha pouca autonomia, ele tem bastante poder: o poder sobre as decisões locais e também o de encaminhar os fatos e situações para os superiores, e vice-versa. Ele é a ponte entre a organização e os funcionários e pode ampliar ou diminuir problemas locais, intervir em processos de trabalho, entre outras decisões de relevância. (p. 54 e 55)

Entretanto, a agenda dos gestores locais é sobrecarregada por compromissos institucionais e burocráticos, havendo pouco tempo para o planejamento de ações e para gerenciarem, de fato, o trabalho local (LOCH, 2019), situação agravada pelo

apoio insuficiente de gestores de níveis superiores que, como visto, raramente aparecem no serviço.

### **3. Trabalho em equipe multidisciplinar**

O trabalho em equipe ainda consiste num desafio para os serviços de saúde. Em geral os profissionais apresentam dificuldades em compartilhar o cuidado e responsabilizar-se conjuntamente pelos usuários. No acolhimento, o atendimento dos técnicos e auxiliares de enfermagem constitui uma etapa a ser transposta para chegar à consulta médica, assemelhando-se a uma triagem. Como disse o médico de uma das equipes do CS B: **“eu muitas vezes nem olho o que o auxiliar escreveu no acolhimento”**.

Além disso, com raras exceções, os médicos, geralmente, não se dispõem a auxiliar a equipe de enfermagem ou mesmo outros colegas médicos, mesmo estando disponíveis.

Destaca-se também a dificuldade do ACS em atuar ativamente como membro da equipe. Como já apontado, na maioria das vezes o ACS se constitui num mensageiro entre o usuário e a equipe, organizando-se para o atendimento da demanda interna e não para as necessidades do território. Além disso, ao aproximar-se do território são levantadas demandas que, em geral, são traduzidas em consultas médicas, que frequentemente estão em falta. Nesse contexto, é frequente o ACS ser recrutado para ações internas, como auxiliar na recepção, na organização dos encaminhamentos para consultas e exames especializados, distanciando-o ainda mais do usuário e do território.

Quando há outras ofertas além da consulta médica e também outros profissionais que assumem o cuidado, particularmente os enfermeiros, e onde há o apoio de profissionais como os da Saúde Mental, Farmácia, Nutrição, Fonoaudiologia, ou mesmo médicos residentes e estagiários, há maior entrosamento do ACS com a equipe e com os usuários. Situação que traz maiores possibilidades dele atuar como um elo de ligação entre o serviço e o território, pois, muitas vezes, estar próximo do território traz à tona um sentimento de impotência frente a tantos outros problemas, muitas vezes relacionados a outras necessidades que nem serão satisfeitas pelo serviço de saúde.

Como destacado por SCHRAIBER (2014),

Raramente se compreende que essa atuação mais voltada às pessoas em seu território, própria da atenção básica, significa uma assistência de grande complexidade, principalmente se quisermos ampliar a comunicação com os usuários e dar suporte também às situações socioeconômicas mais carentes e desprestigiadas ou que representam situações culturais bastante arraigadas, como, por exemplo, os comportamentos abusivos de álcool e outras drogas ou a violência que ocorre nos espaços públicos e a doméstica. A atenção nessas direções torna-se mais integral, mas, sem dúvida, representa desafios muito complexos para mudanças nos modelos assistenciais vigentes no SUS. (p.92)

Nesse sentido, a busca pela integralidade e por um cuidado desmedicalizado demanda trabalho intersetorial, especialmente com as áreas da educação e assistência social. Tal situação já ocorre na prática, mas de modo pontual, quando há denúncia de violência doméstica, encaminhamentos de criança com baixo rendimento escolar ou mesmo casos de doenças de notificação compulsória, como a Tuberculose, em que não se consegue a adesão do paciente ao tratamento. Em geral, não são desenvolvidos projetos coletivos a partir do atendimento às necessidades individuais.

Como apontado por DRUMMOND (2001), em estudo sobre os usos da epidemiologia no nível municipal, embora a análise de eventos sentinela seja uma prática frequente das equipes, falta estruturação em sua abordagem, para que se constituam em “sentinelas do coletivo”. Ou seja, para que possam desencadear projetos de intervenção visando promover a saúde da população.

É o que também AYRES (2004) ressalta:

tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação. Nesse sentido, julga-se de fundamental relevância, na produção sobre o Cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados individuais a aproximações de corte sócio-sanitário. (p. 27).

Pois, “não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento cuidado de cada um de seus sujeitos”. (AYRES, 2004, p. 28)

#### **4. A Integralidade na produção do cuidado**

Em geral, o cuidado produzido ainda é marcado pelo modelo biomédico, fragmentado, centrado na consulta médica individual e em procedimentos, embora tenha sido identificado, no discurso dos profissionais e na prática de alguns, uma visão mais ampliada do processo saúde-doença-cuidado. Há, ainda, dificuldade em desenvolver o trabalho intersetorial e dentro da comunidade, com a participação efetiva da população.

Discutir a Saúde do Homem na atenção básica levou os profissionais de saúde a refletirem sobre Integralidade do cuidado, demanda e necessidade de saúde, conceitos que, apesar de serem subjetivos, podem ser concretizados na prática.

É o que AYRES (2010) questiona ao discutir o desafio de ensinar integralidade.

Será que se trata de um preceito abstrato que "desce" às práticas para iluminá-las e orientá-las, podendo ser transmitido como uma ferramenta técnica? Penso que não e, ao afirmá-lo, quero de certa forma subverter a proposição inicial e sugerir que as dificuldades do ensino da integralidade podem ser superadas, ou ao menos minimizadas, se conseguirmos fugir da tradicional rota: fundamento teórico, aplicação prática, ensino e reprodução. Isto porque o mais fecundo da integralidade é justamente seu apelo para que, a partir de situações práticas concretas, identifiquemos modos como diferentes saberes e ações em saúde podem ser chamados a configurar um conjunto intimamente entrelaçado, segundo uma arquitetônica própria, de oportunidades para o conhecimento e a ação em prol da saúde de grupos humanos ou indivíduos. (p.123 e 124)

CASTANHEIRA (2015) destaca a importância dos profissionais reconhecerem a integração entre práticas individuais e coletivas, como um dos aspectos da Integralidade:

Não se trata da questão de trazer os velhos programas para dentro do serviço, mas a ideia de que se, de fato, a gente tem que conhecer cada gestante, cada dona Maria, que tem nome, endereço, RG, que é única e deve ser tratada nessa singularidade, por outro lado, enquanto profissional e unidade de saúde, eu tenho que tratá-la nessa singularidade, sem esquecer que o que eu estou fazendo é para que não ocorram

trabalhos de parto prematuros, não tenham óbitos fetais, não tenha mortalidade materna. E aí os protocolos ajudam, mas é preciso mais para avançar na integralidade. A ideia é que eu cuide de cada um, em sua singularidade, porque também com isso eu cuide do coletivo, porque eu tenho simultaneamente compromisso com impacto sobre o coletivo. [...] Então eu acho que a gente tem que discutir a Clínica Ampliada, mas a gente tem que trazer junto o coletivo, quer dizer, essa ampliação deve significar que essa tecnologia deixa de ser Clínica exatamente porque resgata a integralidade do individual e do coletivo de modo articulado. (p. 291)

Nesse sentido, MASSUDA (2008) destaca a Epidemiologia como área do conhecimento capaz de nortear o trabalho na AB:

A APS depara-se com um amplo, heterogêneo e variável conjunto de necessidades de saúde coletivas. Trata-se, portanto de um desafio para os serviços lidar com o conjunto de necessidades de saúde presentes num determinado território. Nesse sentido, a epidemiologia constitui-se numa área da Saúde Coletiva que pode contribuir com essa questão. (p.191)

No entanto, como apontado por um dos gestores, discutir indicadores visando o planejamento de ações não é uma prática instituída e, em geral, não desperta o interesse dos profissionais:

CS B

**G:** eles veem como mais um trabalho para fazer, então você vem com os dados... por exemplo dados de cobertura de Papanicolau, a gente tá com a cobertura baixa - Ah, então, a gente não tem profissional, não tem lâmina pra colher, não tem o fixador... **P:** mesmo os dados do RDQA não geram ações, planejamento. **G:** é, a equipe não valoriza, você apresenta isso em reuniões e percebe que eles não estão nem prestando atenção, porque pra eles é mais um trabalho pra fazer. Deveria ser o contrário, planejar as ações pra poder qualificar né, não é para eles trabalharem mais.

Nesse sentido, DRUMOND (2001), a partir da constatação de que “há pouco uso da epidemiologia em nível de unidade de saúde, restrição de diagnósticos às visões gerais de problemas, sem especificidade para a intervenção” (p. 166), em estudo sobre o uso da epidemiologia em nível municipal, destaca que,

o estímulo à ampliação de atividades e enfoques e a resolução das lacunas e insuficiências é desafio presente. E este desafio, que tem como objetivo a transformação do complexo quadro sanitário nacional numa conjuntura de custos crescentes, exige

o envolvimento de diferentes aspectos relacionados à epidemiologia, como a pesquisa, a capacitação e as práticas. Pesquisa voltada a produzir conhecimento, métodos e técnicas de abordagem de problemas e que esteja próxima às necessidades surgidas no cotidiano dos serviços de saúde. Capacitação que estimule e instrumentalize profissionais de serviços de saúde para aprimorar suas práticas nos diferentes níveis. Práticas priorizando a intervenção e comprometidas com a transformação das condições de vida e saúde da população. (p. 167)

No presente estudo foi possível trabalhar dados locais, como a distribuição de medicamentos e os coeficientes de mortalidade segundo sexo e faixa etária e significar esses dados nos casos atendidos, por meio de discussões com as equipes exemplificando para os profissionais de saúde, que o que eles realizam individualmente tem impacto no coletivo.

Desse modo, MERHY & FEUERWERKER (2007) destacam que a educação permanente é “um recurso indispensável para o trabalho de apoio e produção de equipes inventoras. Mas é preciso que esse seja um investimento da gestão do sistema e dos serviços e não seja mais uma providência deixada a cargo da invenção e governabilidade das equipes” (p. 7)

É o que também mostra a experiência de Sobral (PAGANI & ANDRADE, 2012), que instituiu o preceptor de território, um “educador permanente”, cuja função se relaciona ao

desafio de formar e capacitar os profissionais da saúde da família para atuarem de acordo com os princípios da ESF” (p.96), uma vez que “a ESF implica em novos papéis para as equipes de saúde da família, apoiando-se em atitudes e posturas de atuação não discutidas na formação habitual dos profissionais” (p. 96). “Partindo de vivências concretas das teorias e das metodologias de educação e de gestão democrática, tenta-se, na prática da preceptoria de território, vivenciar processos de produção, organização e sistematização de saberes. (p. 99)

Embora o presente estudo tenha semelhanças com os processos de Educação Permanente (EP) ao se buscar atingir um cuidado integral a partir de discussões/reflexões sobre a prática, difere deles porque não provém de uma demanda da gestão e de um envolvimento direto dos trabalhadores da saúde. Trabalhou-se com as equipes e seus gestores no sentido de despertar neles o

interesse pela busca de soluções para um problema real, no caso, o acesso dos homens, iniciando-se por um diagnóstico participativo, construído com dados quantitativos dos próprios serviços (dispensação de medicamentos), com os relatos de usuários e por meio de relatos e discussões com profissionais e seus gestores diretos. Esperava-se que a partir da busca pela “resolução coletiva” de um problema real, norteadas pela integralidade do cuidado, os processos disparados fossem incorporados à prática. Ou seja, esperava-se uma mudança a partir das bases (a partir dos trabalhadores), o que, como visto, não se concretizou. Não se conseguiu despertar neles o desejo de transformar o modo de produção do cuidado. Possivelmente, tal situação esteja relacionada à falta de recursos materiais, físicos e de pessoal, assim como às deficiências da gestão, não somente local, mas em todos os níveis.

O que se evidenciou no decorrer do estudo foi que, em geral, há falta de comprometimento e responsabilidade tanto por parte dos profissionais como da gestão, não somente com a pesquisa, que de fato tem uma menor importância, mas mesmo com as tarefas do dia-a-dia – as ações dependem de uma certa “boa vontade/disponibilidade individual”. Não há um processo avaliativo e não se exige um mínimo de resultados e de eficácia.

Predomina entre os profissionais de saúde uma “pobreza política” (DEMO, 1986) expressa pela falta de participação comunitária, de consciência política, de capacidade crítica e autocrítica, de consciência social, de identidade e solidariedade comunitária. Esses têm uma visão assistencialista do Estado, caracterizada por uma postura de espera por maiores recursos. A saúde é vista como um direito a ser reivindicado pela comunidade e não pelos profissionais, pois, apesar de muitos serem usuários do SUS, o acesso dos mesmos é diferenciado do restante da população.

Como se observou numa das situações vivenciadas no campo que mais me marcou, não somente pelas dificuldades enfrentadas pela família acompanhada por uma das equipes do CS B, mas também pela atitude do profissional.

Estávamos retornando de uma visita de um menino de 14 anos, que morava na favela e que ficou paraplégico devido a um tiro de um policial durante um assalto. Ao comentar com a equipe meu sentimento de pesar frente a tal situação, um

profissional disse “bem feito”, dizendo que o que havia ocorrido era merecido em decorrência da infração dele.

Nesse sentido, MERHY et al (2019) destacam que,

A RB pode ser um espaço privilegiado de aproximação aos distintos territórios em que se produzem as vidas em multiplicidade, em que o cuidado em saúde pode ganhar sentido, sendo produzido de modo compartilhado e capaz de ampliar as potências de viver. No entanto, pode ser também o lugar da captura mais cruel das existências, produzindo vidas tristes e serializações medicalizadas. Tudo depende do modo como trabalhamos o encontro, organizamos o governo, favorecemos ou não a invenção e a produção de sentidos compartilhados. (MERHY et al, 2019, p.80)

Desse modo, assim como as dificuldades na implementação da Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) geram em torno de um maior engajamento e participação da gestão e melhora nos processos avaliativos, o presente estudo também mostra essa mesma direção.

Análises sobre a implementação da Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) mostram:

Entre as dificuldades citam-se a pouca articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e IES (Integração Ensino-Serviço); a reduzida implantação das CIES (Comissões de Integração Ensino-Serviço) regionais; a participação incipiente dos gestores municipais; a indefinição de parâmetros para construção dos projetos; a ausência de avaliação acerca dos projetos desenvolvidos, no que tange a suas desejadas mudanças nas práticas de formação, gestão e atenção na saúde; e as dificuldades na utilização dos recursos financeiros. (BRASIL, 2018, p.13)

Estudo (NICOLETTO et al, 2013) que buscou compreender o processo de implementação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná mostrou que

a efetivação da política depende tanto do compromisso assumido pelo gestor e de sua compreensão da EPS quanto dos modos como enfrenta os conflitos e negocia os acordos com os trabalhadores de saúde [...] Outro aspecto apontado como condição para a sustentabilidade da política é a prática da avaliação para analisar se as ações realizadas por meio dos polos repercutem no aumento da qualidade das ações e serviços de saúde prestados no SUS (p.1101) [...] A avaliação toma como objeto as práticas do cotidiano do trabalho, nos

seus diversos âmbitos, envolvendo as intervenções sociais planejadas. (p.1102)

Somente assim será possível caminhar numa direção mais clara e concreta, que certamente não será única, frente a tantas formas de se agenciar o trabalho em saúde ou até mesmo o acesso dos homens na AB. No entanto, ao tomarmos como referência o acesso universal a um cuidado integral, equânime e desmedicalizado, ou seja, baseado nas necessidades dos usuários, o que se evidenciou no presente trabalho é que a ESF mostrou grande potencial para atingí-lo, à medida que possibilita o surgimento de um “contexto instaurador de necessidades” ao ampliar a visão do processo saúde-doença-cuidado. Vale destacar alguns indícios encontrados:

- no relato do dentista do CS C sobre a influência das visitas domiciliares com os alunos, em atividade de tutoria, no seu processo de trabalho e no seu modo de cuidar;

**P:** então o acesso ao território se deu pelo seu trabalho na tutoria com os alunos e você achou isso importante? **D:** muito, e ampliou a minha visão, te sensibiliza e você compreende a postura do paciente. **P:** você acha que mudou a forma de fazer assistência? **D:** mudou, isso a gente já avaliou em reunião... a figura do agente comunitário de saúde, por mais difícil que seja, também mudou a dinâmica do centro de saúde, total, a busca ativa é uma intervenção no território. A chegada do agente comunitário de saúde colaborou muito, a gente faz isso, mas é uma coisa deflagrada pela equipe, e é pontual, e realmente o nosso trabalho, por ser... envolver procedimento, infraestrutura, ele tem que ser aqui (dentro do CS), já atendi cadeirante, já atendi pacientes que a gente visitava o território quando deflagrado pela equipe, mas não é uma ação sistemática.

- no acompanhamento de visitas e discussão de casos, como o do paciente portador de doença mental no CS C que foi vinculado à unidade e não ao CAPS,

- da senhora portadora de HAS e DM, onde foi possível conhecer outras necessidades ligadas aos problemas familiares que interferiam no controle dessas doenças;

**P:** retornando para o CS, a enfermeira e ACS comentaram que as visitas tinham sido “pesadas”, disseram – ah! E era somente um curativo! Pensei - se não estivessem comigo, iriam focalizar somente a necessidade de curativo e, na verdade, a ferida na

perna já tinha cicatrizado, mas os problemas eram de outra natureza. Veio-me a ideia do cuidado centrado nos procedimentos e na doença.

- na observação participante do atendimento do usuário jovem que buscou acolhimento no CS C por um quadro de ansiedade e identifiquei que a mãe dele, que aguardava na sala de espera com fitas para glicemia capilar, era portadora de DM, acompanhada no mesmo serviço, mostrando a potencialidade de entender o contexto familiar e social daquela família;
- no relato das ACS da equipe1 do CS C sobre o usuário portador de DM que foi vinculado ao serviço após um casa-a-casa;
- na discussão com os ACS do CS A sobre as atribuições do agente comunitário.

ACS: Através do cadastro acaba descobrindo coisas que aqui dentro na verdade o CS não sabe, problemas de saúde, problemas relacionados ...até mesmo financeiros, parte social a gente traz e aí acaba levando pra equipe pra ver no quê que pode ajudar.

MERHY & FEUERWERKER (2007), ao analisarem a atenção domiciliar, destacam que

o fato de o cuidado em saúde ser produzido num território não institucional – o domicílio – e de se propor a produzir alternativas substitutivas à organização do cuidado coloca os atores de outro modo em cena e abre novos espaços para a inovação. Assim como acontece na saúde mental e no trabalho dos agentes comunitários de saúde, a tensão é constitutiva desse novo espaço institucional de cuidado. Tensão essa que pode ser produtiva, convertendo-se em fator favorável à atenção domiciliar como espaço de “desinstitucionalização”, potencialmente produtora de inovações. Ou pode ser uma tensão que se resolve por meio da subjugação da família e da reprodução. O projeto ético-político das equipes é decisivo na definição desse jogo. (p. 15)

Também, embora não tenha sido realizada uma avaliação mais aprofundada do NASF, notou-se que é um dispositivo organizacional com grande potencial para descentralização do cuidado e desmedicalização, à medida que empodera a equipe como um todo, especialmente por meio do atendimento compartilhado e das discussões de casos nas reuniões de equipe e auxilia na instituição de outras ofertas além da consulta médica. A unidade que possuía NASF era a que melhor lidava com as demandas na área de Saúde Mental, mesmo não havendo psiquiatra disponível

na unidade, e com questões ligadas a problemas de aprendizagem e de fala em crianças. As ofertas abarcavam o trabalho, de modo compartilhado, de diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, agentes comunitários e estagiários), aumentando a chance de serem atividades incorporadas no serviço e não restrito à disponibilidade de alguns.

## **5. Considerações finais**

Nesses cerca de 30 anos do surgimento do SUS, o acesso à assistência à saúde foi estendido a grande parte da população, representando, em muitos locais, uma política redistributiva. No entanto, é urgente a necessidade de se transformar o cuidado fragmentado num cuidado mais integral e voltado às necessidades dos usuários, que somente será alcançado se os conhecermos melhor.

Aprofundar o conhecimento sobre os aspectos socioculturais ligados ao comportamento masculino, e conhecer de que modo influenciam a busca e utilização dos serviços de saúde e o autocuidado, embora importante, não foi possível frente a serviços tão fechados e burocratizados.

No entanto, discutir a Saúde do Homem na atenção básica permitiu trabalhar a organização dos serviços, o processo de trabalho das equipes e a produção do cuidado. Desse modo, a problemática do acesso dos homens serviu como um analisador da prática, evidenciando a gestão deficiente, a dificuldade do trabalho em equipe, bem como as contradições, incoerências e inconsistências que permeiam a micropolítica do trabalho em saúde.

Assim, para que se conheça, de fato, as necessidades dos homens ou de outras parcelas da população que porventura também não tenham acesso a esses serviços, é preciso que gestores e equipes ressignifiquem o seu trabalho.

Para tanto, é preciso um projeto consistente, baseado num modelo que permita uma aproximação maior com o contexto sociocultural e familiar dos indivíduos, o que é compatível com a ESF. Além disso, uma gestão mais presente e participativa sobressaiu como imprescindível para direcionar a equipe para um trabalho voltado ao usuário e norteado pelas diretrizes da política, pois viu-se que, mesmo que haja profissionais que desenvolvam um cuidado integral, eles não são capazes de

transformar o cuidado prestado por toda a equipe. Mesmo práticas democráticas como a EP e o Colegiado Gestor precisam estar atreladas a um processo avaliativo contínuo que busque atingir um mínimo de objetivos, demonstrados por dados quantitativos e qualitativos, como os relatos dos usuários.

Vale destacar que a complexidade das relações, muitas vezes, leva à necessidade de aprofundamento em outras áreas, como as voltadas ao entendimento dos processos de subjetivação, o que representa um limite dessa pesquisa.

Por ora, as ferramentas identificadas para lidar com as resistências consistem em trazer situações e dados da prática, e discutir a relação da prática individual com indicadores coletivos, além da voz dos usuários. Vozes que, muitas vezes, soam para os profissionais como uma crítica pessoal e não como questões a serem discutidas/refletidas pelas equipes em busca de um processo de produção do cuidado voltado não somente às necessidades dos usuários, mas de todos nós, cidadãos brasileiros. Mas é um caminho, embora longo e árduo por demandar compromisso e responsabilidade de gestores e equipes, é o que contribuirá para ampliação do acesso a um cuidado mais equânime e integral na atenção básica, não somente para os homens, mas para a população em geral.

## 6. Referências

ABRASCO. Parecer Abrasco para a Consulta Pública sobre a PNAB. 03 de Agosto de 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/parecer-abrasco-para-consulta-publica-sobre-pnab/29951/>. Acesso em Agosto, 2017.

ALMEIDA, H. B. Mortalidade masculina: tendências e perfil demográfico e epidemiológico: Pernambuco, 1997 a 2011. p. 42-42, 2014/00 2014. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/15951/2/2014almeida-hb.pdf> >

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011/03 2011. Disponível em: < [http://www.scielosp.org/scielo.phpscript=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1020-49892011000200003](http://www.scielosp.org/scielo.phpscript=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1020-49892011000200003) >.

ALVARENGA, W. A., SILVA, S. S., SILVA, M. E. D. C., et al. Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação. Rev Bras Enferm, v. 65, n. 6, p. 929-935, 2012/12 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000600007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600007) >.

ANDRADE, L.O.M.; BUENO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JR., M.; CARVALHO, Y.M. orgs. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 783-836

AQUINO, E. M. L. D. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? Ciênc. Saúde Colet, v. 10, n. 1, p. 19-22, 2005/03 2005. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100004) >.

ARAÚJO, M. G. D., CASSIANO, A. N., LIMA, G. A. F., et al. Acesso da população masculina aos serviços de saúde: percepção dos profissionais da estratégia saúde da família. Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online), v. 5, n. 4, p. 475-484, 2013/00 2013. Disponível em: < [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2744/pdf\\_910](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2744/pdf_910) >.

ARAÚJO, M. G. D., LIMA, G. A. F., HOLANDA, C. S. M., et al.. Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, v. 18, n. 4, p. 682-689, 2014/12 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000400682](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400682) >.

AROUCA, S. O dilema preventivista. In: *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 268p.

ARRUDA, G. O. D. & MARCON, S. S. Reflexões sobre o cuidado ao homem adulto doente no âmbito familiar: uma perspectiva de gênero. *Rev. enferm. UFSM*, v. 6, n. 2, p. 298-306, 2016/06 2016. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19344/pdf> >.

ASSIS, M.M.A., NASCIMENTO, M.A.A., FRANCO, T.B., et al. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários* Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* v.13, n.3, set-dez 2004a, p.16-29.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, set.2003-fev.2004b, p.73-92.

AYRES, J.R.C.M. Integralidade do cuidado, situações de aprendizagem e o desafio do reconhecimento mútuo. In: PINHEIRO, R. & LOPES, T.C. *Ética, Técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. CEPESC - IMS/UERJ – ABRASCO. 1a Edição. Rio de Janeiro, 2010

BARBOZA, T.M. Demandas de saúde e estratégias de inserção na atenção básica: a fala dos homens. p. 71-71, 2013/00 2013. Disponível em: &lt; <http://tede.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/5155> &gt;.

BARBOSA, L. D. A.; DANTAS, T. M.; OLIVEIRA, C. C. D. Estratégia saúde da família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. *Rev. bras. promoção. saúde (Impr.)*, v. 24, n. 4, 2011/12 2011. Disponível em: < [http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo8\\_2011.4.pdf](http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo8_2011.4.pdf) >.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1979.

BARRETO, M. D. S., ARRUDA, G. D. O. & MARCON, S. S. Como os homens adultos utilizam e avaliam os serviços de saúde. Rev. eletrônica enferm, v. 17, n. 3, p. 1-8, 2015/07 2015. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v17/n3/pdf/v17n3a20.pdf> >. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v17/n3/pdf/v17n3a20-en.pdf> >.

BERTOLDI, A.D.; DAL PIZZOL, T.S.; RAMOS, L.R.; MENGUE, S.S.; LUIZA, V.L.; et.al. Perfil sociodemográfico dos usuários de medicamentos no Brasil: resultados da PNAUM 2014. Rev Saúde Pública 50 (supl 2):5s, p. 1s-11s, 2016.

BISPO, A., DIAS, A. B. & PEREIRA, Á. Procura por cuidados de saúde: questões de gênero e raça entre colaboradores negros de uma universidade. Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online), v. 7, n. 1, p. 1856-1866, 2015/01 2015. Disponível em: < [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1782/pdf\\_1416](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1782/pdf_1416) >.

BOTERF, G.L. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. In: BRANDÃO, C.R. (org.) Repensando a pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense, 2010. p. 51-81

BRASIL. Lei nº8080, de 19 de setembro de 1990. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

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

BRASIL. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, 2008. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, 2009. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Brasília, 2010a. 95 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2010b. 152 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica. Brasília, 2013a. 89p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) Brasília, 2013b. 160 p.

BRASIL. Acolhimento à demanda espontânea (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1) Brasília, 2013c. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, 2013d. 28 p

BRASIL. Caderno de Atenção Básica 35. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, 2014a.

BRASIL. Cuidado farmacêutico na atenção básica ; caderno 1. Brasília, 2014b. 108 p.

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).

Acesso em 31-07-2019

BRITO, G. E. G., MENDES, A. C. G., SANTOS NETO, P. M. O Objeto de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Interface (Botucatu). 2018; 22(64):77-86.

BRITO, R. S. D. & SANTOS, D. L. A. D. Percepção de homens hipertensos e diabéticos sobre a assistência recebida em unidade básica de saúde. Rev. eletrônica

enferm, v. 13, n. 4, p. 639-647, 2011/12 2011. Disponível em: < [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-19442011000400007](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442011000400007) >.

BRITO, R. S. D. & SANTOS, D. L. A. D. Atitudes de cuidados desempenhadas por homens hipertensos e diabéticos com relação à sua saúde. Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online), v. 4, n. 1, p. 2676-2685, 2012/00 2012. Disponível em: < [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1638/pdf\\_478](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1638/pdf_478) >.

BRITO, R. S. D.; SANTOS, D. L. A. D; FERREIRA, N.E.M.S. Opinião de agentes comunitários de saúde sobre a política específica à saúde masculina. Cogitare Enferm. 2014 Jan/Mar; 19(1): 71-7.

BURILLE, A.; GERHARDT, T.E. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. Saúde Soc, v. 23, n. 2, p. 664-676, 2014/06 2014.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde coletiva, 5(1):163-177, 2000.

CALDAS, E. L. & ELLER, E. P. Programa Paidéia de Saúde da Família. In: OLIVEIRA, F. M., BARBOZA, H. B. & TEIXEIRA, M. A. C. (orgs.). 20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania – Ciclo de Premiação 2003. São Paulo, 2005. p. 285-297

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e prática. Cien Saude Colet, 5(2), 2000, 219-230.

CAMPOS, G.W.S.; GUTIÉRREZ, A.C.; GUERRERO, A.V.P., 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

CAMPOS, G.W.S. Democracia Institucional e a Cogestão de Coletivos Organizados para a Produção. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 123- 197

CAMPOS, K. F. C. Educação permanente em saúde e mudança de modelo assistencial: avanços e desafios no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. [Tese]

Doutorado. Universidade federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. 218 p. 2018.

CARANDINA L. Morbidade referida. In: BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L. & GOLDBAUM, M. (orgs.) As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas, SP. São Paulo, Hucitec, 2008.

CARNEIRO, L. M. R., SANTOS, M. P. A., MACENA, R. H. M., et al. Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. Rev. bras. promoç. saúde (Impr.), v. 29, n. 4, p. 554-563, 2016/12 2016. Disponível em: < <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5301> >.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A. & FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. Physis (Rio J.), v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009/00 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300006) >.

CARVALHO, S. R. A corrente Em Defesa da Vida. In: CARVALHO, S. R. Saúde coletiva e promoção da saúde : sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005, 183p.

CASTANHEIRA, E. R. L. Painel 7 – Contribuições da avaliação de tecnologias de saúde para a atenção primária no contexto das redes de atenção à saúde. In: TOMA, T. S. et. al. (orgs.) Avaliação de tecnologias e inovação em saúde no SUS: desafios e propostas para a gestão. São Paulo, 2015. p. 287-291

CASTRO, M. A. D. Ainda somos os mesmos?: masculinidades e produção de cuidados entre duas gerações de homens. p. 114-114, 2015/00 2015. Disponível em: < [http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-A76MMJ/dissetacao\\_versaofinal\\_marcelo\\_castro.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-A76MMJ/dissetacao_versaofinal_marcelo_castro.pdf?sequence=1) >.

CAVALCANTI, J. D. R. D., FERREIRA, J. A., HENRIQUES, A. H. B. et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. Esc. Anna Nery Rev. Enferm, v. 18, n. 4, p. 628-634, 2014/12 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000400628](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400628) >.

CCAS - CENTRO COLABORADOR em ANÁLISE de SITUAÇÃO de SAÚDE/DSC/UNICAMP & CII - COORDENADORIA de INFORMAÇÃO e

INFORMÁTICA/SMS/CAMPINAS. Boletim de Mortalidade número 52 – Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio, 2014.

CCAS - CENTRO COLABORADOR em ANÁLISE de SITUAÇÃO de SAÚDE/DSC/UNICAMP & CII - COORDENADORIA de INFORMAÇÃO e INFORMÁTICA/SMS/CAMPINAS. Boletim de Mortalidade número 55 – Mortalidade e Gênero, 2017.

CECCIM, R. B. & FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. – 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 162-168.

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 “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.11, n.22, p.345-63, mai/ago 2007

CECÍLIO, L. C. O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(3):557-566, mar, 2010.

CECÍLIO, L.C.; ANDREAZZA, R.; SOUZA, A.L.M. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.1, n.2, jul.-dez., 2007, p.200-207

CECÍLIO, L. C. O., CARAPINHEIRO, G., ANDREAZZA, R., et al. A Produção de Mapas de Cuidado. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(7):1502-1514, jul, 2014

CECÍLIO, L.C. & MENDES, T.C. Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? Saúde e Sociedade v.13, n.2, p.39-55, maio-ago 2004

CHIANCA, K. S. V. Implantação da Política Nacional da Atenção Integrada à Saúde do Homem: análise das possibilidades e limites. p. 93-93, 2011/00 2011. Disponível em: < <http://tede.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/5094> >.

COELHO, I.B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. Manual de

Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 96-131

COLEGIADO DE GESTÃO DA SMS/CAMPINAS. Diretrizes para Atenção Básica à Saúde

3ª versão – outubro/2001. Disponível

em:<http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm>

COUTO, M. T., PINHEIRO, T. F., VALENÇA, O., 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. Cien Saude Colet, v. 17, n. 10, p. 2569-78, 2012/10 2012.

Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232012001000002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232012001000002) >.

CYRINO, A. P. Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes. Ed. UNESP. São Paulo, 2009.

CZORNY, R. C. N., GAZETTA, C. E., PINTO, M. H., et al. Perfil do usuário homem atendido em uma Unidade Básica de Saúde da Família. Rev. enferm. UFPE on line, v. 11, n. 4, p. 1624-1631, 2017/04 2017. Disponível em: < [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10782/pdf\\_2877](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10782/pdf_2877) >.

DANTAS, R. C. D. O., OLIVEIRA, F. V. A., FARIAS, D. A. A., et al. Medidas Preventivas para o Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica em Homens de um Município Paraibano. Rev. bras. ciênc. saúde, v. 17, n. 3, p. 217-224, 2013/00 2013.

Disponível em: < <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/13989> >.

DEMO, P. Avaliação Qualitativa: um ensaio introdutório. Educação & Seleção, v.14, p. 5-16, 1986

DEMO, P. Avaliação Qualitativa. Autores associados, Campinas, SP, 2005. 109 p.

DEMO, P. Elementos metodológicos da pesquisa participante. In: BRANDÃO, C.R. (org.) Repensando a pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense, 2010. p.104-130

DONNÂNGELO, M. C. F. Saúde e Sociedade. In: DONNÂNGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1979

DRUMOND Jr. M. Epidemiologia e Saúde Pública: Reflexões sobre os Usos da Epidemiologia nos Serviços do Sistema Único de Saúde em Nível Municipal. Tese de Doutorado. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2001. 189 pp.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.L.; et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 385-434

ESCOREL, S., GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M.H., et al. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 2. ed. atual. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). 210 p.

FAVORETO, C. A. O. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, Hucitec, 2004. p.205-219.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface, Botucatu, 2005, 9(18), 489-506.

FEUERWERKER, L. C. M. Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde. In: Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação/ Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 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. D. S. & SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. Cien Saude Colet, v. 16 Suppl 1, p. 935-44, 2011/04 2011.

FLEMING, P. J., LEE, J. G. L. & DWORKIN, S. L. "Real men don't": constructions of masculinity and inadvertent harm in public health interventions. Am J Public Health, v.

104, n. 6, p. 1029-35, 2014/05 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4062033/?tool=pubmed> >.

FRAGA, J.C.A.XO., CORRÊA, A.C.P., ROCHA, R.M., et.al. Principais Causas da Mortalidade Masculina e os Anos Potenciais de Vida Perdidos por esses agravos. *Cienc Cuid Saude*; 15(4): 746-754, Out/Dez, 2016.

FRAGA, J. C. A. X. O., CORRÊA, A. C. P., GUIMARÃES, L. V., et al. Tendência da mortalidade masculina, 2002-2012: estudo de série temporal de uma capital do pantanal brasileiro. *REME rev. min. enferm*, v. 21, 2017/00 2017. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1192/e1054.pdf> >.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2 p. 345-353, abr.-jun. 1999.

FURLAN, M.H.S. Reorganização da assistência ao D.M. e H.A. em uma equipe do CS San Martin. Trabalho apresentado no Curso de Especialização em Gestão de Serviços de Saúde, 2016/2017. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/>

FURLAN, P. G. O Agente Comunitário de Saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In: CAMPOS, G. W. S. & GUERRERO, A. V. P. (orgs.) *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. Ed. Hucitec. São Paulo, 2008. p. 368-387.

FUZITA, M. A. S. Como acolher melhor?: mudanças e práticas de acolhimento em uma pesquisa-ação. Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2017. 121p. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/322776>>. Acesso em: 9 Jan. 2019.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.40, p.21-34, jan./mar. 2012.

GIOVANELLA, L. & MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L.V.C.L.; et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.575-625.

GOMES, R., LEAL, A. F., KNAUTH, D., et al. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. Cien Saude Colet, v. 17, n. 10, p. 2589-96, 2012/10 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232012001000008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232012001000008) >.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. D.; ARAÚJO, F. C. D. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saude Publica, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007/03 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015) >.

GOMES, F. C., NASCIMENTO, L. S. S., BEZERRA, T. A., et al. Estudo epidemiológico da população masculina atendida por um projeto de extensão itinerante. Rev. enferm. UFPE on line, v. 7, n. 3, p. 763-772, 2013/03 2013. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10290/10943> >.

GOMES, R., SCHRAIBER, L. B., COUTO, M. T., et al. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. Physis (Rio J.), v. 21, n. 1, p. 113-127, 2011/00 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) >.

GRITTEM, L., MEIER, M. J. & ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-Ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Out-Dez; 17(4), 2008. p. 765-70.

HEMMI, A. P. A.; CONCEIÇÃO, J. A. D.; SANTOS, L. D. M. Representações sociais de homens sobre saúde e doença: contribuições para o cuidado. Rev. enferm. Cent.-Oeste Min, v. 5, n. 1, p. 1457-1468, 2015/07 2015. Disponível em: < <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/642> >.

HINO, P., FRANCISCO, T. R., ONOFRE, P. S. C., et al. Análise dos cuidados à saúde de caminhoneiros. Rev. enferm. UFPE on line, v. 11, n. supl.11, p. 4741-4748,

- 2017/11                      2017.                      Disponível                      em:                      <  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231217/25231> >.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro, 2018.
- JULIÃO, G. G. & WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de Estratégia de Saúde da Família. Rev. enferm. UFSM, v. 1, n. 2, p. 144-152, 2011/05 2011.                      Disponível                      em:                      <  
<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2400/1743> >.
- L'ABBATE, S. Análise Institucional e Educação em Saúde: um diálogo produtivo. BIS - Boletim do Instituto de Saúde, n. 34 – Dezembro, 2004. p. 6-9.
- LACERDA, C. B. D. Evolução da mortalidade em homens adultos no Mato Grosso do Sul, 1996-2007. p. 64-64, 2010/00 2010. Disponível em: <  
<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2494> >.
- LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud, México, 2,1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes.
- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. D. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciênc. Saúde Colet, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005/03 2005.                      Disponível                      em:                      <                      [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100010) >.
- LEAL, A. F., FIGUEIREDO, W. D. S. & NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012/10 2012.
- LEITE, J. F., DIMENSTEIN, M., PAIVA, R., et al. Sentidos da saúde numa perspectiva de gênero: um estudo com homens da cidade de Natal/RN. Psicol. ciênc. prof, v. 36, n. 2, p. 341-353, 2016/06 2016. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n2/1982-3703-pcp-36-2-0341.pdf> >.
- LEMONS, A. P. RIBEIRO, C., FERNANDES, J., et al. Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. Rev. enferm. UFPE on line, v. 11, n.

supl.11, p. 4546-4553, 2017/11 2017. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231205/25206> >.

LIMA, A. P. B. Mortalidade e expectativa de vida: tendências e desigualdades sociais. Tese (doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, 2011.

LIMA, W. C. M. B.; ASSIS, M. M. A. Acesso restrito e focalizado ao programa saúde da família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. Rev. baiana saúde pública, v. 34, n. 3, 2010/09 2010. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n3/a1887.pdf> >.

LOCH, S. Desafios e estratégias no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 43, N. ESPECIAL 6, DEZ 2019, P. 48-58.

MAGALHÃES JUNIOR, H.M., PINTO, H.A. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? Divulg. saúde debate, n. 51, p. 14-29, 2014/10 2014. Disponível em: < <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf> >.

MALTA, D.C., SANTOS, M. A. S., STOPA, S. R., et.al. A cobertura da estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016

MALTA, D. C. & MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MARIANO, R.C.Z. Absenteísmo nas consultas de Clínica Médica em unidade básica de saúde: Uma Percepção dos Usuários do Centro de Saúde Costa e Silva. Trabalho apresentado no Curso de Especialização em Gestão de Serviços de Saúde, 2016/2017. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/>

MARTINS, A. M. & MALAMUT, B. S. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Saúde Soc, v. 22, n. 2, p. 429-440, 2013/06 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) >.

MATTA, G.C. & MOROSINI, M.V.G. Atenção Primária à Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008. p. 44-49. Disponível em:

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>

MASOCHINI, R. G.; FARIAS, S. N.; SOUSA, A. I. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde: perspectiva de profissionais. REME rev. min. enferm, v. 22, p. e-1134, 2018/00 2018. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1272/e1134.pdf> >

MASSUDA, A. Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde. In: CAMPOS, G.V.S. & GUERRERO, A.V.P. (Orgs.). Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. Editora Hucitec. São Paulo, 2008

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. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. Cien Saude Colet, v. 23, n. 2, p. 431-436, 2018/02 2018. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232018000200431)

[script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232018000200431](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232018000200431) >

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. In: AYRES, J. R. & SANTOS, L. (orgs.) Saúde, Sociedade e História. São Paulo-Porto Alegre: Hucitec, 2017.

MENDES, J. D. V. & SALA, A. Saúde em dados contextualização: perfil da morbidade das internações masculinas no Estado de São Paulo. BEPA - Boletim Epidemiológico Paulista, v. 8, n. 93, p. 22-31, 2011/09 2011. Disponível em: < <http://ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4668> >.

MENDONÇA, V.S. & ANDRADE, A.N.D. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? Rev. psicol. polit, v. 10, n. 20, p. 215-226, 2010/12 2010.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.) Agir em saúde: um desafio para o

público. São Paulo: Hucitec, 1997. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulo-03.pdf>>.

MERHY, E. E. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: BRASIL. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.D.O.; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. Saúde debate, n. 33, p. 83-9, 1991/12 1991.

MERHY, E.E., FEUERWERKER, L.M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007. (Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Disponível em: <[http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/ad-medicalizacao\\_e\\_substitutividade.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf)>.

MERHY E.E. & FEUERWERKER L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. MERHY E.E. et al (orgs.) - 1. ed. - Hexis. Rio de Janeiro, 2016. p. 59-72.

MERHY E.E., FEUERWERKER L.C.M. & SANTOS, M. M. L., et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 43, N. ESPECIAL 6, DEZ 2019, P. 70-83.

MINAYO, M. C. S. O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M. C. S., DESLANDES, S. F., GOMES, R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis, RJ, Vozes, 2010. p. 9-29

MIRANDA, H. R., CORRÊA, J. A., NOGUEIRA, L. M. V. et al. Desvendando saberes e preocupações sobre a saúde entre homens ribeirinhos. Rev. enferm. UFPE on line, v. 11, n. 9, p. 3446-3453, 2017/09 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110244/22183>>.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Cienc. Saude Colet, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012/08 2012. Disponível em: <

[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800018](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800018) >.

MOREIRA, M. C. N.; GOMES, R.; RIBEIRO, C. R. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. *Cad Saude Publica*, v. 32, n. 4, p. e00060015-e00060015, 2016/05 2016. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2016000400710)

[script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2016000400710](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2016000400710) >.

MORAIS, M. D. L. S.; ROSA, T. E. C. & MORAES, C. L. Prevalência do consumo abusivo de álcool em homens no estado de São Paulo: apontamentos para uma abordagem do alcoolismo na Atenção Básica à Saúde. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, v. 14, n. 1, p. 73-79, 2013/00 2013. Disponível em: <  
<http://periodicos.ses.sp.bvs.br> >.

MOREIRA, R. L. S. F.; FONTES, W. D. D.; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, v. 18, n. 4, p. 615-621, 2014/12 2014. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000400615](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400615)  
>.

MOTA, A. & SCHRAIBER, L. B. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.4, p.837-852, 2011

MOURA, E. C. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 2012. 128 p.

MOURA, E. C., SANTOS, W., NEVES, A. C. M., et al. Atencao a saude dos homens no ambito da Estrategia Saude da Familia. *Ciênc. Saúde Colet*, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014/02 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200429](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200429) >.

NASCIMENTO, E. P. L., CORREA, C. R. S., NOZAWA, M. R. O município de Campinas e a organização da Secretaria Municipal de Saúde. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*, 16(3):161-173, maio/jun., 2007

NASCIMENTO, A. R. A., TRINDADE, Z. A., GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. *Psico USF*,

v. 16, n. 2, p. 203-213, 2011/08 2011. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712011000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712011000200009)  
>.

NASCIMENTO, A.R.A., TRINDADE, Z. A., GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F., et al. Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte - MG. *Saúde Soc*, v. 20, n. 1, p. 182-194, 2011/03 2011.

NASCIMENTO, L. V., MACHADO, W. D., GOMES, D. F., et al. Estudo de avaliabilidade da política nacional de atenção integral à saúde do homem no município de Sobral, Ceará. *Rev. baiana saúde pública*, v. 38, n. 1, p. 95-114, 2014/07 2014. Disponível em: <  
[http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/580/pdf\\_468](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/580/pdf_468) >.

NICOLETTO, S.C.S., BUENO, V.L.R.C.B., NUNES, E.F.P.A., et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, v.22, n.4, 2013, p.1094-1105

NORMAN, A. H. & TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, v.24, n.1, 2015, p.165-179.

NUNES, G. B. L.; BARRADA, L. P.; LANDIM, A. R. E. P. Conceitos e práticas dos enfermeiros da estratégia saúde da família: saúde do homem. *Rev. baiana enferm*, v. 27, n. 1, 2013/00 2013. Disponível em: <  
<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6887/6784> >.

NUNES, L. O., CASTANHEIRA, E. R. L., DIAS, A. et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica* 42, 2018.

OHIRA, R. H. F., JUNIOR, L. C. & NUNES, E. F. P. A. Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 19 (11) Nov 2014.

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.

OLIVEIRA, C. M. & CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva* 14(3), 2009. p. 929-936.

OLIVEIRA, M. M. D., DAHER, D. V., SILVA, J. L. L., et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*, v. 20, n. 1, p. 273-278, 2015/01 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-8123201500010023](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201500010023)> 7>.

OLIVEIRA, R.D. & OLIVEIRA, M.D. Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: BRANDÃO, C.R. (org.) *Pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 2006. p. 17-33

ONOCKO CAMPOS, R.T., FERRER, A. L., GAMA, C. A. P. et. al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate*, v. 38, n. especial, p.252-64, Outubro, 2014.

PAGANI, R. & ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, supl.1, p.94-106, 2012

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.L.; et al. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 547-573.

PASSOS, J. P. & CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo no gerencial em Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*2006; 40(4):464-8.

PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na Pesquisa-Intervenção. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre , v. 17, n. 3, Dec. 2005, p. 18-25.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R., BARROS, M. E. B. e MATTOS, R. A. (orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Ed. CEPESC, 2007. p. 161-177

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. (orgs.) *Dicionário da educação profissional em saúde*, Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 419-426.

PEDUZZI, M., CARVALHO, B. G., MANDÚ, E. N. T., et. al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [ 2 ]: 629-646, 2011

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. – 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.110-114.

PINTO, A. G. A., JORGE, M. S. B., MARINHO, M. N. A. S. B. et al. Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(5):920-7

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.

REIS, I. L., ALVES, L. F. C. A. CUNHA, L. D. R. et al. Renovação de Prescrição Médica na atenção primária: uma análise crítica. *Renovação de Prescrição Médica na atenção primária: uma análise crítica*. *Rev Med Minas Gerais* 2018; 28: e-1936

RIOS, M. O.; NASCIMENTO, M. A. A. D. Produção do cuidado para resolubilidade da Estratégia de Saúde da Família: saberes e dilemas. *Rev. enferm. UFPE on line*, v. 11, n. supl.9, p. 3542-3550, 2017/09 2017. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234484/27677> >.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev. gaúch. enferm*, v. 32, n. 2, p. 345-351, 2011/06 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000200019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200019) >.

SALA, A. Painel 7 – Contribuições da avaliação de tecnologias de saúde para a atenção primária no contexto das redes de atenção à saúde. In: TOMA, T. S. et. al. (orgs.) *Avaliação de tecnologias e inovação em saúde no SUS: desafios e propostas para a gestão*. São Paulo, 2015. p. 283-287.

SANTOS, R.I.F., PEREIRA, L.C. & NAKASHIMA, V.L. O cadastramento da população como ferramenta de planejamento em saúde. Trabalho apresentado no

Curso de Especialização em Gestão de Serviços de Saúde, 2016/2017. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/>

SANTOS, C. M., BARBIERI, A. R., GONÇALVES, C. C. M., et al. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. *Cad. saúde pública*, v. 33, n. 5, p. e00052816-e00052816, 2017/00 2017. Disponível em: < [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000605015](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605015) >.

Santos VC, santos MG, Vilela ABA et al. Patterns of changes in men's health from demographic indicators and epidemiologic. *J. res.: fundam. care*. Online, 7(2):2569-2581, abr./jun., 2015.

SCHEFFER, M.; SCHRAIBER, L.B. Interface, vinte anos: a Saúde Coletiva em tempos difíceis. *Interface – Comunic., Saude, Educ., Botucatu*, v. 21, n.62, p. 487-91. Junho, 2017.

SCHLICHTHORST, M. et al. Why do men go to the doctor? Socio-demographic and lifestyle factors associated with healthcare utilisation among a cohort of Australian men. *BMC Public Health*, v. 16, n. Suppl 3, p. 1028-1028, 2016/00 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3706-5> >.

SCHRAIBER, L. B. Programação em saúde e organização das práticas: possibilidades de integração entre ações individuais e coletivas no Sistema Único de Saúde. In: *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 1 ed. Rio de Janeiro – RJ: MedBook, 2014, v. 1, p. 83-93

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., FIGUEIREDO, W. S., GOMES, R. 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.

SCHRAIBER, L. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. I. B., MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.) *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. Ed. Hucitec. São paulo, 2000. p. 29-47.

SCHRAIBER, L. B., PEDUZZI, M., SALA, A. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.4, n.2. 1999, pp.221-242.

SCHRAIBER, L.B., VILASBÔAS, A.L.Q., NEMES, M.I.B. Programação em saúde e organização das práticas: possibilidades de integração entre ações individuais e coletivas no Sistema Único de Saúde In: *Saúde coletiva: teoria e prática*. 1 ed. Rio de Janeiro - RJ : MedBook, 2014, v.1, p. 83-93.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Projeto Gestão do Cuidado em Rede: Estratégia de qualificação da Atenção Primária para ampliação dos limites da resolubilidade nas linhas de cuidado das Doenças crônicas: um eixo de reestruturação da Atenção Especializada no seu papel complementar, Campinas, SP. 2010

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Ordem de Serviço n. 01, de 15 de setembro de 2016. *Diário Oficial do Município de Campinas*, Campinas, SP, n. 11.441, Ano XLV, p. 21, 16 set. 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Qualificação do cuidado aos usuários portadores de doenças crônicas, utilizando o protocolo da atenção básica: condições crônicas não transmissíveis – risco cardiovascular no município de Campinas, 2017.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde Soc*, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013/06 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) >.

SILVA, S. C. G. D. Atenção integral a saúde do homem: a percepção do homem sobre cuidado de si. p. 60-60, 2016/00 2016. Disponível em: < <http://colecciona-sus.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1066> >.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE – SIM. Óbitos por residência, por região segundo capítulo CID-10. MS/SVS/CGIAE, 2017.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Cienc.*

Saude Colet, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013/01 2013. Disponível em: < [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100023](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023) >.

SILVA JUNIOR, E. S., MEDINA, M. G., AQUINO, R., et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. Rev. bras. saúde mater. infant, v. 10, n. supl.1, p. s49-s60, 2010/11 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000500005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500005) >.

SILVA JUNIOR, A. G., ALVES, C. A & ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R., MULLER NETO, J. S., TICIANEL, F. A. et al (orgs.) Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS /CEPESC/ LAPPIS/ ABRASCO, 2013. p. 285-298.

SILVEIRA, C. L. G.; MELO, V. F. C. D.; BARRETO, A. J. R. Atenção à saúde do homem na atenção primária em saúde: uma revisão integrativa. Rev. enferm. UFPE on line, v. 11, n. supl.3, p. 1528-1535, 2017/03 2017. Disponível em: < [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9698/pdf\\_2827](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9698/pdf_2827) >.

SIQUEIRA, B. P. J., TEIXEIRA, J. R. B., VALENÇA NETO, P F. et al. Homens e cuidado à saúde nas representações sociais de profissionais de saúde. Esc. Anna Nery Rev. Enferm, v. 18, n. 4, p. 690-696, 2014/12 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000400690](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400690) >.

SOARES, J.C.R.S. & CAMARGO JUNIOR, K.R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.11, n.21, p.65-78, jan/abr 2007

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.

SOUZA, E. C. F., VILAR, R. L. A., ROCHA, N. S. P. D., et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde.

Cad Saude Publica, v. 24 Suppl 1, p. S100-10,2008/07 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2008001300015](http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2008001300015)>.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TABNET-CAMPINAS. Coordenadoria de Informação e Informática. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Disponível em: <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/dh?sim/sim.def>. Acesso em 07-12-2018.

TAVARES, N.U.L.; COSTA, K.S.; MENGUE, S.S.; VIEIRA, M.L.F.P.; MALTA, D.C.; SILVA JÚNIOR, J.B. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(2): 315-323, abr-jun 2015.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Org.). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ / ABRASCO, 2007; p. 91-113.

TESSER, C. C. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. Interface-Comunic., Saúde, Educ, v.10, n. 20, p. 347-62, Jul/Dez 2006.

TESSER, C.C.; POLI NETO, P. & CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciênc. Saúde Coletiva v.15, supl.3, p. 3615-3624, 2010

THIOLLENT, M. Pesquisa-ação nas organizações. São Paulo: Atlas, 2009. 165 p.

THIOLLENT, M. Notas para o debate sobre pesquisa-ação. In: BRANDÃO, C.R. (org.) Repensando a pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense, 2010. p.82-103.

THIOLLENT, M. Metodologia da Pesquisa-Ação. São Paulo: Cortez, 2011. 136 p.

TONELI, M. J. F.; SOUZA, M. G. C. D. & MÜLLER, R. D. C. F. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. Physis (Rio J.), v. 20, n. 3, p. 973-994, 2010/00 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300015)>.

TRAVASSOS, C. & CASTRO, M.S.M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In. GIOVANELLA, L., et al. orgs. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Editora Fiocruz, 2012. Rio de Janeiro.

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.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. D. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Saúde Soc, v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015/03 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000100100](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100100)>.

VIEIRA, K. L. D., GOMES, V. L. O., BORBA, M. R. et al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. Esc. Anna Nery Rev. Enferm, v. 17, n. 1, p. 120-127, 2013/03 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100017)>.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. São Paulo: Tese (Livre Docência) Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health statistics overview 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva, 2019

YOSHIDA, V. C. Atenção integral à saúde do homem na visão de trabalhadores hipertensos e diabéticos: possíveis contribuições para a atenção básica. [Tese], 2014. 86p - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/312869>>.

YOSHIDA, V.C. & ANDRADE, M.G.G. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.20, n. 58, p.597-610, Março, 2016.

## Apêndices

### Apêndice 1 - Roteiro de entrevista com usuários

1. O senhor mora em Campinas? Há quanto tempo?
2. De que local o senhor veio?
3. Reside com a família?
4. Onde o senhor trabalha? 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. O senhor já utilizou o Centro de Saúde próximo de sua casa? Fale-me sobre o atendimento recebido.
12. Qual é a diferença em ser atendido no centro de saúde, pronto socorro ou outros serviços (ex: ambulatório de especialidade)?
13. O que um centro de saúde deve oferecer?
14. O senhor utiliza outros serviços de saúde? Para quais necessidades? Fale-me sobre o atendimento recebido.
15. O senhor acha que os homens preocupam-se com a saúde? Dê exemplos.  
Caso seja hipertenso e diabético
16. Há quanto tempo o senhor sabe que é portador de hipertensão arterial e/ou diabetes?  
Como o senhor descobriu a doença?
17. O senhor já apresentou alguma complicação desta doença?
18. O senhor faz ou já fez tratamento para hipertensão arterial e/ou diabetes? Em quais serviços?
16. Fale-me sobre o seu tratamento (importância, dificuldades, motivações,...).

## **Apêndice 2 - Roteiro de entrevista em grupo com profissionais de saúde e gestor da unidade básica**

### Abordagem preliminar

1. O que vocês entendem por acolhimento na atenção básica? Qual a diferença com outros serviços, como as UPAS (unidades de pronto atendimento) e os pronto socorros?
2. Qual é a diferença entre demanda e necessidade de saúde? Como podemos abordá-las e identificá-las na prática?
3. O que vocês entendem por vínculo/adscrição de clientela. Qual é a importância dele para o trabalho na atenção básica?
4. O que é integralidade do cuidado? É possível oferecer um cuidado integral no “acolhimento”?

### Sobre o acolhimento na unidade básica

1. Como ocorre o acolhimento dos usuários na unidade?
2. Quais profissionais realizam o acolhimento?
3. Em quais horários é realizado o acolhimento?
4. Já foi realizado algum estudo da demanda da unidade, como por exemplo, conhecer os motivos mais frequentes da procura pelo serviço?
5. Como vocês avaliam o acolhimento? É eficaz?
6. Quais são os encaminhamentos mais frequentes dos usuários que passam pelo acolhimento? Citem exemplos.
7. Quais ofertas a unidade possui, além da consulta médica?
8. Vocês sugeririam alguma mudança no processo de trabalho para melhorar o acolhimento?

### Sobre a saúde do homem

1. Vocês conhecem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)? O que acham dela?
2. Falem sobre características dos homens com relação ao auto cuidado e à utilização de serviços de saúde.
3. Vocês sabem caracterizar a população masculina que reside na área de abrangência da unidade (faixa etária, ocupação, renda, morbidade, mortalidade)?

4. Relatem a experiência da equipe no cuidado de homens trabalhadores.

Sobre a Hipertensão arterial e o Diabetes mellitus

1. Vocês conhecem a população de hipertensos e diabéticos que reside na área de abrangência da unidade? Há algum tipo de cadastro?

2. As equipes da unidade participam do projeto de gestão da clínica do município de Campinas?

3. A forma como está estruturado o acesso e o acolhimento da unidade permitem a captação desses pacientes antes de desenvolverem complicações das referidas doenças? Ou vocês, em geral, descobrem esses pacientes quando vêm encaminhados (por especialistas)?

### **Apêndice 3 – Casos discutidos com as equipes**

#### **Caso 1 – atendimento relatado pela auxiliar de enfermagem no acolhimento**

AE: Eu peguei um paciente aqui esses dias e ele falou assim:

- Olha, eu vim aqui porque minha esposa fala que eu preciso fazer exame de próstata porque com 40 anos tem que fazer.

Aí eu fui fazer o acolhimento, ver sinais vitais e a pressão dele tava super alta.

Falei: - você toma remédio pra pressão?

- Não, não tenho problema de pressão.

Falei: - tem sim e pelo jeito tá alta e bem alta. Ah, tá... e a gente ficou conversando e ele falou que trabalha, viaja muito e não sei o quê, aí falou que a mãe dele tinha falecido e que era diabética, aí falei: - e você? Já fez exames pra ver? Ele é de outra equipe... aí fui fazer um dextro dele e deu super alto, mandei ele pra Enfermeira. A enfermeira falou: - diabético, hipertenso, e veio aqui pra ver o negócio da próstata.

#### **Caso 2 – paciente com 37 anos que veio para o “Acolhimento” com queixa de ouvido entupido**

P: hoje você veio aqui no posto porque?

Usuário: por causa do ouvido né, muita cera e não tô escutando direito.

P: e você chegou que horas?

Usuário: cheguei no primeiro horário, cheguei aqui 6 e meia.

P: mas o posto não abre às 7?

Usuário: então .. minha esposa falou pra eu vir mais cedo senão não conseguia a vaga do dia, ela esteve aqui, falaram isso aí pra ela sabe... que tinha que chegar antes da 7 pra conseguir uma vaga... só que foi tão rápido que eu acho que nem precisava ter vindo tão cedo.

P: e o que você achou do atendimento?

Usuário: o atendimento foi... rápido, o que demorou foi a espera pra chamar... por não ter tanta gente.

P: e você já veio outras vezes aqui?

Usuário: a última vez que eu vim aqui... já faz uns 2 anos, foi da pressão, é eu vim um dia medir a pressão, falou que estava alta.

P: mas vc estava sentindo mal?

Usuário: não, não tava sentindo mal, medi por medir mesmo, porque eu tenho caso de hipertenso na família... meu pai deu infarto, meu tio deu e o outro irmão dele também. Estava vindo do trabalho e passei aqui, medi e tava alta, aí me deram o cartão pra fazer o acompanhamento da pressão...

P: você chegou a tomar remédio no dia?

Usuário: não, não cheguei a tomar remédio não, só fazer o controle, aí passava todo dia à tarde, foi uns 8 dias, aí depois falou que tava legal, os últimos 3 dias tava legal.. foi normalizando até chegar 12x9.

P: e hoje, mediram sua pressão?

Usuário: medi pressão, falou que tava um pouco alta.

P: e falaram alguma coisa?

Paciente: não, não falou nada, a enfermeira né, só técnico, não sei. Fiz a triagem lá, pegou os dados... a outra pegou o aparelhinho e falou que tinha muita cera... falou pra pingar... me deu esse papelzinho, que era pra mim comprar na farmácia, que não tem, e pingar durante 1 semana e depois voltar aqui.

P: e sobre a pressão?

Usuário: sobre a pressão não falou nada.

P: você ainda tem o cartãozinho de medir pressão?

Paciente: tem o cartãozinho em casa. Depois de quase 2 anos eu nunca medi de novo.

P: e nem voltou numa consulta?

Usuário: Eu voltei numa consulta não aqui né, particular né.

### **Caso 3 - paciente com 56 anos, aguardando coleta de exames**

P: e o Sr. tem boa saúde?

Usuário: pra ser sincero, não.

P: porque?

Usuário: me debilitei muito... é devido também a idade vem chegando né... a gente vai tendo as anomalias no dia a dia, nunca procurei o médico, assim, pra fazer um

exame completo, vem no postinho, dão o remédio... melhora mais ou menos, volta a trabalhar, mas não descobre o que a senhora tem, na minha opinião.

P: durante sua vida o sr. ia mais no posto ou no pronto socorro?

Usuário: postinho de saúde.

P: vinha então quando tava passando mal, tinha algum problema?

Usuário: ah, só no arrasto, pra ser sincero com a senhora... o pobre tem uma barreira... na área médica, porque eles não injeta... sei lá infraestrutura, em médico né... então quando chega, aquele montão de gente... muitas vezes é atendido... sem o médico olhar pra gente... não sei se é tanto paciente, horário dele, não posso explicar... é o que eu sinto.

P: então o sr. procurava quando estava bem ruim?

Usuário: sim, debilitado, já não tinha condições de ... sei lá passar aquele dia trabalhando né.

P: e o sr. acha que o atendimento era só para aquilo que o sr. tava sentindo?

Usuário: sim, só pra...como diz o caipira, pra arribá a pessoa...

P: o sr. quer dizer que não era um atendimento que ia buscar a causa.

Usuário: sim, eu sei lá, a maneira de eu falá é assim né... Quando eu pego um serviço pra fazer, depois que eu termino, eu pergunto pra pessoa, tá feliz com meu serviço? Se tem algum defeito, eu procuro corrigi, entendeu, eu quero sair dali com amizade com a senhora e a senhora gostando do meu serviço... na área médica tem uns que eu vou falar pra senhora ... sai dali com a doença que tava... mentalmente com raiva ainda.

P: mas porque que sai com raiva?

Usuário: sei lá a senhora não se sente feliz... talvez ele não achou sua doença assim ou... se eu fui procurar ajuda é porque eu não sei fazê. Principalmente na área de saúde, a gente só tem a dor... há uns 10-15 anos pra cá e como eu explico assim... muitas vezes eu fui procurar auxílio médico né sei lá, não resolveram minha situação, saí de lá com a mesma anomalia, mesma dor... o descaso é tão grande ou a minha infelicidade de pegar o profissional que não acha o que eu tenho, que o ano passado eu fui internado no Mario Gatti, uma médica até... a primeira que me viu,

fez um... uma bateria de exames, depois que eu entrei lá pra dentro. Ela falou que eu tomei tanto...uns remédios que ofendeu meu fígado.

P: era pra dor?

Usuário: sim eu tomei aqui, muitos anos ... a senhora sai de casa ruim parece que já sabe o que eles vão dá como remédio, então aí tive uma recaída física muito grande quejá vinha vindo de anos, mas ... agora em 2016 eu não consegui, me debilitei... 2016 eu não trabalhei, já não tive força, 2017 tá acabando, eu continuo ... talvez se tivesse me dado atenção logo no começo, eu já tivesse produzindo, aí é bom pra minha família, é bom pro país, porque eu vou gerar, vou ter condições de pagar meus imposto, é o que eles quer, é o que eles gostam, só que uma pessoa debilitada não pode fazer isso, eu vejo um descaso, pra ser sincero... a gente nasceu pra morrer, a gente nasce e sabe que o final é a morte mas só que tem gente que morre produzindo, porque ele tem qualidade de vida, não é verdade?

#### **Caso 4- paciente com 31 anos de idade veio para o “Acolhimento”**

Usuário: então, eu, particularmente passo bastante no posto de saúde, minha pasta é daqui, minha e da minha família, e até então, faz mais ou menos uns 2 anos que eu passei a tomar o remédio de uso contínuo...

P: então seu acompanhamento aqui começou por conta dessas alterações de pressão?

Usuário: não, não eu já procurei o posto saúde é por todo os motivos por questões de saúde é aqui que eu ... porque aqui como é um posto de saúde, né eu hoje mesmo estou aqui porque aqui tem uma avaliação que é onde a gente pode ser encaminhado pra um recurso é, melhor, se eu for no pronto atendimento pode tentar me ajudar, mas não vai ajudar resolver a causa do problema e também eu venho no posto de saúde pra resolver a causa do problema, combater, descobrir, então por esse motivo particularmente eu prefiro vir aqui também sim né...

P: e o sr. tem alguma dificuldade pra passar aqui?

Usuário: então... eu não tive problemas assim, porque no meu antigo trabalho eu tinha 2 folgas, então com 2 folgas era o suficiente pra correr atrás do que eu tava precisando... no meu caso... então nunca cheguei a pegar, poucas vezes, pouquíssimas vezes algum atestado do médico, eu evitava, a empresa não gostava

de atestado, chegava até cortar o vale, enfim por este transtorno eu não queria dar dor de cabeça pra empresa e queria cuidar da minha saúde. Então eu tinha as 2 folgas.

P: então quando o sr. tem algum problema de saúde sempre vem pra cá, aqui que o sr. consegue o atendimento e o acompanhamento.

Usuário: exatamente, perfeitamente e aí vai encaminhar pra outros lugares que tem recursos avançados pra descobrir a causa. Por isso que eu dou preferência pra cá.

## **Anexos**

### **Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários do serviço**

**Título: Atenção básica e homens portadores de doenças crônicas: como promover acesso, vínculo e cuidado a esses usuários?**

Pesquisadores: Valéria Cristina Yoshida e Dra. Maria da Graça Garcia Andrade

Número do CAAE: 64261916.0.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

O estudo pretende analisar a implementação de estratégias em serviços da atenção básica, com o auxílio dos profissionais de saúde, que ampliem o acesso de homens trabalhadores a esses serviços.

Rubrica do participante

Rubrica da pesquisadora

Pg. 1 de 3

**Procedimentos:**

Você está sendo convidado a conceder uma entrevista individual ou em grupo de discussão a respeito do acesso dos homens no centro de saúde, que serão gravados de modo a preservar melhor a opinião do participante. Tanto a entrevista como o grupo de discussão serão realizados em local definido de comum acordo com o participante. A transcrição das entrevistas será feita de modo a manter o sigilo da identidade do participante e as gravações serão apagadas após o término da pesquisa (3 anos). Caso seja necessária a consulta de dados de seu prontuário no Centro de Saúde, solicito seu consentimento para consultar o prontuário.

**Desconfortos e Riscos:**

Não há riscos previsíveis. Desconforto poderá ocorrer em razão da duração da entrevista ou grupo de discussão, que será de aproximadamente 1 hora.

**Benefícios:**

Não haverá benefícios diretos para o participante da pesquisa.

**Acompanhamento e assistência:**

Caso sejam detectadas necessidades de cuidado durante a realização das entrevistas ou dos grupos, que não tenham sido abordadas pela equipe da unidade de saúde, elas serão discutidas com os profissionais responsáveis.

Rubrica do participante

Rubrica da pesquisador

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

**Ressarcimento:**

Não haverá ressarcimento pois não estão previstas despesas para o participante. Destaca-se que o participante de pesquisa tem direito à indenização em casos de danos decorrentes da pesquisa, previsto no código civil brasileiro.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Valéria Cristina Yoshida, cel. (19) 997300477, E-mail: [valeria.yoshida@gmail.com](mailto:valeria.yoshida@gmail.com)

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP: 13083-887 Campinas – SP; Telefone (19) 3521-8936; Fax (19) 3521-7187; E-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

\_\_\_\_\_

Nome do participante

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/

\_\_\_/\_\_\_ (Assinatura do participante)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_/

\_\_\_/\_\_\_ (Assinatura da pesquisadora)

## **Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais de saúde**

**Título: Atenção básica e homens portadores de doenças crônicas: como promover acesso, vínculo e cuidado a esses usuários?**

Pesquisadores: Valéria Cristina Yoshida e Dra. Maria da Graça Garcia Andrade

Número do CAAE: 64261916.0.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

O estudo pretende analisar a implementação de estratégias, em serviços da atenção básica, com o auxílio dos profissionais de saúde, que ampliem o acesso de homens trabalhadores a esses serviços.

Rubrica do(a) participante

Rubrica da pesquisadora

Pg. 1 de 4

**Procedimentos:**

Você está sendo convidado a participar de entrevistas e/ou grupos de discussão, que serão realizados no local do estudo, que serão gravados e posteriormente transcritos. Na transcrição os dados de identificação serão substituídos e as gravações serão apagadas após o término da pesquisa (3 anos).

**Desconfortos e riscos:**

Não há riscos previsíveis, exceto o possível desconforto causado pela entrevista, que terá duração de aproximadamente 1 hora.

**Benefícios:**

Não há benefícios diretos para o participante, exceto pela oportunidade de reflexão e modificação do processo de trabalho em sua unidade.

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

**Ressarcimento:**

Não haverá ressarcimento, pois não estão previstas despesas para o participante. Destaca-se que o participante de pesquisa tem direito à indenização em casos de danos decorrentes da pesquisa, previsto no código civil brasileiro.

Rubrica do(a) participante

Rubrica da pesquisadora

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Valéria Cristina Yoshida, cel. (19) 997300477, e-mail: valeria.yoshida@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter sido esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

---

Nome do(a) participante

---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (Assinatura do(a) participante)

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_(Assinatura da pesquisadora)

Pg. 4 de 4