



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

MARIANA OLIVEIRA ALMEIDA

**PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
(DES) ARTICULAÇÃO TEORIA/PRÁTICA**

Feira de Santana
2016

MARIANA OLIVEIRA ALMEIDA

**PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
(DES) ARTICULAÇÃO TEORIA/PRÁTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Saúde Coletiva (Área de concentração em Políticas e Gestão do Sistema de Saúde, na Linha de pesquisa Avaliação de Políticas, Programas e Serviços de Saúde) da Universidade Estadual de Feira de Santana — UEFS, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Angela Alves do Nascimento

Feira de Santana
2016

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado – UEFS

Almeida, Mariana Oliveira

A449 Produção do cuidado na atenção à saúde do homem na Estratégia Saúde da Família: (des)articulação teoria/prática / Mariana Oliveira Almeida. – Feira de Santana, 2016.
126 f.: il.

Orientador: Maria Angela Alves do Nascimento.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

1. Saúde – Homem. 2. Produção de cuidado. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Atenção à saúde. I. Nascimento, Maria Angela Alves do, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU 614-055.1

MARIANA OLIVEIRA ALMEIDA

**PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
(DES) ARTICULAÇÃO TEORIA/PRÁTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Saúde Coletiva (Área de concentração em Políticas e Gestão do Sistema de Saúde, na Linha de pesquisa Avaliação de Políticas, Programas e Serviços de Saúde) da Universidade Estadual de Feira de Santana — UEFS, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 08 de junho de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr.^a Maria Angela Alves do Nascimento

Doutora em Enfermagem

Professor Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana — UEFS

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC

Orientadora

Prof^ª Dr.^a Sinara Lima de Souza

Doutora em Saúde Pública

Professor Adjunto da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

1^a Examinadora

Prof^ª Dr.^a Miriam Santos Paiva

Doutora em Enfermagem

Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - UFBA

2^a Examinadora

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, fonte inesgotável de amor, força e coragem em minha vida. Ao Senhor todo o louvor, adoração e honra.

À minha mãe, **Ivana Oliveira Almeida**, mulher guerreira e vitoriosa, que na sua simplicidade sempre soube me ensinar o sentido do amor e me deu o exemplo vivo de força e luta. Hoje sou uma mulher forte e determinada por sua causa. Obrigada pela felicidade de tê-la como mãe!

Aos **professores do Curso de Mestrado do Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC - UEFS)**, pela dedicação e conhecimentos partilhados.

À minha querida orientadora, **Profª Drª Maria Angela Alves do Nascimento**, pelo exemplo de ser humano e profissional, por todos os conhecimentos partilhados, pela disponibilidade de me ensinar e orientar, pelo apoio nos momentos difíceis, jamais esquecerei. Obrigada pela amizade, carinho e compreensão.

À **Profª Drª Maria Lúcia Servo**, pela maravilhosa contribuição na disciplina de Planejamento, pelo exemplo de ser humano e profissional, pelo auxílio e valorização com a nossa turma e pelo fortalecimento do laço afetivo durante esse processo. Obrigada pelas palavras de apoio e carinho.

A **Profª Drª Rosely Cabral**, pela disponibilidade em contribuir com este estudo na banca de defesa. Obrigada pela disponibilidade!

A **Profª Drª Mirian Santos Paiva**, pela disponibilidade em contribuir com este estudo na banca de defesa. Obrigada pela disponibilidade!

A **Profª Drª Sinara Lima de Souza**, pela disponibilidade em contribuir com este estudo desde a banca de qualificação e defesa. Obrigada pelas palavras de incentivo e carinho!

A **Profª Drª Adriana Alves Nery**, pela disponibilidade em contribuir com este estudo desde a banca de qualificação e defesa. Obrigada pela atenção, palavras de incentivo e carinho.

À **Profª Drª Edna Araújo**, pelo compromisso e ética em sua trajetória profissional, pelo exemplo de mulher forte, guerreira e competente. Obrigada pelo acompanhamento durante o mestrado.

Aos colegas do mestrado, em especial a **Marcos Vinícius Silva**, pelas alegrias compartilhadas, pela amizade construída e ajuda nos momentos difíceis. Obrigada por tudo! A você, todo o meu carinho e admiração.

A todos os meus amigos, que entenderam as minhas ausências durante a trajetória do mestrado, em especial, à amiga **Lucila Cintra**, pela amizade, incentivo e apoio durante a minha trajetória do mestrado, pela alegria manifestada por cada vitória em minha vida. Obrigada por sempre acreditar em mim!

À minha colega **Enfª Mariana de Carvalho Magalhães**, pela ajuda durante a trajetória do mestrado e pela flexibilidade e apoio enquanto coordenadora do curso.

À minha colega **Enfª Sílvia Feitosa**, pela prestatividade nas trocas de plantão e pela disponibilidade em me ajudar sempre que precisei. Obrigada pelo apoio!

Ao meu noivo, **Franclin Martins**, pelo amor devotado, por sempre acreditar no meu sucesso, pelo apoio nas dificuldades, pelas palavras de incentivo e por entender as minhas ausências durante a confecção deste trabalho. Obrigada pela compreensão e companheirismo sempre!

Ao meu irmão, **João Neto**, por acreditar em mim e me ajudar sempre que precisei. Amo você!

Ao meu irmão, **Murilo Almeida**, pelo incentivo para que eu fizesse o mestrado, pelo exemplo de professor, por acreditar em mim e pela ajuda na formatação desse trabalho. Obrigada pelo apoio!

Ao amigo **Antônio Carlos**, por estar sempre disposto a ajudar, pelo auxílio nas horas difíceis e pelo apoio sempre que necessário. Jamais esquecerei!

À **Secretaria Municipal de Saúde**, em especial às amigas do **Setor de Planejamento**, pelo auxílio sempre que precisei.

*Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,
mas lutei para que o melhor fosse feito. Não
sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não
sou o que era antes.*

(Martin Luther King)

ALMEIDA, Mariana Oliveira. **PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:** (Des) Articulação teoria/prática. 2016. 125p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2016.

RESUMO

Estudo bibliográfico, cujo objeto é a Produção do Cuidado na Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Concebemos Produção do Cuidado à luz de Merhy (2002), no qual o processo de trabalho em saúde é inteiramente dependente da relação entre os sujeitos. O referencial teórico tem como foco a produção do cuidado na ESF em atenção à saúde do homem como objeto desse cuidado. Para tanto, consideramos o processo de trabalho como meio de inserção e desenvolvimento social e as metamorfoses sofridas ao longo do tempo, articulado à produção do cuidado, na perspectiva da Saúde da Família, considerando a multidimensionalidade envolvida, ao direcionar como objeto desse processo de trabalho o homem e a relação com a questão da masculinidade na saúde. O caminho metodológico teve três momentos: no primeiro momento foi realizada a pesquisa bibliográfica ampla nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), a qual englobou as bases Bireme, Lilacs e SciELO, bem como o portal da CAPES — Busca simples. A partir de então, numa busca detalhada, estabelecemos os descritores para seleção. Diante deste levantamento, elaboramos os seguintes critérios de inclusão: tipo de publicação (artigos publicados nos periódicos das bases de dados BVS e portal da CAPES), o critério temporal (publicações do ano de 2010 a 2014), tipo de estudo qualitativo e lócus do estudo (ESF). Ao total, encontramos um quantitativo de 16 estudos. No segundo momento procedemos a agregação e ordenamento das produções científicas selecionadas de acordo os critérios estabelecidos no estudo, acompanhado da leitura exaustiva. O terceiro momento se refere à análise propriamente dita dos artigos selecionados, guiado pelo método de análise do conteúdo, correlacionando com a literatura dos teóricos da Saúde Coletiva. Os resultados mostraram um processo de trabalho marcado pelo modelo biomédico, com ênfase em tecnologias duras e leve-duras e com fragilidades relativas à estrutura da ESF, bem como da precarização do trabalho e do vínculo profissional. Além disso, evidenciou uma invisibilidade do homem como usuário da ESF, priorizando a atenção especializada de forma tardia ou até outras portas de entrada da rede de atenção e com dificuldade para valorizar o cuidado com vistas à prevenção dos agravos e promoção da saúde. Quanto às considerações finais, elas revelam um trabalho fragmentado, com desvalorização da tecnologia leve e foco no profissional, sendo assim, a realidade suscita uma resignificação do trabalhador da Saúde da Família e da sua micropolítica, a fim de promover um cuidado integral ao homem, pautado no acolhimento, vínculo e responsabilização.

Palavras-chave: Trabalho. Processo de trabalho. Produção do cuidado. Atenção à Saúde do Homem. Saúde da Família.

ALMEIDA, Mariana Oliveira. **PRODUCTION OF CARE IN THE HEALTH CARE OF MAN IN THE STRATEGY FAMILY HEALTH:** (Des) Articulation theory / practice. 2016. 125p. Dissertation (Master in Collective Health) — Department of Health, State University of Feira de Santana, Bahia, Brazil, 2016.

ABSTRACT

Bibliographic study, whose object is the Production of Care in the Health Care of Man in the Family Health Strategy (FHS). We conceive Production of Care in the light of Merhy (2002), in which the process of health work is entirely dependent on the relationship between the subjects. The theoretical reference focuses on the production of care in FHS in attention to the health of the man as object of this care. Therefore, we consider the work process as a means of social insertion and development and the metamorphoses suffered over time, articulated to the production of care, in the perspective of Family Health, considering the multidimensionality involved, when directing as the object of this work process the Relationship with the issue of masculinity in health. The methodological path had three moments: in the first moment a broad bibliographic research was carried out in the databases of the Virtual Health Library (VHL), which encompassed the Bireme, Lilacs and SciELO databases, as well as the CAPES portal - Simple Search. From then on, in a detailed search, we established the descriptors for selection. In view of this survey, we developed the following inclusion criteria: type of publication (articles published in the journals of the VHL databases and CAPES portal), the time criterion (publications from the year 2010 to 2014), type of qualitative study and locus Study (ESF). In total, we found a quantitative of 16 studies. In the second moment we proceeded to aggregate and organize the selected scientific productions according to the criteria established in the study, accompanied by the exhaustive reading. The third moment refers to the analysis of the selected articles, guided by the content analysis method, correlating with the literature of Collective Health theorists. The results showed a work process marked by the biomedical model, with emphasis on hard and light-hard technologies and with weaknesses related to the structure of the FHT, as well as the precariousness of work and the professional bond. In addition, it showed an invisibility of the man as a user of the FHT, prioritizing the specialized attention late or even other entrance doors of the care network and with difficulty to value care with a view to the prevention of injuries and health promotion. Regarding the final considerations, they reveal a fragmented work, with devaluation of the light technology and focus on the professional, so, the reality raises a re-signification of the Family Health worker and its micropolitics, in order to promote integral care for the man, Based on welcoming, bonding and accountability.

Keywords: Work. Work process. Production of care. Attention to Human Health. Family Health.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACD	Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BIREME	Biblioteca do Centro Latino-americano e do Caribe de Informações em Ciências Sociais
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
EqSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FOC	Fundação Oswaldo Cruz
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NUPISC	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
PPGSC	Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva
PSF	Programa de Saúde da Família
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

USF Unidade de Saúde da Família
USP Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Fluxograma sobre a trajetória do processo de seleção dos artigos, dissertações e teses	51
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Síntese das Produções Científicas selecionadas, sobre a Produção do Cuidado na ESF X Atenção à Saúde do Homem. BVS, Brasil, 2010-2014.....	47
Quadro 2: Síntese das Produções Científicas selecionadas, sobre a Produção do Cuidado na ESF X Atenção a Saúde do Homem. Portal da CAPES, Brasil, 2010-2014.....	49
Quadro 3: Síntese das categorias – Produção do Cuidado na ESF <i>versus</i> Atenção à Saúde do Homem, BVS, Brasil, 2010-2014.....	52
Quadro 4: Síntese das categorias – Produção do Cuidado na ESF <i>versus</i> Atenção à Saúde do Homem, Portal da CAPES, Brasil, 2010-2014.....	53

ISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das produções científicas – Busca Simples na BVS e Portal da CAPES. Brasil, 2010- 2014..... 44

Tabela 2 – Distribuição das produções científicas – Busca Detalhada na BVS e Portal da CAPES. Brasil, 2010-2014 45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.2 SAÚDE DO HOMEM : A MASCULINIDADE EM QUESTÃO.....	18
2.3 O TRABALHO E A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESF	27
3 METODOLOGIA.....	42
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	42
3.2 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS BIBLIOGRÁFICOS	43
3.3 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS	51
3.4 QUESTÕES ÉTICAS.....	53
4 RESULTADOS	54
4.1 PRODUÇÃO DO CUIDADO DO HOMEM NA ESF: UMA POLÍTICA DE SAÚDE AVANÇADA, MAS AINDA INVISÍVEL NA PRÁTICA	54
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICES.....	81
APÊNDICE A - Busca Bibliográfica Simples	81
APÊNDICE B - Busca Bibliográfica Detalhada	82
APÊNDICE C - Matriz Bibliográfica	84
APÊNDICE D - Distribuição das Produções Científicas	123

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo objeto desta pesquisa — PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) —, partiu das nossas experiências ainda no curso de graduação em Enfermagem. Naquele momento, nos aproximamos da realidade da ESF e percebemos que o processo de trabalho da Equipe Saúde da Família (EqSF), por vezes, era marcado pelo atendimento a grupos populacionais específicos e numa perspectiva individualizada, com consultas programadas e cumprimento de protocolos do Ministério da Saúde (MS), em detrimento do livre acesso ao serviço, assim como realização de atividades com as famílias e a comunidade, focos da ESF. Nesse contexto, observamos que o homem não era ‘olhado’ na sua singularidade de gênero, sendo assim excluído do perfil de atendimento da ESF (Planejamento familiar, Pré-natal, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento — ACD, entre outros). Sua presença se dava, por vezes, no Programa de Hipertensão e Diabetes – HIPERDIA, entretanto, em sua maioria, acabavam ficando à margem do cuidado e com isso, mais distantes da unidade de saúde.

O segundo momento foi a nossa inserção na área de Planejamento da Secretaria de Saúde do município de Feira de Santana (Bahia), o que nos possibilitou uma aproximação com o conhecimento das Políticas Nacionais do Ministério da Saúde, destacando a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem/PNAISH (BRASIL, 2009). Diante de tal contexto, tivemos a oportunidade de participar da elaboração de projetos sobre a Saúde do Homem, no âmbito da Atenção Básica, assim como de reuniões de monitoramento e avaliação de indicadores da Atenção Básica. As discussões eram, em sua maioria, voltadas às práticas dos trabalhadores da saúde, bem como a formulação de estratégias de enfrentamento para os indicadores. Naquele momento, revelou-se a necessidade de problematizar o tema “Saúde do Homem” e buscar maneiras para facilitar o acesso daqueles indivíduos à saúde e promover a sua adesão serviços relacionados à saúde da família.

O terceiro momento foi a nossa atuação numa unidade hospitalar em um município do semiárido baiano como enfermeira assistencial. A realidade local era caracterizada por um grande número de admissões de homens adultos, em fase de diagnóstico tardio ou descompensação de doenças evitáveis. Nossas reflexões se coadunaram com a importância da promoção e prevenção à Saúde do Homem, bem como o estímulo ao acesso e vínculo desse usuário com a Estratégia Saúde da Família.

O quarto momento foi a nossa inserção no Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva no ano de 2014, com concentração em Políticas, Planejamento e Gestão do Sistema de Saúde, na linha de pesquisa Avaliação de Políticas, Programas e Serviços de Saúde, quando começamos a discutir e, mais uma vez, a refletir na área da Saúde Coletiva, conhecimentos numa abordagem crítica sobre Modelos de Atenção, Atenção Básica, ESF, Políticas de Saúde, Planejamento, Gestão e a Produção do Cuidado na abordagem do processo-sujeitos-práticas. Por conseguinte, a construção e incorporação desses conhecimentos com a nossa vivência prática ao longo do tempo, nos instigou a pesquisar este objeto, considerando-se o trabalho na atenção à Saúde do Homem, visto que a Produção do Cuidado em Saúde está contida no processo de trabalho.

Mas, o que é trabalho? Quem o inventou? Como ele se configura na saúde? A quem se destina? Estas são algumas das indagações que surgem quando nos propomos a estudar tal temática. Haja vista a relevância política, econômica e social do trabalho, pretendemos compreender à luz da literatura, a sua dimensão teórica e prática, principalmente no âmbito da saúde. Como tentativa de responder às questões iniciais, entendemos o trabalho como o resultado da ação do homem na natureza e reconhecemos a sua posição de importância na sociedade ao longo do tempo.

O processo de trabalho na dimensão do Cuidado em Saúde envolve componentes próprios, denominados Produção do Cuidado em Saúde. Todavia, ressaltamos que neste estudo sobre a *Produção do Cuidado na Atenção à Saúde do Homem na ESF*, nos embasaremos nas produções científicas publicadas, na abordagem do Estudo Bibliográfico. Por conseguinte, assumimos neste estudo a concepção de Produção do Cuidado à luz de Merhy (2002), no qual o processo de trabalho em saúde é inteiramente dependente da relação entre sujeitos, de modo que um trabalhador isolado é incapaz de executar as ações em saúde, cuja produção se realiza no espaço partilhado com o usuário, bem como a concepção de Assis, Nascimento, Franco e Jorge (2010) que consideram a necessidade de analisar criticamente o trabalho, avaliando de que forma ele está estruturado, sua finalidade, dimensão do alcance de suas ações, para quem está direcionado e o pensamento crítico-político dos atores sociais envolvidos.

Outrossim, Macedo e Dimenstein (2009) reforçam que a Produção do Cuidado se trata de uma dimensão não apenas técnica, mas ético-política, que pode provocar interferências nas práticas e formas organizativas no trabalho das equipes, dos serviços e da gestão em saúde, além de suscitar processos de mudança na formação teórico-prática, bem como no campo da subjetividade dos profissionais.

A proposta de trabalhar a temática Produção do Cuidado na ESF se justifica pela possibilidade de estudá-la, a fim de provocar uma reflexão que leve a uma possível transformação na estrutura formal do processo de trabalho e proporcione melhor articulação entre as tecnologias para o desenvolvimento de uma práxis inovadora. Diante disso, Merhy, Franco, Bueno e Magalhães (2006) ressaltam que o trabalho em saúde deve ter como finalidade última a produção do cuidado individual e/ou coletivo, operado por saberes tecnológicos que valorizem o campo relacional e da intersubjetividade, numa lógica “usuário-centrada”¹, operando, deste modo, o encontro com as necessidades dos usuários. Contudo, para Barros e Benevides (2007), torna-se imprescindível que o cuidado produzido pelos profissionais de saúde na ESF, bem como em todos os níveis de densidade tecnológica, seja embasado na escuta, acolhimento, ética, diálogo, autonomia, respeito, liberdade, cidadania e criatividade, de modo a impulsionar mudanças em suas práticas.

Ao problematizar a questão da atenção à saúde do homem a partir da perspectiva da Produção do Cuidado na ESF, assumimos o pressuposto de que o cotidiano da ESF pode dificultar a atenção a esse grupo. Em contrapartida, segundo Silva (2010), a Saúde do Homem, ao longo das duas últimas décadas, tem estado na pauta de discussão da Saúde Coletiva, tanto no âmbito nacional quanto internacional, por considerar a exposição às situações de vulnerabilidade e os crescentes índices de morbimortalidade deste grupo populacional. Tanto a experiência prática, quanto os estudos recentes têm demonstrado a invisibilidade dos homens no serviço de saúde, para ações de prevenção e promoção da saúde e a suposta relação antagônica com o cuidado, o que exige das políticas públicas de saúde e, por conseguinte, dos profissionais de saúde, uma nova postura, um novo olhar, uma nova intervenção.

Dessa forma, a produção do cuidado na atenção à saúde do homem é um tema cuja relevância tem sido percebida nos espaços acadêmicos de debate referentes ao campo da Saúde Coletiva. Além disso, o estudo bibliográfico realizado nos permite compreender as abordagens dos teóricos sobre a temática ao longo do tempo e pode suscitar novas perspectivas. Vale ressaltar que no processo de construção desta pesquisa, levantamos estudos publicados no período de 2010-2014 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal da

¹ Essa denominação lógica usuário-centrada foi demarcada por Merhy (2002) na sua obra **A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO** e envolve uma mudança de postura do profissional com vistas a valorizar a subjetividade para atender a necessidade do usuário. Segundo Merhy, envolve ações em saúde voltadas para uma lógica “usuário-centrada”, que permite a construção, no cotidiano, de vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários na formatação das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas.

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que abordam a Produção do Cuidado voltada exclusivamente à saúde do homem na ESF. Destacamos também que o estudo sobre sujeitos e práticas, na perspectiva da Saúde Coletiva, poderá oportunizar um pensamento por mudança no processo de trabalho em saúde, baseado em uma outra postura, outro olhar, outro cuidado, a fim de ampliar a nossa visão acerca do cuidado, com o foco na necessidade de saúde do homem, de forma integral e resolutiva.

Além do mais, é necessário que tanto os gestores, trabalhadores da saúde e os usuários sejam sensíveis à questão sobre o processo saúde-doença, com destaque à morbimortalidade relacionada ao sexo masculino, o que representa uma perda de anos potenciais de vida, assim como (na perspectiva economicista e neoliberal), um peso financeiro ao sistema de saúde, o que justifica a necessidade de uma gestão junto aos trabalhadores de saúde que estimule a prevenção e promoção não só desse grupo populacional, mas de todos os usuários da rede. É importante refletir sobre a situação marginal à qual este grupo populacional esteve condicionado histórica, cultural e socialmente no que se refere ao de gênero, reforçando a ideia de o homem ter aversão ao cuidado e também pela dificuldade dos serviços de saúde se organizarem para atender ao público masculino.

Diante do contexto apresentado, este estudo incita os seguintes questionamentos: Como a Produção do Cuidado na Atenção à Saúde do Homem na ESF vem sendo construída e divulgada nos periódicos da BVS e Portal da CAPES no campo da Saúde Coletiva, no período de 2010-2014? Quais os componentes inerentes ao processo de trabalho em saúde realizado pelos trabalhadores na Produção do Cuidado à Saúde do Homem na ESF publicados pelas produções científicas da BVS e Portal da CAPES deste período na área de Saúde Coletiva?

Diante de tais questionamentos, este trabalho objetiva analisar a forma como a Produção do Cuidado na Atenção à Saúde do Homem na ESF vem sendo construída e divulgada nos periódicos da BVS e Portal da CAPES no campo de Saúde Coletiva, no período de 2010-2014, bem como caracterizar as produções científicas publicadas na BVS e Portal da CAPES neste período, considerando-se os componentes do processo de trabalho para a Produção do Cuidado na atenção a Saúde do Homem na ESF.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este referencial apresenta como foco a produção do cuidado na ESF, especificando a saúde do homem como objeto deste cuidado. Diante dos objetivos propostos, o referencial teórico foi dividido nos seguintes itens: **Saúde do Homem: a masculinidade em questão e Trabalho e a Produção do Cuidado na ESF.**

2.1 SAÚDE DO HOMEM: A MASCULINIDADE EM QUESTÃO

Para iniciar a abordagem sobre a saúde do homem, há de se considerar um enfoque nas categorias “masculinidade” e “gênero”, às quais nos remeteram à análise de Bourdieu (1999), ao afirmar que a virilidade precisa ser validada por outros homens, a fim de que se sintam verdadeiramente homens, numa referência a um processo de “des-historização” e eternização das estruturas da divisão sexual e dos princípios de divisão correspondentes. Percebemos então, que a masculinidade é demarcada como um fenômeno histórico e socialmente construído, variando conforme as sociedades ou, no âmbito de uma mesma sociedade, segundo diferentes períodos históricos, e até diferenciado pela cultura envolvida.

Mas, afinal, o que é ser um “Homem”? Segundo Badinter (1993, p.3), ter um cromossomo Y e possuir órgão sexual masculino, não basta para definir o macho da espécie humana, porque “Ser Homem” implica um trabalho; um esforço que não parece ser exigido das mulheres. “É mais raro ouvir ‘seja mulher’ como uma chamada à ordem, enquanto a exortação feita ao menino, ao adolescente e mesmo ao adulto masculino é lugar comum na maioria das sociedades”.

Percebemos nesta abordagem inicial, que “Ser Homem” representa uma dimensão que ultrapassa a distinção sexual, pois envolve uma representação construída histórica, cultural e socialmente. Nesta perspectiva o homem deveria ser dotado de força e poder como forma de autoafirmação em sociedade. Todavia, observamos que a cultura histórica da formação social do homem interfere diretamente na sua forma de lidar com a sua saúde e talvez implique também no fato de o sistema de saúde o desconsiderar no planejamento das ações e serviços de saúde.

Discutir sobre a relação do homem no contexto social e de saúde implica, segundo Pereira (2009), necessariamente, um recorte sobre o conceito de gênero, considerado um conceito das Ciências Sociais, surgido na década de 1970 e relativo à construção social do sexo, tendo como significado a diferença entre atributos culturais de cada um dos sexos e a

dimensão biológica do ser humano. Ademais, o Sistema de Saúde não considerou a saúde do homem no planejamento das ações e serviços por um longo período, entretanto esta situação vem se modificando a partir da Implantação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), lançada no ano de 2009.

Segundo Medrado e outros (2011), o uso do termo gênero expressa todo um sistema de relações, incluindo sexo, mas que transcende a diferença biológica, as relações sociais e históricas e políticas, entre outras. Assim como a feminilidade, a masculinidade ocupa lugar simbólico nas relações sociais e institucionais.

Portanto, diante desse paradigma instituído, ainda há um consenso de que os homens detêm um lugar de privilégio na sociedade como um todo, de que alcançam postos mais importantes, são mais bem remunerados, são os líderes políticos, os chefes da família (BRAZ, 2005). Tal consenso vem reforçar o modelo hegemônico da masculinidade, que tem “engessado” relações em todos os setores da sociedade.

O conceito de “masculinidade hegemônica”, demarcado por Connell (1995), nos faz refletir sobre a expressão de uma forma de masculinidade dominante, mais valorizada e idealizada em determinado contexto sócio-histórico, também denominado “modelo tradicional de masculinidade”, considerado aqui não apenas em suas características normativas, mas como uma construção social polêmica, estereotipada, que se reflete nas práticas em que engendra.

Assim, para Trevisan (1998), a masculinidade é construída em um espaço político e social, dependendo de questões mutáveis e, por isso mesmo, tornando essa imagem fragilizada e ameaçada. Badinter (1993) também enfatiza que não existe uma única masculinidade, mas várias, e que se a masculinidade é aprendida, construída, ela também pode modificar-se.

Diante destas afirmativas, a masculinidade poderá se configurar como uma condição que sofre influência do momento histórico e das representações formadas no meio social. Além disso, a imagem do homem tem sofrido modificações ao longo do tempo e essa representação pode influenciar diretamente na situação de saúde desse grupo populacional, tanto positiva quanto negativamente. Nesta perspectiva, Badinter (1993), Nolasco (1995; 1997), Medrado (1998) e Cecchetto (2004), consideram a emergência de um novo padrão de masculinidade devido à crise da masculinidade hegemônica, que trouxe à tona as demandas por homens sensíveis, que expressam suas emoções sem que, com isso, percam a virilidade e a força. Por conseguinte, é necessário que os homens reavaliem suas atitudes e comportamentos diante da sociedade, tornando-se capazes de expressarem suas emoções,

além de dividirem tanto o espaço da esfera pública, que foi conquistado, quanto o espaço da esfera privada. Consequentemente, com tal mudança, poderá surgir um novo homem, que Badinter (1993, p. 13) denomina “homem reconciliado”, o homem que surge de uma reconciliação e que combina força com sensibilidade.

Diante deste paradigma, a discussão sobre a saúde dos homens pode envolver diferentes abordagens, atravessadas por distintos campos disciplinares. Discussões com o foco específico na relação Homem *versus* Saúde vem ocorrendo, nos últimos anos, tanto nos meios acadêmicos quanto no âmbito dos serviços de saúde, no entanto, o debate se situa nas questões culturais que potencializam ou limitam os cuidados em saúde a serem assumidos pelos homens (GOMES, 2011). Notamos, então, o caráter complexo e multidimensional desta temática, o que implica numa articulação de saberes de diversos ramos do conhecimento para realizar tal abordagem.

O termo “Saúde” geralmente é definido como “ausência de doença”. No entanto, entende-se que esta compreensão simplifica o seu significado. A Saúde contempla o bem-estar das pessoas, seu modo de vida e como aprendem a se relacionar com o meio em que vivem. Portanto, defendemos a concepção de Saúde concebida na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1988, p. 187), em seu sentido mais abrangente como

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A partir desta definição, entendemos que Saúde implica uma construção de saberes que está atrelada à maneira como as pessoas vivem, trabalham e aprendem, assim como o modo como cada pessoa cuida de si e das demais. Neste contexto, homens e mulheres devem aprender a cuidar da sua saúde. Contudo, nos deteremos a seguir sobre a Saúde do Homem, por refletir o objeto desta pesquisa.

A população brasileira, no ano de 2010, segundo Moura (2012), foi contabilizada em pouco mais de 190 milhões de habitantes, sendo 48,8% do sexo masculino. Essa proporção varia entre as regiões: de 48,3% no Nordeste a 50,3% no Norte, única região com mais de 50% de homens. Destes 48,8%, aproximadamente 56% estão na faixa etária entre 20 e 59 anos de idade. A região Centro-Oeste (MS, MT, GO, DF) comporta o menor contingente (7,6%), seguida pela região Norte (RO, AC, AM, RR, PA, AP, TO) com 7,9% da população nacional, na qual a maioria dos estados tem menos de 500 mil homens nessa faixa etária. O Sul (PR, SC, RS) contribui com 14,8% dos habitantes, o Nordeste (MA, PI, CE, RN, PA, PE,

AL, SE, BA) com 26,2%, destacando-se a Bahia, com quase 3,7 milhões de homens entre 20 e 59 anos de idade. O Sudeste (MG, ES, RJ, SP) absorve 43,5% da população nessa faixa de idade, com proeminência para o Estado de São Paulo com quase 12 milhões.

Os homens, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) habituaram-se a comandar, a prover as necessidades da família e a evitar, sempre que possível, o contato com os espaços da saúde, sejam os consultórios médicos, sejam os corredores das unidades de saúde pública, orgulhando-se de uma pretensa invulnerabilidade. Aversos à prevenção e ao autocuidado, por considerá-los importantes apenas para as mães, as esposas e os filhos, quando os problemas surgem é comum que os homens retardem a procura de atendimento o que, conseqüentemente, pode influenciar no agravamento dos casos e ocasionar, ao final, maiores problemas e despesas para si mesmos e para o Sistema de Saúde, que é obrigado a intervir nas fases mais avançadas das doenças.

De acordo com Moura (2012), há ainda um diferencial de óbitos para os homens em relação às mulheres — 3,3 vezes maior de mortes no grupo de causas externas; 2,6 vezes no grupo de transtornos mentais e comportamentais e 1,5 vezes no grupo de doenças do aparelho digestivo. Tais dados reforçam as diferenças de gênero: homens se envolvem mais em situações de acidentes e violências, levando à morte prematura (causas externas), o que interfere nos índices de adoecimento e morte por outras causas, como as mulheres. Destacam-se também as mortes por transtornos mentais e comportamentais e por doenças do aparelho digestivo, provavelmente associadas aos comportamentos de risco, como uso de drogas, consumo de bebidas alcoólicas e de alimentos ricos em gorduras, entre outros. A taxa de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias chega a 41,4 óbitos por 100 mil habitantes na população masculina adulta. A menor taxa foi registrada no estado do Rio Grande do Norte (24,6), chegando a atingir mais de 50 casos por 100 mil habitantes, no Rio Grande do Sul (54,8), e, no Rio de Janeiro, 61,2 casos.

Os homens apresentam padrões característicos de morbidade. Dados do estudo de Moura (2012) sobre as condições de saúde do homem mostram que, ao tomarmos como parâmetro os casos novos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), em 2010, as taxas de incidência são muito maiores entre os homens do que entre as mulheres (37,9 casos novos por 100 mil habitantes em relação às mulheres com 21,0), com diferenças importantes por faixa etária: 49,0 em relação a 24,1, entre 30 e 39 anos; 45,0 *versus* 16,3, entre 40 a 49; e 28,6 *versus* 21,0, entre 50 e 59 anos. Vale ressaltar que, apesar da feminilização da doença, segundo o boletim epidemiológico da AIDS (BRASIL, 2015), os homens ainda são mais acometidos pela patologia do que as mulheres. Quanto à tuberculose, o mesmo padrão de

risco se repete com mais do que o dobro de casos novos em homens. No que diz respeito às doenças relacionadas ao trabalho, a incidência entre homens e mulheres é de 1,6 mais vezes, mas é indiretamente associada com o aumento da idade, chegando a 2,5, entre os mais jovens (16 a 24 anos de idade), caindo para 1,2, na faixa etária de 45 a 59 anos, reforçando a diferenciação entre gênero, com os homens apresentando mais risco de acidentes por imprudência, do que por exposição.

Ademais, a pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD), realizada em 2008 pelo IBGE (BRASIL, 2010), destaca que 20,8 dos homens e 10,1% das mulheres com idade entre 20 a 64 anos referiram não ter realizado nenhuma consulta médica nos doze meses antecedentes a pesquisa. As mulheres relataram maior número de consultas médicas nos últimos 12 meses (3,9), quando comparadas aos homens (1,8). As principais razões referidas pela população para a busca de atendimento médico foram: doenças (50%), seguidas por puericultura, vacinação ou outros atendimentos de prevenção (22%), problemas odontológicos (14%) e acidentes e lesões (6%). Embora, em ambos os sexos, as doenças tenham sido as principais responsáveis pela procura por atendimento em saúde, as mulheres referiram maior busca por serviços de vacinação ou prevenção (24% e 19% entre o sexo masculino), enquanto que, entre os homens, os motivos mais frequentes para a busca de atendimento em saúde foram os acidentes e as violências (8,9% entre homens e 4,1% entre as mulheres).

Assim, no ano de 2008, foi criada, juntamente ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, a Área Técnica de Saúde do Homem, que ficou sob a coordenação de um médico urologista. A partir de então, os homens passaram a ter visibilidade ao lado de Programas de Saúde mais antigos que têm como foco ações de saúde para outros sujeitos. Além disso, foi realizado o IV Fórum Políticas Públicas de Saúde do Homem, no qual foi apresentado pelo Ministério da Saúde o projeto que, posteriormente, daria origem à Política Pública de Saúde para o Homem (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009; MEDRADO et al., 2011; BRASIL, 2009).

Em 2009, após discussões entre pesquisadores/as, associações médicas e setores do Governo, entre outros, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) lançou a Política de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), regulamentada pela Portaria 1.944, de 27 de agosto de 2009, que tem como diretriz central a integralidade da atenção à saúde da população masculina, em dupla perspectiva: a integralidade do homem no sentido de atendimento às necessidades de saúde, articulando-se os níveis primário, secundário e terciário da atenção, garantindo a continuidade das ações pelo SUS, e o entendimento de que muitos dos

problemas que afetam a saúde do homem devem ser considerados em sua abrangência social e cultural, e não meramente biológica.

O documento da PNAISH é apresentado como fruto de uma parceria entre gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional. Segundo este documento, a saúde do homem é uma das prioridades do governo e a política a ser implementada traduziria “um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública” (BRASIL, 2009, p. 3). Naquele contexto, também foi apresentado o Plano de Ação da PNAISH, o qual visa atender homens na faixa etária dos 25 aos 59 anos, com o objetivo de

[...] promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, 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. 36).

Outrossim, a implantação da PNAISH (BRASIL, 2009), representou uma estratégia do governo de fortalecer e qualificar a Atenção Primária no tocante ao cuidado do homem, na perspectiva da integralidade. Uma questão referida na PNAISH sobre o motivo para a baixa adesão dos homens aos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor, alegando que o horário do funcionamento dos serviços coincide com o horário do trabalho. Realmente, não podemos esquecer que a preocupação masculina com a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social, o que reforça o ‘papel’ historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento familiar, uma realidade controversa, uma vez que a mulher, gradativamente, vem se destacando como provedora da família. De acordo com a ferramenta Estatística de Gênero do IBGE (BRASIL, 2015), das 50 milhões de famílias (únicas e conviventes principais) que residiam em domicílios particulares em 2010, 37,3% tinham a mulher como responsável.

Apesar de tudo isso, também consideramos o horário de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) um limite para a Produção do Cuidado em Saúde, visto que a maioria dessas unidades, na experiência do município em que trabalhamos, funcionam até às 17 horas. Em contrapartida, há de se destacar que grande parte das mulheres, de categorias socioeconômicas variadas, se constitui uma força produtiva, inseridas no mercado de trabalho. Segundo o IBGE (BRASIL, 2015) as mulheres representavam no ano de 2013, 43% da força produtiva, e, ainda assim, procuravam os serviços de saúde. Dessa forma, pensamos que talvez haja resistência masculina ligada a essa realidade ou, até mesmo, invisibilidade ou não

prioridade dos serviços voltados à Saúde do Homem, devido ao seu processo cultural patriarcal.

A ideia de baixa procura ou até invisibilidade do homem nos serviços de saúde é reforçada também por Gomes (2011), ao enfatizar que os homens procuram menos as unidades de saúde, em virtude do pressuposto de que no gênero masculino há uma desvalorização com o autocuidado e de que há uma precariedade nos serviços de saúde, sobretudo na Atenção Básica. As alternativas verificadas na utilização de serviços de saúde pelos homens são a farmácia e os exames rotineiros exigidos pelas empresas empregadoras.

Devemos considerar também que existe o imaginário social sobre a masculinidade estar atrelada à saúde, força e virilidade. Neste sentido o reconhecimento da possibilidade de adoecer se contrapõe ao que “se espera” do ser homem. Tais representações, certamente influenciam na procura aos serviços de saúde e na adesão ao tratamento, os quais resultam na predisposição a agravos.

Portanto, segundo Pereira (2009, p. 56), a influência da ideologia do patriarcado sobre o homem legitima a sua superioridade. O ‘papel’ que lhe é atribuído é o de ser provedor, detentor de força física. Assim, no momento em que o homem procura os serviços de saúde para atendimentos de rotina, ele costuma ser discriminado, até mesmo por profissionais da área de saúde, atitude que é vista como “sensível e coisa de mulher”.

Ainda sobre a resistência masculina aos serviços de Atenção Primária/Atenção Básica, o Ministério da Saúde reforça que

[...] está ligada a variáveis culturais, que são estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal, produzem práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem se julga invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (BRASIL, 2009, p. 6).

Esta é uma realidade que vem se conformando historicamente, inclusive nos estudos precursores sobre a saúde dos homens no fim dos anos 1970 nos Estados Unidos, como por exemplo, os estudos de Couternay (2000), que eram quase que exclusivamente centrados em déficits de saúde e tiveram dificuldades para conseguir ampla divulgação. Apesar de nos anos 1980 tal perspectiva avançar de forma mais consistente, observando-se, inclusive, uma mudança de terminologia, de “estudos dos homens” para “estudos de masculinidades”.

Segundo Schraiber, Gomes e Couto (2005), os anos 1990 consolidam as noções de poder, desigualdades e iniquidades de gênero na maioria dos estudos sobre homens e saúde, articuladas a variáveis, tais como raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião, dentre outros, a fim de se entender os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos

de homens. Ainda nesse contexto, os estudos desse período trouxeram não apenas a discussão da temática, mas também reflexões sobre outros aspectos, como a singularidade do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos.

Todavia, os referidos autores referem que, no século XXI, transita-se pelas teorias de papéis-sexuais para o enfoque de gênero, quando se assiste à expansão da perspectiva de gênero em domínios como a Epidemiologia e a Sociologia médica nos Estados Unidos. Complementando-se esta afirmação, a evolução temporal acerca do estudo sobre a Saúde do Homem é caracterizada por um caráter simplista dos estudos anteriores, ao desconsiderarem a multidimensionalidade. O foco era apenas na morbidade, passando com o tempo a incorporar a abordagem também do ser saudável e no processo saúde-doença para além da perspectiva meramente biológica ao envolver, assim, múltiplas dimensões.

Ademais, segundo Duarte, Oliveira e Souza (2012), talvez a feminilização dos serviços de saúde da atenção primária venha a ser um eixo complicador para o acesso e vínculo do homem à unidade de saúde. Porém, acreditamos que esta feminilização não decorre apenas das mulheres constituírem a maioria dos usuários das USF, mas sim da própria organização das Unidades de Saúde, com as quais o homem pouco se identifica. Além disso, as equipes de saúde em geral são na maioria, formadas por mulheres. Segundo os autores, os exemplos evidenciam murais das unidades de saúde que apresentam informações voltadas à saúde da criança, da mulher e do idoso. As rotinas dos agendamentos privilegiam as consultas de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD); o pré-natal para as mulheres e o atendimento a doenças crônicas. Este contexto leva-nos a alguns questionamentos: onde o homem se insere? Em que espaço ele pode tratar dos seus problemas de saúde?

Um exemplo de transformação desta realidade a ser considerado é o campo da Saúde Reprodutiva que, segundo Keijzer (2003), vem demonstrando a participação do homem, seja no sentido exclusivamente de informação ou também como apoio à saúde das suas mulheres. Acrescenta ainda que, incluir a participação do homem nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio, por diferentes razões. Uma delas é que, em geral, o cuidar de si, cuidar dos outros e valorizar o corpo no sentido da saúde, não são questões dispostas no processo de socialização dos homens.

No Brasil, a discussão sobre a saúde dos homens, segundo Khon (2011), teve seu início mediante esforços da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), que promoveu uma campanha no ano de 2008, tendo como tema a disfunção erétil. A partir daí, a SBU, apoiada pelo então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão — que tinha como uma das metas de

sua gestão a implantação de uma política de assistência à saúde dos homens —, começou a exercer forte pressão junto aos órgãos do Governo, aos Conselhos de Saúde e a outras entidades médicas, para que fosse lançada uma política de saúde que tivesse como foco o público masculino.

Ainda segundo Khon (2011), a PNAISH é pioneira dentre os países da América Latina e está alinhada às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica — PNAB (BRASIL, 2008). Além disso, os Governos Estaduais deverão ter autonomia para criar suas próprias Políticas, com base na Política Federal, para o atendimento das demandas específicas de cada região do Brasil de acordo com a sua realidade cultural, histórica e social.

Ressaltamos que a PNAISH (BRASIL, 2009), considera em suas propostas de atuação, a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas históricas e sócio culturalmente como um processo em permanente transformação. Tal compreensão é fundamental para a promoção da equidade na atenção à população masculina, que deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição socioeconômica, étnico-racial, por local de moradia (urbano ou rural), pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou intelectual e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas.

Mais uma vez resgatamos aqui a importância do entendimento das barreiras socioculturais e institucionais já abordadas. Por isso é importante a proposição de estratégias que possam promover o acesso dos homens aos serviços de Atenção Básica bem como a resolubilidade de suas demandas, a fim de valorizar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais do cuidado à saúde.

Enfim, a proposição da PNAISH, é qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. Para tanto, defendemos que é necessário fortalecer e qualificar a Atenção Primária/Atenção Básica.

Todavia, apesar de Pinto e outros (2012) enfatizarem que as tentativas de consolidação das redes assistenciais pelas políticas ou pelas iniciativas dos sujeitos participantes do processo almejem a integralidade do cuidado na sua dimensão plena, são encontradas dificuldades que podem ocorrer na própria efetivação da rede de cuidado que estão fragmentadas em seus fluxos. Com isso, os resultados são os itinerários terapêuticos por vezes superficiais e desarticulados com as demandas e necessidades de Saúde do Homem.

A partir do quadro teórico apresentado e tomando como base a realidade da Saúde da Família, que tem demonstrado uma baixa demanda, ou até invisibilidade do homem na ESF, percebemos o quanto este cenário precisa ter uma valorização e visibilidade, considerando todos os aspectos relacionados. Por conseguinte, entendemos que o homem, devido à influência histórica e cultural, apresenta certa objeção ao cuidado à saúde. Aliado a esta realidade, experienciamos na prática, uma estrutura de serviços baseados em programas do Ministério da Saúde, voltados principalmente ao público feminino, com horário de funcionamento pouco flexível, os quais dificultam a inserção do homem na Atenção Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família.

2.2 TRABALHO E A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESF

Para iniciar a abordagem sobre “trabalho”, nos remetemos ao pensamento aristotélico referenciado por Antunes (1999), que distingue a categoria trabalho em dois componentes: o pensar e o produzir; o primeiro diz respeito à finalidade e concebe os meios para realizá-la. Já o segundo, o produzir, diz sobre a concretização do fim pretendido. Esses dois componentes fazem alusão à concepção de Marx (1982), sobre as categorias do trabalho, respectivamente: concreto e abstrato, ou suas sinônimas, trabalho morto² e vivo³.

Segundo o Dicionário Aurélio, trabalho significa o ato de trabalhar; qualquer ocupação manual ou intelectual; esmero, cuidado que se emprega na feitura de uma obra; obra feita ou que se faz ou está para se fazer; labuta e lida. A partir dessa definição e tomando como referência alguns autores, como Marx (1982), Casetti (1991) e Antunes (1999), passamos a pensar na origem do trabalho, e com isso, percebemos que o seu surgimento está ligado diretamente à origem da humanidade, visto que desde os primórdios há relatos da ação transformadora do homem na natureza, mesmo na sua forma primitiva, exemplificada a partir da ação do homem para extrair o fogo da natureza com galhos de árvore, de modo que as circunstâncias naturais passaram a ser vulneráveis ao controle da vontade do indivíduo.

Assim, ao considerarmos a história das primeiras civilizações e se mirarmos nas pirâmides do Egito, nas edificações da Grécia Antiga e na Muralha da China, podemos

² Trabalho vivo é definido por Marx (1982) como o trabalho que o homem pratica quando se envolve na transformação da natureza.

³ Concebemos como trabalho morto a definição de Marx (1982) o trabalho vivo que se acumula na forma de produção de bens de capital. Já segundo Merhy (1998), trabalho morto refere-se a todos aqueles produtos-meios que estão nele presentes e que resultam de um trabalho humano anterior. Acrescenta que o trabalho vivo significa trabalho em ação que se produz “dando-se” no ato de sua realização.

perceber a ação do homem de forma mais elaborada, mas ainda assim, a modificação do ambiente dar-se-á pela atividade humana. Mesmo, inicialmente, tendo caráter manual e ligado à subsistência, o trabalho, com o passar do tempo foi se configurando como uma atividade de cunho social e com foco principal no lucro, pela influência do capitalismo. Adiante a discussão acerca do trabalho na saúde será aprofundada, particularmente no que diz respeito à Produção do Cuidado ou Processo de Trabalho na saúde (MEKSENAS, 1994; ANTUNES, 1999; AZEVEDO; SERIACOPI, 2005).

O trabalho, entretanto, não é um mero ato decisório, mas um processo de uma cadeia temporal que busca sempre novas alternativas direcionadas para as transformações da realidade e desencadeadas pelas necessidades sociais (ANTUNES, 1999). Neste contexto, o trabalho assume um papel mediador entre a o homem e o seu meio social.

Segundo Marx (1982), o homem rompe com sua estrutura biológica e se relaciona com a sociedade a fim de produzir mudanças processuais, mudanças que, por sua vez, suscitam novas, tornando uma cadeia de produção e reprodução social, configurando-se como práxis social⁴. Para Santos (1990), o trabalho representa um meio de integração e engajamento social, o que mostra que, de certa forma, o ciclo de vida do ser humano compreende três períodos: o de preparação/formação para o trabalho, o da vida laborativa e o da aposentadoria, assumindo dessa forma, um “papel” obrigatório na vida das pessoas. Como podemos perceber, toda a vida do ser humano é marcada pelo trabalho, determinando todo o seu ciclo de vida até o envelhecimento, sem que nós mesmos tomemos consciência deste processo. Neste sentido, a função social do trabalho para Sobral (1994), é interligar a interioridade subjetiva (singularidade do sujeito) com a exterioridade social (o sujeito social). Portanto, para o autor, a subjetividade do trabalho transcende o ser humano que trabalha, mas caracteriza o seu convívio com outros seres, resultando no engajamento social.

O trabalho representa um importante mecanismo de desenvolvimento social. Os homens se fortaleceram no seu meio com o trabalho. Dele extraíram o seu sustento, se relacionaram com os outros, constituíram a família e o seu papel diante da comunidade, e desenvolveram sua autoestima e autonomia. Tal representação social, inerente ao trabalho,

4 O conceito de práxis é anterior a Marx, com raiz no pensamento aristotélico, mas foi conformado na filosofia marxista. Marx (1982) concebeu a práxis como atividade humana prático-crítica, que nasce da relação entre o homem e a natureza.

vem sendo explorada por muito teóricos como Marx (1982), Santos (1990), Sobral (1994) e Antunes (1999), que defendem o trabalho como uma ferramenta política e social.

Compreendemos assim, o trabalho como um processo que pode facilitar o desenvolvimento das atividades a fim de alcançar os resultados propostos. Segundo Marx (1982, p.40), “os componentes do processo de trabalho são delimitados pela **atividade** adequada para um fim, ou seja, o **próprio trabalho**; a **matéria** à qual o trabalho é aplicado; o **objeto** de trabalho; os **meios** de trabalho, os **instrumentos** de trabalho” [grifo nosso]. Partindo desse pressuposto, fica evidente que cada tipo de trabalho a ser realizado envolve diferentes componentes de acordo a área de atuação. Na saúde, por exemplo, consideramos que os componentes envolvidos podem ser a assistência e os seus desdobramentos, como **atividades**; o cuidado, **como trabalho**; a matéria, **como o corpo**; maquinários, prontuários, entre outros e, a depender da área de atuação, o usuário dos serviços de saúde, **como o objeto** ao qual se destina o trabalho, a estrutura organizacional e recursos humanos; os saberes e técnicas **como os meios** do trabalho, bem como os materiais e equipamentos, como monitores, esfigmomanômetro, termômetro, entre outros, como **instrumentos** do trabalho.

No entanto, para Marx (1982), a função social do trabalho muitas vezes é subjugada pelo sistema de produção capitalista, que visa primariamente o lucro em detrimento das demandas sociais. Sobre isso, Marx enfatiza o valor de uso e de troca demarcados pelo sistema capitalista, uma vez que o trabalho tanto serve para produzir produtos que são imbuídos de “valor de uso”, como também “valores de troca” para o patrão.

A força de trabalho de um homem, segundo Marx (1982), consiste na sua individualidade viva, ou seja, o trabalho é a essência do ser humano. O valor da força de trabalho se determina pela quantidade de trabalho necessário para a conservação ou reprodução de uma dada mercadoria, sendo que esta força de trabalho é limitada pela energia ou força vital do homem para produzir. Percebemos assim, que a jornada de horas a serem trabalhadas dependerá do tipo de trabalho a ser executado, ou seja, a quantidade de energia que será dispendida. Porém, essa orientação nem sempre é seguida no mercado de trabalho atual, devido à influência do sistema capitalista.

Outro ponto a ser destacado no valor do trabalho é a sua variação conforme a complexidade. Sobre isso, Antunes (1999) se reporta ao mundo contemporâneo, no qual o trabalho é expresso pelo seu valor social, que foi influenciado, principalmente, pelas mudanças sofridas ao longo do tempo no processo da produção capitalista. Com isso, observamos que as formas de trabalho, anteriormente marcadas pela valorização do trabalho estável — aquele entendido como o trabalho assalariado, com divisão hierárquica e regido por

leis organizativas — foi dando lugar às mais diversificadas formas de trabalhos parciais, geralmente sem regulamentação e autônomas.

Corroboramos com a ideia de Oliveira (2004) de que a partir do fortalecimento do sistema capitalista apoiado pelo projeto neoliberal e globalização da economia, surgiram novos paradigmas que envolvem a classe trabalhadora, como o desemprego e a precarização das condições e vínculos de trabalho⁵, que é resultado do processo de reestruturação das forças de produção para se adaptar a essa nova economia mundial.

No entanto vemos, concretamente na prática, a despeito da precarização das condições de trabalho, a intensificação dos ritmos e do conteúdo do trabalho, racionalização da força produtiva, a busca desenfreada pela produtividade, provocando a falta de pausas para descanso, redução de intervalos para refeição, longas ou múltiplas jornadas de trabalho e excesso de horas extras, mobiliário desconfortável, entre outras situações. A precarização do vínculo de trabalho, por sua vez, apresenta-se de variadas formas, como a fragmentação do processo de trabalho, subcontratação dos setores produtivos (terceirização) e a introdução de novas tecnologias, entre elas a robótica e a automação, resultando na redução de postos de trabalhos estáveis.

Esta realidade, de acordo com o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos/DIEESE (2015), tem provocado aumento de demanda sindical por melhores condições de vida e trabalho, bem como grande impacto sobre a saúde dos trabalhadores, ocasionando problemas de ordem física e psicológica⁶. Esse processo marcado pela precarização do trabalho associado à perda da identidade e valor do trabalhador foi fortemente influenciado pelo sistema capitalista neoliberal.

Sobre isso, Marx (1982, p. 148) ressalta que

O trabalhador se torna tão mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador se torna uma mercadoria tão mais barata quanto mais mercadoria cria. Com a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens. O trabalho não produz só mercadorias; produz a si mesmo e ao trabalhador como uma mercadoria, e isto na proporção em que produz mercadorias em geral.

⁵Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE (BRASIL, 2015), a população desocupada (desempregada) atingiu 1,8 milhão de pessoas, um aumento de 9,4% frente a junho e de 56% na comparação com julho de 2014. Esse foi maior crescimento anual da população desocupada em toda a série histórica, iniciada em março de 2002.

⁶ Para a Organização Internacional do Trabalho/OIT (BRASIL, 2012), as doenças profissionais representam um enorme custo, tanto para os empregadores, trabalhadores, suas famílias e para o desenvolvimento econômico e social do país. A OIT estima que os acidentes e doenças resultam em uma perda de 4% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial, ou cerca de 2,8 trilhões de dólares, em custos diretos e indiretos por lesões e doenças.

Do mesmo modo, Antunes (1999) ressalta como consequência desse processo a redução do trabalho vivo ou abstrato e a ampliação do trabalho morto, ou trabalho material ou imaterial. Nossa compreensão sobre o trabalho é semelhante à de Antunes, de que a articulação entre trabalho vivo e trabalho morto é condição para que o sistema de produção capitalista se mantenha. Além disso, partimos do pressuposto que o homem interfere na natureza através do trabalho e sofre influência do mesmo, por isso o trabalho depende de relações e através dele o homem se configura como ser social.

Reforçamos esta concepção com o pensamento de Lukács (2004, p. 57), segundo o qual

[...] não é possível captar a essência do processo de passagem do ser inorgânico ao ser orgânico e do ser biológico ao ser social apesar de haver elementos causais que a ciência conseguiu em grande parte desvendar e quantificar. Entretanto, o salto de qualidade de um estágio a outro ainda continua sendo um salto ‘ontologicamente’⁷ necessário de um nível de ser a outro, qualitativamente necessário.

Com a evolução do sistema capitalista influenciando o mercado de trabalho, o valor da atividade laboral foi, segundo Antunes (1999), também se modificando, o que acarretou uma condição que é denominada estranhamento ou alienação, ao transformar o sujeito em objeto, ou objetivar do sujeito. Os trabalhadores, assim, alienam a sua subjetividade para dar lugar apenas a objetividade do capital. Acrescenta ainda, que, ao passo que o desenvolvimento tecnológico se acelera, aumenta o processo de alienação, além de estar mais presente nas classes menos favorecidas, que muitas vezes, desempenham o trabalho manual.

Outro ponto destacado por Antunes (1999) é a instabilidade da ordem social provocada pelo processo de alienação. Essa alienação pode dificultar a integração social no trabalho e, em consequência, levar a uma tamanha crise direcionada a uma desintegração social geral. Contudo, sabemos que esse processo de alienação não é novo no sistema capitalista, tendo em vista que desde a década de 1920 e 1930, conforme discutido por Oliveira (2004), foi introduzido o conceito de “organização racional do trabalho” e “colaboração” entre o proletariado.

Tais conceitos, por sua vez, foram apoiados nas ideias da Administração Científica, principalmente influenciadas pelo Taylorismo⁸. Segundo Monteiro e Gomes (1998), essa concepção de produção era marcada por um processo de organização do trabalho e colaboração, realizada com o auxílio de médicos psiquiatras, os quais eram responsáveis pela

⁷ Natureza ontológica diz respeito à qualidade do ser. O termo Ontologia vem do grego *Ontos* (ser).

⁸ Segundo Monteiro e Gomes (1998, p. 30), Taylorismo é uma concepção de produção, baseada em um método científico de organização do trabalho, desenvolvida pelo engenheiro americano Frederick W. Taylor (1856-1915).

avaliação dos trabalhadores e do seu dimensionamento conforme a sua adaptação à atividade, bem como a manutenção da ordem por meio de mecanismos disciplinares para eliminação de conflitos. Todavia, notamos que esse processo de acompanhamento se configurava como uma forma do sistema capitalista fabril deter o controle dos funcionários e da sua força de trabalho, provocando a perda da autonomia no processo de trabalho e passividade dos sujeitos, a fim de manter a cadeia produtiva direcionada para o lucro.

Portanto, diante da perspectiva em que a alienação foi historicamente construída, fundamentada em Marx (1982), ressaltamos a importância de promover a “desalienação” como ferramenta de oposição ao sistema capitalista, a fim de reverter o processo de trabalho passivo e suscitar mudança no valor do trabalho e do sujeito que o realiza, tanto o trabalho concreto, quanto o abstrato⁹. Todavia acreditamos que a parcela da população que desenvolve atividade intelectual, dispõe de mais mecanismos de reflexão e crítica no seu processo de trabalho, no sentido de promover a desalienação contínua.

Entretanto, para Navarro e Padilha (2007) ainda que o trabalho tenha caráter plural e polissêmico, o que exige um conhecimento multidisciplinar, é também a atividade laboral fonte de experiência psicossocial, sobretudo dada a sua centralidade na vida das pessoas. Assim, ele não é apenas meio de satisfação das necessidades básicas, mas também fonte de identificação e de autoestima, de desenvolvimento das potencialidades humanas e formação de identidade.

Assim, a partir das concepções teóricas sobre o trabalho, articulamos os fundamentos teóricos da Produção do Cuidado na ESF. O processo de trabalho em saúde foi estudado por Donnangelo (1976) e se referia ao mercado de trabalho em saúde, especificamente no contexto da profissão médica. Além disso, enfocava também o caráter técnico e social da profissão, desenvolvendo dessa forma, o pensamento social em saúde. A discussão envolvia as relações entre saúde e sociedade, prática profissional e prática social, bem como dos indivíduos que estavam envolvidos nas práticas. Todavia, esse pensamento foi difundido em estudos posteriores com outros desdobramentos que permitiram uma abordagem abrangente e problematizadora da temática, ampliando para o cenário econômico, ético, político, cultural e ecológico (MENDES- GONÇALVES, 1979; 1992; 1994; SCHRAIBER, 1997; PIRES, 2000; NOGUEIRA, 2002; MOTA; SILVA; SCHRAIBER, 2004; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006).

Tais desdobramentos envolveram duas perspectivas de abordagem. A primeira, de cunho político e de estruturação da assistência, e a segunda, por sua vez, consiste em estudos

⁹ Trabalho concreto e abstrato são sinônimas aos termos trabalho vivo e morto, respectivamente. Esses termos foram concebidos por Marx (1982), para formular a teoria crítica do capitalismo.

relativos à força de trabalho ou recursos humanos e práticas. Os estudos com enfoque na análise de práticas, que se desdobram em Produção do Cuidado, tiveram sua origem nas publicações de Mendes-Gonçalves (1979; 1992; 1994), influenciado pela concepção Marxista¹⁰. Mendes-Gonçalves (1979) aplicou nesse estudo os elementos do processo de trabalho concebidos por Marx (1994), a fim de investigar o processo de trabalho em saúde, em particular o trabalho médico, na tentativa de compreender a dinâmica desses elementos na realidade e se eles contemplam todas as suas dimensões. Outro ponto que merece destaque consiste em analisar se processo de trabalho em saúde é destinado a atender necessidades não apenas de saúde, mas principalmente necessidades sociais, que são resultados de uma construção histórica e de representações sociais. Nesse sentido, Mendes-Gonçalves (1992) considera que a consubstancialidade e a circularidade entre processo de trabalho e necessidades de saúde quando transformadas em finalidade, direcionam todo o processo de trabalho.

Portanto,

[...] o modo de organizar socialmente as ações de saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta às necessidades, mas imediatamente, ‘contexto instaurador de necessidades’ [...] Instaurar necessidades com base na produção de serviços significa também criar valores quanto ao ‘cardápio’ de necessidades na sociedade, quanto aos seus conteúdos e quanto aos critérios em que podemos agrupá-las, como conjunto. Esse processo se dá por meio do valor que atribuímos à satisfação das necessidades na sociedade, o que reiteramos através do seu consumo sistemático (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996, p. 29-30).

De modo geral, de acordo com Heller (1996), uma sociedade se configura em seu período histórico a partir das suas necessidades, referidas anteriormente por Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996), como pré-constituídas por hábitos de gerações precedentes. Esse sistema de necessidades sociais é representado pelas necessidades de indivíduos particulares que incorporam a pluralidade dos seres humanos, sobrepondo-se às necessidades naturais referentes à manutenção da vida humana.

Tais necessidades, no interior do ambiente do trabalho, são assumidas como finalidade do trabalho em saúde, tendo em vista que, segundo Heller (1996), representam as carências e potencialidades dos sujeitos (indivíduo, família, comunidade) a quem se destina o cuidado e os trabalhadores (toda a equipe de saúde) que executam a política de saúde por meio do seu trabalho. Assim, corroboramos com a premissa da autora, segundo a qual os trabalhadores de saúde são agentes sociais do sistema de produção de condições direcionados à satisfação das necessidades sociais humanas.

¹⁰A concepção de que o trabalho é resultado da ação do homem buscando atender as suas necessidades, construídas histórica e socialmente (MARX, 1994).

Segundo Pires (2000, p. 85), o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade, além do mais, esse trabalho é coletivo, realizado por diversos trabalhadores de saúde e outros grupos de trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional.

Por conseguinte, esse caráter multidimensional do trabalho fica mais evidente ainda no âmbito da Saúde Coletiva, tendo em vista que a atuação é voltada para o contexto do usuário, família e comunidade. Nesse nível de atenção em saúde consideramos primordial o pensamento coletivo, o trabalho em equipe, pautado na reflexão constante, na escuta ativa, postura acolhedora, com o intuito de facilitar o acesso dos usuários e manutenção do vínculo com a unidade.

Nessa perspectiva, segundo Merhy (1997), todo processo de trabalho combina trabalho em ato e consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores, o que é considerado trabalho morto. O autor ressalta ainda que a produção na saúde se realiza, sobretudo, por meio do 'trabalho vivo em ato', isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e determina a produção do cuidado. Percebemos então, que o processo do trabalho envolve variadas formas de uso da tecnologia que são dependentes do objeto do trabalho executado e do produto resultante desse processo.

Contudo, segundo Mendes-Gonçalves (1994), a definição de tecnologia não se resume ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, concebidos usualmente como instrumental dado a priori e fundamentado cientificamente, mas sim ao conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social.

Entretanto, não podemos deixar de ressaltar que o modelo assistencial nos serviços de saúde, concretamente, guia-se pela ótica hegemônica neoliberal e, na prática, esta visão acaba definindo a missão dos serviços e as conformações tecnológicas para atender a interesses 'poderosos', considerados legítimos, como já mencionados por Merhy (1999).

Assim, quando o produto final é um objeto (bens e produtos), a tecnologia empregada tende a ser dura e/ou leve dura. Todavia, na saúde o trabalho poderia ser caracterizado, prioritariamente, por tecnologia leve ou relacional, visto que o centro do trabalho é o cuidado

de pessoas que, por sua vez, é determinado pelo encontro com o usuário, visando atuar de acordo com as suas necessidades de saúde.

Sobre isso, Merhy (1997), considera que as tecnologias que envolvem o trabalho em saúde são dos tipos: **leve**, a qual opera no campo das relações; **leve-dura**, embasada em um saber estruturado, agregando a clínica médica e a epidemiologia; e **dura**, que utiliza os maquinários e recursos tecnológicos apropriados para cada ato em saúde.

O autor ressalta ainda que as tecnologias de trabalho em saúde são combinadas pelos trabalhadores de saúde no seu trabalho em ato. Martins, Franco, Merhy e Feuerwerker (2009) complementam essa abordagem, ao enfatizarem que a predominância de um tipo de tecnologia denota as características da produção do cuidado e da forma como a gestão do cuidado do serviço opera formando os projetos terapêuticos que vão incidir sobre determinado problema de saúde do usuário.

Percebemos assim, que as opções tecnológicas são escolhidas pelo sujeito e sofrem influência de uma dimensão instituída dos serviços de saúde, mas, por outro lado, sua atitude é também reflexo das opções ético-políticas que por sua vez, estão relacionadas ao modo de operar a micropolítica do seu processo de trabalho.

Compreendemos, dessa forma, que o trabalhador de saúde pode ter seu processo de trabalho capturado pela razão instrumental ao tomar os procedimentos como centro de seu trabalho, ou operar seu modo de cuidar, apoiando-se nas tecnologias mais relacionais, que lhes possibilitam orientar-se pelas necessidades do usuário e usar os instrumentos como subsídio do seu processo de trabalho.

Ademais, reafirmamos que o trabalho em saúde é passível de acontecer em ação, no momento do trabalho, agregando a subjetividade, quando possível. Portanto, segundo Pena, Almeida e Duranza (2006), no processo de trabalho em Saúde estão presentes tanto o trabalho vivo como o trabalho morto, podendo prevalecer um sobre o outro. Salientam ainda, que no ato de cuidar em Saúde, espera-se que prevaleça a dimensão do trabalho vivo, já que operam com as tecnologias de relações, de encontros entre subjetividades, espaços de acolhida e escuta, além dos saberes tecnológicos estruturados e dos equipamentos.

Sem dúvida, o trabalho morto inscrito nos materiais, normas, rotinas, protocolos de atenção é importante para a produção de atos de saúde. Porém, tais instrumentos não são suficientes para a produção de cuidado centrado nas necessidades dos usuários. Outrossim, entendemos que sozinho o trabalhador de Saúde não consegue atender às necessidades que representam o objeto real do trabalho em Saúde. A equipe multiprofissional formada por trabalhadores universitários e técnicos é fundamental para que o trabalho dê sentido ao

trabalho do outro, na direção da finalidade do trabalho em Saúde: cuidar do usuário, que é o portador efetivo das necessidades de saúde.

Segundo Peduzzi e Anselmi (2002), como trabalho reflexivo, o trabalho no setor saúde é dotado de incertezas e descontinuidade, o que acarreta a impossibilidade de normatizar completamente, e a priori, as funções técnicas, como também, definir rígidos critérios econômicos de produção. Apesar destas características, o trabalho em saúde, assim como o trabalho industrial, tem sido gerenciado, predominantemente, nos moldes tayloristas (TAYLOR, 1990) e fordistas, o que implica constantes embates entre as variadas autonomias profissionais e os constrangimentos organizacionais, inclusive pela fragmentação do trabalho.

A fragmentação do trabalho e os apelos da tecnocracia, para Benevides e Passos (2005) conduzem as práticas na direção contrária à valorização dos sujeitos e das relações entre eles, necessitando assim, da superação da fragmentação do trabalho. Rocha e Trad (2005), também sinalizam que o trabalho nos estabelecimentos de saúde, inclusive na Atenção Básica (AB), foi tradicionalmente organizado de forma fragmentada.

Destarte, torna-se imperativa a transformação dos modos de construção das políticas públicas de saúde, com o objetivo de favorecer o reposicionamento dos sujeitos para promover mudanças esperadas na assistência. Para tanto, concordamos com Campos (2005), que os trabalhadores da saúde são os atores fundamentais do processo de mudança da prática clínica centrada na satisfação do usuário numa perspectiva ampliada, horizontal e holística, até então vinculada a uma postura biologicista¹¹ e técnica.

A abordagem sobre a produção do cuidado no âmbito da Saúde da Família tendo como objeto o homem, tal qual nos propomos neste estudo, dar-se-á, a partir de Assis, Nascimento, Franco e Jorge (2010), que discutem Produção do Cuidado em Saúde, e em especial na ESF, o que requer uma análise crítica do trabalho em Saúde, de que forma ele está estruturado, sua finalidade, dimensão do alcance de suas ações, para quem está direcionado e o pensamento crítico-político desses atores sociais.

Porém, antes de trabalharmos teoricamente o objeto deste estudo, faremos, suscintamente, uma contextualização histórica sobre a Atenção à Saúde da Família.

A palavra família provém do latim *famulus*, cujo significado remete aos termos criado, servidor, escravo doméstico. Esta terminologia, criada na Roma Antiga, foi aplicada originalmente ao conjunto de empregados de um senhor. Nessa época havia o predomínio de

¹¹ O modelo biomédico é um modelo de assistência à saúde centrado na doença, voltado para o diagnóstico e a terapêutica, o tecnicismo e relações impessoais. Vale ressaltar que ainda é predominante na visão de muitos profissionais e na estrutura dos serviços de saúde (ROSA; LABATE, 2005).

uma estrutura familiar patriarcal, em que um vasto leque de pessoas se encontrava sob a autoridade do mesmo chefe. Com a revolução industrial, tornaram-se frequentes os movimentos migratórios para cidades maiores, construídas ao redor dos complexos industriais. Essas mudanças demográficas originaram o estreitamento dos laços familiares e o surgimento de pequenas famílias, num cenário semelhante ao que existe hoje em dia (GARBAR; TEODORE, 2000; STANHOPE, 1999).

Segundo Lyra (2007), na cultura ocidental, uma família é definida especificamente como um grupo de pessoas de mesmo sangue, ou unidas legalmente, como no casamento e na adoção. Muitos etnólogos argumentam que a noção de “sangue” como elemento de unificação familiar deve ser entendida metaforicamente, uma vez que, em muitas sociedades e culturas não ocidentais, a família é definida por outros conceitos que não os laços consanguíneos. Assim, a família poderia se constituir em uma instituição normalizada por uma série de regulamentos de afiliação e alianças, aceitas pelos membros.

A família, numa concepção sociológica, é vista como um sistema social responsável pela transmissão de valores, crenças, ideias e significados que estão presentes nas sociedades (KREPPNER, 2000). Da mesma forma, Dessem e Polonia (2007) consideram a família como primeira mediadora entre o homem e a cultura, a qual constitui a unidade dinâmica das relações que estão imersas nas condições materiais, históricas e culturais de um dado grupo social.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS) e, em 1998 reformulado como uma estratégia (ESF) para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil na busca de provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros, passando a ser denominada Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 1998). Portanto, passou a ser caracterizada como uma estratégia que envolve a comunidade, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dispõe de equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e das comunidades.

A proposta da ESF, de acordo Cotta e outros (2002), representa uma luta para substituir a forma de pensar e praticar saúde, transformando o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, medicamentoso, curativo e individual, que tem no hospital o lócus de solução de todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, interdisciplinar, centrado na família e na comunidade.

Para Moimaz, Fadel, Yarid e Ding (2011, p.968),

[...] o PSF prevê o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento e programação com base na realidade local, a complementaridade, a abordagem multiprofissional, o sistema de referência e contrarreferência, a educação continuada, a integração intersetorial, o acompanhamento, a avaliação e o controle social. Nesse modelo, a família passa então a ser objeto primeiro de atenção, compreendida a partir do ambiente onde vive e de sua interação com esse. Somado a essa dimensão, é importante entender que as relações entre as famílias e os serviços de saúde estão inseridas em um conjunto de determinantes sociais¹², políticos e econômicos.

Porém, para Athayde e Gil (2005), na Produção do Cuidado não bastam mais práticas de intervenção e recuperação que, de formas isoladas, tratam do corpo biológico, visto que elas não têm respondido de forma plena às necessidades de saúde da população, uma vez que as ações devem ir além e demandam uma atenção que reconheça e considere a integralidade do ser humano e o impacto em sua qualidade de vida.

Neste sentido, compreendemos que o cuidado na perspectiva da ESF poderá envolver mais do que a realização de procedimentos, como ações para promover a defesa da vida, formar cidadãos críticos e emancipados dos seus direitos. Além disso, a prática assistencial deve estar coerente com os princípios do SUS e motivada a promover reflexão dos usuários e valorização do pensamento coletivo a fim de mudar o paradigma do modelo tradicional curativista ou biomédico.

Para tanto, segundo Ayres (2006), o cuidado em saúde precisa mobilizar um saber que se distingue do técnico-científico e do trabalho artesanal, como livre exercício de subjetividade criadora e, por isto, a sua prática representa o espaço privilegiado do cuidado.

Outrossim, Santos, Nery e Matumoto (2013) consideram fundamental a interação entre os diferentes atores do cuidado, desde a construção coletiva do planejamento das ações, acompanhamento mais criterioso da situação de saúde da população e o incentivo ao envolvimento da família e dos diferentes segmentos sociais que estão direta ou indiretamente ligados ao tratamento.

Entretanto, para Campos (2005), um modo de produção do cuidado que opera por fluxos de intensidade, mediado pelas tecnologias de trabalho, produz e é produzido, pelo menos, por dois grandes vetores de construção da realidade: um, diz respeito à produção de subjetividades presente nesse contexto, a semiotização dos fluxos, que os deixam carregados de significados; o outro, os afetos entre os sujeitos, ou seja, eles ao produzirem o mundo do cuidado em saúde produzem a si mesmos e se afetam mutuamente, o que vai lhes imprimindo certa identidade subjetiva, na alteridade. O autor refere ainda a alguns eixos operativos úteis

¹² Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os determinantes sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINE FILHO, 2007).

para potencializar o trabalho em saúde, tais como o jogo entre autonomia e responsabilidade, gestão participativa e mudança de aspectos da clínica e da saúde pública, no nosso entendimento, com a finalidade da resolubilidade.

Concernente à resolubilidade, as ações de saúde devem necessariamente se traduzir em ações efetivas e que satisfaçam os usuários coletivamente com a garantia de procedimentos eficazes diante do conjunto de problemas de saúde identificados (MERHY, 1999; MERHY; FRANCO, 2000). Todavia, para Santos e Assis (2006), a resolubilidade está associada à implantação de novos serviços e de novos equipamentos à incorporação de novas tecnologias; à reorganização de processos de trabalho; à conformação de redes; além da articulação e complementaridade de serviços e redes existentes.

Um destaque desses serviços é a ESF que, segundo Giovanella, Escorel e Mendonça (2003), para se constituir como “porta de entrada” é preciso que a USF seja acessível à população de sua área de abrangência, eliminando barreiras ao acesso, tais como barreiras financeiras, geográficas, temporais, administrativas e culturais. Além disso, a ESF deve se constituir em serviço regularmente procurado pela população, servindo como filtro e porta de entrada na rede assistencial. Porém, as autoras referem que os serviços mais procurados são os de urgência, mesmo quando os episódios não são graves.

No entanto, com base nestas premissas, de acordo com Starfield (2002), deseja-se que as pessoas atendidas devam ser referenciadas aos níveis mais especializados quando necessário, sendo que a USF responsável pela coordenação do cuidado tem a “obrigação” de referenciar o usuário quando necessário, mas sem perda do vínculo. Para isso, é desejável manter o contato com os serviços referenciados disponíveis a partir das discussões dos casos e da contrarreferência para continuidade dos cuidados primários e, desta forma, estabelecer uma rede de atenção, tendo a Atenção Básica (AB) como coordenadora.

Nesta perspectiva, para Merhy e Franco (2000), a Atenção Básica deveria garantir o acesso do usuário aos níveis de complexidade em conformidade com as suas necessidades, garantindo a resolubilidade dos serviços de saúde. Contudo, afirmam que a AB ainda não se efetivou como “porta de entrada” do sistema, e que poderá tornar-se uma “porta sem saída”, reduzindo-se a uma medicina para pobres, que, por não valorizar muito a prática clínica e a atenção individual, não menos importantes, apenas complementa os serviços hegemônicos ao tomar para si a responsabilidade pela Saúde Coletiva e delegar a clínica individual para a corporação médica.

A ESF, para Shimizu e Carvalho Junior (2012), é considerada a preferencial estratégia para o reordenamento da AB, mas entendemos que não é a única. Propõe-se a ultrapassar o

modelo de atenção baseado na biomedicina que, tradicionalmente, tem como objeto do trabalho em saúde o corpo socialmente estruturado, codificado e dividido em partes específicas e o que se busca são anomalias estruturais ou funcionais, materializadas no tecido biológico, com repercussões, na maioria das vezes, concretamente observamos na prática, sem a incorporação das tecnologias leves – das relações, discutidas a seguir.

A resolubilidade tem sido discutida com diferentes abordagens, mais ou menos abrangentes e, portanto, poder-se-ia dizer que ela depende de quem avalia e o que se avalia no momento (TURRINI; LEBRÃO; CHESTER, 2008). Para tanto, os autores fazem referência a diferentes enfoques, sendo possível dizer que a resolutividade envolve aspectos relativos à demanda, satisfação do usuário, tecnologias dos serviços de saúde, existência de um sistema de referência preestabelecido, acessibilidade dos serviços, formação de pessoal, necessidades de saúde da população, adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da população, entre outros.

Por conseguinte, a resolubilidade deveria fazer parte de todos os atos de saúde que são produzidos na rede assistencial, caso se pretenda lograr um cuidado integral, na direção da concretização do Sistema Único de Saúde enquanto instrumento de mudança.

Enfim, para Santos e Assis (2006), a resolubilidade pode ser entendida como a resposta adequada às demandas, de acordo com as necessidades individuais e coletivas, em todos os níveis da atenção, constituindo-se resultado da confluência das demais dimensões: acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização.

Entretanto, compreendemos que, para garantir a resolubilidade, é preciso mudar os processos de trabalho, o modo como os profissionais produzem os atos de saúde em seu cotidiano, pois a forma de produzir a assistência tem sido marcada pela centralidade das ações e saberes médicos e por uma pretensa multiprofissionalidade fragmentada em que cada profissional se isola em seu núcleo específico, não sendo capaz de fornecer a resolução dos problemas dos usuários, afastando-se assim da responsabilização enquanto profissional.

Quanto à responsabilização, segundo Campos (1994), a noção de responsabilizar-se é inerente à noção de vínculo, originária da prática clínica liberal, da relação médico-usuário, em que se busca estabelecer uma ligação um pouco mais estável e duradoura entre trabalhador e usuário. Silva Junior e Mascarenhas (2004) também relacionam a responsabilização com a formação de vínculo, estabelecimento de laços que resultam no desenvolvimento de afetos e auxiliam no processo terapêutico.

O vínculo, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) pode permitir a circulação de afetos entre pessoas, além de se constituir em ferramenta eficaz na horizontalização e

democratização das práticas de cuidado, pois favorece a negociação entre os sujeitos envolvidos nesse processo. A construção do vínculo, portanto, centra-se na formação de laços afetivos entre trabalhadores e usuários, ou seja, no receber bem cada usuário que comparece ao serviço, na confiança e na facilidade de comunicação entre esses atores.

Diante desse contexto, Franco, Bueno e Merhy (2003) enfatizam que a responsabilização é importante no trabalho em equipe direcionado à resolução das necessidades da comunidade e planejamento das ações, mas depende da participação e cooperação de todos, para que o usuário/família seja acolhido no serviço de saúde.

O acolhimento, para Lima, Moreira e Jorge (2013), é um processo, resultado de práticas de saúde, produto da relação entre trabalhadores de saúde e usuários e acontece também no momento do atendimento. Ademais, ele enseja posturas ativas por parte dos trabalhadores para com as necessidades dos usuários; resgata a humanização e o respeito para com o outro e envolve a garantia de acessibilidade, bem como a responsabilização pelos problemas dos usuários.

O acolhimento poderá estar presente em todos os momentos da atuação do profissional na ESF, seja em consultas, orientações ou conversas. A identificação das necessidades implícitas que o usuário/família apresenta poderá ser reconhecida, desde que sejam dadas oportunidades para entender, a subjetividade que o sujeito traz (ASSIS; NASCIMENTO; FRANCO; JORGE, 2010).

Portanto, fica evidente a importância do acolhimento como uma ferramenta potente na reorganização da produção do cuidado na ESF, sendo definido por Franco, Bueno e Merhy (1999) como diretriz operacional, considerando-o importante para inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, embasado no cuidado centrado no usuário. Diante de tais dispositivos, questionamos: como dar-se-á a Produção do Cuidado da Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família?

3 METODOLOGIA

O Método, segundo Santana (2010), é compreendido como um conjunto de procedimentos e técnicas que são empregados de modo ordenado e sistematizado a fim de se obter resultados satisfatórios. E a metodologia é o percurso metodológico, o caminho delimitado para a realização da pesquisa, ressaltando a importância da coerência das concepções teóricas e tipo de abordagem com as técnicas empregadas. Neste item explicitamos a trajetória metodológica referente ao objeto desta pesquisa — Produção do Cuidado na ESF direcionado na atenção à Saúde do Homem —, tomando como recorte temporal os últimos cinco anos (2010 a 2014).

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Este é um estudo do tipo bibliográfico, desenvolvido numa abordagem qualitativa. O estudo bibliográfico, segundo Gil (2008), é aquele com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Para Lakatos e Marconi (2010), a pesquisa bibliográfica é dividida em fases, como escolha do tema, elaboração do plano de trabalho, identificação, compilação, análise, interpretação e redação, que, em conjunto, permitem ao pesquisador o conhecimento da literatura e compreensão acerca da temática abordada.

Nesta perspectiva, ousamos articular as produções científicas selecionadas para análise com o referencial teórico sobre Produção do Cuidado na Atenção à Saúde do Homem na ESF, tendo como objetivo analisar como este tema vem sendo estudado, considerando-se a realidade documentada.

Quando optamos pelo estudo bibliográfico na perspectiva do método qualitativo, foi por este ter um caráter multidimensional e subjetivo relacionado à Produção do Cuidado na atenção a Saúde do Homem na ESF. Além disso, a pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2007), apresenta como característica uma relação dinâmica aproximada entre o mundo real e o indivíduo, como um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que não pode ser traduzida em números.

Tal abordagem é reforçada por Nogueira-Martins e Bógus (2004) ao justificarem que há uma relação constante entre o mundo objetivo e subjetivo, na tentativa de compreender, particularmente, aquilo que se estuda, não se preocupando com generalizações, princípios e

leis, mas focando no específico, no peculiar, com ênfase no significado do fenômeno, em busca da sua compreensão e explicação.

3.2 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS BIBLIOGRÁFICOS

Por conseguinte, no primeiro momento da pesquisa bibliográfica, ao definir o tema — Produção do Cuidado na Atenção à Saúde do Homem —, realizamos um plano de trabalho demarcando, em seguida, o recorte do objeto de estudo, considerando-se as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), a qual engloba as bases Bireme, Lilacs e SciELO e o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), descritas sucintamente a seguir:

a) Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, com denominação original Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), é um centro especializado da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), orientado à cooperação técnica em informação científica em saúde (BVS, 2015);

b) Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), que compreende a literatura relacionada às Ciências da Saúde publicada nos países da América Latina e Caribe, com um acervo de mais de 400.000 mil registros bibliográficos (BVS, 2015);

c) Scientific Electronic Library Online (SciELO) é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. O *site da SciELO* é um dos produtos da aplicação da metodologia para preparação de publicações eletrônicas em desenvolvimento (SciELO, 2015);

d) Portal Brasileiro de Informação Científica (CAPES), que disponibiliza bases de dados de acesso restrito, mediante convênio institucional. No ano de 2008, o Portal de Periódicos da CAPES teve 39.591.556 acessos a referências bibliográficas e 21.111.922 acessos a textos integrais. Nesse Portal, há uma expressiva quantidade de informações científicas, que contempla livros integrais, artigos de periódicos, patentes, normas, dentre eles 455.873 referências de teses e dissertações, 126 bases de dados e 12.661 revistas internacionais e nacionais de todas as áreas do conhecimento — sendo 26,03% das revistas referentes às Ciências da Saúde e 11,35% referentes às Ciências Biológicas (CAPES, 2015).

Por conseguinte, selecionamos tanto as bases de dados na BVS — por abrangerem as revistas da área de Saúde Coletiva —, quanto o Portal da CAPES, a fim de incluir as

dissertações e teses, com o intuito de envolvermos as produções científicas sobre o tema/objeto de estudo.

Assim, mediante a definição das bases de dados, delimitamos em seguida a partir dos descritores: Trabalho; Processo de trabalho; Produção do cuidado; Atenção à Saúde do Homem; Saúde da Família.

A partir de então, demos início à trajetória propriamente dita da coleta de dados com base no método proposto por Marconi e Lakatos (2010), reconstruído a seguir.

A princípio, foi realizado um levantamento bibliográfico rápido e simplificado, no qual identificamos um total de 1.690.624 produções científicas, apresentados no quadro de busca simples. Na busca pela BVS, encontramos um total de 488.183 artigos referentes aos descritores Trabalho/Processo de trabalho/Produção do Cuidado. Já no portal da CAPES, com esses mesmos descritores, encontramos 165.909 estudos. Com os descritores Atenção à Saúde do Homem/Cuidado ao Homem, na base de dados BVS foram encontrados 1.020.782 artigos e, utilizando o descritor Saúde da Família, encontramos 9.687 artigos na mesma base. Já no portal da CAPES, encontramos 3.578 artigos com os descritores Atenção a Saúde do Homem/Cuidado ao Homem e 2.485 artigos sobre Saúde da Família, apresentados na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1

Distribuição das produções científicas – Busca Simples na BVS e Portal da CAPES. Brasil, 2010- 2014

Descritores para levantamento das produções científicas	Fontes					
	BVS		Portal CAPES		Total	
	n	%	n	%	n	%
Trabalho/Processo de trabalho/Produção do Cuidado	488.183	74,63	165.909	25,37	654.092	100
Atenção à Saúde do Homem/Cuidado do Homem	1.020.782	99,65	3.578	0,35	1.024.360	100
Saúde da Família	9.687	79,59	2.485	20,41	12.172	100
Total	1.518.652	89,82	171.972	10,18%	1.690.624	100

Na Tabela 1, o destaque quantitativo das produções científicas publicadas nas fontes de dados BVS e portal da CAPES no período de 2010-2014 recai sobre a temática Atenção à Saúde do Homem / Cuidado do Homem, totalizando 1.024.360 produções, sendo 99, 65% na BVS.

Em seguida, realizamos uma segunda seleção. Dessa vez, uma busca detalhada, com base nos critérios de inclusão listados a seguir:

a) Tipo de publicação (artigos, dissertações e teses publicadas nos periódicos das bases de dados CAPES e BVS);

b) Temporalidade (publicações do ano de 2010 a 2014);

c) Tipo de estudo (qualitativo);

d) Tipo de abordagem (articulada com o tema proposto, ou seja, Produção do Cuidado na ESF e Saúde do Homem na ESF);

A busca detalhada nos permitiu realizar uma pré-seleção dos estudos mais específicos com o cruzamento dos descritores “Produção do Cuidado na ESF / Produção do Cuidado na Saúde do Homem”. Na base de dados BVS, identificamos com os descritores Produção do Cuidado na ESF 480 artigos, nos descritores Saúde da Família e Saúde do Homem encontramos 5.099 artigos. Já na base de dados do Portal da CAPES, fizemos esse cruzamento com os mesmos descritores e encontramos 644 e 1.218 dissertações/teses, respectivamente, apresentados na Tabela 2 a seguir.

Tabela 2
Distribuição das produções científicas – Busca Detalhada na BVS e Portal da CAPES. Brasil, 2010-2014

Descritores para levantamento das produções científicas	Fontes					
	BVS		Portal da CAPES		Total	
	n	%	n	%	n	%
Produção do Cuidado na ESF/Produção do Cuidado e Saúde do Homem	480	42,70	644	57,30	1.124	100
Saúde da Família e Homem/Saúde da Família e Saúde do Homem	5.099	80,71	1.218	19,29	6.317	100
Total	5.579	74,98	1.862	25,02	7.441	100

A Tabela 2 revela a busca detalhada sobre as produções científicas referentes à Produção do Cuidado ao Homem, de um total de 7.441 publicações, 6.317 são sobre a Saúde da Família e homem (57, 30%).

Diante dessa seleção preliminar, tivemos que pensar na melhor forma de trabalhar com essa quantidade de produções científicas, a fim de realizarmos a identificação e compilação dos dados.

Outrossim, foi preciso criarmos ‘novos’ critérios de seleção, tais como:

a) Fonte de publicações no campo da Saúde Coletiva (Ciência & Saúde Coletiva, Caderno de Saúde Pública, Physis — Revista de Saúde Coletiva, Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo — USP, Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo — USP e teses e dissertações na Saúde Coletiva — Portal da CAPES);

b) Lócus do estudo exclusivamente na Estratégia Saúde da Família, ou seja, nas Unidades de Saúde da Família, excluindo assim as outras unidades da Atenção Básica e dos outros níveis de atenção;

c) Tipo de estudo com abordagem qualitativa;

d) Critério temporal, definido do ano de 2010 a 2014 com, no mínimo, um estudo por ano.

Assim, para proceder à identificação e compilação dos dados fizemos, inicialmente, uma pré-leitura, com o objetivo de identificar/conhecer as possíveis produções científicas. E, a partir desses critérios, selecionamos 16 produções científicas, distribuídas nos Quadros 1 e 2 apresentados a seguir.

Salientamos que a partir dos critérios de inclusão, selecionamos todas as produções científicas (16), desconsiderando a repetitividade dos dados. Esclarecemos também que pela pouca publicação das produções científicas direcionadas exclusivamente à Saúde do Homem na ESF, optamos por fazer uma associação com os estudos sobre a Produção do Cuidado na ESF que, indiretamente, abordaram o homem como usuário.

Quadro 1: Síntese das Produções Científicas selecionadas, sobre a Produção do Cuidado na ESF X Atenção à Saúde do Homem. BVS, Brasil, 2010-2014.

Nº	Estudo	Lócus/ ESF	Características da metodologia			
			Tipo de estudo - Qualitativo ¹³	Participantes	Técnicas/ instrumentos de coleta de dados	Método de análise
1	SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. CAD. SAÚDE PÚBLICA [online]. 2010, v.26, n.5, p. 961-970.	Multicêntrico (RJ, PE, RN, SP)	Dialético	EqSF e usuários	Observações Etnográficas e entrevistas	Hermenêutica-Dialética
2	BARROS, Delba Machado; SA, Marilene de Castilho. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. CIÊNC. & SAÚDE COLETIVA [online]. 2010, v.15, n.5, p. 2473-2482.	Rio de Janeiro – RJ	Estudo de caso	EqSF e usuários	Análise de documentos e entrevista	Análise de conteúdo
3	GUTIERREZ, Denise Machado Duran and MINAYO, Maria Cecília de Souza. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. CIÊNC. & SAÚDE COLETIVA [online]. 2010, v.15, p. 1497-1508.	ESF	Estudo bibliográfico	Estudos indexados nas bases de dados	Busca bibliográfica	Hermenêutica-Dialética
4	FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; SCHRAIBER, Lilia Blima. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. CIÊNC. & SAÚDE COLETIVA . 2011, v.16, p. 935-944.	São Paulo – SP	Qualitativo	EqSF e usuários	Observação direta e entrevista	Análise de conteúdo temática
5	BACKES, Dirce Stein et al. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. CIÊNC. & SAÚDE COLETIVA . 2012, v.17, n.5, p. 1151-1157.	Santa Catarina - SC	Qualitativo	EqSF	Entrevista	Análise de conteúdo
6	MOURA, Erly Catarina de et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. CIÊNC. & SAÚDE COLETIVA . 2014, v.19, n.2, p. 429-438.	Multicêntrico	Descritivo	Usuários e gestores	Observação	Análise descritiva
7	MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. REV. ESC. ENFERM. USP . 2010, v.44, n.4, p. 956-961.	Rio Grande do Sul-RS	Exploratório e descritivo	Profissionais e gestores	Questionário	Exploratória e descritiva
8	MATUMOTO, Sílvia et al. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. REV. ESC. ENFERM. USP . 2011, v.45, n.3, p. 603-610.	São Paulo- SP	Estudo de caso	EqSF	Reuniões de equipe	Análise de conteúdo
9	SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos; NERY, Adriana Alves; MATUMOTO, Sílvia. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. REV. ESC. ENFERM. USP . 2013, v. 47, n.1, p. 107-114.	Bahia - BA	Qualitativo	EqSF, gestores e usuários	Entrevista observação e documentos	Análise de conteúdo

¹³ Em relação às características da metodologia, no item tipo de estudo, alguns estudos não explicitam qual seja o tipo, denominando-os apenas estudo qualitativo.

De acordo com o Quadro 1, quanto à base de dados a qual os artigos estavam indexados, a biblioteca eletrônica *SciELO* foi a que apresentou o maior número de periódicos selecionados a partir dos critérios de inclusão. As publicações selecionadas, em sua maioria, concentravam-se na região Sul e Sudeste. Na BVS, de um total de 09 (nove) artigos, 02 (dois) foram publicados no estado de São Paulo (SP), 02 (dois) no Rio de Janeiro (RJ) e 01 (um) em Santa Catarina (SC), no Rio Grande do Sul (RS), em Brasília (DF), no Amazonas (AM) e na Bahia (BA), respectivamente.

Os tipos de estudos qualitativos analisados, variaram entre exploratório, descritivo, revisão bibliográfica e estudo de caso. Quanto aos métodos de análise utilizados, identificamos a análise temática de conteúdo e hermenêutico-dialética. A maior parte dos estudos teve como participantes usuários-EqSF-gestores, variando em alguns estudos um dos grupos, como EqSF ou só usuários. No que se refere aos profissionais, à participação em destaque era dos enfermeiros e ACS.

O enfoque principal dos estudos foi o cuidado e as suas variações, como a utilização da tecnologia relacional na produção do cuidado, produção do cuidado no âmbito familiar, processo de trabalho e atenção ao homem, com uma maior publicação nos anos de 2010 e 2011.

O Quadro 2, a seguir, caracteriza as produções científicas do Portal da CAPES (dissertações e teses) no que diz respeito à Produção do Cuidado na ESF *versus* Atenção à Saúde do Homem no período de 2010-2014. As dissertações e teses selecionadas foram publicadas em vários estados do país. As sete (07) publicações foram realizadas nas instituições de ensino superior dos estados de São Paulo (01), Paraná (01), Rio Grande do Sul (01), Ceará (01) e Bahia (03).

Quanto ao tipo de estudo, a abordagem variou entre exploratório descritivo, estudo de caso e fenomenologia e dois deles não definiram o tipo de estudo qualitativo. Já o método de análise, variou entre discurso do sujeito coletivo, análise descritiva, análise de conteúdo, hermenêutica e hermenêutico-dialética. A maior parte dos estudos teve como participantes usuários-profissionais-gestores, variando em alguns estudos, com apenas profissionais ou usuários. No que se refere aos profissionais de saúde, o destaque foi à participação dos enfermeiros e/ou ACS. Os estudos tiveram como enfoque principal o cuidado e/ou a Produção do Cuidado, atenção à saúde do homem, processo de trabalho e as dificuldades de acesso na Saúde da Família.

Quadro 2: Síntese das Produções Científicas selecionadas, sobre a Produção do Cuidado na ESF X Atenção a Saúde do Homem. **Portal da CAPES**, Brasil, 2010-2014

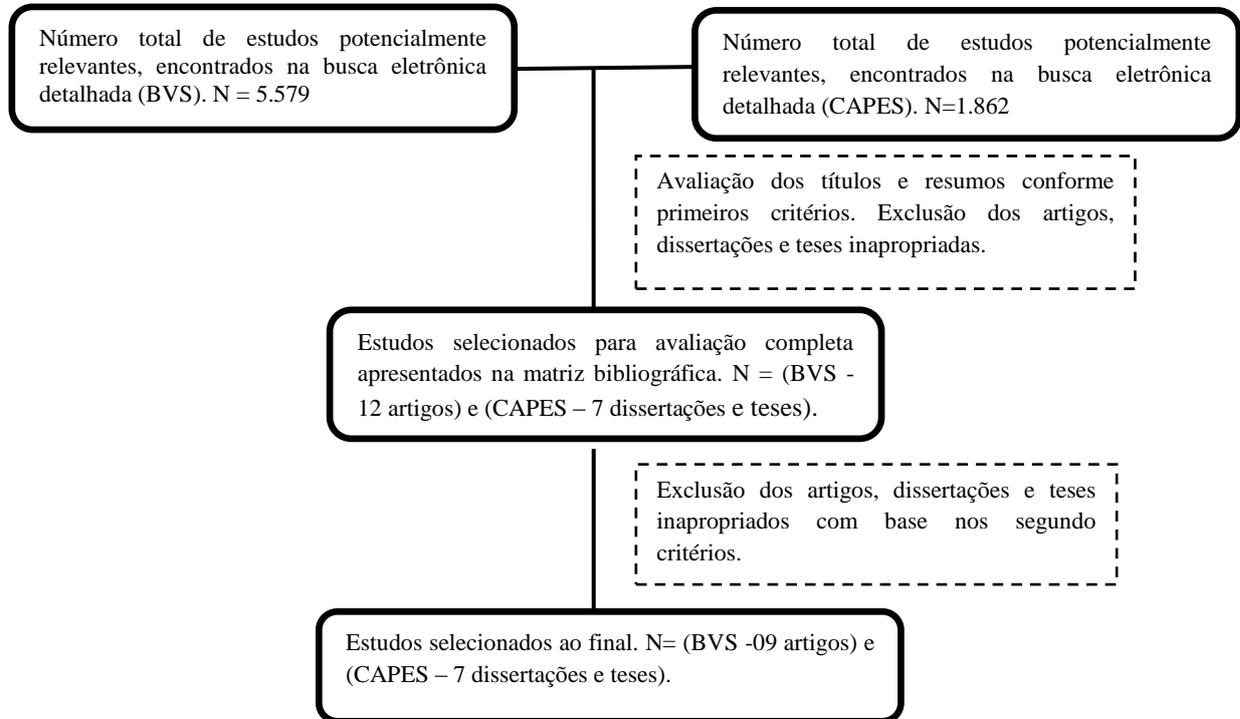
Nº	Estudo	Lócus/ES F	Características da metodologia			
			Tipo de estudo	Participantes	Técnicas e instrumentos de coleta de dados	Método de análise
10	SANTOS, Flávia Pedro dos Anjos. PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Jequié, BA, 2010. 169 f.	Bahia - BA	Qualitativo	EqSF, gestores e usuários	Entrevista e observação e documentos	Hermenêutica-Dialética
11	SILVA, Silvana de Oliveira. CUIDADO NA PERSPECTIVA DE HOMENS: Um olhar da Enfermagem. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS. 2010, 97f.	Rio Grande do Sul - RS	Exploratório/descriptivo	Usuários	Entrevista	Análise descritiva
12	CAMPOS, Lucas Vinco Oliveira. A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SUA MICROPOLÍTICA: Um estudo de caso sobre a Humanização nos processos de trabalho. Dissertação (mestrado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde, São Paulo. 2011, 132 f.	São Paulo - SP	Estudo de caso	EqSF	Observação participante	Análise de conteúdo
13	FERNANDES, Marcelo Costa. PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: Enfoque na gerência do cuidado. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Saúde, 2012, Fortaleza, CE, 108p.	Ceará - CE	Qualitativo	Profissionais (Enfermeiros)	Entrevista	Discurso do sujeito coletivo
14	BARZAGHI, Nathalia Aparecida. HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: Compreensão a partir das vivências de trabalhadores da estratégia Saúde da Família. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Maringá, PR, 2013, 120 f.	Paraná - PR	Qualitativo	EqSF	Entrevista	Fenomenologia

Quadro 2: Síntese das Produções Científicas selecionadas, sobre a Produção do Cuidado na ESF X Atenção a Saúde do Homem. **Portal da CAPES**, Brasil, 2010-2014
(Continuação)

Nº	Estudo	Lócus/ESF	Características da metodologia			
			Tipo de estudo	Participantes	Técnicas e instrumentos de coleta de dados	Método de análise
15	PEREIRA, Leonardo Peixoto. PLANEJAMENTO, GESTÃO E AÇÕES DE SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2013, 100f.	Bahia - BA	Exploratório/descriptivo	EqSF, gestores e usuários	Entrevista e documentos	Análise descritiva
16	SIQUEIRA, Bruna Paula de Jesus. Produção do cuidado ao homem na estratégia saúde da família. Dissertação (mestrado)- Universidade Estadual da Bahia, Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié, BA, 2013, 100 f.	Bahia - BA	Estudo de caso	EqSF e usuários	Observação	Análise de conteúdo

Em síntese, na primeira fase do estudo, após busca simples, foram identificados 1.519.113 artigos e 171.972 dissertações e teses, que após detalhamento de descritores, foram encontrados 5.579 artigos e 1.862 dissertações e teses. Após a análise deste material, realizada inicialmente por meio da leitura dos resumos e enquadramento nos critérios de inclusão e posteriormente, com a leitura completa com refinamento dos critérios e construção dos quadros de síntese das produções, verificamos ao final, 16 estudos relacionados à temática, sendo nove (09) artigos indexados na BVS e sete (07) dissertações e teses identificadas no portal da CAPES, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma sobre a trajetória do processo de seleção dos artigos, dissertações e teses.



3.3 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

A análise e interpretação dos resultados foi realizada pelo método de análise temática de conteúdo proposto por Minayo (2007), por considerarmos coerente neste estudo. A análise de conteúdo foi sistematizada nas seguintes fases: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, com as inferências e interpretações, descritas a seguir.

A princípio foi realizada uma pré-análise que, segundo Assis e Jorge (2010), constitui-se na operacionalização e sistematização das ideias iniciais. Ao selecionarmos os 16 estudos eletronicamente, eles foram impressos para facilitar a pesquisa e, em seguida, foi feita uma leitura inicial numa primeira aproximação com o objeto de estudo, a partir do conhecimento dos conteúdos, e posteriormente, a identificação da constituição do *corpus*, com o objetivo de organizar/sistematizar, momento em que tomamos conhecimento do conteúdo manifesto, mesmo que superficialmente.

Logo depois, fizemos a exploração do material, que caracteriza-se pela transformação dos dados brutos, com classificação por meio de recorte, enumeração e agregação (MINAYO,

2007). Diante das 16 produções científicas selecionadas, fizemos leitura exaustiva e flutuante, momento em que identificamos os núcleos de sentido e, posteriormente, agrupamos para formar as categorias de análise. Para tanto, nos orientamos em Triviños (1992), pois, nesta fase, além do desvendamento do conteúdo manifesto, aprofundamos sua análise para desvendamento do conteúdo latente das publicações estudadas.

No sentido de ilustrar este estudo, elaboramos uma matriz de categorização da Produção do Cuidado na ESF *versus* Atenção à Saúde do Homem (Quadros 3 e 4), com a identificação dos seus respectivos núcleos de sentidos, que compõem tanto o processo de trabalho quanto a Produção do Cuidado, caracterizados como atividade adequada para um fim, ou seja, o próprio trabalho; a matéria à qual o trabalho é aplicado; o objeto de trabalho; os meios de trabalho, os instrumentos de trabalho, assim como os dispositivos de tecnologia leve.

Quadro 3: Síntese das categorias – Produção do Cuidado na ESF *versus* Atenção à Saúde do Homem, BVS, Brasil, 2010-2014¹⁴

NÚCLEOS DE SENTIDO	ESTUDOS									SÍNTESE HORIZONTAL
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	
CATEGORIA: PROCESSO DE TRABALHO										
Objeto										
Finalidade										
Atividades										
Agentes										
Instrumentos										
CATEGORIA: PRODUÇÃO DO CUIDADO										
Resolubilidade										
Acolhimento										
Vínculo										
Responsabilização										
SÍNTESE VERTICAL										

A síntese horizontal diz respeito às convergências das falas e observações. A síntese vertical representa a completude que formam as categorias, envolvendo as convergências, divergências e complementariedade.

¹⁴ As produções científicas são identificadas com a letra E (Estudo) em maiúsculas, seguida do número 1 ao 9 (BVS) e 10 a 16 (CAPES).

Quadro 4: Síntese das categorias – Produção do Cuidado na ESF *versus* Atenção a Saúde do Homem, Portal da CAPES, Brasil, 2010-2014

NÚCLEOS DE SENTIDO	ESTUDOS							SÍNTESE HORIZONTAL
	10	11	12	13	14	15	16	
CATEGORIA: PROCESSO DE TRABALHO								
Objeto								
Finalidade								
Atividades								
Agentes								
Instrumentos								
CATEGORIA: PRODUÇÃO DO CUIDADO								
Resolubilidade								
Acolhimento								
Vínculo								
Responsabilização								
SÍNTESE VERTICAL								

O Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, segundo Assis e Jorge (2010) é o momento em que, a partir do material empírico e do embasamento teórico fizemos as interpretações e inferências previstas a partir do quadro teórico, fundamentado no Processo de Trabalho em Saúde na perspectiva de Mendes-Gonçalves (1992), Assis, Nascimento, Franco e Jorge (2010) e Franco e Merhy (2002), dentre outros.

Ressaltamos que os fragmentos e/ou ideias das 16 produções científicas analisadas são explicitadas com a sigla E (Estudo) seguida do seu número e acompanhada da sua referência, exemplo: E1, Schraiber e outros (2010) ou do título do estudo em itálico, ao referenciá-lo pela primeira vez.

3.4 QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo é bibliográfico, e, por isso, não houve a necessidade de ser submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), por não envolver uma pesquisa com seres humanos. No entanto, asseguramos os princípios éticos a respeito da garantia à exatidão e veracidade dos conteúdos e abordagens dos estudos a serem analisados, respeitando os autores, sem ter modificado nenhum resultado encontrado nos estudos analisados, uma vez que procuramos atender os princípios éticos pautados nas pesquisas com seres humanos, conforme a resolução 466/12 (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS

Este item da análise dos resultados constitui-se de uma categoria central que aborda a Produção do Cuidado na Atenção a Saúde do Homem na ESF, centrando a discussão nas realidades encontradas e o descompasso entre a teoria da Produção do Cuidado e a prática nos serviços de saúde com o foco no Homem.

4.1 PRODUÇÃO DO CUIDADO DO HOMEM NA ESF: UMA POLÍTICA DE SAÚDE AVANÇADA, MAS AINDA INVISÍVEL NA PRÁTICA

A Produção do Cuidado, analisada dentre os 16 estudos selecionados, o E1, *Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens* (SCHRAIBER et al., 2010); E6, *Atenção a saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família* (MOURA et al., 2014); E7, *Caracterização das Equipes de Saúde da Família e de seu processo de trabalho* (MARQUI et al., 2010); E9, *A Produção do Cuidado a usuários com Hipertensão Arterial e as tecnologias de saúde* (SANTOS;NERY; MATUMOTO, 2013) são caracterizadas por uma demanda organizada, com prática clínica tecnicista e curativa. Percebemos também um processo de trabalho fragmentado, hierarquizado, com dificuldade de articulação da equipe de saúde para desenvolver ações com os usuários, família e a comunidade, focada, muitos deles em ações programáticas. Tais características, segundo Merhy (2007), deixam claramente a ideia de supervalorização da razão instrumental, com ênfase nas tecnologias duras e leve-duras. Portanto, há ainda, uma dicotomia entre assistência curativa e prevenção, com uma demanda organizada.

No E1, *Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens* (SCHRAIBER et al., 2010), a abordagem ao homem é individual e prescritiva, com consultas médicas rápidas, consultas de enfermagem e de nutrição, sem uma integração de saberes e práticas, portanto, desarticuladas e fragmentadas, apesar de a ESF dispor de uma equipe multiprofissional. Para os autores, é um processo de trabalho caracterizado por consultas e procedimentos/cuidados individuais prescritivos, apoiados em exames e medicamentos. A respeito das atividades educativas, por exemplo, são em grande parte, prescritivas e técnicas, sem a preocupação de promover o empoderamento dos usuários e a valorização das suas necessidades.

Entretanto, a respeito das consultas, de acordo o E1 (SCHRAIBER et al., 2010), os profissionais, afirmam que, em várias consultas os usuários mostraram pouca atenção para

conversas que “extrapolariam a ‘objetividade’ da consulta”, detendo-se apenas às informações voltadas estritamente para sinais e sintomas da doença, com a valorização estritamente das questões da racionalidade biomédica que lhes permite o caminho conhecido para alcançar à terapêutica.

Essa realidade apresentada pelos usuários é resultado da representação histórica do modelo biomédico nos serviços de saúde. Na prática, comungamos da ideia de Merhy (1998) de que o modelo assistencial vigente nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, o qual subordina, claramente, a dimensão cuidadora irrelevante e complementar.

Outra atividade realizada na ESF é a visita domiciliar. Todavia, nos estudos analisados ela apresentou conotações diferenciadas entre as EqSF. O médico teve uma intervenção caracterizada pela prescrição medicamentosa ou encaminhamento para especialista, a enfermeira e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) com orientações, ainda que de forma prescritiva, relacionada a hábitos saudáveis e retorno à USF.

Vemos que a demanda programada, ao ser priorizada no planejamento/programação da Produção do Cuidado, é também considerada uma dificuldade ao acesso e adesão do usuário ao serviço, pois esse homem tende a buscar o serviço de saúde quando apresenta uma “alteração” de saúde para dar resolubilidade ao seu problema de saúde, ou seja, demanda espontânea e, conseqüentemente, na maioria das vezes fica difícil o mesmo retornar para avaliação do seu processo saúde-doença.

No E1 (SCHRAIBER et al., 2010), nos diversos locais estudados, os serviços mostram-se semelhantes em seu funcionamento: atividades centradas em consultas individuais, valorizando a assistência médica; as consultas são rápidas e os profissionais estão mais preocupados em oferecer uma pronta resposta, reduzindo o mais possível seu raciocínio; tomam decisões voltadas a condutas já conhecidas e centradas na terapêutica de patologias; ocorrem muitos encaminhamentos e pedidos de exames; quase sempre há uma indicação de remédios. Afinal, medicamentos aliados a exames laboratoriais, seriam, na opinião deles, a conduta esperada também pelos usuários, satisfazendo a todos.

A respeito dessa prática, há uma convergência entre o E1 e o E2, *O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites do acolhimento e reflexos no serviço de emergência* (BARROS; SÁ, 2010), os profissionais da ESF utilizam muito mais das tecnologias leve-duras do que das tecnologias leves, prevalecendo o cuidado centrado no trabalho morto, isto é, no instrumental técnico-científico e em exames e medicamentos. Em contrapartida, segundo Merhy (1998), a abordagem

assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz através de um trabalho vivo em ato em um processo de relações, isto é, um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra e no qual se opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente fala, escuta e interpretação. Nesse momento, pode acontecer o acolhimento ou não das intenções que os usuários colocam, gerando cumplicidade e responsabilização em torno do problema a ser enfrentado com confiabilidade e esperança, podendo produzir relações de vínculo e aceitação.

Porém, encontramos contextos contraditórios que repercutem nas tecnologias das relações, como exemplificado no E12, *A estratégia de saúde da família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a humanização nos processos de trabalho* (CAMPOS, 2011), traduzida em dificuldades que interferem na produção do cuidado: as queixas de usuários na recepção devido ao atraso nas consultas e/ou atendimento apenas a quem estava marcado, geram insatisfação e reclamações, por vezes até conflitos. O autor observou, também, uma intolerância ou indisposição do médico para flexibilização da agenda, comprometendo o trabalho de toda a equipe na perspectiva do acolhimento.

O acolhimento enquanto diretriz, segundo Franco, Bueno e Merhy (1999, p. 347) propõe

[...] inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população; 2) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; 3) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Dessa forma, entendemos que o acolhimento pode representar uma estratégia para produzir transformações no processo de trabalho em saúde, como também garantir o acesso em serviços humanizados e de qualidade com a responsabilização coletiva dos trabalhadores às necessidades dos usuários.

Entretanto, apesar do arcabouço jurídico do SUS, vemos que no Sistema de Saúde do Brasil, o modelo de atenção à saúde, na prática, continua hegemônico no cumprimento de protocolos e produtividade, desconsiderando dessa forma, as particularidades e singularidades dos indivíduos, quer individual, quer coletivamente.

Em convergência com tal realidade, o E13, *Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: enfoque na gerência do cuidado* (FERNANDES, 2012), destaca as atividades de cuidado do enfermeiro, que permanecem limitadas, principalmente, à

programação do Ministério da Saúde, baseadas numa lógica da atenção clínica individual, curativista e sem ampliação da compreensão do processo saúde/doença como produção social.

Segundo Teixeira, Paim e Vilas Boas (1998), uma realidade que ligada diretamente à influência do modelo biomédico, adotado historicamente pelo sistema de saúde brasileiro, cuja lógica da assistência à saúde centraliza-se no ato prescritivo de produzir procedimentos (consultas, exames, medicamentos, curativos, vacinas, entre outros), assim como desconsidera os demais determinantes do processo saúde-doença e a subjetividade dos sujeitos. Matumoto e outros (2006) justifica que o processo de trabalho traduz, portanto, um modelo que preconiza a concepção biológica e mecanicista do processo saúde-doença, na qual a doença é vista como uma perturbação no funcionamento normal, cabendo aos profissionais de saúde a responsabilidade de intervir, “corrigir” esse ‘defeito’ ou ‘disfunção’.

Essa realidade nos faz refletir o quanto os serviços de saúde ainda seguem, na prática, o modelo tradicional, com atendimento centrado no profissional médico/enfermeiro, cuidado impessoal, programado, curativo, fragmentado e pouco resolutivo. Na ESF, a equipe ainda trabalha de forma desarticulada, com o foco no cumprimento de protocolos ministeriais e na díade queixa-conduta, desconsiderando muitas vezes, as particularidades dos indivíduos e suas famílias caracterizadas no E1 (SCHRAIBER et al., 2010); E6 (MOURA et al., 2014); E7 (MARQUI et al., 2010); e E9 (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

Outrossim, esses mesmos estudos com tais características do cuidado na atenção à saúde tem também sustentação na perspectiva dos usuários da ESF, ao referirem a dificuldades como o acesso e a adesão dos usuários homens, justificada pela inflexibilidade dos horários de atendimento.

A dificuldade de acesso organizacional/funcional referida pelos homens diz respeito ao atraso no início das consultas e a baixa qualificação dos profissionais do serviço, um aspecto limitador da adesão ao serviço de saúde, convergente com o E7, *Caracterização das equipes de Saúde da Família e de seu processo de trabalho* (MARQUI et al., 2010). Porém, complementando o E7, o E11, *Cuidado na perspectiva dos homens: um olhar da Enfermagem* (SILVA, 2010), justifica que a não adesão é consequente da automedicação, como uma forma comum de cuidado à saúde do homem com a finalidade de tratar ou aliviar sintomas ou doenças, além da preferência dos homens pela procura de farmácias, uma justificativa dada devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, especialmente o acesso funcional/organizacional, conforme exposto no E11 (SILVA, 2010, p. 68):

[...] demora em obter uma consulta, o tipo de marcação de horário, turnos de funcionamento e tempo de espera para ser atendido que, possivelmente, impedem os homens a priorizarem a ESF como referência para atenção à saúde.

Sobre o acesso, Giovanella e Fleury (1996), afirmam que é uma categoria central para a análise das interrelações entre usuários e serviços de saúde. Compreendem o acesso como um conjunto de dimensões específicas que descrevem a capacidade de adequação entre os usuários e o sistema de saúde. A partir desse pressuposto, as autoras trabalham estas dimensões teóricas, tais como **disponibilidade**, entendida como a relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidades; **acessibilidade**, diz respeito à relação entre localização da oferta e dos usuários, levando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, à distância e os custos; **acomodação ou adequação funcional**, entendida como a relação entre o modo como o serviço está organizado para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade dos usuários acomodarem-se a oferta; **capacidade financeira**, como relação entre os custos dos serviços, seja de entrada, de manutenção ou de saída; e, por fim, a **aceitabilidade**, entendida como a relação entre as atitudes dos usuários com os trabalhadores de saúde, sobre as práticas dos serviços, bem como a postura dos trabalhadores no cuidado a esses usuários.

Nesse contexto, Assis e Abreu-de-Jesus (2010) salientam que as dimensões de análise da categoria acesso para atingir a concretude precisam estar alicerçadas nos princípios do SUS, equidade, universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação social.

O E15, *Planejamento, gestão e ações de saúde do homem na Estratégia Saúde da Família* (PEREIRA, 2013), complementa ao referir sobre as dificuldades na atenção à Saúde do Homem na ESF, explicitados pelos próprios homens, tais como a falta de médico especializado às questões de saúde do homem, o acesso a exames (marcação e realização) e o acesso a outros serviços da rede de atenção à saúde. Contudo, entendemos que tal realidade é reforçada pelo sistema de saúde, pela própria cultura, informalidade e ‘invisibilidade’ do homem como usuário protagonista do modelo de saúde vigente, que é modelado em demanda organizada com atendimento guiado pela díade queixa-conduta — modelo de saúde profissional-centrado e não usuário-centrado.

Nesta realidade, vivemos em uma sociedade que valoriza a doença, os sinais e sintomas, os exames e os medicamentos, bem como o médico, que histórico e culturalmente é considerado no imaginário social, o protagonista do processo saúde-doença desse usuário do serviço de saúde (individual/coletivo) então, segundo Tesser (2010, p. 57), “o ato médico vai assim reduzindo-se a uma intervenção mecânica”.

Por outro lado, dentre as produções analisadas, no E3, *Produção do conhecimento sobre cuidados de saúde no âmbito da família* (GUTIERREZ; MINAYO, 2010), os homens

tem dificuldade de entender o significado do cuidado com os outros (familiares, pessoas próximas) e consigo mesmo, talvez, influenciados pelo modelo tradicional de masculinidade (masculinidade hegemônica), como denomina Connel (1995), que na prática, apesar de ainda se constituir uma expressão dominante, vem sendo historicamente, modificada.

Esse modelo de masculinidade é caracterizado por uma representação social do consenso de que os homens assumem os espaços privilegiados da sociedade, os cargos de chefia e são mais bem remunerados. Todavia, corroboramos com a ideia de Trevisan (1998), de que essas representações dependem do momento histórico e político, assumindo conformações diferentes a depender do contexto social. Além disso, os modelos de masculinidade têm sofrido transformações devido à ascensão feminina no mercado de trabalho e a mudança no perfil das famílias brasileiras, em que a mulher vem assumindo, gradualmente, a posição de chefe da família.

O E6, *Atenção à saúde dos homens no âmbito na Estratégia Saúde da Família/E6* de (MOURA et al., 2014), complementa que o perfil das mulheres foi mudando com o passar do tempo e, atualmente, as mulheres se “igualam” aos homens no que tange a disponibilidade do acesso aos serviços de saúde quanto a sua funcionalidade nos horários e ações, já que vem assumindo a responsabilidade de provedora da família, inclusive com cargos no mercado de trabalho, o que representa, muitas vezes, a principal fonte de renda da família.

Uma outra realidade documentada também no E6 é que os homens se tornam aversos ao autocuidado e procuram tardiamente o serviço de saúde, os gestores das EqSF, citaram três principais motivos que levam os homens à procura de atendimento: 1) presença de doença aguda ou crônica; 2) busca de medicamentos, tanto prescrição quanto dispensa e 3) situações específicas da saúde do homem. Enfim, concluíram que dentre os motivos da baixa adesão do homem ao serviço de saúde estão o medo da doença, os valores culturais e a incompatibilidade dos horários.

Ao analisarmos o E6, concordamos que, historicamente os homens não têm suas especificidades reconhecidas e não fazem parte das populações usualmente assistidas nos serviços de atenção básica a saúde, especialmente na ESF, apesar de ter sido instituído pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) uma política resultante da transição do modelo de Masculinidade, com o objetivo de uma atenção humanizada. Como fazer então acontecer efetivamente à participação desse homem e o trabalhador de saúde a incorporarem o processo saúde-doença e não apenas a doença?

O Ministério da Saúde reconhece que os homens preferem adentrar na atenção especializada e muitas vezes, de forma tardia com conseqüente agravo da morbidade e

aumento de custos para o SUS, motivos determinantes na reflexão e implantação da PNAISH (BRASIL, 2009), que se propôs a estimular o fortalecimento e qualificação da Atenção Básica no atendimento a Saúde do Homem, a fim de garantir a efetivação da rede de cuidado na Atenção ao homem.

Em contraposição a essa ideia, o E1, *Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens* (SCHRAIBER et al., 2010), refere que os homens preferem retardar ao máximo a busca por assistência e só o fazem quando não conseguem mais lidar sozinhos com seus sintomas, ‘culpabilizando’ a dificuldade de sair do trabalho para ir ao serviço de saúde. Porém, segundo os autores, é comum os homens argumentarem maior capacidade física masculina, atributo que os faz sentirem-se invulneráveis e imunes ao adoecimento. Tais reações, conforme Duarte, Oliveira e Souza (2012), os levam a se compararem às mulheres, dizendo-se superiores por sua força física ou vigor.

Em convergência com o E1, o E4, *Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina* (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011, p. 941), evidenciam que alguns usuários procuraram argumentos para afirmar a força e o poder da masculinidade. Segundo os autores, os homens usuários das USF buscavam a diferença entre homens e mulheres, ressaltando algumas características entendidas como específicas dos homens. Reforçaram, por exemplo, a importância da força física e sua relação com o trabalho, tornando-a símbolo da maior capacidade masculina: “Porque o homem já tem mais capacidade de entrar, pegar um serviço pesado, chegar, conversar, esse negócio. Uma coisa diferente da mulher” (Usuário, p. 941).

Essa evidência da baixa procura dos homens pelo serviço de saúde, principalmente a Atenção Básica, é abordada por Gomes (2011), justificando que esse fato está relacionado ao pressuposto de que o gênero masculino desvaloriza o cuidado, mas também considera as condições dos serviços de saúde precárias para o atendimento. Ademais, a PNAISH (BRASIL, 2009) apresenta a baixa adesão do homem ao serviço relacionando com a sua posição de provedor e da importância da atividade laboral, os quais justificam a dificuldade de flexibilização dos horários de atendimento com os horários do trabalho.

Outros motivos da não adesão do homem nos serviços de saúde é atribuída também a um processo denominado por Duarte, Oliveira e Souza (2012) como “feminilização da saúde”, justificado pelo pressuposto de que as mulheres teriam mais disponibilidade para frequentar a unidade de saúde da família nos horários de atendimento e que se “encaixariam melhor” nos programas oferecidos, tais como Pré-natal, Planejamento Familiar,

Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD) e outros grupos de convivência como Hiperdia.

Apesar da dimensão da masculinidade — envolvimento não apenas a característica sexual, mas uma representação histórica e social do homem ligada principalmente à posição de provedor, detentor de mais força, virilidade e vigor, quando comparado à mulher — percebemos que, com as transformações no contexto histórico e sociopolítico, surge uma demanda por uma nova expressão de ‘ser homem’, denominado por Badinter (1993) como *homem reconciliado*, ou seja, àquele que é capaz de combinar força com sensibilidade.

Para tanto, entendemos que os profissionais de saúde, conforme preconiza a PNAISH (BRASIL, 2009), precisam acompanhar essas transformações históricas e sociais resultante na transição do modelo de masculinidade, a fim de oferecer um atendimento de qualidade e equitativo para os usuários homens, considerando a heterogeneidade das suas possibilidades, ou seja, homens com características ainda da masculinidade hegemônica e homens flexíveis, que buscam o serviço de saúde e precisam de um espaço de cuidado que lhe considere enquanto sujeito portador de necessidades sociais e de saúde específicas, numa visão holística e contextual da sua realidade.

Diferentemente dos demais estudos analisados, no E5, *Significado da atuação da equipe de Estratégia Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável* (BACKES et al., 2012, p. 1.154), uma das falas dos profissionais de saúde diz que “o usuário ainda está muito acostumado a ser tratado em partes, então no início ele estranha muito... eu percebo nas primeiras visitas, que o usuário e a família estão desacreditados e desmotivados”.

Os profissionais de saúde, no E1 (SCHRAIBER et al., 2010, p. 966) justificam que, na maioria das vezes, não conseguem garantir a resolubilidade das necessidades de saúde dos homens usuários, embora reconheçam que os homens possuem necessidades, observam que esses homens ao buscarem os serviços “só procurariam cuidados para ações curativas”. Concretamente, os homens só se aceitam portadores de necessidades quando percebem alguma doença instalada ou quando sentem dor. O mesmo estudo complementa que quando os profissionais tentam ultrapassar a dimensão biomédica, muitas vezes adotam atitudes e valores de ordem pessoal e moral, até mesmo estabelecendo para o adoecimento juízos de cunho religioso e/ou espiritual.

Entretanto, temos consciência que a fragilidade da rede de cuidados também representa um limite no cuidado não só do homem, mas de todos os usuários, tendo em vista que a integralidade só é possível com o pleno funcionamento da rede, com base na regionalização e hierarquização, o que pode interferir na Produção do Cuidado da EqSF, pela

precariedade de vínculos e acesso funcional/organizacional, inadequação da estrutura física das USF, escassez e/ou falta de recursos materiais, sobrecarga de trabalho e superpopulação adscrita, interferindo no atendimento aos usuários e comunidade, além da baixa qualificação profissional, a qual compromete diretamente o trabalho em equipe e, por sua vez, a transdisciplinaridade.

Tais dificuldades poderão resultar em insatisfação e impotência diante das necessidades de saúde da comunidade que, por sua vez, levam os profissionais a assumirem uma prática de distanciamento dos usuários.

Neste sentido, o E7, *Caracterização das equipes de Saúde da Família e de seu processo de trabalho* (MARQUI et al., 2010) e o E8, *Discussão de família na Estratégia Saúde da Família: processo de trabalho em construção* (MATUMOTO et al., 2011), são convergentes sobre o distanciamento das EqSF para com o usuários, levando-as, em várias ocasiões, a assumirem esse distanciamento como mecanismo de defesa devido a dificuldade em desenvolver uma atuação voltada para a resolução dos problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade, em virtude da inadequação da estrutura física da USF, deficiência de pessoal qualificado para a produção do cuidado. Consequentemente, entendemos que, os usuários poderão ficar insatisfeitos, queixosos e ríspidos, além de perderem a credibilidade e ficarem até mais resistentes ao contato e atuação dos profissionais, o que podem influenciar na formação do vínculo e adesão do homem, como usuário da ESF.

Todavia, de acordo com o E8, *Discussão de família na Estratégia Saúde da Família: processo de trabalho em construção* (MATUMOTO et al., 2011), esse distanciamento entre o profissional de saúde e o usuário é questionável, porque pode representar também mecanismos de defesa a fim de proteger-se da dor, da incapacidade de se solidarizar com o sofrimento do usuário, da impotência frente ao seu 'próprio sofrimento' causado pelo modo de funcionamento da rede assistencial.

Tais dificuldades podem ter como uma das justificativas, segundo o E14, *Humanização na saúde: compreensão a partir das vivências de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família* (BARZAGUI, 2013), consequente de situações em que tem que lidar com a falta de materiais adequados para o desenvolvimento das práticas, como a precariedade, o que pode causar ao trabalhador um sofrimento, levando a sentir-se em exaustão, afastando-se, muitas vezes, do contato com os usuários, como já evidenciado nos estudos E7 (MARQUI et al., 2010) e E8 (MATUMOTO et al., 2011).

Diante dessa realidade, analisamos que a Produção do Cuidado à Saúde do Homem em busca da resolubilidade das suas necessidades de saúde na ESF é questionável, uma vez que

as ações são maciçamente curativas e, os homens ao buscarem a ESF, em geral, procuram um atendimento rápido e ‘resolutivo’, com prescrição de medicamentos e exames, influência do processo de medicalização.

Um panorama que é encontrado no E1 (SCHRAIBER et al., 2010, p. 963), ao explicitar que os homens, “acham que o atendimento deve ser rápido e pontual e, por isso, dão prioridade aos hospitais e os prontos-socorros”. Convergingo com essa afirmação, o E15 (PEREIRA, 2013) faz referência que os homens [entrevistados] preferem a procura por demanda espontânea e assistência curativa. Ademais, a evidência sobre a pouca procura do homem pelos serviços quando comparada com a demanda feminina na ESF, é justificada no E11, *Cuidado na perspectiva dos homens: um olhar da Enfermagem* (SILVA, 2010), nas falas dos usuários homens ao explicitarem que procuram a unidade hospitalar e o pronto socorro, ao invés da USF.

Complementando o conteúdo anterior do E1, o E15, *Planejamento, gestão e ações de saúde do homem na Estratégia Saúde da Família* (PEREIRA, 2013, p. 58) traz uma fala de um usuário: “deveria ter o médico, ser fácil de marcar e para pegar ao atestado. Se por médico, vaga suficiente e sem fila as coisas melhoram”. Por conseguinte, muitos usuários procuram outros tipos de serviços de saúde [imediato, pronto atendimento e outros], porque, muitos deles reclamam da falta de profissionais e frequentes adiamentos de consultas ou exames, ou até da ausência do urologista, que lhes parece o profissional mais apropriado, centradas na figura do médico reportado no E1 (SCHRAIBER et al., 2010) a seguir, tanto no depoimento de um usuário, quanto na observação dos autores:

Achei que fui mal atendido. Porque em vez de vir um médico...vem uma enfermeira passar a recomendação para você. Coisa que eu acho que tem que ter um médico. Ele me deu uma recomendação, mas não fez nenhum exame comigo, não mediu pressão, não pediu um exame de sangue, não tira uma tomografia para você, sei lá, uma radiografia, nada. Passou a recomendação para a enfermeira e a enfermeira veio falar comigo (Usuário, E1, p. 965).

Observei que o médico age de forma diferente com homens e mulheres. As consultas das mulheres são mais detalhadas, se pergunta mais coisas sobre sua vida, principalmente sobre gestação, prevenção. Noto que o médico é mais cuidadoso com elas, já com os homens **parece sempre querer que a consulta termine logo**. Mas quando chega no final do turno parece não dar muita atenção nem para homens nem para mulheres. Quanto aos homens acho que o **médico não investiga muito sobre suas vidas, como vive a pessoa, parece realmente que está preocupado com a queixa** (Observação, E1, p. 965).

Apesar dessa realidade, os autores complementam que o desempenho dos profissionais, liderados pelos médicos, é centrado em uma cultura tecnicista, com pouca valorização da prevenção ou da promoção da saúde, conforme fragmento do texto a seguir:

Estão no topo da hierarquia [os médicos]. Há uma troca constante de profissionais; eles passam pouco tempo na unidade. Alguns não se acostumam com o serviço em comunidade, visitas domiciliares. Muitos só vão aos casos realmente graves ou por insistência das ACS ou enfermeiras. Suas visitas se restringem ao paciente ao qual foi solicitada, para outros da família não fazem atendimentos ou fazem uma **consulta breve** e informal se o caso for muito grave. Existe a **solicitação de grande número de exames**. Algumas vezes, **medicando logo o paciente** (E1, p. 965).

Por um lado, a especialização médica ainda é supervalorizada no imaginário social, por sua vez, o cuidado também é centrado na figura do médico. Além disso, evidencia a hegemonia do modelo de atenção à saúde profissional-centrado e a forma que eles utilizam a tecnologia e conduzem o cuidado, igualmente, como um procedimento-centrado. Corroboramos com a ideia de Merhy (2002) e Merhy e Franco (2009) de que a reestruturação produtiva em saúde implica em organizar o processo de trabalho, sendo que, não há garantias para que mudanças no processo de trabalho se revertam em melhores modos de cuidar. A dependência centraliza-se no modo de escolha e no uso das tecnologias leves, leves-duras e duras. Ressaltamos que, além da escolha da tecnologia a ser aplicada no cuidado, cabe considerar também, a práxis do trabalho vivo e a formação do sujeito coletivo, ou seja, àquele que se apresenta como ator social, que se responsabiliza pela comunidade.

Diante disso, a ESF representa uma proposta de modelo substitutiva da rede básica tradicional, buscando converter o modelo tradicional profissional-centrado com enfoque curativista, para um modelo ampliado, centrado no usuário em família, predominantemente voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos.

Nesta perspectiva, o E1 (SCHRAIBER et al., 2010), o E11 (SILVA, 2010) e o E15 (PEREIRA, 2013), apesar de apresentarem uma realidade marcada pela prática clínica curativa, já evidencia, sutilmente, uma mudança desse modelo de saúde biologizante, com o objetivo de avançar no cuidado ampliado à comunidade. Outrossim, a resolubilidade só pode ser alcançada a partir da efetivação dos princípios do SUS (BRASIL, 2009): o acesso universal, vencendo a barreira da demanda programada; integralidade, fortalecendo a rede de cuidados; equidade, pautada no atendimento direcionado as necessidades de saúde dos usuários e participação social, numa abordagem da produção do cuidado, com ênfase nas tecnologias leves e no trabalho em equipe.

Quanto às tecnologias leves, elas ainda são sutis, pois o modelo hegemônico continua na prática da atenção à saúde do homem. Além do mais, é contraditório o distanciamento desses usuários, repercutindo nas dificuldades do processo de trabalho, exemplificado aqui no E12 (CAMPOS, 2011), diante de uma produção do cuidado com ações que desconsideram

suas singularidades, muitas vezes, caracterizando-se numa prática de saúde deshumanizada. Exemplificamos, no E9, *A produção do cuidado a usuários com Hipertensão arterial e as tecnologias de saúde* (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013), tendo como participantes os profissionais de saúde e usuários, os primeiros referem desenvolver uma prática de saúde com acolhimento como parte do processo de trabalho da ESF, porém alguns usuários divergem, ao afirmarem não serem bem acolhidos.

Nesta perspectiva, concordamos com Santos e Assis (2006, p. 57), quando dizem que “[...] o acolhimento acontece nos micro-espços das relações individuais e coletivas”, seja na recepção, na clínica, no tipo de acesso, nas palestras e reuniões desenvolvidas, no tipo de oferta de serviço, entre outras formas relacionais e comunicacionais existentes entre trabalhadores de saúde e usuários.

Entretanto, divergindo do E9, o E10, *Processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com Hipertensão Arterial* (SANTOS, 2010), o vínculo, a confiança e o diálogo foram dispositivos marcantes no relacionamento entre os ACS e os usuários.

Um destaque às tecnologias leves (tecnologia das relações) é valorizado na EqSF, representado pela atuação dos ACS, conforme dados do E9 (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013, p.109), ao valorizar o vínculo com a família e comunidade.

[...] a equipe vê que tem um **bom vínculo, principalmente com o agente comunitário**, com todos os clientes da micro-área, geralmente eles acompanham, não somente a medicação, mas o histórico, o desabafo desses pacientes [...] porque ele está no cotidiano, então eles tendem a conversar mais com o agente comunitário.

Complementando essa realidade, o E8 (MATUMOTO et al., 2011, p. 608), acrescenta que

Paradoxalmente, **o trabalhador com menor qualificação técnica, com menos poder na equipe, é quem é mais capaz de escutar e cuidar das questões com delicadeza e sutileza; os ACS compartilham a experiência de serem cuidadores**, do modo como podem e, ao mesmo tempo, buscam sensibilizar os demais membros da equipe a se importarem com a família, **abrindo espaços como protagonistas cuidadores da equipe de saúde da família**.

Embora no E9 — *A produção do cuidado a usuários com Hipertensão arterial e as tecnologias de saúde* (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013) —, haja referência aos fatos de os profissionais de saúde pesquisados enfatizarem a realização de um trabalho de equipe, entretanto, eles deixaram claro que há uma divisão de atribuições para cada membro da equipe, com uma atividade específica inerente à sua formação, o que vem a se configurar numa dicotomia entre os saberes e fazeres individuais, fragmentando a integração entre os

profissionais de saúde, na efetividade de uma Produção do Cuidado integral, resolutive e interativa entre a EqSF e os usuários.

Todavia, no E12, *A estratégia de saúde da família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a humanização nos processos de trabalho* (CAMPOS, 2011), os profissionais referiram que a equipe possui boa relação interpessoal, apesar do autor, na sua observação, não ter percebido o trabalho interdisciplinar nas ações de saúde com o foco nas necessidades de saúde do usuário, um limite para o trabalho coletivo em saúde.

É importante pensarmos sobre o que é o trabalho em equipe e a sua importância no cotidiano do Processo de Trabalho na ESF. Para Peduzzi (1998), ao estudar a equipe multiprofissional e o trabalho em saúde que emerge como modalidade de trabalho coletivo, é preciso demarcar a tipologia de trabalho em equipe, definida como equipe agrupamento e equipe integração, a partir da configuração da relação dialética entre intervenção técnica e interações sociais entre os agentes.

Sobre o trabalho em equipe, Peduzzi traz conceitos como a interdisciplinaridade, que diz respeito à produção do conhecimento lado a lado à integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento e a multiprofissionalidade, concebida pela atuação conjunta de várias categorias profissionais.

Nesta perspectiva, concordamos com o pressuposto de Almeida e Mishima (2001), de que o trabalho em equipe na saúde da família precisa das duas perspectivas (interdisciplinaridade e multiprofissionalidade) que convergem na transdisciplinaridade. Para tanto, requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária, a qual foca a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, e prevenção e reabilitação, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde.

Os profissionais de saúde que atuam na ESF, no nosso entendimento ainda estão num processo de transformação gradual, que implica em mudanças culturais e de modelos de referência. Mas, acreditamos que a equipe de ESF tem grande poder de transformação no âmbito das famílias e comunidades, pela possibilidade de intervir direta e amplamente na complexidade dos problemas.

Contudo, o E8 (MATUMOTO et al., 2011), faz referências sobre as dificuldades no trabalho em equipe.

[...] no que se refere ao trabalho em equipe, foram relatadas dificuldades, como falta de planejamento dos membros para o trabalho coletivo, **falta de sensibilização e interação das pessoas, individualização do trabalho**, caracterizando uma

compartimentalização das atividades, dificuldade no fluxo de informações, entre outras (E8).

Outrossim, esse mesmo estudo, diferentemente dos demais analisados, acrescenta outras dificuldades, relacionadas também à falta de qualificação profissional da EqSF e gestores e à precarização do trabalho.

[...] falta de **qualificação profissional; entendimento equivocado dos gestores em relação à ESF e falta de perfil dos trabalhadores para atuar nas equipes de ESF**, expressa sob a forma de falta de comprometimento dos mesmos; além da forma de contratação gerando instabilidade no trabalho (E8, p. 959).

Entretanto, diferente dessa realidade (E8), de acordo com o E1 (SCHRAIBER et al., 2010), o *modus operandi* da EqSF com disponibilidade de horários para reunião de equipe, educação permanente e visita domiciliar são considerados um avanço na organização do processo de trabalho, na medida em que promove o planejamento e execução do trabalho de forma dialogada, o aprimoramento técnico, profissional e a apreensão das dimensões psicossociais e culturais do processo saúde-doença na clínica cotidiana, convergindo com o E5, *Significado da atuação da equipe de Estratégia Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável* (BACKES et al., 2012, p. 1.154), ao complementar que os profissionais entendem que o planejamento conjunto e integrado das ações de saúde assegura qualidade, integralidade, continuidade e resolutividade da rede de cuidados em saúde, consideram que a atuação da equipe ESF se constitui numa estratégia para a efetiva transformação do modelo de saúde: “A ESF é uma ferramenta que, aliada a outras, poderá resultar em pouco tempo numa mudança efetiva do modelo de saúde”.

Divergindo dos outros estudos, o E5 (BACKES et al., 2012) refere que todas as ações desenvolvidas pela EqSF tiveram um planejamento prévio e foram discutidas por toda a equipe, respeitando-se a autonomia de cada profissional. Ainda complementa que os profissionais de saúde consideram a atuação da equipe ESF uma importante estratégia para a efetiva transformação do modelo de saúde.

Apesar das dificuldades apresentadas nos estudos analisados sobre o processo de trabalho da EqSF, os E1 (SCHRAIBER et al., 2010) e E5 (BACKES et al., 2012), reforçam que é fundamental considerar o usuário como sujeito ativo do seu processo saúde-doença, com o reconhecimento das suas particularidades, seus desejos, crenças e valores. Tendo em vista tal enfoque, há necessidade de valorizar práticas libertadoras, humanizadas e permeadas pelo acolhimento em busca do cuidado integral e resolutivo, direcionado as necessidades de saúde dos seus usuários.

Sobre isso, o E9 (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013), faz referência sobre a prática de alguns profissionais, atuando na perspectiva holística e centrada no indivíduo, tendo em vista a integralidade, reforçando a importância das interações serviço-trabalhadores-indivíduo-família, explicitada no fragmento do texto, a seguir: “[...] todos os pacientes têm um elo muito bom entre comunidade e unidade de saúde e isso vem a contribuir muito com o trabalho que tem se desenvolvido justamente por esse elo, por esse entendimento entre unidade e comunidade” (p. 109).

Considerando os estudos analisados, os trabalhadores de saúde precisam refletir sobre como está a sua prática, em particular a sua interrelação com o ‘outro’, objeto do processo de trabalho no cuidar, valorizando as tecnologias leves, como escuta, acolhimento, responsabilização, autonomia e ética.

Sobre essa tentativa de superação do modelo biomédico, Buss (2003) e Ayres (2007) propõem que o olhar para a saúde não significa mudar o olhar apenas de sentido, mas sim de direção, isto é, focam na necessidade de uma ruptura paradigmática. Não se trata, portanto, de negar, mas de superar o modelo médico tradicional em uma nova visão, na qual haja espaço para reconstruir as práticas, dando mais atenção à saúde, como nas propostas do movimento da Promoção da Saúde.

A supremacia das tecnologias leve-duras na atenção à saúde do homem na ESF, tanto a incorporação do profissional no seu processo de trabalho, vem sendo construída e enfatizada pelo modelo de saúde profissional centrado e pelo processo de medicalização. Porém, é urgente uma união de forças entre a equipe de saúde e gestão dos serviços a fim de provocar mudanças na Produção do Cuidado, que reforcem a importância do trabalho em equipe, da transdisciplinaridade, do cuidado acolhedor, da formação de vínculo, da utilização das tecnologias leves com o intuito de centrar a nossa atenção no usuário homem, nas suas reais necessidades sociais e de saúde.

Desta forma, os homens podem ser integrados na lógica das populações atendidas e dos serviços ofertados pela rede de atenção à saúde, contribuindo assim, para a desconstrução do paradigma cultural da masculinidade vigente e do imaginário simbólico coletivo que reforça a invulnerabilidade masculina, com o intuito de promover melhor qualidade de vida e resolubilidade no cuidado ao homem.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho na saúde, tal qual no modo de produção capitalista, apresenta relações de dependência para o trabalhador, com sobrecarga de trabalho e excesso de burocratização. Essa realidade é influenciada pela proposta neoliberal, que repercute na produção do Cuidado em saúde, resultando em um trabalho fragmentado, especializado e hierarquizado. As produções científicas estudadas mostram a vigência de um modelo de atenção à saúde médico-centrado, dependente de tecnologias duras ou leve-duras, com uma prática clínica curativista, por meio de procedimentos especializados e medicalização, desconsiderando o usuário como sujeito e protagonista do cuidado.

Ressaltamos que, a partir das mudanças ocorridas na sociedade e das transformações culturais nas concepções da masculinidade, o homem tenta romper as barreiras impostas pelo modelo hegemônico e caminhar em direção ao cuidado com a própria saúde. Porém, devido ao imaginário social vigente, se torna alvo de críticas, pois a visão da sociedade frente ao ‘Ser Homem’ ainda é estereotipada. Diante de tal realidade, precisamos refletir e propor ações no sentido de desconstruir a imagem de masculinidade vigente no imaginário social, a fim de aproximar o universo masculino do cuidado/atenção com a saúde.

Uma realidade encontrada é que mesmo após a implantação da PNAISH, o acesso aos serviços e o processo de trabalho no cuidado integral ao homem, encontra-se burocratizado e invisível, comprometendo o funcionamento dos serviços de saúde no tocante à produção do cuidado, exacerbando assim os conflitos no cotidiano do processo de trabalho, com frequentes queixas dos usuários quanto à precarização do atendimento e baixa qualidade profissional, o que leva ao distanciamento entre usuários e profissionais de saúde e a insatisfação da equipe.

Outrossim, a organização do processo de trabalho da ESF, de acordo os estudos analisados, retratam um cuidado impessoal, técnico e mecanicista, distante das tecnologias leves, como acolhimento, vínculo e responsabilização, principalmente no que se refere o cuidado aos homens, o que pode resultar na baixa procura pelo atendimento que necessitam na Atenção Básica e, por sua vez na relação dos homens com os serviços de saúde. Além disso, o cuidado aos homens revelou, nos estudos em geral, dificuldades/limites relativos ao acesso organizacional, ao acolhimento e à resolubilidade.

A experiência prática da ESF vem reforçando esses limites/dificuldades relacionados a fragilidade estruturais, precarização das condições de trabalho, trabalho em equipe, entre outras, que repercutem na motivação dos profissionais e, certamente, limitam o alcance dos objetivos pretendidos pela ESF na atenção à saúde do homem.

Outro aspecto a destacar é referente às condições de trabalho em saúde, que muitas vezes, são precárias, na medida em que os trabalhadores de saúde lidam com problemas de saúde dos usuários, além de ainda lidar com o seu próprio sofrimento, muitas vezes, possuem lacunas na sua formação, desvalorização de seu trabalho e desamparo nesse cenário. Apesar das dificuldades, dos sentimentos de impotência e fracasso que apareceram frequentemente, ainda assim, os estudos evidenciaram, nuances sobre a satisfação desses profissionais com a sua formação e o seu “papel” enquanto profissionais da saúde da família.

Percebemos também em alguns estudos, a atuação da EqSF preocupados com a integralidade, promoção da saúde e prevenção de doenças, só que de forma isolada e individual. Vemos assim, que, apesar das dificuldades enfrentadas no cotidiano do processo de trabalho, é possível que os profissionais de saúde busquem estratégias para construção de um cuidado humanizado e autônomo.

Diante de tal perspectiva, mesmo que o processo de trabalho no contexto da ESF centralize a sua atenção a saúde, no modelo hegemônico, nos moldes burocráticos e com base em ações programáticas, ressaltamos que o profissional pode superar esse modelo para produzir um trabalho vivo em ato e um cuidado humanizado, com uma atuação micropolítica, operada com base em tecnologias leves, que podem ser ferramentas de transformação da estrutura organizacional de um serviço de saúde, assim como efetivar a produção do cuidado em direção à resolubilidade das necessidades demandadas pelo homem com o fortalecimento das linhas de cuidado e da rede de atenção à saúde.

Da mesma forma, para se alcançar os objetivos propostos pela PNAISH, é preciso desenvolver uma prática social que envolva um cuidado com promoção da autonomia e empoderamento dos cidadãos. Portanto, nas nossas ações, enquanto profissionais da saúde, seja como técnico, seja como gestor, acreditamos na possibilidade de mudança de estruturas e processos, a fim de romper não só com os indicadores de altas taxas de morbimortalidade masculina, mas também com a invisibilidade do homem no serviço de saúde, especificamente na Atenção Básica.

Diante de tal paradigma, é necessário, prioritariamente, formular estratégias de gestão e planejamento com o objetivo de demarcar as necessidades da população masculina e articular com todos os atores envolvidos na implementação da PNAISH na Atenção Básica, com estímulo ao desenvolvimento de ações voltadas a Atenção Integral a Saúde do Homem, relacionadas à divulgação e sensibilização da população masculina acerca dos benefícios e da importância da prevenção em saúde.

Percebemos que as diferentes dimensões da masculinidade e as repercussões na relação do homem com o sistema de saúde e a maneira como essas questões são interpretadas podem influenciar na saúde masculina. Por isso, devem ser consideradas na perspectiva das ações de atenção primária. Nesse sentido, temáticas como trabalho e sexualidade, podem ser contempladas nas discussões de prevenção e promoção da saúde, desde um ponto de vista que permita ampliar o campo de percepção das relações entre masculinidade e saúde, com o objetivo de alcançar uma maior problematização dessa realidade, como também enfrentar as iniquidades de saúde e de gênero.

Contudo, ressaltamos que não temos a intenção, com este estudo, de esgotar os conteúdos e discussões sobre a temática, considerando necessário que as diversas áreas do conhecimento, tais quais as Ciências Humanas, Sociais e da Saúde dirijam seus olhares e se debrucem no estudo da Saúde do Homem, com vistas a suscitar discussões e possíveis propostas para uma concreta atenção a esse grupo populacional.

Enfim, acreditamos ter contribuído com reflexões acerca do cuidado e as suas tecnologias, das multidimensionalidades e especificidades do “ser homem” e da relação desses usuários com o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU DE JESUS, Washington Luiz; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, 2010, p. 161-170.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, MISHIMA, Silvana Martins. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunic, Saúde**, 2001, p. 150 -153.
- AYRES, JR. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007, p. 43-62.
- AYRES, JR. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 49-84.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho** – ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho, 4 ed., São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.
- ASSIS, M.M.A; JORGE, M.S.B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J.S.S; NASCIMENTO, M.A.A (org). **Pesquisa qualitativa: Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS Editora; 2010, p.139-159.
- ASSIS, MMA; NASCIMENTO, MAA; FRANCO, TB; JORGE, MSB. (Orgs). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p.
- ATHAYDE, E.S; GIL, C.R.R. Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das Equipes de Saúde da Família de Londrina. **Rev. Esp. Saúde**, 2005.
- AZEVEDO, G; SERIACOPI, R. O nascimento da humanidade. A formação da Grécia antiga. O império Romano. O renascimento comercial e Urbano. In: AZEVEDO, G; SERIACOPI, R. **História**. São Paulo: Ática, 2005.
- BACKES, Dirce Stein et al. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.17, n.5, 2012, p. 1151-1157.
- BADINTER, E. **XY: sobre a identidade masculina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- BARROS, M.E; BENEVIDES, B.R. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R; BARROS, E; MATTOS, R. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. (Editor). Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2007. p.75-84.
- BARROS, Delba Machado; SA, Marilene de Castilho. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos

no serviço de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v.15, n.5, 2010, p. 2473-2482.

BARZAGHI, Nathalia Aparecida. **Humanização na saúde: compreensão a partir das vivências de trabalhadores da estratégia Saúde da Família**. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Maringá, PR, 2013, 120 f.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização na saúde: réplica ao debate. **Interface – Comunic, Saúde**, Educ, v. 9, n.17, 2005, p. 389-406.

BOURDIEU, P. **A dominação Masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução n.466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: CNS, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: **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.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Manual para organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado, 1988.

BRAZ, Marlene. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, pp. 97-104, 2005.

BUSS, P. M, PELLEGRINE FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; COSTA, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p 15-38.

BVS, Biblioteca Virtual em Saúde, Bireme, acesso em: 10 de agosto de 2015. Disponível em: http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=55&lang=pt

CAMPOS, G.W.S. Reflexões sobre a clínica ampliada em Equipes de Saúde da Família. In: Campos GWS. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CAMPOS, Lucas Vinco Oliveira. **A estratégia de saúde da família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a Humanização nos processos de trabalho**. Dissertação (mestrado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Ribeirão Preto, Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde, São Paulo. 2011, 132 f.

CAMPOS, G.W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C. de (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-88.

CAPES, Portal de Periódicos. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/?option=com_pcontent&view=pcontent&alias=missao-objetivos&mn=69&smn=74>. Acesso em: 10 de agosto de 2015.

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** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2009, v. 19, n. 3, p659-678.

CASSETI, Valter. **Ambiente e apropriação do relevo**. São Paulo – SP. Contexto, 1991.

CECCHETTO, Fátima Regina. **Violência e estilos de masculinidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

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

COTTA, R.M.M; MORALES, M.S.V; COTTA FILHO, J.S; GONZÁLES, A.L; RICOS, J.A.D. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. **Rev. Hospital Clínicas**. Porto Alegre, 2002, v. 22, n. 1, p. p. 25-32.

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

DESSEN, MA; POLONIA, AC. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia** (Ribeirão Preto) [online], v.17, n.36, 2007, p. 21-32.

DIESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Base de dados da Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED)**. Disponível em: <www.dieese.org.br>. Acesso em: 06 de agosto de 2015.

DONNANGELO MCF. Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975. Donnangelo MC, Pereira L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DUARTE, S.J.H.; OLIVEIRA, J.R.; SOUZA, R.R. Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.3, n.1, 2012, p.520-530.

FERNANDES, Marcelo Costa. **Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: enfoque na gerência do cuidado.** Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Saúde, 2012, Fortaleza, CE, 108p.

FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; SCHRAIBER, Lilia Blima. 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.16, p. 935-944, 2011.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 1999, p. 345-353

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

GARBAR, C. THEODORE, F.A. **Família Mosaico: as novas contribuições familiares.** São Paulo: Augustus; 2000.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008

GIOVANELLA L, FLEURY S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUT C, (Org). **Política de Saúde: o público e o privado.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, p.177-198.

GOMES, R. (Org.). **Saúde do homem em debate.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran and MINAYO, Maria Cecília de Souza. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], vol.15, p. 1497-1508, 2010.

HELLER, A. **Uma revisión de la teoría de las necesidades.** Barcelona: Paidós, 1996.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Base de dados da PME.** Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 09 de agosto de 2015.

BRASIL. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil – acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 de dezembro de 2015.

KEIJZER B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, M; CUETO, M; RAMOS, S; VALLENS (Org.). **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina.** Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida, Lima, 2003, p. 137-152.

KOHN, Kelly Cristina. **A (nova) política de saúde para homens:** abrindo caminhos para os discursos masculinos. Dissertação (Mestrado) – PUCRS, Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Porto Alegre, 2011. 95f.

KREPPNER, K. **The child and the family:** Interdependence in developmental pathways. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2000, p. 11-22.

LAKATOS, Eva Maria. MARCONI Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 7. ed. São Paulo, Atlas, 2010.

LIMA, L.L; MOREIRA, T.M.M; JORGE, M.S.B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.66, n.4, 2013, p. 514-522.

LYRA, L.B.C. **Empresa familiar:** entre o afetivo e o profissional [monografia]. Recife (PE): Universidade Católica de Pernambuco, 2007.

LUKÁCS, Gyorgy. **Ontologia del Der Social:** el trabajo. Buenos Aires: Herramienta, 2004.

MACEDO, João Paulo; DIMENSTEIN, Magda. Psicologia e a produção do cuidado no campo do bem-estar social. **Psicol. Soc. [online]**, v.21, n.3, 2009, p. 293-300.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.44, n.4, 2010, p. 956-961.

MARTINS, André Amorim; FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica. **Physis [online]**, v.19, n.2, 2009, p. 457-474.

MARX, Karl. **As crises econômicas do capitalismo.** São Paulo: Ched Editorial, 1982.

_____, Karl. **O Capital.** 14. Ed., São Paulo: DIFEL, 1994, v. 1.

MATUMOTO, Silvia et al. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.45, n.3, 2011, p. 603-610.

MEDRADO, Benedito. Homens na arena do cuidado infantil: imagens veiculadas pela mídia. In: ARILHA, Margareth; RIDENTI, Sandra.G. UNBEHAUM; MEDRADO, Benedito (org.). **Homens e masculinidades:** outras palavras. São Paulo: ECOS/Ed. 34, 1998. p. 145- 161.

MEKSENAS, Paulo. O processo de humanização da natureza. 3. ed. **Sociologia.** São Paulo: Cortez, 1994.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

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

_____, R. B. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico.** Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MAGALHÃES JR., H. M. **Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: HUCITEC, 2002.

MERHY, EE; FRANCO, TB. Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios. In AMZ Ianni & C Bógus (ed.). **Anais; Congresso Paulista de Saúde Pública APSP,** São Paulo, 2000.

MERHY, EE (Org). O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva,**1999, p.305-315.

_____, E. E. (org.). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e de intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T; SANTOS, A.F; CAMPOS, C.C; MALTA, D.C; MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.** São Paulo (SP): Xamã; 1998. p.103-20.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência in: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público;** Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

_____, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY EE, ONOCKO R. Org. **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112 (Coleção Saúde em Debate).

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 6.ed., São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2007. 269p.

MOIMAZ, S.A.S; FADEL, C.B; YARID, S.D; DINIZ, S.G. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva,** 2011, vol.16, n.1, p. 965-972.

MONTEIRO, M. S.; GOMES, J. R. - De Taylor ao modelo japonês: modificações ocorridas nos modelos de organização do trabalho e a participação no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional,** v. 25, n. 93/94, 1998.

MOTA, A; SILVA, J.A; SCHRAIBER, L.B. **Contribuições pragmáticas para a organização de recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil:** à obra de Maria Cecília Donnangelo. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS, 2004.

MOURA, Erly Catarina de et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva,** vol.19, n.2, 2014, p. 429-438.

MOURA, Erly. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil.** Erly Moura. / Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 2012. 128p.

NAVARRO, V L. PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**; 19, Edição Especial 1: Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil, 2007.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C. F; BOGÚS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.1, n.3, 2004, p. 44-57.

NOGUEIRA, RP. O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. In: NEGRI, B; FARIA, R; VIANA, A.L.A. (Org.). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Instituto de Economia, Unicamp. 2002, p. 252-73.

NOLASCO, S. Um “Homem de verdade”. In.: CALDAS (org.). **Homens: comportamento, sexualidade, mudança**. São Paulo, Editora SENAC, 1997. p. 13-29.

_____, S. **O mito da masculinidade**. 2. ed.,. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

OLIVEIRA, N. **Neocorporativismo e política pública: um estudo das novas configurações assumidas pelo Estado**. Edições Loyola/CEAS, São Paulo, 2004.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. (Org.) **Dicionário da Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ Ministério da Saúde. 2006, p. 199-207.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M.L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Brás. Enferm.**, v.55, n.4, 2002, p.392-98.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas, 1998. 254p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

PEÑA, Y.F; ALMEIDA, M.C.P; DURANZA, R.L.C. O processo de trabalho da enfermeira no cuidado à criança sadia em uma instituição da seguridade social do México. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, 2006.

PEREIRA, Leonardo Peixoto. **Planejamento, gestão e ações de saúde do homem na estratégia de saúde da família**. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2013, 100f.

PEREIRA, A. K. D. Saúde do Homem: Até onde a masculinidade interfere. In: **II Seminário Nacional de Gênero e Práticas Culturais**. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2009.

PINTO, Antonio GA; JORGE, Maria SB; VASCONCELOS, Mardenia GF; SAMPAIO, José JC; LIMA, Gláucia P; BASTOS, Valéria C; CARVALHO, Helena AD. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde: implicaciones para el trabajo en salud. **Rev. bras. enferm.** [online], v.53, n.2, 2000, p. 251-263.

ROCHA, A.A.R.M; TRAD, L.A.B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface – Comunic Saúde**, EDUC, v.9, 2005, p. 303-316.

ROSA, W.A.G, LABATE, R.C, Programa de Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem** ,2005, p. 1027-34.

SANTANA, JSS. Percurso metodológico. In.: SANTANA, J.S.S; NASCIMENTO, M.A.A (org). **Pesquisa qualitativa: Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS Editora; 2010, p.139-159.

SANTOS, M. F. S. **Identidade e aposentadoria**. São Paulo: EPU, 1990.

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos; NERY, Adriana Alves; MATUMOTO, Silvia. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.1, 2013, p. 107-114.

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

SANTOS, Flávia Pedro dos Anjos. **Processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com Hipertensão arterial**. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Jequié, BA, 2010. 169 f.

SHIMIZU, Helena Eri; CARVALHO JUNIOR, Daniel Alvão de. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.9, 2012, p. 2405-2414.

SCHRAIBER, L.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidade de saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, L.B, NEMES, M.I.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org.). **Saúde do Adulto: programa e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 29-47

SCHRAIBER, Lilia B. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas** [Tese livre -docência] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1997.

SCHRAIBER, Lília B; GOMES, Romeu; COUTO, Maria Thereza. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, 2005, p. 7-17.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.26, n.5, 2010, p. 961-970.

SCIELO, *Scientific Electronic Library Online*. Disponível em: <http://www.scielo.br/?lng=pt>. Acesso em: 10 de agosto 2015.

- SILVA, Silvana de Oliveira. **Cuidado na perspectiva dos homens: um olhar da enfermagem** / Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2010. 97 p.
- SILVA JÚNIOR, A.G. da; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade. Aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). **Cuidado**. As fronteiras da integralidade. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 241-257.
- SIQUEIRA, Bruna Paula de Jesus. **Produção do cuidado ao homem na estratégia saúde da família**. Dissertação (mestrado)- Universidade Estadual da Bahia, Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié, BA, 2013, 100 f.
- SOBRAL, B. O ser aposentado; a emergência de um ator social. In: SBGG-RJ. **Caminhos de envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
- STANHOPE, M. Teorias e Desenvolvimento Familiar. In: STANHOPE M, LANCASTER J, (Org.). **Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. Lisboa: Lusociência; 1999. p. 492-514
- STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
- TAYLOR, F. W. **Princípios de administração científica**. ed.8. São Paulo: Atlas, 1990.
- TEIXEIRA CF, PAIM JS, VILAS BÔAS AL. SUS: modelos assistenciais e vigilância em saúde. **Inform Epidemio SUS**, v. 7, n. 2, 1998, p.7-28.
- TESSER, Charles D. (Org). **Medicalização Social a Atenção à Saúde no SUS**. São Paulo; Hucitec, 2010.
- TREVISAN, J. S. **Seis balas num buraco só: a crise do masculino**. Rio de Janeiro: Record, 1998.
- TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em Educação**, São Paulo. Atlas, 1992.
- TURRINI, Ruth NT; LEBRÃO, ML; CHESTER, LGC. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008, p. 663-674..

APÊNDICES

APÊNDICE A – BUSCA BIBLIOGRÁFICA SIMPLES

BVS (BIREME/LILACS/MEDLINE/SCIELO)

Trabalho	455.467 artigos
Processo de trabalho	31.435 artigos
Produção do cuidado	1.281 artigos
Atenção à Saúde do Homem	966.964 artigos
Cuidado ao homem	53.818 artigos
Saúde da Família	9.687 artigos
Saúde da Família and Homem	461 artigos
Total	1.519.113 artigos

CAPES

Trabalho	128.395 artigos
Processo de trabalho	37.018 artigos
Produção do cuidado	496 artigos
Atenção à Saúde do Homem	2.468 artigos
Cuidado ao homem	1.110 artigos
Saúde da Família	2.485 artigos
Total	171.972 artigos

APÊNDICE B – BUSCA BIBLIOGRÁFICA DETALHADA

BVS (BIREME/LILACS/MEDLINE/SCIELO)

Produção do Cuidado na ESF	23 artigos
Produção do Cuidado na Saúde do Homem	457 artigos
Saúde da Família and Homem	428 artigos
Saúde da Família e Saúde do homem	4.671 artigos
Total	5.579 artigos

CAPES

Produção do Cuidado na ESF	128 artigos
Produção do Cuidado na Saúde do Homem	516 artigos
Saúde da Família and Homem	428 artigos
Saúde da Família e Saúde do homem	790 artigos
Total	1.862 artigos

APÊNDICE C - MATRIZ BIBLIOGRÁFICA - BVS

ESTUDO	TÍTULO	AUTORES	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONSIDERAÇÕES
<u>1</u>	A produção do cuidado a usuários com Hipertensão Arterial e as tecnologias em saúde	Flavia Pedro dos Anjos Santos, Adriana Alves Nery, Silvia Matumoto	Objetivou-se com este trabalho analisar a utilização da tecnologia das relações na produção do cuidado a usuários com Hipertensão Arterial.	Existência de vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários; Os ACS e o enfermeiro tem tido uma atuação relevante na produção do cuidado a usuários com hipertensão; Os depoimentos dos profissionais de saúde e dos usuários demonstraram que o acolhimento faz parte do processo de trabalho das ESF's, porém alguns usuários referem não ser bem acolhidos; Alguns profissionais relatam atuar numa perspectiva holística e centrada no individuo, pautado na integralidade, outros relatam a importância das relações; Para os gestores, o enfermeiro é visto como um profissional que possui papel relevante tanto na assistência quanto na gestão da rede municipal de saúde;	<p>A importância do vínculo e do acolhimento;</p> <p>A tecnologia relacional é vista como um caminho na direção de mudanças no processo de trabalho ao buscar o rompimento com a visão biologicista e promover ações que assegurem a integralidade;</p> <p>O enfermeiro e o ACS demonstraram maior interação no processo do cuidado;</p> <p>Submissão no processo do cuidado.</p>

2	Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família.	Denise Machado Duran Gutierrez; Maria Cecília de Souza Minayo	Verificar o conhecimento sobre produção de cuidados de saúde no âmbito da família.	<p>O cuidado enquanto conceito para a área da saúde surgiu da gerontologia para incluir o cuidado na família ao idoso em longo prazo; contudo, devido à sua importância, tem se difundido para diferentes domínios de atenção à saúde e gerado várias reflexões, porém, ainda de modo insuficiente.</p> <p>Em Bocchi (2004), o cuidado é visto como a satisfação da necessidade do outro e pode ser produzido por duas modalidades distintas: incentivando o doente a recuperar sua autonomia; reconhecendo-o como sujeito de sua saúde e pode apresentar-se também na modalidade não estimulando a autonomia do doente, através de atitudes de superproteção que dificultam o processo de reabilitação.</p> <p>Em vários textos, o cuidado é tomado na acepção do senso comum, sem delimitação precisa de seu significado.</p> <p>Serapioni (2005) classifica os cuidados em saúde em formal e informal, incluindo nesses últimos os desenvolvidos pela família e pela comunidade.</p> <p>Identificamos quatro propostas distintas e complementares nos estudos. A primeira proposta apresenta um conceito existencial que abarca várias áreas da vida. Aí encontramos estudos que entendem o cuidado como pertencendo à essência da humanidade, permitindo a sobrevivência física e abrangendo aspectos psicológicos, como afetos e sentimentos de confiança, conforto e segurança.</p> <p>Estes retomam a proposta de Ayres, definindo cuidado num contexto em que cuidar ultrapassa ações técnicas e implica em compartilhar projetos de vida.</p> <p>Já Azevedo (2006) retoma o significado etimológico da palavra “cuidado”, derivada do latim cura, cuja forma antiga coera era usada num contexto de relações de amor e amizade, expressando atitudes de cuidado, devoção, preocupação e, também, inquietação sobre o objeto</p>	
---	--	---	--	---	--

				<p>amado/estimado.</p> <p>Inclui desse modo dois sentidos interrelacionados: (1) atitude de atenção e devoção e (2) preocupação, pois o cuidador sente-se emocionalmente envolvido com o objeto cuidado e sofre por este.</p> <p>A segunda proposta dá ênfase aos cuidados físicos e materiais ligados aos que são oferecidos pelos serviços de saúde em seu sentido técnico.</p> <p>Aí encontramos vários autores que assinalam, igualmente, a existência do provimento da atenção doméstica com a saúde. Ressaltam o papel cuidador da família que mobiliza seus recursos concomitantemente aos cuidados técnicos dos profissionais de saúde. Atuam tanto na promoção e prevenção quanto na recuperação da saúde de seus membros. A terceira proposta enfatiza os aspectos afetivos e relacionais e define cuidados como “função materna”, como paradigma do cuidar, no sentido do inclinar-se para o outro, escutá-lo, compreendê-lo e ajudá-lo.</p> <p>A qualidade da relação é dada pela conjunção entre o cuidado oferecido e o poder derivado da relação com a pessoa que o administra na acepção terapêutica e educativa.</p> <p>Nos cuidados de saúde, há uma valorização do tempo e do carinho nas interações entre os sujeitos.</p> <p>Finalmente, um quarto grupo de autores assume uma concepção de saúde integral que envolve corpo, ambiente, psiquismo e relações sociais, integrando fatores biológicos e materiais com aspectos mais psicossociais. Vemos isso em vários estudos que propõem uma definição ampla de cuidados da saúde, incluindo a perspectiva psicossocial e antropológica. Silva (2004) vai além, postulando que o cuidado na família deve ser visto como parte do processo de atenção à saúde e como tal merece mais atenção, desenvolvimento teórico e novas investigações. Os sistemas de saúde criados para apresentar respostas diagnósticas e</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>terapêuticas às enfermidades envolvem a medicina biomédica, as</p> <p>medicinas alternativas, o cuidado na família e a autoatenção.</p> <p>O cuidado seria assim uma resposta que envolve a atenção à doença e atenção ao doente. O cuidado como autoatenção se apresenta como “ação dirigida a assegurar a reprodução biológica e social de um enfermo crônico”, incluindo o nível individual, familiar de rede e comunitário.</p> <p>A cultura, enquanto elemento integrador une fenômenos que se apresentam em vários níveis: individual, social e histórico. As famílias e as pessoas com as quais se relacionam constroem e negociam significados para a provisão de cuidados. Sentidos culturais, coletivos e pessoais interagem para resultar em uma determinada forma de cuidar de si e de outros.</p> <p>Essas relações entre aspectos culturais e coletivos são dialéticas, uma vez que famílias atuam como reprodutoras da ordem social e, ao mesmo tempo, nelas emergem aspectos individuais e relacionais inovadores, integrando a atuação criativa do indivíduo e sua forma de traduzir o que percebe do meio social/material.</p> <p>Ao discutir cuidados da saúde no âmbito da família, a figura da mulher-mãe como principal cuidadora aparece quase como um consenso. Vários autores ressaltam que o cuidado pela mulher é um fenômeno mundial.</p>	
--	--	--	--	--	--

3	A atenção à Saúde do Homem: ações e perspectivas dos enfermeiros	Elizangela Nunes de Santana; Emyliane Maria de Medeiros Lima; Jorge Luís Fernandes Bulhões; Estela M ^a Leite Meirelles Monteiro; Jael Maria de Aquino	Oferecer subsídios à organização dos serviços desenvolvidos no âmbito da ESF e ao planejamento de ações de promoção à saúde que contemplem a população masculina.	<p>Observa-se a forte influência do modelo de saúde (curativo), dificultando, assim, a efetivação dos princípios da ESF;</p> <p>Uma atividade bastante citada pelas enfermeiras foi o acolhimento. Percebeu-se a realização de práticas educativas tradicionais (palestras);</p> <p>Entre as USFs participantes, apenas uma disponibilizava atividades específicas para a população masculina;</p> <p>A maioria das enfermeiras percebe que os homens procuram pouco a USF, dificultando o reconhecimento das principais necessidades;</p> <p>As participantes, em sua maioria, não se sentem preparadas para atender as necessidades de saúde dos homens;</p> <p>Todas as enfermeiras perceberam a importância de desenvolver ações de saúde com o sexo masculino, as mesmas relataram como dificuldade do homem aderir ao serviço: falta de um espaço e ações específicas, horário rígido e a questão cultural;</p> <p>As entrevistadas apresentam perspectivas de mudanças no modelo de saúde dos homens e a promoção da saúde aparece como uma Estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde deles;</p> <p>Os profissionais compreendem como principal proposta o desenvolvimento de práticas educativas mediante a formação de grupos;</p>	<p>Predominância do modelo Biomédico, com tendência a superação através da promoção da saúde;</p> <p>Observa-se a falta de ações demarcadas para a saúde do homem;</p> <p>Despreparo dos profissionais para atender ao público masculino.</p>
---	--	--	---	--	--

4	Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família	Erly Catarina de Moura; Wallace dos Santos; Alice Cristina Medeiros das Neves; Romeu Gomes; Eduardo Schwarz.	Descrever as especificidades da atenção à saúde dos homens no âmbito da ESF, conforme a visão do gestor, a demanda dos homens adscritos às unidades avaliadas e as práticas desenvolvidas pelas equipes da ESF (EqSF).	<p>Segundo os gestores das EqSF, os três principais motivos que levam os homens à procura de atendimento são: 1) presença de doença aguda ou crônica, 2) busca de medicamentos, tanto prescrição quanto dispensa e 3) situações específicas da saúde do homem;</p> <p>Pouco mais de 10% dos homens não buscam o serviço por ausência de doença, 10% por medo e quase 30% por valores culturais, incompatibilidade de horário e espera;</p> <p>No que se refere aos dias e horários alternativos de atendimento, apenas uma equipe referiu atender aos sábados das 8 às 13 horas, 02 que iniciavam às 6 horas e 11 estendiam o horário até às 19 horas nos dias úteis, totalizando 13 unidades com horário mais compatível com as disponibilidades de trabalhadores;</p> <p>As oportunidades para atrair os homens são pouco exploradas pelas EqSF;</p> <p>Questionadas sobre a estratégia de desenvolvimento destas atividades, a maioria relatou palestras, seguidas por grupos educativos, consulta individual e distribuição de folhetos. Contudo, apenas 7% do total dos homens entrevistados informaram que a EqSF tinha atividades direcionadas a eles e, dos 80 homens que desconheciam qualquer atividade, 97,5% gostariam que houvesse alguma;</p> <p>Do total dos homens entrevistados, 81,6% já haviam sido atendidos na EqSF da respectiva área de moradia e suas famílias estavam cadastradas na ESF há seis anos;</p> <p>A maioria dos homens relatou não haver limitação para falar sobre sua saúde com qualquer profissional da EqSF, independente do sexo. Dos seis casos que referiram algum limite, três usuários preferiam ser atendidos por profissional do sexo masculino e um à timidez;</p>	<p>A pesquisa demonstrou a procura tardia dos homens ao serviço, justificando pela ausência da doença, medo ou valores culturais;</p> <p>Um dos entraves no acesso do homem ao serviço têm sido a incompatibilidade de horários;</p> <p>Poucas EqSF desenvolvem ações específicas para atrair o público masculino e os usuários sentem falta disso;</p>
---	---	--	--	---	--

5	Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho	Alessandra Bernadete Trovó de Marqui; Alice do Carmo Jahn; DarielliGindri Resta;	Conhecer as características das equipes de saúde da família e identificar as dificuldades enfrentadas no seu processo de trabalho.	<p>Foi observada como dificuldade com maior expressividade à falta de infra-estrutura das unidades básicas de saúde. Foi destacada a ausência de transporte para as visitas domiciliares, o que inviabiliza a adequada realização das atividades diárias, além da falta de compreensão da população quanto à proposta da ESF;</p> <p>No que se refere ao trabalho em equipe, foram relatadas dificuldades, como falta de planejamento dos membros para o trabalho coletivo, falta de sensibilização e interação das pessoas individualização do trabalho, caracterizando uma compartimentalização das atividades, dificuldade no fluxo de informações, entre outras;</p> <p>Outras dificuldades apontadas foram a falta de qualificação profissional, entendimento equivocado dos gestores em relação à ESF e falta de perfil dos trabalhadores para atuar nas equipes de ESF, expressa sob a forma de falta de comprometimento dos mesmos, além da forma de contratação gerando instabilidade no trabalho;</p> <p>Número elevado de famílias por EqSF, gerando sobrecarga de trabalho e baixa resolubilidade;</p>	<p>Instabilidade trabalhista;</p> <p>Precariedade na estrutura física e recursos materiais;</p> <p>Excesso de trabalho gerado pelo grande número de famílias atendidas pela equipe;</p> <p>Dificuldade de desenvolver trabalho em equipe;</p> <p>Falta de qualificação profissional.</p>
---	--	---	--	--	---

6	Conceitos e práticas dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família: Saúde do Homem	Isabel Cristina dos Santos Colomé; Neidiane da Rosa; Tami Zanon.	Descrever e analisar os conceitos e as práticas do enfermeiro relacionadas à Saúde do Homem dentro da ESF em Teresina.	<p>Os homens ainda resistem a receber as ações de saúde e a frequentarem as UBSs, o que dificulta a prática de ações assistenciais dirigidas a esta população;</p> <p>As principais barreiras que tornam os homens ausentes do serviço de saúde e dificultam a sua procura pelas UBSs são: horário de funcionamento, dificuldade de acesso, dificuldades em conseguir liberação no trabalho, espaço não adequado (geralmente os locais de atendimento são infantis ou femininos), preconceitos de gênero do profissional de saúde que presta o atendimento.</p> <p>Os homens doentes crônico-degenerativos, frente às complicações possíveis, configuram a maior ou até mesmo a única demanda masculina às UBSs, Observou-se que os serviços de atenção primária à saúde vêm apresentando dificuldades de planejar e executar atenção integral ao homem, resultado de um processo de reducionismo da assistência ao gênero masculino.</p> <p>Nesta categoria, os sujeitos do estudo referem que a demanda masculina nas UBSs são reduzidas. Quando procuram os serviços de saúde, independente do motivo, devemos aproveitar para desenvolver ações de atividades educativas, promoção de saúde e prevenção de doença.</p>	<p>Dificuldades do enfermeiro no atendimento ao homem devido a sua ausência nos serviços de saúde;</p> <p>Ausência de programação voltada para a saúde do homem dentro das ESFs;</p> <p>Ações necessárias na assistência do homem: atividades educativas, promoção de saúde, prevenção de doenças</p>
---	---	--	--	--	--

7	Discussão de famílias na Estratégia Saúde da Família: processo de trabalho em construção.	Silvia Matumoto; Silvana Martins Mishima; Cinira Magali Fortuna; Maria José Bistafa Pereira; Maria Cecília Puntel de Almeida.	Conhecer o modo como as equipes vem se produzindo como coletivo e construindo o processo de trabalho na ESF;	<p>As reuniões de discussão de caso representam o momento de reflexão sobre o modo de multiplicar possibilidades de ação, descoberta de interesses e desejos, potências e impotências, predominantemente encobertos pelo fazer técnico; O que se tem à mão para este trabalho são prontuários de famílias, fichas de cadastramento, de acompanhamento e monitoramento, relatórios das visitas, prontuários individuais, e principalmente os sentimentos e outras ressonâncias geradas pelas demandas dos usuários;</p> <p>Os temas discutidos foram violência, abandono, alcoolismo, planejamento familiar para famílias numerosas em condições de vida precárias, homossexualismo, casas abandonadas, medo da morte, e muitos outros. A equipe identifica problemas sem conseguir arquitetar alguma alternativa para abordá-los;</p> <p>A reunião revela as atitudes dos trabalhadores, que busca proteger-se da dor, da incapacidade de se solidarizar com o sofrimento do usuário, responsabilizando-o; proteger-se da impotência frente ao caso; proteger-se de seu próprio sofrimento causado pelo modo de funcionamento da rede assistencial;</p> <p>Paradoxalmente, o trabalhador com menor qualificação técnica, com menos poder na equipe, é quem é mais capaz de escutar e cuidar das questões com delicadeza e sutileza; as agentes compartilham a experiência de serem cuidadoras, do modo como podem e, ao mesmo tempo, buscam sensibilizar os demais membros da equipe a se importarem com a família, abrindo brechas para passar as potências cuidadoras da equipe.</p>	<p>Discussão com as famílias a fim de conhecer o perfil e as demandas dos usuários, porém com dificuldade no planejamento e articulação para enfrentamento dos problemas;</p> <p>Predomínio da concepção do trabalho em saúde como um saber técnico que exclui emoções e sentimentos;</p> <p>Os ACS foram os profissionais que mais se envolveram com as famílias, com a formação do vínculo, a escuta, eles se configuram dessa forma como a base da produção do cuidado na ESF.</p>
---	---	---	--	--	--

8	O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes.	Renata Cristina Arthou Pereira; Francisco Javier Uribe Rivera; Elizabeth Artman	Analisar o trabalho em equipe multiprofissional de saúde na ESF do município do Rio de Janeiro na perspectiva da tipologia agrupamento/interação de Peduzzi (2001).	<p>Observou-se a existência de situações objetivas de trabalho que se remetem à especificidade das distintas funções e a diferenças técnicas correlatas, características presentes nas duas modalidades de equipe – agrupamento e interação – bem como a transversalidade de algumas ações;</p> <p>Os ACS muitas vezes já trazem as demandas da população assistida de forma parcelar, considerando que existe uma diferença técnica e, também, uma divisão do trabalho previamente estabelecida. Ex: curativo-técnica de enfermagem;</p> <p>A médica e a enfermeira exercem funções de liderança na coordenação de ações, que se manifestam por serem pessoas de referência que se colocam na função “de guia”, de facilitadoras na tomada de decisões coletivas, ou na resolução de situações problemáticas;</p> <p>Sobressai, nas falas, a característica do trabalho em equipe, como: cooperação, colaboração e divisão de responsabilidades.</p> <p>Além disso, foi apontada a necessidade de formação voltada para a perspectiva da interdisciplinaridade dentro da formação acadêmica e a potência formativa do trabalho em equipe.</p> <p>Os relatos falam da necessidade do trabalho do outro como forma de garantir a continuidade do atendimento, ou seja, existe o reconhecimento do trabalho do outro, assim como, ao mesmo tempo, descrevem as ligações existentes entre os trabalhos com base no processo de divisão de trabalho.</p> <p>A percepção dos entrevistados de que sua atividade de trabalho é coletiva e depende da atuação de cada um dos profissionais envolvidos;</p> <p>As interações nas reuniões tinham como característica marcante a discussão sobre a divisão de atividades e socialização de informações. É unânime, entre os profissionais, que uma das maiores dificuldades do trabalho em equipe é a relação interpessoal, a convivência que se dá</p>	<p>Importância da integração, agrupamento e transversalidade das ações;</p> <p>O ACS como mediador e articulador entre a comunidade e a ESF – Triagem: demanda direcionada para cada profissional;</p> <p>Importância do trabalho em equipe - Enfermeira e médica como líderes;</p> <p>Necessidade de investimento na formação voltada para a interdisciplinaridade;</p> <p>Relação interpessoal como fator dificultador do trabalho em equipe;</p>
---	---	---	---	--	--

				<p>quarenta horas por semana, em que pesam as diferenças de personalidade, interesses conflitantes e, até mesmo, as distintas concepções do que seja trabalhar em equipe.</p>	
--	--	--	--	---	--

9	<p>O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência</p> <p>Produção de conhecimentos sobre cuidados da saúde no âmbito da família</p>	<p>Delba Machado Barros; Marilene de Castilho Sá.</p>	<p>Entender o porquê da demanda na porta do serviço de urgência/emergência poderá subsidiar a reorganização do sistema de saúde local.</p>	<p>A USF estudada dificilmente viabiliza atendimento ao usuário quando ele não está agendado e tampouco garante seu acompanhamento quando orientado a buscar assistência em outros serviços de saúde;</p> <p>É frequente, entre os trabalhadores, as referências aos usuários como desinformados, mal acostumados, entre outros predicativos, geralmente pejorativos, por não fazer o percurso definido pela organização do sistema, mas sim o percurso em que se sentem atendidos em suas demandas;</p> <p>Para alguns trabalhadores e para a população, a EqSF poderia ser acrescida de outros médicos, como, por exemplo, pediatra, ginecologista e até geriatra.</p> <p>A angústia de não saber responder a demanda que vem do outro acaba por transferir para outros trabalhadores de saúde ou outros serviços a responsabilidade pelo cuidado, antes mesmo de compreender a demanda.</p> <p>O médico de família também é visto por vezes como uma imposição do sistema de saúde e uma falta de opção do usuário.</p> <p>Há um predomínio na organização do trabalho de consultas e procedimentos individuais e uma dicotomia entre assistência e prevenção, como é possível observar nos agendamentos de consultas, por exemplo. A médica destina sua agenda para atendimentos na clínica geral, pediatria e para hipertensos e diabéticos, enquanto a enfermeira para preventivos, puericultura (crianças saudáveis até um ano), pré-natal e planejamento familiar.</p> <p>Em todas as visitas domiciliares das quais participamos, observamos que a intervenção médica sempre gerava uma prescrição medicamentosa ou encaminhamento para especialista. Já a enfermeira e os ACS orientavam, ainda que de forma prescritiva, hábitos saudáveis e retorno à USF. Esses trabalhadores utilizam-se muito mais das</p>	<p>Prática centrada na oferta organizada, em detrimento da demanda espontânea e reprodução do modelo biomédico e profissional centrado;</p> <p>Desvalorização dos usuários e das suas necessidades;</p> <p>Falta de confiança dos usuários na EqSF, principalmente no médico e a supervalorização das especialidades;</p> <p>Prevalência da tecnologia leve-dura em detrimento da leve;</p> <p>Sobrecarga de trabalho da EqSF e superpopulação adscrita;</p> <p>A EqSF permite um avanço no atendimento das necessidades dos usuários, famílias e comunidade, na perspectiva do trabalho em equipe, valorizando a singularidade dos indivíduos e a dinamicidade do processo saúde-doença. Todavia, ainda é</p>
---	---	---	--	---	--

				<p>“tecnologias leve-duras” do que das tecnologias leves, prevalecendo o cuidado centrado no trabalho morto, isto é, no instrumental técnicocientífico e em exames e medicamentos.</p> <p>Os plantonistas consideram que os usuários, por não terem vínculo com a USF e confiança no médico de família, principalmente, no atendimento a crianças, procuram o atendimento do SE;</p> <p>A equipe de saúde da família acha impossível acompanhar a população da área de abrangência pela quantidade de pessoas adscritas (2.911 pessoas), mas também não estabelece nenhuma diferença de atenção a todas as pessoas ou famílias em risco biológico, subjetivo ou social;</p> <p>O modus operandi da equipe de saúde da família com disponibilidade de horários para reunião de equipe, educação permanente e visita domiciliar demonstra um avanço na organização do processo de trabalho na medida em que promove o planejamento e execução do trabalho de forma dialogada, o aprimoramento técnicoprofissional e a apreensão das dimensões psicossociais e culturais do processo saúde-doença na clínica cotidiana. Entretanto, verificamos que ainda é prevalente a abordagem individual, prescritiva, apoiada em exames e medicamentos, com consultas médicas agendadas de dez em dez minutos, consultas de enfermagem, consultas de nutrição espelhando um trabalho fragmentado apesar da existência de uma equipe multiprofissional.</p>	<p>predominante a abordagem individual, prescritiva e curativa.</p>
--	--	--	--	---	--

10	Produção do Cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização.	Leilson Lira Lima; Thereza Maria Magalhães Moreira; Maria Salete Bessa Jorge.	Apresentar uma revisão de literatura sobre a Produção de Cuidados de saúde no âmbito da família	<p>Identifica-se a existência de diferentes formas das pessoas com HA chegarem ao serviço de saúde: 1) pelo atendimento a demanda espontânea; 2) nas visitas domiciliares, pelo ACS e 3) pelo atendimento nos grupos (consultas dentro da lógica da demanda organizada).</p> <p>Os trabalhadores utilizam do dispositivo acolhimento como uma triagem, avaliação de riscos que hierarquiza necessidades e as diferencia conforme a queixa mais relevante.</p> <p>Percebe-se que há disponibilidade interna do trabalhador para acolher e atender o usuário. Mesmo que o objetivo central seja o tratamento e não o usuário, ele demonstra que não se prende tanto às regras e normas, orientando-se pela natureza do sofrimento/adoecimento e pelo direito ao atendimento, promovendo mais inclusão com responsabilização;</p> <p>Caracterizando-se como uma forma pensante, atuante, capazes de catalisar a formação de vínculos e superar barreiras físicas que separam o ambiente interno do CSF e o externo, o ACS destaca-se neste processo de garantia de acesso e de acolhimento às pessoas com HAS;</p> <p>No que concerne ao atendimento nos grupos, adentrando neste espaço de produção de ações de saúde, observa-se conflitos e tensões, cooperação e afetos que compõem o cuidado;</p> <p>Os trabalhadores perante as necessidades e fragilidades apresentadas pelos usuários, rompem barreiras dos consultórios e penetram no espaço da comunidade, buscando formar laços afetivos, se responsabilizar pelo outro. Eles articulam e garantem acesso dos usuários com HA, bem como demonstram ajuda. Os usuários não passam pelo constrangimento da fila de espera.</p>	<p>Acolhimento como dispositivo facilitador da triagem;</p> <p>O objetivo do atendimento é o tratamento, porém existe sensibilização com o sofrimento do usuário e responsabilização no processo do cuidado;</p> <p>O ACS se destaca como formador de vínculos e articulador do cuidado na garantia do acesso e acolhimento na ESF;</p> <p>Importância da formação e manutenção de grupos como espaço de produção de saúde, mas que também favorece a ocorrência de conflitos e tensões devido ao trabalho em equipe e interdisciplinaridade.</p>
----	--	---	---	--	---

11	Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável	Dirce Stein Backes; Marli Terezinha Stein Backes; Alacoque Lorenzi Erdmann; Andreas Büscher; Mara Teixeira Marchiori; Magda Santos Koerich.	Compreender como têm sido mobilizados os dispositivos-acolhimento, vínculo e corresponsabilização no cuidado aos usuários com Hipertensão Arterial.	Os profissionais relatam a sensação de “completude e satisfação profissional”, provocada pelo contato direto com o indivíduo em seu contexto familiar e comunitário é muito mais instigadora do que atuar no hospital, onde a aparente segurança tecnológica e o conforto da estrutura limitam a autonomia profissional; A inserção no seio da família amplia, no entender dos entrevistados, as interações intersubjetivas, fortalece os vínculos de confiança entre profissionais e usuários e possibilita a satisfação tanto do profissional quanto do usuário; O espaço da família é apreendido como um local sensível e propício à ampliação das interações profissional-família-comunidade; A atuação em uma equipe saúde da família, na visão dos profissionais, está relacionada ao envolvimento, à responsabilidade e à resolutividade das ações de saúde; O usuário ainda está muito acostumado a ser tratado em partes, então no início ele estranha muito, eu percebo nas primeiras visitas, que o usuário e a família estão desacreditados e desmotivados; Todas as ações desenvolvidas pela equipe têm um planejamento prévio e são discutidas por toda a equipe, respeitando-se a autonomia de cada profissional; Os entrevistados consideram que a atuação da equipe ESF se constitui numa importante estratégia para a efetiva transformação do modelo de saúde;	Satisfação pessoal dos profissionais que trabalham na ESF – ligada a autonomia profissional; Importância do fortalecimento do vínculo e relação de confiança entre profissionais e usuários; A interação com a comunidade leva os profissionais a terem mais compromisso e responsabilidade com a garantia da resolutividade das ações de saúde; Importância do planejamento das ações em equipe, na perspectiva na interdisciplinaridade; Produção do cuidado na ESF como ferramenta para mudança do modelo de atenção.
----	---	--	---	---	---

12	Necessidades de saúde e masculinidades: Atenção Primária no cuidado aos homens	Lilia Blima Schraiber; Wagner dos Santos Figueiredo; Romeu Gomes; Márcia Thereza Couto; Thiago Félix Pinheiro; Rosana Machin; Geórgia Sibebe Nogueira da Silva; Otávio Valença.	<p>GERAL: Analisar as situações de trabalho vivenciadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família;</p> <p>ESPECÍFICOS: Caracterizar os aspectos sócio-demográficos e de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família do município de Ceará – Mirim /RN;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar as situações de trabalho enfrentadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. 	<p>Os homens preferem retardar ao máximo a busca por assistência e só o fazem quando não conseguem mais lidar sozinhos com seus sintomas;</p> <p>Dentre as razões para a não procura do serviço, destacam-se as relacionadas ao trabalho. Mas também é comum argumentarem a maior capacidade física masculina, atributo que os faz sentirem-se invulneráveis e imunes ao adoecimento. Também se comparam às mulheres, se dizem superiores por sua força física ou vigor.</p> <p>Quanto ao trabalho, reforçam a falta de tempo para procurarem os serviços e receios da perda do emprego. Comparam-se às mulheres, que teria sempre tempo disponível; além disso, dificuldade de acesso e o funcionamento dos serviços;</p> <p>Acham que o atendimento deve ser rápido e pontual e, por isso, dão prioridade aos hospitais e os pronto-socorros. Muitos deles reclamam da falta de profissionais e de adiamentos das consultas ou exames, ou até da ausência de um urologista. Reclamam de falta de medicamentos ou outros recursos e apontam a qualidade baixa do atendimento;</p> <p>As demandas referidas pelos homens são bastante específicas: dores, febres ou contusões e ferimentos. Alguns entrevistados referem doenças crônicas como HAS ou DM;</p> <p>Apontam as necessidades relacionadas a práticas sexuais como situações a serem mais consideradas no cuidado à saúde e para as quais eles deveriam buscar mais os serviços, situação que também ocorre quando se referem à vida emocional. Essas argumentações são colocadas no plano ideal e remetidas para os homens em geral; tais comportamentos não ocorrem;</p>	<p>Invisibilidade do homem no serviço de saúde – causas: trabalho e falta de tempo, invulnerabilidade, dificuldade de acesso, funcionamento do serviço (demora no atendimento, falta de profissionais, adiamentos de consultas e exames, ausência de especialistas, falta de medicamentos, baixa qualidade no atendimento);</p> <p>Acesso aos serviços em situações agudas – traumas, acidentes ou doenças já instaladas como HAS e DM;</p> <p>Possibilidade de inserção do homem no cuidado – práticas sexuais e estresse/situações emocionais.</p>
----	--	---	---	---	---

13	Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impacto na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil	Wagner dos Santos Figueiredo; Lilia Blima Schraiber	Discutir as representações que usuários e trabalhadores de serviços de Atenção Primária à saúde revelam acerca do que vem a ser homem	<p>O trabalho assume uma dimensão central, pois permite que os homens “cumpram com suas obrigações”; O trabalho possibilita as condições necessárias para o cumprimento de seus deveres e obrigações, permitindo, dessa forma, que consigam assumir suas responsabilidades de manter, proteger e cuidar da família;</p> <p>O processo de se tornar homem, no sentido de ser reconhecido moral e socialmente, passa necessariamente pelo casamento e pelos filhos;</p> <p>Com relação ao status que o corpo assume para os homens, vários depoentes trazem as características corporais para salientar seus entendimentos acerca do ser homem - corpo aparece simbolizado por alguma imagem representativa do ser homem no consciente coletivo, corpo por intermédio de atitudes, capacidades e comportamentos, relacionados ao fato de o indivíduo ser do sexo masculino; Mencionaram os significados das práticas sexuais para compor seus modelos de masculinidades, tomando como referência não só as suas próprias vivências, mas também se reportando às representações que compõem o imaginário dos homens;</p> <p>Vinculam a identidade masculina a um padrão de comportamento sexual, com destaque para a realização de práticas sexuais simultaneamente com várias parceiras e associada à ideia de uma vontade sexual impulsiva, rejeição à homossexualidade como um valor identificado com a masculinidade e associam a masculinidade à capacidade de manter relações sexuais em razão da boa função do órgão sexual, destacando as dificuldades de ereção.</p> <p>Qualificaram as mulheres como mais frágeis que os homens, salientando aspectos de sua fisiologia e de seu corpo - anatomia do corpo feminino, a menstruação e a gravidez como características que reforçam a ideia de uma maior complexidade da mulher, tornando-a frágil.</p>	<p>A relação do homem com o trabalho – dignidade, cumprir obrigações, assumir a família;</p> <p>A representação de Ser homem perpassa pela realização do casamento e filhos; Corpo como representação masculina, ser do sexo masculino e ser forte;</p> <p>Práticas sexuais e o seu significado na formação da identidade masculina e um padrão de comportamento sexual – dificuldade de ereção*;</p> <p>O homem como sexo forte, estável, invulnerável a situações e mudanças – relação com a mulher (menstruação, gravidez);</p>
----	--	---	---	--	--

MATRIZ BIBLIOGRÁFICA - CAPES

ESTUDO	TÍTULO	AUTORES	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONSIDERAÇÕES
<u>1</u>	Cuidado na perspectiva de homens: um olhar da enfermagem	Silvana de Oliveira Silva	Conhecer os saberes e as práticas de cuidados desenvolvidos por homens de 20 a 30 anos de idade, residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Monsenhor Assis do município de Santiago-RS.	<p>Quando perguntados sobre o cuidado, os pesquisados demonstravam não entender do que se tratava ou referiam ser algo difícil de se conceituar; No decorrer das narrativas, foi possível apreender que todos os sujeitos concebem cuidado de forma abrangente;</p> <p>Foi evidenciado que os sujeitos se colocam no lugar do outro, procurando compreender a situação por eles enfrentada por meio do “estar junto; ficar com”, e, implica encorajar o outro a ponto de ajudá-lo a cuidar de si mesmo;</p> <p>Entre os homens pesquisados, a maioria relata prestar cuidados a familiares e amigos em casos de doenças, de manutenção da vida e em situações de risco e vulnerabilidade. A prática do cuidado está ligada a diversas ações como: promover o transporte, a higiene, a alimentação, realizar curativos, administrar medicamentos; e atitudes como: acompanhar, aconselhar e estar com;</p> <p>Também realizam o cuidado para a manutenção da vida, como alimentação, higiene, proteção, companhia. Essas questões estavam vinculadas principalmente no cuidado com crianças, filhos ou irmãos.</p> <p>Os sujeitos expressam por seus amigos um cuidado que vai desde a própria exposição ao risco de morte, até atitudes de acompanhamento, ajuda, paciência;</p> <p>No eixo sobre o cuidado de si, revelou-se nas atividades cotidianas como no trabalho, no lazer, na</p>	<p>Os homens referem dificuldade de entender o significado do cuidado;</p> <p>A maioria presta cuidados a familiares e amigos em situações de vida, e na manutenção da vida, sempre atrelada a ideia de prover, acompanhar, aconselhar – esta ideia reforça a masculinidade hegemônica, em que o homem se vê como provedor e sexo mais forte;</p> <p>No que diz respeito ao cuidado de si, a ideia foi atrelada ao cuidado do seu corpo, trabalho, lazer e convívio com a família. Isto reforça a ideia de invulnerabilidade do homem, preocupando-se mais com a aparência física que com a própria saúde. Porém, alguns</p>

				<p>apresentação pessoal, no convívio com família, na alimentação, na fé e religiosidade, e ainda, em situações de risco vulnerabilidade e na prevenção de gripes e resfriados;</p> <p>O lazer para alguns é representado por momentos de descontração ao ouvir música, ao fazer uma leitura, ao descansar e ao visitar um amigo ou parente;</p> <p>Buscando promover uma apresentação pessoal como um cuidado de si (dos dentes, da higiene, coisa assim, eu sempre tento estar limpinho e coisa, né, fazer a barba);</p> <p>É possível apreender que o convívio com a família é entendido como um cuidado de si, esse, representado pela necessidade de promover momentos de comunhão;</p> <p>O autocuidado voltado a não se arriscar ou não se envolver em situações de perigo, tão comum a essa faixa etária, como a ingestão de bebidas alcoólicas em excesso, leva a crer que essa condição de não exposição a riscos seja alvo de reflexão desse sujeito;</p> <p>A prática de cuidado relatada como prevenção está ligada aos cuidados informais, expressa no uso de chás caseiros e na prática de automedicação;</p> <p>A automedicação, uma forma comum de cuidado à saúde com a finalidade de tratar ou aliviar sintomas ou doenças percebidos. Estudos apontam para essa preferência dos homens pela procura de farmácias, que é atribuída à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e, principalmente, à construção social de gênero. Na categoria sentir-se cuidado, relataram ser cuidados pela mulher (esposa, mãe, companheira, irmã) e, apenas um referiu ter se sentido cuidado por Deus;</p> <p>Na prática do cuidado pela equipe de saúde encontra-se de forma muito presente a acessibilidade organizacional; o acolhimento e a</p>	<p>homens relatam o autocuidado voltado a não se expor a riscos, o que demonstra a mudança do modelo de masculinidade.</p> <p>No que se refere ao cuidado com a saúde, está relacionado a uma prática curativa pautada no modelo biomédico e curativo, atrelada a medicalização, reforçando o conceito retrógrado da saúde como ausência de doença;</p> <p>Ainda sobre a medicalização da saúde, neste caso a automedicação, está diretamente relacionada a resistência do homem ao serviço de saúde e até dificuldade de acesso, procurando as farmácias como soluções mais práticas para o problema de saúde;</p> <p>As falas dos homens sobre a ESF e as dificuldades encontradas</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>resolutividade.</p> <p>Observa-se nesses depoimentos que os sujeitos procuram a unidade hospitalar e o pronto socorro em detrimento da USF.</p> <p>Porém, ressalta-se, nessas falas, que a demora para obter uma consulta, o tipo de marcação de horário, turnos de funcionamento e tempo de espera para ser atendido se constituem em princípios organizacionais que, possivelmente, impedem os homens desse estudo a priorizarem a USF como referência para atenção à saúde. Nesse depoimento, o usuário afirma que, em caso de doenças, ocorre o atendimento por parte da equipe, no entanto afirma que a atenção é priorizada aos usuários agendados previamente, o que, na concepção desse sujeito, implica um atendimento menos qualificado.</p> <p>Por outro lado, os depoimentos abaixo apontam para uma das potencialidades presentes nessa USF como a atenção dispensada pelos profissionais por meio da escuta e do diálogo;</p> <p>Em algumas falas, os sujeitos sugerem que os serviços de saúde se utilizem da visita domiciliar (VD) e da capacitação profissional para qualificar a atenção aos homens;</p>	<p>para o seu acesso e adesão, reforçam os resultados encontrados em diversos estudos- que privilegiam o público feminino, horários pouco flexíveis, atendimentos com base na demanda programada, demora no atendimento e atrasos dos profissionais, bem como baixa qualificação dos mesmos.</p> <p>Enfermeira como a líder da equipe;</p> <p>Foco na demanda organizada, desconsiderando as necessidades de saúde e a garantia do acesso dos usuários – esse quadro gera insatisfação dos usuários com a atuação da equipe, comprometendo o estabelecimento do vínculo e a busca do usuário a unidade;</p>
--	--	--	--	--	--

2	A ESF em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a humanização nos processos de trabalho	Lucas Linco de Oliveira Campos	<p>GERAL: Mapear os modos de produção e captura dos movimentos de humanização que se constituem na micropolítica do processo de trabalho de uma equipe de ESF;</p> <p>ESPECÍFICOS: Interpretar as práticas no trabalho da ESF considerando as dimensões constituídas nos temas fundamentais da PNH; Analisar os modos de produção das realidades/subjetividades no contexto da ESF que podem ser incorporativas de humanização.</p>	<p>A figura da enfermeira apareceu como aquela que detém autoridade e poder de decisões importantes, a chefe da equipe;</p> <p>Foi relatada as queixas dos usuários na recepção devido o atraso nas consultas, atendimento apenas a quem estava marcado, gerando insatisfação e reclamações, por vezes até conflitos;</p> <p>Percebia uma intolerância ou indisposição do médico para flexibilização da agenda, comprometendo o trabalho de toda a equipe na perspectiva do acolhimento;</p> <p>O usuário é considerado como portador das queixas;</p> <p>Algumas falas reforçam a postura da equipe de culpabilização do usuário como gerador de conflitos, intolerante, impaciente, desconsiderando as condições que a unidade têm oferecido – lugar do usuário – desconsiderando os seus direitos;</p> <p>Refere que já há um movimento de balizar a equipe promovendo a responsabilização coletiva no processo do cuidado a saúde;</p> <p>Divisão técnica do trabalho e representação hierárquica, estabelecendo uma distinção entre os profissionais, relatados no exemplo do estacionamento da unidade, com o lado dos “ricos” e dos “pobres”;</p> <p>A equipe possui boa relação interpessoal, porém não vemos o trabalho interdisciplinar na Unidade e nas ações de saúde com o foco nas necessidades de saúde do usuário, prejudicando o trabalho coletivo.</p> <p>O acolhimento e a triagem são pautados na perspectiva da saúde centrada na visão biologicista, que não abre espaço para outras possibilidades;</p> <p>As visitas domiciliares dos ACS são realizadas apenas pela manhã e é contabilizada mesmo na ausência dos moradores do domicílio;</p> <p>Os ACS percebem o seu trabalho como algo</p>	<p>Processo de trabalho marcado pela fragmentação e hierarquização, com uso do poder instituído, há uma boa relação interpessoal, mas não existe de fato uma interdisciplinaridade, cada núcleo realiza a sua função/atividade desconectado do outro;</p> <p>Percebemos o acolhimento nas práticas, mas numa perspectiva biologicista, reforçando práticas clínicas e curativas, como na triagem do atendimento e nas consultas, desconsiderando a singularidade dos indivíduos e a humanização das práticas.</p> <p>A figura do ACS como o profissional que faz o elo da unidade com a comunidade, mas que se sente desvalorizado na equipe de saúde, devido a supervalorização do saber médico – demonstrando que as</p>
---	---	--------------------------------	---	--	---

				<p>pequeno, sem valor, porque a população só prioriza o saber médico, para o qual deve ser encaminhada; As visitas são realizadas de maneira diferente de acordo a família, conforme a intimidade que se estabelece;</p>	<p>práticas ainda são pautadas no modelo biomédico ou em outro profissional. O que deveria ocorrer era uma lógica usuário centrada, que permite a valorização das necessidades sociais e de saúde dos usuários, família e comunidade adscrita a ESF.</p>
--	--	--	--	--	---

3	<p>Processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: enfoque na gerência do cuidado</p>	<p>Marcelo Costa Fernandes</p>	<p>GERAL: Averiguar o processo de trabalho, na dimensão da gerência do cuidado, do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família; ESPECÍFICOS: Descrever as atividades de gerência do cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro na ESF; Verificar a (des)articulação entre as atividades gerenciais e do cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro na ESF; Identificar os fatores intervenientes na implementação das ações de gerência do cuidado na ESF.</p>	<p>Nota-se que as atividades de cuidado do enfermeiro permanecem limitadas à programação do MS e, principalmente, à lógica da atenção clínica individual, curativista e sem ampliação da compreensão do processo saúde/doença como produção social. Destaca-se também que não foi possível perceber nesses discursos a presença da utilização de tecnologias leves pelo enfermeiro em seu cuidar, como escuta, acolhimento, responsabilização e autonomização, o que demonstra que a prática nesse nível de atenção é ainda fortemente influenciada pelo modelo biomédico, hegemônico e focado nos procedimentos. Outra questão a ser abordada é a ausência do envolvimento da família na realização das ações de cuidado; A prática da busca ativa, apesar de ser considerada uma ação de cuidado, entende-se que existe uma conotação gerencial mais forte, tendo em vista que, essa ação exige organização, planejamento, coordenação, e da forma como é citada é apenas um mecanismo para garantir o retorno dos usuários faltosos. Percebe-se que as ações gerenciais realizadas pelos enfermeiros estão direcionadas principalmente as atividades de supervisão, tanto da unidade quanto dos trabalhadores. No processo de trabalho da AB, as atividades de supervisão não são restritas ao serviço e a equipe de enfermagem, mas a toda a estrutura e dinâmica de funcionamento da unidade de saúde; Nota-se a democratização das atividades desenvolvidas, pois as ações de supervisão dos setores das unidades de saúde, como sala de vacinas, ambulatório, nebulização, prevenção e esterilização, são compartilhadas entre o enfermeiro</p>	<p>O cuidado centrado na demanda programada, na atenção clínica, tecnicista, individualista, características inerentes ao modelo biologicista – em detrimento da ampliação do conceito de saúde, das práticas libertadoras, humanizadas e com acolhimento e em busca do atendimento integral, em busca de uma prática voltada as necessidades dos usuários, famílias e comunidade;</p> <p>Trabalho capturado pela razão instrumental, focado nas tecnologias duras e leve-duras;</p> <p>A percepção das ações de saúde como cumprimento de protocolos organizacionais e produtividade, desconsiderando a importância do trabalho coletivo, numa perspectiva acolhedora, integral e de intervenção no processo saúde e doença do usuário e</p>
---	--	--------------------------------	--	--	--

				<p>e os técnicos de enfermagem, o que favorece a redução da sobrecarga de funções e melhor planejamento. A supervisão que o enfermeiro desenvolve com os ACS além do aspecto avaliador e disciplinador, mas apresenta também caráter educativo;</p> <p>A construção do cronograma de atendimento é considerada uma atividade gerencial. Portanto, essa ação desenvolvida para a organização do serviço visa à tomada de decisões que afetam a estrutura, o processo de produção e o produto do sistema;</p> <p>Ainda existe dicotomia na forma como o cronograma é elaborado, entre as novas ações de atenção à saúde e o modelo tradicional.</p> <p>Os enfermeiros relatam a existência da articulação entre as atividades de cuidado e de gerência. Há dificuldades em realizar a articulação e acabam por dar maior ênfase à gerência dos serviços;</p> <p>Compreende-se que a reunião entre enfermeiro e ACS é fundamental para avaliar se os ACS estão realizando o acompanhamento das famílias no território e para obtenção de algumas informações da área, porém entende-se que o enfermeiro não deve aguardar os ACS para conhecer a realidade e as necessidades da população adscrita.</p> <p>As atividades de educação em saúde são entendidas como uma ação de gerência do cuidado, pois há integração e articulação entre o cuidado indireto (planejamento) e o cuidado direto (orientação).</p> <p>As principais atividades de educação em saúde relatadas foram: sala de espera; grupos de saúde e ações com adolescentes pelo Programa Saúde na Escola (PSE).</p>	<p>comunidade.</p> <p>A articulação da enfermeira com o trabalho gerencial e o cuidado é difícil tendo em vista que há sobrecarga de funções gerenciais e que essa profissional assume a gerência da unidade geralmente sozinha- a gestão deveria ser compartilhada, com a participação de todos os membros da equipe na tomada de decisão, planejamento e organização das ações a fim de fortalecer uma atuação voltada a responsabilidade coletiva.</p> <p>As atividades de educação em saúde são influenciadas por um modelo biomédico e com ênfase nos aspectos prescritivos e impositivos, além de apresentar características de uma educação em saúde tradicional.</p>
--	--	--	--	---	---

4	<p>Processo de trabalho das EqSF na produção do cuidado aos usuários com Hipertensão Arterial</p>	<p>Flavia Pedro dos Anjos Santos</p>	<p>GERAL: Analisar o processo de trabalho desenvolvido pelas ESF aos usuários com Hipertensão Arterial do município de Jequié-BA; ESPECÍFICOS: Descrever as atividades desenvolvidas pelas ESF na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial do município de Jequié-BA; Identificar os limites, avanços e perspectivas encontrados pelas ESF no desenvolvimento do processo de trabalho junto aos usuários com hipertensão arterial do município de Jequié-BA.</p>	<p>A produção do cuidado das ESF aos usuários com Hipertensão está relacionada às práticas cotidianas dos profissionais de saúde, com as ações desenvolvidas pelos formuladores da política e a inserção do usuário como sujeito ativo para a construção de novas práticas e saberes. É perceptível a preocupação dos informantes em relação ao agendamento das consultas, sendo evidenciado que o intervalo entre as consultas pode representar prejuízos à saúde. Os aspectos subjetivos do cuidado não inviabilizam a aplicação dos protocolos, ao contrário, poderá ampliar sua capacidade resolutive, a partir do reconhecimento das nuances presentes no cotidiano do usuário, valorizando o sujeito singular, com vivências e histórias. Embora os pesquisados reforçassem a realização de um trabalho de equipe, parece-nos que o relacionam ao fato de que, no dia do atendimento aos usuários com hipertensão, há uma divisão de atribuições para cada membro da equipe, com uma atividade específica inerente à sua formação. Essa falta de integração entre os profissionais de saúde pode até mesmo favorecer a realização do trabalho de forma parcelar. Não conseguimos perceber interação significativa entre todos os profissionais que desenvolvem o cuidado aos usuários com hipertensão. O enfermeiro e ACS demonstraram maior interação no planejamento, execução e avaliação das ações voltadas para esses usuários. Identificamos que a visita domiciliar tem se constituído em um instrumento que possibilita a compreensão dos diversos fatores presentes à vida dos usuários e como estes interferem no seu processo de adoecimento, no intuito de construir meios que possibilitem uma vida saudável.</p>	<p>A produção do cuidado ao usuário com HAS envolve a forma como o cuidado é realizado aos usuários portadores de HAS, cuidado este que deve priorizar o usuário como sujeito ativo do seu processo saúde-doença e portador de necessidades sociais e de saúde, além de ser um catalizador de novos saberes e práticas;</p> <p>Deve pautar a atenção na aplicação de protocolos ministeriais, entretanto deve considerar o reconhecimento das particularidades do sujeito, da sua singularidade, seus desejos, crenças e valores. O atendimento deve ser centrado no usuário, com responsabilidade compartilhada no tratamento;</p> <p>Falta de interação entre a equipe multiprofissional, dificultando a efetivação da partilha de saberes, interdisciplinaridade e gestão compartilhada;</p>
---	---	--------------------------------------	---	--	--

				<p>Esses depoimentos denotam a realização de atividade educativa por meio de sala de espera, atividade de grupo, palestras e orientações individuais.</p> <p>A iniciativa de envolvimento de familiares por meio do espaço escolar se constitui em uma forma de prevenção que pode suscitar mudanças no estilo de vida das pessoas que são hipertensas (que seria a prevenção de complicações) como também nos jovens estudantes (prevenção da doença). Tais iniciativas, se também forem realizadas na perspectiva de promover a autonomia dos sujeitos. Percebemos o questionamento sobre a postura dos profissionais ao centrarem suas orientações em proibições que chegam a limitar a vida dos usuários com 'regras e normas' sem buscar conhecer a realidade social em que estes sujeitos estão inseridos. Daí a necessidade de se conhecer o contexto familiar para intervir de forma efetiva, mediante as necessidades de saúde encontradas.</p> <p>Existe também o questionamento sobre a postura dos profissionais ao centrarem suas orientações em proibições que chegam a limitar a vida dos usuários com 'regras e normas' sem buscar conhecer a realidade social em que estes sujeitos estão inseridos;</p> <p>Os depoimentos retratam que as ações programáticas se constituem a forma mais adequada para a organização do cuidado direcionado aos usuários com hipertensão. Acreditamos que as ações programáticas apresentam um caráter rígido no modo de se produzir o cuidado, pois restringe o usuário a oferta de um elenco de serviços que nem sempre é capaz de atender as necessidades de saúde da população, o que imprime limitações na produção do cuidado na perspectiva da integralidade.</p> <p>Estes depoimentos reforçam que o vínculo fortalece o elo entre os usuários e equipe de saúde e propicia</p>	<p>Importância da VD como instrumento de educação em saúde e estabelecimento de vínculo com o usuário e sua família;</p> <p>Processo de trabalho direcionado a atenção aos usuários com HAS é marcado por ações programáticas, demanda programada e cumprimento de protocolos ministeriais – dificulta a integralidade, reforça um cuidado centralizado e o modelo tradicional, fragmentado, focado na clínica, procedimentos, que desconsidera o saber popular, a singularidade do indivíduo e as suas reais necessidades.</p> <p>Processo de trabalho centrado na tecnologia leve-dura, supervalorização da clínica e da figura do médico; A figura do ACS como o profissional que estimula o vínculo entre os usuários e a equipe de saúde- profissional que</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>a produção do cuidado que tenha como princípio básico a humanização. Evidenciam o vínculo, a confiança e o diálogo como dispositivos marcantes no relacionamento entre os ACS e os usuários.</p> <p>Nas visitas do ACS, eram perceptíveis o vínculo, a confiança e o respeito deste profissional com os usuários.</p> <p>Os depoimentos apontam para uma atuação profissional que não incorpora em sua prática a noção de saúde como direito, que pode interferir no exercício de cidadania dos usuários, que ao se depararem com situações que não sejam satisfatórias devem reivindicar um cuidado humanizado e de qualidade.</p> <p>Este depoimento revela que o cuidado aos usuários com hipertensão não se restringe ao uso da medicação e ao atendimento realizado nas USF.</p> <p>Nas observações das consultas sempre havia uma ênfase no uso da medicação, ao passo que os aspectos subjetivos do cuidado aconteciam de forma tímida. Relato de que não têm acontecido momentos de diálogo entre as ESF e a comunidade, de modo que a participação dos usuários possa construir formas mais adequadas, tanto no que se refere à organização como na discussão dos problemas e/ou necessidades de saúde.</p>	<p>possui uma compreensão mais ampla do processo saúde e doença, que valoriza os sujeitos, considera suas queixas, suas necessidades, estabelece uma relação de confiança e diálogo com a comunidade;</p> <p>Atenção aos usuários portadores de HAS com ênfase na medicalização, com foco na educação em saúde, mas voltada a adesão ao tratamento, com uma postura técnica e rígida, desconsiderando a singularidade do usuário e as suas vontades.</p> <p>Produção do cuidado que reproduz o modelo tradicional, que desconsidera a subjetividade, a humanização e o empoderamento dos usuários.</p>
--	--	--	--	---	---

5	Produção do Cuidado ao homem na ESF	Bruna Paula De Jesus Siqueira	<p>Analisar a linha de cuidado ao homem na estratégia saúde da família do município de Aracaju/SE; Descrever o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família na produção do cuidado a saúde do homem;</p>	<p>O caso JP é potente, pois apesar de viver na casa de parentes, está inserido no mercado de trabalho informal, solteiro, diabético, hipertenso, ingere frequentemente bebida alcoólica e, mesmo após o acidente, ele não assume esses fatores como desencadeantes de problemas de saúde. Ao contrário, afirma que o acontecido não interferiu negativamente nas suas condições de vida de vida, o que se pode inferir que ele não compreende a complexidade das suas condições de saúde, ou compreende e assume o risco, tentando isentar a equipe da responsabilidade pela limitação do cuidado;</p> <p>Outro ponto se refere à necessidade de ter acesso e de poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida do usuário. Nesse contexto, pode-se dizer que JP teve “um acesso” aos serviços e tecnologias de saúde demandada pela condição clínica apresentada por ele. Embora este acesso não tenha sido de fato garantido pelo sistema, uma vez que a relação oferta e demanda nem sempre assegurou o direito constitucional de acesso universal, sendo necessárias intervenções “informais” para garantir esse direito. Ou seja, na prática, os profissionais de saúde, através do seu autogoverno e do poder criativo e inventivo, precisaram desenvolver linhas de fuga para sanar as falhas inscritas na rede de serviços. Enfrentou importantes barreiras ao acesso funcional aos serviços, sendo necessárias idas e vindas pelos estabelecimentos da rede de saúde, sem responsabilização dos profissionais/equipe de saúde na resolubilidade à suademanda. Isso é reflexo da fragilidade na linha de cuidado e na sua gestão, assim como, no limitado acesso à informação, sendo este um entrave à resolubilidade deste caso e ao exercício da cidadania.</p>	<p>O estudo mostra um caso de um homem usuário do serviço que confirma o paradigma histórico e social da masculinidade – considera-se invulnerável, assume situações de risco, hábitos pouco saudáveis e não assume responsabilidade com a sua saúde;</p> <p>Dificuldade de acesso do homem ao serviço- necessidade de uso de intervenção informal para garantir o acesso, que é um direito garantido na constituição. O usuário é culpabilizado pelo serviço pela sua invisibilidade, todavia este mesmo usuário não culpabiliza a equipe quando há problemas de acesso ou de resolutividade da sua demanda, o que importa é o resultado final = o restabelecimento de sua saúde e o retorno a suas atividades.</p> <p>Não houve responsabilização dos</p>
---	-------------------------------------	-------------------------------	--	--	--

				<p>O vínculo estabelecido com o usuário foi criado a partir do encontro dele com a profissional de saúde que realizou o curativo em certo dia. Este encontro imprimiu um novo fim à história. Contudo, o poder transformador deste encontro esbarrou na hegemonia. Neste caso, a elaboração do projeto terapêutico não se concretizou em um atendimento integral, mas se limitou a atos prescritivos.</p> <p>2 condições:</p> <p>Os profissionais de saúde ao elaborar um projeto terapêutico podem caminhar em duas direções: na primeira, o profissional poderia cuidar da queimadura utilizando, exclusivamente, o consumo de procedimentos e medicamentos visando à cicatrização do braço, limitando-se a atos prescritivos, território das tecnologias duras;</p> <p>Na segunda opção, o projeto terapêutico utilizaria os instrumentos necessários ao caso (procedimentos cirúrgicos, medicamentos, exames), mas valorizaria a tecnologia relacional como instrumento nuclear, com a finalidade de desenvolver a autonomia do sujeito. Considerando que JP, apesar de apresentar um problema de saúde, está inserido em um contexto social, familiar, econômico e que teria uma subjetividade decorrente da sua história de vida. Dessa forma, o projeto terapêutico seria capaz de atuar nos diferentes campos das necessidades de saúde de forma a produzir um cuidado integral.</p> <p>o suposto “acesso” aos níveis de complexidade tecnológica que a situação clínica demandava vez que, as “vias formais” do sistema de saúde nem sempre garantiram o atendimento a JP; e a visão reducionista, dos profissionais, sobre as necessidades de saúde dele.</p> <p>O usuário mostra-se satisfeito com seu tratamento pois, em geral, a sociedade ainda convive com a ideia de produção de procedimentos e alta densidade tecnológica como a forma ideal para a resolução das necessidades de saúde. Em algumas</p>	<p>profissionais/equipe de saúde na resolubilidade à sua demanda-consequência da fragilidade da rede de cuidado, da gestão e do empoderamento dos usuários para o pleno exercício da cidadania e da sua consciência política e social.</p> <p>Importância do acolhimento e do vínculo. O acolhimento torna-se o eixo estruturante da produção do cuidado. A produção do cuidado representa um modelo technoassistencial produtor de procedimentos e, com isso, logo retornou à sua condição inicial de um ser meramente biológico.</p> <p>Supervalorização da tecnologia dura por meio dos procedimentos exames, até por parte do usuário, ficando satisfeito apenas com a resolução do seu problema, desconsiderando o vínculo e acolhimento estabelecido – configura-se a medicalização do corpo;</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>situações cotidianas, um profissional que utiliza da tecnologia relacional para resolver um problema, é taxado de forma negativa por um usuário que foi na USF buscar o consumo de procedimentos ou medicamentos, para atender suas necessidades de saúde. As pessoas continuam buscando nos profissionais de saúde a medicalização do próprio corpo e o consumo de procedimentos cada vez mais sofisticados e caros, nem sempre resolutivos.</p> <p>O acesso do usuário ao sistema de saúde ocorreu através do serviço de urgência, este atuou como a porta de entrada escolhida pelo usuário, como o local de possível resolução do seu problema de saúde. Entretanto, ele experimentou uma situação de desrespeito, partindo do profissional que o atendeu, que infelizmente alguns usuários precisam enfrentar para tentar solucionar a sua necessidade de saúde, e que vai de encontro ao que o próprio sistema de saúde defende;</p> <p>No caso estudado, após buscar o pronto socorro, foi orientado a procurar outro serviço de saúde, a USF, sem, no entanto, ter uma garantia de atendimento e de continuidade da assistência, sem responsabilização, por parte do profissional, pela resolução do seu caso. Cabendo ao usuário, tentar um novo acesso através de uma nova porta de entrada, na qual JP possa ser de fato acolhido e ter a sua demanda atendida. Começa então, a tão conhecida peregrinação do usuário em busca de acolhimento e resolução para a sua necessidade de saúde. O usuário buscou um novo acesso através da USF, nesta, a recepção é responsável por direcionar a demanda da unidade, limitando o acesso funcional e centralizando a sua atuação à distribuição de fichas para consulta médica. Não havendo uma equipe ou pessoa responsável por acolher os usuários.</p> <p>Esse esforço oculto da equipe para solucionar as dificuldades encontradas pelo caminho pode ter</p>	<p>Porta de entrada do homem ao sistema de saúde ainda é frequentemente o serviço de urgência;</p> <p>O usuário é orientado a buscar a porta de entrada preferencial, a USF, onde começa a busca na rede por atendimento e pela resolução de sua demanda, porém esbarra em um atendimento programado, que não valoriza a demanda espontânea.</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>refletido na forma como JP enxergou o sistema de saúde, pois, mesmo diante das situações mencionadas que, não proporcionou um atendimento integral às necessidades de saúde de JP, para ele, só o fato de alcançar a melhora clínica do braço, objetivo dele naquele momento, já foi motivo de satisfação com o serviço;</p>	
--	--	--	--	---	--

6	Planejamento, Gestão e ações de Saúde Do Homem na ESF	Leonardo Peixoto Pereira	<p>Analisar a situação do planejamento, da gestão e das ações de saúde diante da perspectiva de implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié</p>	<p>Planejamento e Gestão da Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família</p> <p>Aspectos intrínsecos do Planejamento e da Gestão</p> <p>Ainda não há uma estratégia formulada, um plano de ação firmado, para estruturar a atenção integral à saúde do homem na ESF;</p> <p>Há, de forma ainda não planejada, um interesse em estruturar um serviço de atenção especial à saúde do homem no município, visto que existe o reconhecimento da necessidade da organização gerencial administrativa para a implementação da PNAISH, bem como o entendimento gerencial de que o trabalho preventivo, comparado à assistência curativa, pode onerar menos os cofres públicos;</p> <p>O planejamento como ferramenta de gestão para a implementação da PNAISH na ESF do município é desenvolvido de forma precária e distante do ideal, pois realiza ações de forma pontual e ressalta-se que o ato de planejar em saúde não seja limitado às ações de enfrentamento de problemas pontuais, mas sim uma estratégia fundamentada no reconhecimento das reais necessidades da população, no estabelecimento de metas a serem alcançadas;</p> <p>É necessário repensar as questões de planejamento a fim de observar a realidade local, conhecer a população envolvida nesse processo, propor ações de saúde fundamentadas em estudo de viabilidade prévio, definir metas e avaliar constantemente a evolução da implementação da atenção integral à saúde do homem na ESF do município;</p> <p>Ressaltamos que a reforma iniciada nas unidades e a adequação da estrutura, o remapeamento, bem como a adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica</p>	<p>O atendimento voltado ao Homem ainda é precário, necessitando de ações demarcadas para implementação da PNAISH pela gestão;</p> <p>Há necessidade de planejamento com base em uma estratégia fundamentada nas necessidades sociais e de saúde dos usuários, pois atualmente a atenção é voltada para resolução de problemas pontuais. O principal entrave citado pela Gestão para este planejamento é a escassez de recursos financeiros;</p> <p>Primeiras ações para enfrentamento envolveram adequação da estrutura das USF's, com o objetivo de promover um ambiente acolhedor, livre de constrangimento; remapeamento dos bairros, adesão ao PMAQ;</p> <p>Apesar de um alto investimento na PNAISH pelo MS, o sucesso da</p>
---	---	--------------------------	---	---	---

				<p>(PMAQ) representam um importante avanço no sentido da promoção da saúde da população masculina, visto que é imprescindível lidar com essa população em um ambiente livre de constrangimento, de modo acolhedor e estruturado tecnologicamente para proporcionar uma melhor condição de trabalho e melhores relações de comunicação;</p> <p>Fundamentados nas falas dos (as) entrevistados (as) percebemos claramente que a escassez de recursos financeiros é considerada pelos (as) gestores (as) como uma grande dificuldade para o planejamento, gestão e execução dos serviços de atenção à saúde da população;</p> <p>Foi possível apreender que os homens consideram que as questões gerais e administrativas da rede de atenção à saúde pública estão envoltas em um sistema de “corrupção”. Assim, eles acreditam que há uma necessidade de reforma política;</p> <p>Vale destacar que não foram encontradas no Plano Municipal de Saúde e nos Relatórios de Gestão dos anos 2010, 2011 e 2012, referências de associação de qualquer natureza com a PNAISH, o que por sua vez reforça a afirmação dos formuladores das políticas de que não houve debate ou planejamento, em caráter oficial, acerca da possibilidade da implantação de serviços de atenção à população masculina;</p> <p>Aspectos intrínsecos da oferta dos serviços de atenção à Saúde do Homem</p> <p>No que diz respeito ao atendimento dos homens que frequentam os serviços de saúde, os entrevistados afirmam que eles são atendidos em programas genéricos, não específicos ou demanda espontânea da USF;</p> <p>Os homens entrevistados no presente estudo também reforçam a afirmação da procura por demanda espontânea e assistência curativa;</p>	<p>proposta de atenção integral à saúde do homem está condicionado não somente ao fator financeiro, mas sim ao planejamento e a operacionalização de estratégias de inclusão masculina com reconhecimento da realidade de cada região do país;</p> <p>Entende-se a capacitação profissional para atuação com a atenção à saúde do homem como um aspecto intrínseco e imbricado nos processos de planejamento e gestão para a implementação da PNAISH e, nessa direção, foi possível observar que nenhum dos entrevistados havia participado de alguma capacitação;</p> <p>Além disso, notamos que os instrumentos de planejamento do município não referenciavam a PNAISH ou ações relacionadas, confirmando a falta de debate e planejamento sobre a temática.</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>Outra questão em relação à demanda masculina nos serviços de atenção básica, foi a menor procura do homem pelos serviços quando comparada com a demanda feminina nas USF;</p> <p>Apareceram relatos estereotipados culturais e de gênero nos relatos de formuladores das políticas, como: o ato de cuidar da casa é inerente as mulheres, o homem é o provedor familiar e trabalha mais do que a mulher na atual sociedade brasileira, são aceitáveis para o entendimento da não prevenção à saúde masculina;</p> <p>Os paradigmas socioculturais e de gênero também foram destaque nas falas de profissionais e usuários. Segundo os homens não somente as questões de gênero são influência para a não aproximação do homem aos serviços de saúde. Eles destacam facilidades e dificuldades que influenciam nessa dinâmica relação entre a população masculina e os serviços de saúde.</p> <p>No que diz respeito aos obstáculos eles destacam a dificuldade de acesso ao profissional médico, aos exames e a outros serviços da rede de atenção à saúde, assim como relacionam a dificuldade de acesso aos compromissos de trabalho. No que diz respeito às facilidades a maioria dos entrevistados teceu respostas acerca da proximidade da USF com o domicílio e com o fato de ser um serviço gratuito.</p> <p>No que tange a estratégia de aproximar a população masculina aos serviços de atenção básica, os entrevistados avaliam que não houve muito interesse nessa parte, nem das equipes, nem dos gestores, em buscar os homens.</p> <p>Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família: limites e possibilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processo de Implantação da Política de Atenção à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família 	<p>A realidade da oferta de serviços à população masculina demonstra a precariedade de ações e planejamento já assumida pela gestão, baseado em um serviço centrado na queixa-conduta, demanda espontânea, assistência curativa, resultando na invisibilidade do homem no serviço de saúde;</p> <p>Essa não aproximação do homem ao serviço é reforçada frequentemente pela equipe de saúde e gestão, pela dificuldade de fixação do médico na EqSF, dificuldade para realização de exames e ainda ausência de estratégias para atrair estes usuários ao serviço.</p>
--	--	--	--	---	---

				<p>Dificuldades encontradas para implantação da PNAISH</p> <p>A gestão anterior entregou um sistema bastante danificado - diversos problemas financeiros e dificuldade para promover a adesão;</p> <p>Dificuldade de contratação do profissional médico para atuar nos serviços de atenção básica do município;</p> <p>Entraves de suficiência de recursos materiais e estruturais para o apropriado atendimento do homem em suas demandas e especificidades;</p> <p>Facilidades apontadas para implantação da PNAISH</p> <p>O interesse político por parte dos (as) gestores (as) municipais em aderir aos programas de atenção integral à saúde das populações do Ministério da Saúde.</p> <p>A facilidade maior é ter uma gestão que é compartilhada, não há centralização, pelo contrário nos dá total autonomia;</p> <p>Depende somente de criação de um horário de atendimento para os homens, para que estes sejam acolhidos do mesmo modo que os demais grupos populacionais que já estão aderidos a ESF;</p> <p>Outra facilidade destacada pelos formuladores de políticas se refere à grande oferta da mão de obra dos profissionais de saúde, não médicos, para atuarem na ESF;</p> <p>Perspectivas</p> <p>Os profissionais de saúde acreditam que os serviços de atenção integral à saúde do homem serão implantados em algum tempo no município, porém não apresentam tanto entusiasmo quanto os formuladores de políticas, nem demonstram a</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>mesma expectativa quanto à proximidade da implementação dos serviços de atenção ao homem.</p> <p>No tocante as perspectivas de implantação da PNAISH , os gestores se mostram confiantes e entusiasmados e afirmam que o município está prestes a implantar os serviços de atenção integral à saúde do homem na ESF e sustentam tal afirmação principalmente na reforma das unidades de saúde, compra de serviços específicos para o homem e na eficiente alocação de recursos financeiros.</p>	
--	--	--	--	--	--

7	Humanização na saúde: compreensão a partir das vivências de trabalhadores da ESF	Natália Aparecida Barzaghi	Discutir, conceitualmente, o que se entende por humanização a partir de uma reflexão sobre o trabalho e o trabalho em saúde na Atenção Básica e na ESF.	<p>Explicaram sobre a rotina de trabalho, atribuições e tarefas, e algo que nos chamou bastante atenção, e foi convergente em todas as falas, refere-se a determinados aspectos das condições materiais de trabalho e a forma com que eles influenciam negativamente no cumprimento da rotina, gerando certos incômodos e sentimentos negativos nas trabalhadoras;</p> <p>O primeiro empecilho para a atuação profissional e que restringe o atendimento ao usuário é a falta de espaço disponível para o encontro entre profissional e usuário;</p> <p>As trabalhadoras sentem que não podem usufruir o tempo necessário para realizar suas tarefas, tendo que deixar de fazer o que seria a essência do trabalho da ESF;</p> <p>Ao relatarem sobre sua rotina de trabalho, deixaram transparecer que fazem parte de sua vivência o sentimento de frustração. Um ponto de convergência quanto a esse sentimento diz respeito à impotência frente a limitações impostas pela própria organização do sistema;</p> <p>As dificuldades advindas de situações em que tem que lidar com a falta de materiais bons para o tratamento, com a precariedade, causam ao trabalhador muito sofrimento, relatam sentir-se em exaustão e pontuam a necessidade de afastar-se do contato com os usuários. Além disso, por outro lado, os usuários por receberem esse tipo de atendimento, se comportam com rispidez e reclamam da unidade, da falta de materiais, da falta de atendimento, medicações, do sistema e isso acaba impactando no profissional;</p> <p>Alguns fatores podem ser identificados como responsáveis pelo adoecimento dos trabalhadores da saúde como o excesso de trabalho, desproporção entre a demanda e a oferta de serviço de saúde,</p>	<p>A escassez de recursos materiais, além da ausência de um espaço disponível para o atendimento, impactava negativamente na rotina de trabalho dos profissionais, gerando insatisfação;</p> <p>As limitações impostas pelo sistema e o cumprimento dos protocolos ministeriais torna a atenção engessada, não deixando espaço para a essência do trabalho na ESF, gerando sentimento de frustração; o distanciamento do contato com os usuários tem sido um mecanismo de defesa dos profissionais devido a precariedade do serviço, os usuários, por sua vez, também reagem negativamente a esse distanciamento, tornando-se ríspidos, queixosos e perdem a credibilidade na EqSF;</p> <p>Todo esse panorama do processo de trabalho na ESF, pautado pelo</p>
---	--	----------------------------	---	---	---

				<p>gerencia autoritária ou omissa, fragmentação do processo de trabalho e problemas materiais; Em relação ao sentimento de impotência, sobretudo em relação a questões que se encontram para além das responsabilidades a elas atribuídas, há consonância com diversas pesquisas realizadas com profissionais da saúde; Outro ponto importante em relação aos sentimentos dos trabalhadores diz respeito às relações com os usuários, muitas vezes eles compreendem que determinadas questões não estão ao alcance delas, todavia, em alguns momentos acabam por perder a paciência ‘descontando’ nelas seu descontentamento. Por outro lado, alguns profissionais demonstram contentamento com a escolha profissional, satisfação com o cuidado; Sobre humanização, as falas caminham no sentido da humanização enquanto algo que deveria gerar alteração positiva. As respostas que vieram dizem respeito à noção de um melhor atendimento ao usuário e sobre mudanças que ocorreram nos processos de trabalho em consequência da implantação da PNH. Pudemos notar que uma das apreensões desta concepção por parte das trabalhadoras vincula-se a ideia de que a instauração da Política de Humanização deveria alterar algo em relação às suas vivências, isto é observado quando ao serem questionadas sobre a humanização reportam-se a uma dimensão de antes e depois, afirmando não terem percebido grandes mudanças, neste sentido, entende-se portanto que vivenciam suas realidades de trabalho como carentes de transformação. A falta de espaço físico na Unidade de Saúde coloca as enfermeiras em xeque, inclusive enquanto às prescrições de suas respectivas funções bem como do que acreditam ser o correto; Outra apreensão do sentido da humanização pode</p>	<p>excesso de trabalho, gestão omissa, fragmentação do trabalho e escassez de recursos, gera um sentimento de impotência nos profissionais, tornando-lhes mais vulneráveis ao adoecimento;</p>
--	--	--	--	--	---

				<p>ser percebida através da fala de uma das enfermeiras, sua concepção se aproxima de uma visão bastante próxima da ideia de humanização enquanto algo relacionado quase que exclusivamente ao cuidado e às relações com os usuários. Nota-se que não mencionam aspectos essenciais da proposta de humanização da PNH, sobretudo no que diz respeito à participação coletiva nos processos decisórios e alteração nas relações de poder bem como as questões referentes à valorização do trabalhador da saúde.</p>	
--	--	--	--	--	--

APÊNDICE D – DISTRIBUIÇÃO DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS SELECIONADAS

Quadro 1 - Distribuição das produções científicas sobre a Produção do Cuidado na Atenção a Saúde do Homem na ESF – Ciência & Saúde Coletiva (2010-2014).

ANO	PRODUÇÃO CIENTÍFICA
2010	<p>BARROS, Delba Machadoand SA, Marilene de Castilho. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2473-2482.</p> <p>GUTIERREZ, Denise Machado Duranand MINAYO, Maria Cecília de Souza. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1497-1508.</p>
2011	<p>FIGUEIREDO, Wagner dos Santosand SCHRAIBER, Lilia Blima. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, suppl.1, pp. 935-944.</p>
2012	<p>BACKES, Dirce Stein et al. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.5, pp. 1151-1157.</p>
2013	
2014	<p>MOURA, Erly Catarina de et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2014, vol.19, n.2, pp. 429-438.</p>

Quadro 2 - Distribuição das produções científicas sobre a Produção do Cuidado na Atenção a Saúde do Homem na ESF – Caderno de Saúde Coletiva (2010-2014).

ANO	PRODUÇÃO CIENTÍFICA
2010	SCHRAIBER, Lilia Blimaet al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cad. Saúde Pública [online]. 2010 , vol.26, n.5, pp. 961-970.
2011	
2012	
2013	
2014	

Quadro 3 - Distribuição das produções científicas sobre a Produção do Cuidado na Atenção a Saúde do Homem na ESF – Revista de saúde Pública e Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP (2010-2014).

ANO	PRODUÇÃO CIENTÍFICA
2010	MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. Rev. esc. enferm. USP [online] . 2010, vol.44, n.4, pp. 956-961.
2011	MATUMOTO, Silvia et al. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. Rev. esc. enferm. USP [online] . 2011, vol.45, n.3, pp. 603-610. ISSN 0080-6234.
2012	
2013	SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos; NERY, Adriana Alvesand MATUMOTO, Silvia. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. Rev. esc. enferm. USP [online] . 2013, vol.47, n.1, pp. 107-114.
2014	

Quadro 4 - Distribuição das produções científicas sobre a Produção do Cuidado na Atenção a Saúde do Homem na ESF – Portal da CAPES (2010-2014).

ANO	PRODUÇÃO CIENTÍFICA
2010	<p>SANTOS, Flávia Pedro dos Anjos. Processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com Hipertensão arterial. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Jequié, BA, 2010. 169 f.</p> <p>SILVA, Silvana de Oliveira. Cuidado na perspectiva de homens: Um olhar da Enfermagem. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS. 2010, 97f.</p>
2011	<p>CAMPOS, Lucas Vinco Oliveira. A estratégia de saúde da família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a Humanização nos processos de trabalho. Dissertação (mestrado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde, São Paulo. 2011, 132 f.</p>
2012	<p>FERNANDES, Marcelo Costa. Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: enfoque na gerência do cuidado. Dissertação (mestrado)- Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Saúde, 2012, Fortaleza, CE, 108p.</p>
2013	<p>BARZAGHI, Nathalia Aparecida. Humanização na saúde: compreensão a partir das vivências de trabalhadores da estratégia Saúde da Família. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Maringá, PR, 2013, 120 f.</p> <p>PEREIRA, Leonardo Peixoto. Planejamento, gestão e ações de saúde do homem na estratégia de saúde da família. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2013, 100f.</p> <p>SIQUEIRA, Bruna Paula de Jesus. Produção do cuidado ao homem na estratégia saúde da família. Dissertação (mestrado)- Universidade Estadual da Bahia, Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié, BA, 2013, 100 f.</p>
2014	<p>FINKLER, Anna Luisa. O processo de trabalho na atenção primária à saúde da criança na unidade básica de saúde e unidade de saúde da família/ Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Cascavel, PR, 2014, 191p.</p>