



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E
BIOLÓGICAS**

MESTRADO ACADÊMICO

LÍDICE LÍLIAN SANTOS MIRANDA

**SAÚDE DO HOMEM TRABALHADOR RURAL NA PERSPECTIVA DE
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**PETROLINA - PE
2021**

LÍDICE LÍLIAN SANTOS MIRANDA

**SAÚDE DO HOMEM TRABALHADOR RURAL NA PERSPECTIVA DE
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde e Biológicas da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Campus Petrolina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências, com ênfase na linha de pesquisa: Saúde, Sociedade e Ambiente.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria

Co-Orientadora Interna: Prof^a. Dr^a. Patrícia Avello Nicola

Co-Orientadora Externa: Prof^a. Dr^a. Paula da Luz Galvão

**PETROLINA – PE
2021**

Miranda, Lídice Lílian Santos
M 672s Saúde do homem trabalhador rural na perspectiva de
profissionais da atenção primária à saúde / Lídice Lílian Santos
Miranda. – Petrolina - PE, 2021.
xi, 80 f. : il. ; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e
Biológicas) Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus
Petrolina, Petrolina-PE, 2021.

Orientador: Professor Doutor Marcelo Domingues de Faria.
Banca examinadora: Margaret Olinda, Gabriel Pugliese.

Inclui bibliografia.

1. Saúde e Trabalho. 2. Políticas Públicas. 3. Promoção da
Saúde. 4. Gênero. 5. Trabalhador Rural. I. Título. II. Faria, Marcelo
Domingues de. III. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 613.62

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS

FOLHA DE APROVAÇÃO

LIDICE LILIAN SANTOS MIRANDA

SAÚDE DO HOMEM TRABALHADOR RURAL NA PERSPECTIVA DE
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase na linha de pesquisa: Saúde, Sociedade e Ambiente, pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Aprovada em: 15 de setembro de 2021

Banca Examinadora

Marcelo Domingues de Faria

Marcelo Domingues de Faria (15 de September de 2021 11:37 ADT)

Marcelo Domingues de Faria, Doutor
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

Gabriel Pugliese Cardoso

Gabriel Pugliese Cardoso, Doutor
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira

Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira (15 de September de 2021 11:48 ADT)

Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira, Doutora
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

Dedico esta conquista aos meus filhos
Luís e João, reflexos de Deus em
minha vida. Fortalecendo e amparando
com o olhar.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é admitir que houve acréscimos. Reconhecendo a importância de todos que apoiaram, motivaram e estimularam. Onde atesta que, sozinha, não há avanço, não há vida. A Deus, em primeiro lugar. A minha família, por seu precioso apoio. A querida amiga Adriana Freire (in memoriam), pela sua força, encorajamento e amizade. Ao meu professor orientador, pelo seu exemplo de profissional competente e pessoa humanizada com uma dedicação imensurável. Aos amigos que conquistei nessa jornada, os quais estimularam, apoiaram e comemoraram cada momento ao meu lado. Não seria possível percorrer essa jornada sem vocês ao meu lado. À CAPES, à UNIVASF e ao PPGCSB, que incentivam a educação brasileira, através da formação exitosa de novos profissionais.

RESUMO

A concepção social que permeia a realidade da sociedade masculina, estabelecida no contexto laboral do campo, é reforçada com o processo “saúde-doença”, sendo mais um entrave para a atenção primária a saúde. Neste aspecto, torna-se fundamental a identificação das peculiaridades encontradas pelos profissionais frente à realidade das práticas preventivas do trabalhador rural, em especial dos homens. O objetivo deste trabalho foi investigar práticas profissionais na promoção à saúde do homem trabalhador rural na cidade de Petrolina, no estado de Pernambuco. Com abordagem quali-quantitativa, a pesquisa teve característica descritiva-exploratória, realizada entre setembro de 2018 e outubro de 2020, exclusivamente nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Atendimento Multiprofissional e Especializado. A análise de perfil sociodemográfico, foi realizada por meio de tabulação, caracterizando a amostra. Os resultados qualitativos foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, sendo analisados através da Análise de Conteúdo de Bardin. Participaram da pesquisa 97 profissionais de saúde que trabalhavam em Unidades de Atenção primária no município de Petrolina (PE). Os resultados foram agrupados e categorizados, evidenciou-se visão reducionista dos profissionais sobre a concepção de quem é o homem trabalhador rural, além do reconhecimento da feminização das unidades de saúde, bem como a necessidade de estender o horário de atendimento, pois os homens trabalham até às 17 horas, quando a Unidade encerra suas atividades. A análise quantitativa foi realizada de maneira descritiva e com testes estatísticos, através de associações entre as variáveis, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Participaram da abordagem quantitativa 417 profissionais de saúde. A maioria dos entrevistados (53,8%) conhece ou já ouviu falar da concepção de gênero e masculinidade; 76,8% acreditam que o conceito influencia o homem na procura por serviços de saúde; 86,4% desconhecem alguma política pública que defende a saúde do trabalhador rural; 89,3% afirmam que nas Unidades de Saúde que trabalham não há ações voltadas à saúde do homem que trabalha no campo; e 73,7% consideram baixo o nível de demanda dos homens trabalhadores rurais nas Unidades de Saúde. Com isto, diante dos resultados obtidos, os objetivos do estudo foram alcançados, onde identificou-se deficiência nas práticas profissionais de promoção à saúde, principalmente pela compreensão simplória dos profissionais acerca do homem trabalhador rural, afetando diretamente à atenção integral à saúde desse público. Verificou-se ser essencial elaborar estratégias que tragam ações eficazes, visando melhor percepção e acolhimento das demandas de saúde dos indivíduos do gênero masculino na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Atenção à saúde; Políticas públicas; Promoção da saúde; Gênero; Masculinidade.

ABSTRACT

The social conception that permeates the reality of male society, established in the field labor context, is reinforced with the "health-disease" process, being one more obstacle for primary health care. In this aspect, it becomes essential to identify the peculiarities found by professionals facing the reality of the preventive practices of rural workers, especially men. The aim of this study was to investigate professional practices in health promotion for male rural workers in the city of Petrolina, in the state of Pernambuco. With a quali-quantitative approach, the research had a descriptive-exploratory characteristic, conducted between September 2018 and October 2020, exclusively in Basic Health Units and Multiprofessional and Specialized Care Units. The sociodemographic profile analysis, was performed through tabulation, characterizing the sample. The qualitative results were collected through semi-structured interviews, and analyzed using Bardin's Content Analysis. A total of 97 health professionals who worked in primary care units in the municipality of Petrolina (PE) participated in the research. The results were grouped and categorized, showing a reductionist view of the professionals about the conception of who is a male rural worker, besides the recognition of the feminization of health units, as well as the need to extend the hours of service, because men work until 5 pm, when the Unit ends its activities. The quantitative analysis was carried out descriptively and with statistical tests, through associations between the variables, with a significance level of 5% ($p < 0.05$). A total of 417 health professionals participated in the quantitative approach. Most of the interviewees (53.8%) know or have heard about the concept of gender and masculinity; 76.8% believe that the concept influences the man in the search for health services; 86.4% are unaware of any public policy that defends the health of rural workers; 89.3% affirm that in the Health Units they work there are no actions directed to the health of the man who works in the field; and 73.7% consider the level of demand of rural male workers in the Health Units to be low. Thus, in view of the results obtained, the objectives of the study were reached, where a deficiency was identified in the professional practices of health promotion, mainly due to the simplistic understanding of the professionals about rural workers, directly affecting the integral health care of this public. It is essential to develop strategies that bring effective actions, aiming at a better perception and acceptance of the health demands of male individuals in primary health care.

Keywords: Health care; Public policies; Health promotion; Gender; Masculinity.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quantitativo total de equipes e profissionais de saúde vinculados às AME's e UBS's do Município de Petrolina (PE), conforme cálculo amostral – Petrolina, 2018.....	32
Quadro 2 - Descrição das questões aplicadas na pesquisa – Petrolina (PE), 2018	33
Quadro 3 - Comparação entre a amostra a ser alcançada e a quantidade de profissionais de saúde das AME's e UBS's de Petrolina (PE) que participaram do estudo – Petrolina (PE), 2020.....	34
Quadro 4 - Quantidade de profissionais de saúde que participaram do estudo por Unidade de Atenção Primária (AME's e UBS's) de Petrolina (PE), Zona Urbana – Petrolina (PE), 2020.....	34
Quadro 5 - Quantidade de profissionais de saúde que participaram do estudo por Unidade de Atenção Primária (AME's e UBS's) de Petrolina (PE), Zona Rural – Petrolina (PE), 2020.....	35
Quadro 6 - Perfil socioeconômico, demográfico e funcional dos participantes, por categoria profissional (N=97) – Petrolina (PE), 2021.....	38
Quadro 7 - Respostas dos profissionais de saúde (N e %) para as questões fechadas do roteiro semiestruturado – Petrolina (PE), 2019.....	50
Quadro 8 - Resultado do teste de qui-quadrado para a relação das variáveis faixa etária, cor, estado civil, religião e escolaridade, profissão e tempo de atuação e se já ouviu falar de concepção de gênero e masculinidade.....	52
Quadro 9 - Resultado do teste de qui-quadrado para a relação das variáveis faixa etária, cor, estado civil, religião e escolaridade, profissão e tempo de atuação e se acha que as concepções de gênero e masculinidade influenciam na busca do homem trabalhador rural pelos serviços da atenção básica.....	53
Quadro 10 - Resultado do teste de qui-quadrado para a relação das variáveis faixa etária, cor, estado civil, religião e escolaridade, profissão e tempo de atuação e se conhece alguma Política Pública de Saúde que abrange o homem trabalhador rural.....	54
Quadro 11 - Resultado do teste de qui-quadrado para a relação das variáveis faixa etária, cor, estado civil, religião e escolaridade, profissão e tempo de atuação e se existe alguma ação em sua unidade de trabalho voltada para a saúde do homem trabalhador rural.....	55

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Diferenciais de saúde conforme a posição social.....21
- Figura 2 - Descrição geral dos participantes– Petrolina (PE), 2021.....49
- Figura 3 - Relação das variáveis religião e escolaridade e profissão e se já ouviu falar de concepção de gênero e masculinidade. São mostrados os valores de p-valor significativos pelo teste de qui-quadrado, em vermelho.....52
- Figura 4 - Relação das variáveis cor e tempo de atuação e se conhece alguma Política Pública de Saúde que abrange o homem trabalhador rural. São mostrados os valores de p-valor significativos pelo teste de qui-quadrado, em vermelho.....54
- Figura 5 - Relação das variáveis cor e se existe alguma ação em sua unidade de trabalho voltada para a saúde do homem trabalhador rural. São mostrados os valores de p-valor significativos pelo teste de qui-quadrado, em vermelho.....56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AME	Unidades de Atendimento Multiprofissional e Especializado
APS	Atenção Primária a Saúde
ASB	Assistentes de Saúde Bucal
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PCFA	População do Campo, da Floresta e das Águas
PNAB	Política Nacional de Atenção primária a saúde
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
PROFORMAR	Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 SAÚDE DO HOMEM E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	15
2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO HOMEM	18
2.3 IMPLICAÇÕES NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	22
2.4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TRABALHO E SAÚDE	24
3. OBJETIVOS.....	28
3.1 OBJETIVO GERAL	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
4 METODOLOGIA.....	29
4.1 ASPECTOS ÉTICOS	29
4.2. DESENHO DO ESTUDO	30
4.3. LOCAL E PERÍODO DO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	30
4.4. PARTICIPANTES DO ESTUDO	31
4.5 COLETA DE DADOS	32
4.5.1 Instrumento de coleta de dados	32
4.5.2 Etapas da coleta de dados	33
4.6. ANÁLISE DOS DADOS	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 ABORDAGEM QUALITATIVA	38
5.1.1 Participantes.....	38
5.1.2 Categorização das respostas das entrevistas	39
5.1.2.1 Categoria I: Homem trabalhador rural e profissionais de saúde	39
5.1.2.2 Categoria II: Conhecimento a cerca das Políticas Públicas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde.....	42
5.1.2.3 Categoria III: Vulnerabilidade do homem trabalhador rural na busca pelos serviços de Atenção Primária à Saúde.....	45
5.2 ABORDAGEM QUANTITATIVA	48
5.2.1 Participantes.....	48

5.2.2 Análise descritiva e discussão destes resultados.....	50
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	67
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados.....	69
ANEXO A – Carta de Anuência.....	71
ANEXO B – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética.....	72
ANEXO C – Parecer de Aprovação da Emenda do Comitê de Ética.....	76

1. INTRODUÇÃO

Em geral, fontes de estudos nacionais e internacionais revelam que os homens sofrem mais com condições graves e crônicas de saúde do que as mulheres, havendo confluência entre as questões de construção da masculinidade e comprometimento da saúde. Então, há a necessidade de percepção relacionada a questão de gênero, para que haja a compreensão da complexa dinâmica que envolve o processo saúde-doença masculino (GOMES, 2008).

Desde 1984, a Organização Mundial da Saúde (OMS) refere-se à promoção da saúde como uma política mundial, onde através da Carta de Ottawa (BRASIL, 2002), tem sua aprovação, trazendo uma visão de saúde mais completa, onde remete a qualidade de vida ao reflexo de fatores associados como a alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação. Além de ratificar a importância a autonomia pessoal e social, assim como do planejamento e poder local (TRILICO et al., 2015).

Os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) vincula-se a uma diversidade de reconhecimento e enfrentamento dos critérios indispensáveis à saúde, incluído nesse contexto, têm-se a população masculina, que permeia em uma classe que necessita de um olhar voltado para os conceitos de integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade, sempre orientado pela humanização e equidade das ações. Nessa perspectiva, entende-se a importância da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, criada em 2008 (BRASIL, 2008).

Gomes, Nascimento e Rebello (2008), enfatizam as questões de masculinidade e suas influências em toda questão de idealização de sucesso, poder e força. Trazendo para a saúde dos homens uma visão de gênero que viabiliza os processos de saúde doença e adoecimento, através da alusão a masculinidade. O gênero inserido no contexto de identidade invulnerável, força e virilidade como um marco cultural, problematiza ao próprio homem se reconhecer no autocuidado, tratando os serviços como espaço feminino por excelência, voltados para às mulheres, crianças e idosos.

A construção social que permeia a realidade da comunidade masculina inserida na conjuntura laboral do campo, não é diferente, corrobora também com o processo saúde-doença, sendo assim mais um obstáculo para a atenção primária a saúde. (MATCHIN et al., 2011).

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), instituída em 2011, dispõe-se a assegurar a estas populações o acesso ao SUS. Destacando a necessidade do respeito as diferenças que envolve a População do Campo, da Floresta e das Águas (PCFA) como um fundamento, considerando todas as peculiaridades inerentes as reais necessidades de saúde (BRASIL, 2018).

É preponderante um conhecimento prévio dos determinantes das doenças que atingem essa população, para, a partir daí, planejar ações contextualizadas para a abordagem das doenças, dos problemas e das questões estruturais, superando as barreiras que se apresentam (BRASIL, 2018).

Neste aspecto torna-se fundamental identificar a perspectiva encontrada pelos profissionais da atenção primária a saúde (APS) diante da realidade inerente às ações preventivas praticadas pelo homem trabalhador rural. Buscando descobrir elementos capazes de impactar na saúde desses homens. Pois, mais do que a determinação da saúde como uma análise estática de fatores de risco e vulnerabilidade sociais, a ampliação do olhar demanda o entendimento de elementos do contexto próximo que podem influenciar diretamente a saúde, a doença e a qualidade de vida destas pessoas.

Diante de uma sociedade voltada para o patriarcado, como é o Brasil, onde o homem ainda é legitimado como “superior”, ocorre uma série de reflexos no reconhecimento de suas fragilidades. Esse processo desencadeia uma busca esporádica aos serviços de saúde, falhando no processo preventivo, gerando agravos que poderiam ser evitados, somente por considerarem o cuidado como sinal de fracasso. (PEREIRA, 2009).

Os profissionais da atenção primária necessitam conhecer a realidade das pessoas para consolidar uma prática efetiva. Toda a equipe, deve engajar-se em uma junção de conhecimento e análise cultural, geográfica, econômica, educacional que sua área de abrangência se enquadra, para assim possam cumprir os princípios que norteiam as características fundamentais deste nível de atenção. Embora o Brasil tenha sido o primeiro país da América Latina a implementar uma política nacional de atenção à saúde do homem, avanços significativos ainda não foram efetivados para diminuir os índices de morbimortalidade masculina (PEREIRA,2015)

O presente estudo diz investiga as práticas profissionais na promoção à saúde do homem trabalhador rural, justificando-se a despeito da rara presença masculina

nos serviços de atenção primária a saúde, sendo sua inclusão um desafio das políticas públicas. Além da importância loco-regional que a melhora na qualidade de vida desses trabalhadores rurais pode proporcionar. Obtendo assim através da visão dos profissionais de saúde o conhecimento dos principais desafios enfrentados na inserção desse homem.

Além de buscar realizar contribuições no contexto do ensino, da pesquisa e do processo cuidar-cuidado que, certamente, produzirão reflexos para minimizar a problemática apresentada.

Portanto, considerando as necessidades de saúde do homem trabalhador rural e a importância da sua inserção nos serviços de atenção primária a saúde, este estudo buscará responder à seguinte questão norteadora: qual a perspectiva dos profissionais de saúde a respeito do homem trabalhador rural no serviço de APS de Petrolina (PE)?

Esta pesquisa apresenta grande relevância para a saúde pública, buscando ampliar o olhar e o cuidado da equipe da APS à promoção a saúde do homem trabalhador rural, tendo como propósito qualificar o cuidado mediante trocas de saberes que permitam atendimento integrado e integral, tendo como objetivo investigar práticas profissionais na promoção à saúde do homem trabalhador rural.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Os estudos primordiais acerca do estado de saúde do homem foram originados nos Estados Unidos da América (EUA) e, quando havia mais poder dos homens em relação às mulheres, havia maior nível de adoecimento e falecimento, favorecendo a compreensão de que os homens devem ser vistos, além de sujeitos do sexo masculino nas pesquisas de saúde, possuem particularidades sociais no sistema saúde/doença, da perspectiva de gênero (COUTO; GOMES, 2012).

No Brasil, o envelhecimento mostra que os homens possuem maiores índices de mortalidade quando comparado às mulheres e, em determinadas idades, os fatores externos, bem como as enfermidades do sistema circulatório viriam a ser dois dos principais motivos de óbitos, superadas apenas nas idades superiores a 50 anos pelas neoplasias (PEREIRA; NERY, 2014).

No ano de 2014, a Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) mostrou que:

para cada 1000 homens 7,8 morrem, e para cada 1000 mulheres morrem 4,7 [...] Para as causas específicas de morte, o homem morre mais pelo câncer de próstata 15,7 do que a mulher pelo o da mama 13,8, no câncer de pulmão, cólon e reto a diferença também é notória e isso se repete nas doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares e diabetes mellitus (MOURÃO E MOREIRA, 2018, p. 3).

Ainda com a grande quantidade de adoecimento e óbitos, Cordeiro et al. (2014) observaram que os homens procuraram o serviço de saúde apenas quando a situação se agravava, impedindo que a atenção primária resolvesse, precisando de outro tipo de atendimento, muitas vezes, mais complexos.

Para Mourão e Moreira (2018):

Ainda, os homens aparecem no serviço de saúde priorizando remediar seus problemas somente quando os incomodam e assim desconsideram as ações preventivas. Isso acontece devido a falta de vontade dos homens de faltar o trabalho, ausência de educação para se cuidar de forma preventiva e receio de se tornar dependente por causa de doença (p. 4).

O não comparecimento dos homens nas unidades de saúde é causado porque eles procuram atendimento fácil e ágil de suas necessidades. Como exemplo, tem-se as farmácias e pronto-socorro. Do ponto de vista dos homens, e da perspectiva

Mourão e Moreira (2018), a unidade de saúde é um ambiente constituído de e para mulheres, o que provoca a sensação de não pertencer ao local. Além das questões de rotinas de trabalho, onde os homens já encontram os expedientes das ESF encerrados, quando terminam suas atividades laborais do dia.

No que tange a saúde do homem trabalhador rural, Cordeiro et al. (2014) afirmam que existem situações mais peculiares, por se tratar de população afetada historicamente por políticas públicas e modelos assistenciais fragmentados, ampliando a vulnerabilidade.

De maneira geral, o homem se afasta das unidades de saúde, oposto à consciência de prevenção e autocuidado, e algumas vezes retardam a busca por atendimento, permitindo que a situação se agrave e gere gastos para si e ao sistema de saúde por conta da prestação de assistência no nível avançado da doença (BRASIL, 2009).

2.1 SAÚDE DO HOMEM E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

No ano de 2006, foi estabelecida a Política Nacional de Atenção primária a saúde (PNAB), também chamada de Atenção Primária em Saúde, revisando e adequando as diretrizes para a atenção primária a saúde no país. É caracterizada pelas ações em saúde individual e coletiva, envolvendo promoção, prevenção, identificação, intervenção, reabilitação e manutenção.

Dessa forma, os objetivos da PNAB, conforme Brasil (2006, p. 13-14), são:

- a. Assumir a estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais;
- b. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção primária a saúde por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família;
- c. Consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos pequenos e médios municípios;
- d. Ampliar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos grandes centros urbanos;
- e. Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para estes serviços;
- f. Garantir o financiamento da Atenção primária a saúde como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS;

- g. Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção primária a saúdenas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais;
- h. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção primária a saúdenas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada;
- i. Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção primária a saúdeque considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.

Como maneira de obstar a real situação do homem, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instaurada pela Portaria 1994/2009, mostrou-se como solução para os debates da observação e cuidados com a saúde participando os poderes da União, Estado e Município (PAZ et al., 2014).

A política de saúde do homem objetiva o zelo aos indivíduos com idade entre 20 e 59 anos, pois é o grupo que entra na unidade de saúde já no grau de zelo especializado, com a doença agravada, gerando custos para o SUS. Teixeira et al. (2014) explicam que a PNAISH identifica a indispensabilidade de fortificar a qualificação do zelo primário, garantindo tanto a promoção da saúde quanto a prevenção das doenças que podem ser evitadas. Também oferece e facilita o acesso do indivíduo às práticas de saúde, envolvendo a promoção, prevenção, assistência e recuperação, precisando ser realizadas em todo nível de assistência:

Oferecer e facilitar o acesso da população masculina a um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de assistência, são objetivos da PNAISH. Entretanto, a prioridade na saúde do homem é a atenção básica, ou seja, promoção da saúde e prevenção dos agravos por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) (TEIXEIRA et al, 2014, p. 564).

A PNAISH age em favor da humanização e da qualidade no amparo à saúde dos homens, dando apoio às práticas educacionais com a necessidade de que os profissionais da saúde estejam capacitados para assegurar segurança e solução no cuidado. A Política afirma a dificuldade dos homens em reconhecer suas fragilidades, camuflando necessidades pelo fato de acreditarem que o cuidado não se encaixa na masculinidade:

[...] os homens acreditam que a saúde tem relação, principalmente, com exame de prevenção do câncer de próstata, o que dificulta a procura por serviços de saúde, quando se trata de outras doenças ou promoção da saúde. Sendo este, portanto, um dos vários fatores que interferem na adesão masculina aos serviços, pois gera constrangimento, medo e preconceito (CAVALCANTI et al. 2014, 630).

A construção da masculinidade vem do meio histórico, por conta da cultura de que “homem não chora”, “homem não se cuida”, “homem reprime as emoções”, etc., mostrando predomínio do homem com invulnerabilidade, ou seja, masculinidade se tornou sinônimo de virilidade (COUTO et al., 2014).

A PNAISH destaca-se por: a) ressaltar os conceitos de universalidade, plenitude e igualdade, por meio de atividade articulada com diferentes áreas do governo; b) leva informações sobre saúde aos indivíduos para a sociedade como um todo; c) procura incluir nas ações preventivas a capacitação dos profissionais de saúde para que o atendimento seja educadamente permanente e constante, disponibilize materiais que possibilitem as atividades e desenvolvimento de indicadores que avaliam e monitoram os atendimentos à saúde do homem (MOURÃO; MOREIRA, 2018).

Ao considerar as peculiaridades e vulnerabilidades mais proeminentes desencadeadas pelas características dos homens rurais, surgem diversas possibilidades acerca da saúde destes e as políticas que os abrangem. No Brasil, a população do campo agrupa um contingente de mais de 29 milhões de pessoas, as quais, por estarem em locais geograficamente isolados e dispersos, dificulta acesso aos serviços básicos de saúde. Dentre estas, apenas 36% têm acesso à água tratada e menos de 25% aos sistemas de coleta de esgoto adequados (IBGE, 2012).

A PNSIPCFA surge com olhar sensibilizado à especificidade do processo saúde-doença enfrentado por essa população, buscando diminuir a fragmentação existente nas políticas públicas de saúde, sendo apresentada e aprovada no Conselho Nacional de Saúde, em agosto de 2008 e publicada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011 (revogada).

A Portaria do Ministério da Saúde de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, que mantém a PNSIPCFA, tem como foco primordial a melhoria da qualidade de vida e saúde das populações que ela abrange, desenvolvendo ações que promovem o reconhecimento sociocultural, equidade no acesso aos serviços de saúde, diminuição de riscos, principalmente os originados do trabalho e inovações agrícolas (BRASIL 2018).

As populações do campo, da floresta e das águas são:

povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Neste contexto estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Estão ainda as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras (BRASIL, 2013, p.10).

Nessa política, pode-se destacar a sensibilidade em incluir ações que buscam promoção, prevenção e melhores condições na saúde da população masculina do campo, apoiando a PNAISH. Ainda, enfatiza que homens trabalhadores rurais e os cuidados de saúde estão ligados através do processo da escuta, onde deve-se gerar vínculo de confiança entre o profissional e os próprios usuários homens, facilitando o processo (MIRANDA; DURAES; VASCONCELOS, 2020).

2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO HOMEM

No século XX, as práticas educacionais em saúde eram conferidas aos que prestavam serviços de saúde e de educação, era da responsabilidade de cada um o desenvolvimento de uma função do sistema, além de levar partes do saber, também desvalorizava os problemas rotineiros da população (ALVES; AERTS, 2011).

De acordo com Falkenberg et al. (2014), educar é muito mais que somente espalhar conhecimento, haja vista que é processo baseado em circunstâncias para obter valores de cultura e de sociedade, entendendo que a educação em saúde está diretamente relacionada às atividades de cuidado, fazendo com que profissionais da saúde atuem como educadores e trabalhadores, expondo que a educação tem relação ao trabalho em saúde.

Sendo assim, Brasil (2009) define educação em saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação sobre o tema pela população em geral. É também o conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores do setor, para alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (p. 130).

A educação em saúde também fomenta a atuação da população e do monitoramento da sociedade acerca das políticas e dos serviços relacionados à

saúde, respondendo às necessidades dos indivíduos, devendo colaborar ao estímulo da gestão social da saúde.

Nessa perspectiva, a prática da educação em saúde envolve três indivíduos: I) profissionais da saúde, que precisam reconhecer e prevenir doenças, promovendo a saúde; II) gestores, que precisam apoiar aos profissionais e; III) comunidade, que deve obter o saber e elevar o cuidado coletivo e individual (FALKENBERG et al., 2014).

Há tempos, a concepção social reclama a saúde e doença como instrumentos próprios e lucrativos de pesquisa. Da mesma forma, pesquisa a medicina, enfermos e profissionais de saúde como fragmentos de suas indagações. Tem como fundamento a compreensão de que se trata de elementos constituintes do âmbito social e vida humana. Couto, Schraiber e Ayres (2009, p. 351) afirmam que tanto a saúde quanto a doença são assimilados através de “fatores biológicos, sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais”.

Um ambiente pode ser considerado saudável quando procura manifestar compromissos de governabilidade na melhoria da saúde; quando mostra maneiras de criar e organizar lugares; ao determinar procedimentos para solucionar problemas; ao possuir ferramentas para firmar compromissos e estratégias na concretização do desenvolvimento e cumprimento das atividades.

A conhecida integração cultural que orienta a sociedade pode ser o início prático de diferentes problemas apresentados no âmbito da saúde. Falhas na comunicação e na execução dos tratamentos são alguns dos elementos comumente encontrados ao se tratar de concepções, em especial as culturais não trabalhadas estrategicamente com a educação em saúde, como pode-se notar na descrição de Alves e Oliveira (2018):

Os problemas de origem cultural estão mais prevalentes na população feminina. É um fato verificado principalmente quando se trata de sexualidade e outros aspectos íntimos em que o desconforto para abordar tais assuntos, fazendo com que a expressão de sentimentos se torne limitada, o que acaba prejudicando a abordagem integral da pessoa (p. 185).

A religião e os vínculos familiares nos quais predominam características socioculturais ajudam no processo de enfrentar determinadas doenças e circunstâncias mais complexas. Alves e Oliveira (2018) mostram, ainda, que frente à cultura e à religião que mais limitam mudanças, essas transformações não acontecem de maneira linear, lesando a forma que o sujeito enfrenta a doença:

Algumas disparidades raciais e éticas, assim como fatores socioeconômicos influenciam no equilíbrio contextual de variáveis que se relacionam com o processo de saúde e doença também em crianças e adolescentes. Diferenças, por exemplo, de estados nutricionais podem variar de acordo com variáveis econômicas sendo considerado um fator primordial na saúde (p. 185).

Dessa forma, diferentes fatores possuem relação com o desenvolvimento de saúde e doença. Por conta disto, é adequado realizar a identificação e orientação prática e formal, visto que tais fatores orientam o comportamento da sociedade e da gestão no campo da saúde, que repercute de forma direta nos sujeitos. As enfermidades, saúde e óbito não são reduzidas à um indício orgânico, natural e objetivos. A experiência por pessoas e grupos sociais têm relação direta com as particularidades organizacionais e culturais da sociedade, de acordo com Couto, Schraiber e Ayres (2009, p. 352-3):

Uma das importantes contribuições das abordagens socioantropológicas é apontar para os significados culturais e a ordem de vida social e biológica que eles impõem, informando o pensamento e o que este pode captar (o olhar) sobre o corpo que adocece e morre.

Nesse contexto, existem determinadas colaborações das pesquisas socioantropológicas no âmbito saúde/doença e, de acordo com Couto, Schraiber e Ayres (2009), são:

→ Valor conferido à análise da enfermidade e ao tratamento do enfermo

A sociedade identifica enfermidades específicas e, a enfermidade cria uma situação com diferentes consequências sociais que aprimoram soluções distintas que criam enfermidades e diferentes maneiras de zelar os enfermos.

→ Compreensão da enfermidade como moderador dos vínculos sociais

A enfermidade intervém na relação social, remetendo ao fato de que a enfermidade está localizada no ponto central dos vínculos sociais, (re)definindo posturas sociais, bem como a relação nos ambientes familiares, laborais, de lazer, entre outros. Como parte deste processo, há a problemática do cuidado em saúde dos homens, o qual permeia o bloqueio em aceitar suas próprias necessidades de saúde, onde o adoecimento é visto com rejeição e impossibilidade, devido a invulnerabilidade masculina

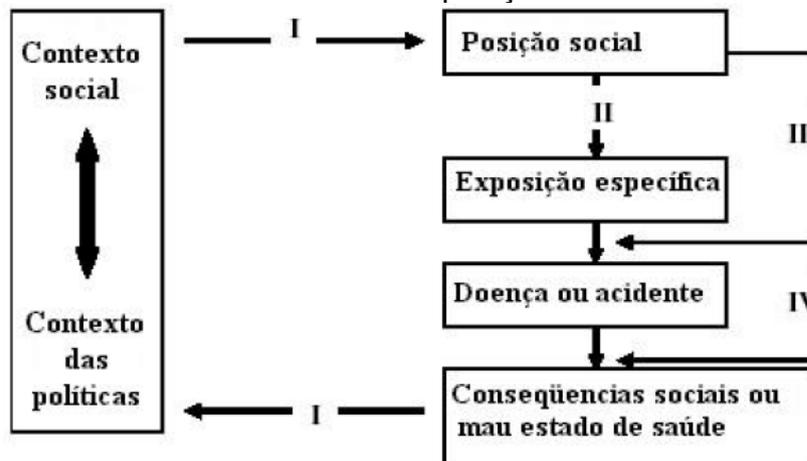
Sendo assim, a repercussão da enfermidade se expande e vai além do relacionamento médico-paciente-cuidador. Entre as diferentes características que vêm sendo pesquisadas nesse vínculo social, Ayres (2005) destaca o ponto de vista da comunicação que é compreendida da seguinte forma:

A comunicação é entendida no sentido de que, para além do encontro físico entre profissional de saúde e paciente no contexto da assistência, estão colocadas em interação diferentes experiências, compreensões e expectativas acerca do problema a ser cuidado, isto é, diferentes produções de significados em cada um dos lados dessa relação (p. 351).

De outra forma, o compartilhamento da saúde e da enfermidade numa sociedade não é considerada aleatória para a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008), mas têm ligação com a posição social, definindo as situações da vida e do trabalho dos sujeitos e grupos.

Conforme a posição social que os sujeitos ocupam, aparecem diferenciais como: “o diferencial de exposição a riscos que causam danos à saúde (II), o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença frente à exposição a estes riscos (III) e o diferencial de consequências sociais ou físicas uma vez contraída a doença (IV)” (CNDSS, 2008, p. 45). É possível visualizar tais diferenciais na Figura 1.

Figura 1 - Diferenciais de saúde conforme a posição social



Fonte: CNDSS (2008, p. 45)

A intervenção acerca dos instrumentos de estagnação social é a mais crítica no combate à injustiça relacionada à saúde, envolvendo políticas que reduzam diferenças sociais como as que estão presentes no mercado de trabalho, na educação

e na seguridade social. Um outro grupo de políticas procura minimizar os diferenciais expostos aos riscos, tendo como foco aqueles que vivem e trabalham em situações insalubres, da mesma forma que são expostos às deficiências nutricionais. A disputa aos diferenciais de fragilidade acrescenta a procura no fortalecimento das resistências de diferentes exposições (CNDSS, 2008).

2.3 IMPLICAÇÕES NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

O cotidiano dos profissionais de saúde na APS se constitui de práticas educativas relacionadas às atenções preventivas e as que promovem a saúde e melhoram a qualidade de vida, focando na família e utilizando como ferramenta, a visita em domicílio. Nessa conjuntura, Ayres (2005), declara que os profissionais procuram realizar transformações necessárias para cada ocasião, adequando vivências individuais e práticas alternativas, fazendo parte do mundo cultural.

Lima (2007, p. 12) apresenta que “aquela concepção abrangente, que aliava formação e participação para a construção coletiva de um sistema, dá lugar a uma concepção restrita, de cunho individualista e voltada prioritariamente para o local de trabalho (...)”. Uma amostra desse ponto de vista pode ser verificada no conceito de formação profissional da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), motivada pelo padrão das competências, do qual objetiva assegurar para o sujeito o desenvolvimento infundável de capacidades, habilidades e competências únicas, além da postura de solidariedade frente aos usuários ao exercício da atividade e da educação para que eles sejam inseridos nas esferas profissionais.

As ações populares podem se destacar no campo da saúde, haja visto que os sujeitos buscam maneiras de tratamento e prevenção de enfermidades com base nas tradições familiares. Existem aqueles que, no mesmo instante ou de maneira diferente, buscam benzedeiros, utilizam chás, realizam simpatias, seguem uma religião de maneira fervorosa etc. (PEREIRA, 2015, p. 444).

As particularidades do âmbito do serviço favoreceram a revolução técnico-ideológica, em especial à sua característica imprevisível. Acerca disso, Vieira et al. (2011, p. 1600), explicam:

Trata-se de uma atividade produtiva que por ser mais dependente do trabalho vivo, torna-se o lócus ideal para a absorção do modelo de competência, visto que além da necessidade de saberes técnicos, o trabalhador precisa desenvolver habilidades subjetivas para resolver imprevistos que surgem no cotidiano do trabalho.

Tal ponto de vista está ligado à importância que tem sido dada para as formulações de políticas de gestão do trabalho, bem como da educação na saúde, interferindo nas formações profissionais, favorecendo os processos trabalhistas que têm o usuário como foco e que exigem solidariedade e humanização do profissional, além da habilidade de trabalhar em conjunto com outras pessoas, são informados pelos moldes de gestão ligados aos novos paradigmas produtivos.

De acordo com KREUTZ (2006, p.91), mesmo que os meios populares não sejam comprovados cientificamente, experiências repetidas acabam por validarem seu uso, pois o grupo de saberes e práticas se encontram marcadas nas vivências empíricas e na análise do êxito ou falha desses meios. Contudo, é possível observar a intervenção dos traços culturais na constituição das comunidades e do indivíduo. Para mais, as relações socioculturais exercem influência nas atitudes dos indivíduos no cotidiano e no meio que estão inseridos.

A prática da cultura pode ser realizada através de rituais, histórias contadas pelos mais velhos, por objetos cheios de significações. O significado das coisas aparece na socialização e os símbolos são partilhados e compreendidos no dia a dia. Neste aspecto, pode-se destacar que o sistema de socialização possibilita que o sujeito internalize valores e regras que o torne social (DUBAR, 1998).

A socialização é parte da vida do indivíduo no campo particular e coletivo, permitindo o desenvolvimento do ser humano no mesmo instante em que tem relação com o ambiente. De outra forma, pode-se afirmar que a cultura é dinâmica e transformada de forma constante através de reflexões e consecutivas variações de costumes que sofrem influência de outras culturas e pelo saber que surge numa sociedade. É essencial que os profissionais compreendam as consequências socioculturais nos processos saúde/doença e que aumentem o foco de ações que vai mais além das dimensões biológicas (KREUTZ et al., 2006). A incompreensão dessas consequências pode afetar de maneira negativa a ação efetiva do sujeito cuidado. Sobre isto, é possível destacar o fato de que as ações educacionais em saúde, que predominam na ESF, condizem ao modo habitual, favorecendo a perspectiva da

enfermidade e como preveni-las, visando transformações de ações e comportamentos:

[...] tende a propiciar o afastamento do profissional e do usuário, uma vez que adota informações verticalizadas e desconsidera determinantes psicossociais e culturais que orientam os comportamentos sobre saúde e doença nas comunidades. Para sanar as lacunas presentes nesse tipo de abordagem é imprescindível a capacitação dos trabalhadores para que reconheçam os valores culturais das comunidades articulando a cultura popular e o conhecimento técnico-científico (LARA; BRITO; REZENDE, 2011, p. 675).

Sendo fundamental auxiliar a autonomia das pessoas com a percepção de que cada indivíduo protagonize a sua própria produção de saúde, recomenda-se treinamentos da compreensão sensorial, ou seja, onde a atenção deve ser focada e de que forma devem ser ampliados e transformados os filtros¹ na observação do que não era percebido anteriormente (VIANNA, 2015).

2.4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TRABALHO E SAÚDE

A saúde do homem é determinada pelas incidências da modernidade e as novas modalidades de trabalhos, bem como aos processos mais eficientes, implementados por meio das novas tecnologias e formas de organização laboral. Rodrigues e Bellini (2010) acrescentam que as intensas mudanças na economia, política e cultura através da reorganização da produção e globalização provocam, da mesma forma, alterações na maneira de organizar a gestão do trabalho que concebem a debilidade entre a saúde e o trabalho, principalmente no meio rural, refletindo diretamente na condição de vida do empregado e sua família. Sobre isto, Dias (2000, p. 59), apresenta:

A combinação das inovações tecnológicas com os novos métodos gerenciais: automação, microeletrônica, informatização, robotização, modernização das plantas industriais, renovação dos equipamentos, redefinição organizacional da empresa e novas técnicas de gestão, gerou uma intensificação do trabalho, que se traduziu em uma série de agravos à saúde: envelhecimento prematuro, aumento do adoecimento e morte por doenças cardiovasculares

¹ Filtro é uma expressão utilizada na programação neurolinguística, que significa linguagem dos nossos pensamentos e experiências vividas por nós, imagens internas, sons e sensações que nos dão um significado especial e que fica arquivado em nosso cérebro e que nos vem à mente nas mais diversas situações (VIANNA, 2015, p. 8).

e outras doenças crônico-degenerativas, especialmente as LER/DORT, além de um conjunto de sintomas na esfera psíquica.

Associando-se a isso, os recursos diferenciados nas atividades laborativas como, de acordo com Abramides e Cabral (2003), as relações trabalhistas precárias, perda de cargos e funções e exigências das polivalências, vêm ampliando e tornando mais grave o quadro de enfermidades e riscos acidentais em espaços sócio-ocupacionais.

Por meio da reorganização dos processos trabalhistas, uma nova ordem passou pela tecnologia, criando padrões de referências para os trabalhadores sem que fosse eliminado a inflexível separação de tarefas. De outra forma, é a reestruturação da produção padrão, elevando a produtividade e acumulando capital. A reorganização dos processos produtivos, principalmente através das inovações tecnológicas agrícolas, o que vem beneficiando o crescimento da informalidade e da terceirização de serviços, elevando, da mesma forma, os perigos ocupacionais por conta dos trabalhos realizados que na maior parte, são nocivos à saúde e podem causar doenças (ANTUNES, 1999).

O meio onde vivem e trabalham os homens rurais, reestrutura seus meios de produção em um processo rápido e constante, como reflexo da globalização econômica iniciada na década de 90. Aumentando as questões de vulnerabilidade, com questões de desigualdade e exploração sobre a atividade rural. A forma de trabalho é precarizada, com exposição a riscos químicos, ambientais, físicos, psicológicos e ocupacionais (BRASIL, 2015).

Granemann (2009, p. 227), declara acerca do conceito de trabalho:

diferencia-se e não se confunde com a de postos de trabalho porque trabalho é criação, é motor de civilização e fonte de realização das potencialidades da natureza social do homem, ao criar o trabalho ele é recriado e modificado pela atividade que deu vida.

O autor citado acima ainda explica que pesquisas realizadas em áreas laborais vêm revelando que o mercado está exigindo cada vez mais que os trabalhadores sejam polivalentes, cultos, proativos, porém, sem que eles possam definir quais serão os meios e os fins, intensificando a exploração trabalhista.

O preço pago pelo trabalhador é caro, pois depara-se com um quadro em que convivem situações mais evidentes da violência do trabalho não resolvidas ou

parcialmente enfrentadas – como pneumoconioses, doenças provenientes de riscos físicos, intoxicações crônicas e agudas, associadas à utilização de tecnologias obsoletas e de substâncias banidas do mundo desenvolvido, bem como formas de organização do trabalho que desconsideram a necessidade de contemplar e expandir as potencialidades humanas –, decorrentes de uma nova lógica produtiva, marcada pela globalização da economia (RODRIGUES; BELLINI, 2010).

Em exemplo, tem-se a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), associados à implementação da tecnologia e aumento no ritmo laboral, respondendo às imposições no processo produtivo (ABRAMIDES; CABRAL, 2003). Adiciona-se a isto, o desenvolvimento de diversas tecnologias, “os meios de produção têm sido revolucionados no sentido de cada vez menos, o capital precisar de trabalho vivo” (TAVARES, 2009, p. 252), implicando em desemprego.

Pesquisas realizadas sobre incidência de intoxicação por agrotóxico entre agricultores, vale ressaltar, praticamente em toda extensão territorial rural brasileira os agricultores estavam ao menos moderadamente intoxicados e em um trabalho específico, a incidência foi de 2,2 intoxicações a cada 100 agricultores (SOARES et al, 2003; FARIAS et al, 2004). Onde os próprios, comumente não buscam ajuda médica por desinformação ou por ser tão recorrente a intoxicação que já se automedicam (ALMEIDA et al, 2010).

Rodrigues e Bellini (2010, p. 348), explicam:

A produção das doenças e acidentes de trabalho no Brasil é muito mais complexa do que os levantamentos periódicos mostram, uma vez que estes não revelam a real dimensão dos fatos, pois partem do trabalho formal e, quando excluem as demais formas de uso do trabalho – parcial, temporário, subcontratado –, não incluem um número significativo de doenças e acidentes ocorridos com esses trabalhadores.

Em geral, todos os trabalhadores rurais encontram-se em situação de vulnerabilidade, mas existem algumas atividades agrícolas que demandam um esforço físico mais exaustivo, tanto pela prática, como pela jornada intensa (diurna e noturna) de trabalho (PINTO et al., 2015).

Diante da relação direta entre complicações e trabalho, ocorre também esta relação com o sexo. Segundo Bicalho et al. (2010), há uma prevalência maior de doenças osteomusculares em homens. Tendo um agravamento, pois os trabalhadores que adoecem, além de comorar com os efeitos da doença, encaram circunstâncias

das quais o reconhecimento da enfermidade é posto em dúvida. Então, na maioria das vezes, a doença dos trabalhadores tem ligação direta e caráter psicológico, ou causas fisiológicas congênitas ou adquiridas, conferindo o adoecimento à vulnerabilidade de cada um.

Acerca do adoecimento de caráter psicológico caracterizam os enfermos como sujeitos frágeis e colaboram com a disseminação do pensamento de que são culpados pelas suas doenças, sem considerar elementos da sociedade e da história e elementos relacionados aos processos produtivos e organizacionais (WÜNSCH FILHO, 2004).

O receio em ser demitido, associado à outras diferentes aflições que o marcam, se “afastar” do trabalho fomenta que o sujeito crie resistência em aceitar sua doença. Portanto, manter o trabalho é primordial e exige que a saúde seja posta em segundo plano. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento do mercado informal aumenta os excluídos econômica e socialmente, evidenciando a crescente potência de trabalho acessível, e o capital, conforme explica Tavares (2009, p. 253): “se aproveita da condição desfavorável dos trabalhadores para pôr em prática uma exploração predatória, pela qual qualquer ocupação, por mais instável e eventual, é tomada como emprego”. Contudo, a segurança do direito ao trabalho modificaria, de forma significativa, questões acerca a saúde da população masculina.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral do presente trabalho foi investigar práticas profissionais na promoção à saúde do homem trabalhador rural.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Foram objetivos deste estudo:

- descrever concepções de gênero, masculinidade, cultura e territorialidade;
- averiguar a atualização de profissionais da APS em relação às Políticas de Atenção à Saúde do Homem trabalhador rural;
- identificar ações de atenção aos homens trabalhadores rurais;
- identificar limites e potencialidades nesta inserção do homem do campo.

4 METODOLOGIA

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitadas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 466/12), garantindo o sigilo, a privacidade, a confidencialidade e a integridade dos participantes, além da preservação dos dados que possam identificá-los. Inicialmente, a Secretaria Municipal de Saúde foi contatada a fim de se comunicar o propósito do estudo e foi solicitada a participação dos profissionais de saúde que trabalham nos serviços de atenção básica do município. Foi emitida Carta de Anuência (ANEXO A) pela Secretaria Municipal de Saúde, autorizando a realização da pesquisa e o projeto encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa obtendo a aprovação CAAE nº 88994718.0.0000.5196 (ANEXO B).

Os profissionais de saúde das Unidades de Atenção Básica foram convidados a participar da pesquisa. Os profissionais que responderam o questionário, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), onde encontra-se exposto os aspectos éticos da pesquisa.

Os convidados puderam aceitar ou não a participação na pesquisa, assim como os que participaram podiam desistir em qualquer fase do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano ao participante. Nenhuma despesa foi custeada pelo convidado, bem como nada foi pago por sua participação no estudo, sendo totalmente voluntária.

Os participantes estavam expostos a riscos mínimos, podendo ser o receio ao constrangimento perante pessoas caso a sua identidade venha a público, o que foi anulado pela garantia da confidencialidade das informações e pelo anonimato de todos que participaram da pesquisa. O receio/constrangimento no momento de responder às perguntas durante a entrevista foi reduzido pelos pesquisadores mediante o resguardo de sua privacidade, utilizando sala fechada para realização das entrevistas individuais e respeitando o participante que não quis responder a qualquer pergunta.

4.2. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem quali-quantitativa, que tem como objetivo investigar práticas profissionais na promoção à saúde do homem trabalhador rural no município de Petrolina - PE.

Para Minayo (2004), a pesquisa qualitativa compreende um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, adentrando as relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser calculados. Inicialmente era utilizada nos campos de antropologia e sociologia como contraponto à pesquisa quantitativa dominante, e gradativamente, expande-se às demais áreas de conhecimento.

A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente (FONSCECA, 2002).

De acordo com Creswell (2007, p.27), uma pesquisa que é realizada através de métodos mistos “é uma abordagem de investigação que combina ou associa as formas qualitativa e quantitativa”. Apesar de apresentarem abordagens opostas, podem se complementar ou até mesmo uma prevalecer sobre a outra na discussão, enriquecendo o estudo e fortalecendo o resultado.

4.3. LOCAL E PERÍODO DO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

O estudo foi realizado no município de Petrolina, estado de Pernambuco, no período entre setembro de 2018 a outubro de 2020, exclusivamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Atendimento Multiprofissional e Especializado (AME). Petrolina localiza-se no sertão do Vale do São Francisco, na região do semiárido nordestino e encontra-se a 714 quilômetros da capital do estado, Recife, possui população estimada de 343.219 habitantes de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017).

Em Petrolina, a Atenção Primária à Saúde está dividida em 25 UBS, sendo nove urbanas, e 16 rurais; 18 Unidades AME, sendo 14 urbanas e 4 rurais, totalizando 43 Unidades de Atenção Básica. Sendo 90 equipes da Estratégia de Saúde da Família, compostas por 90 médicos, 90 enfermeiros, 45 dentistas, 227 técnicos de enfermagem e 455 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), totalizando 907 profissionais de saúde. Não foram incluídos neste quantitativo os Assistentes de Saúde Bucal (ASB) que, embora façam parte das equipes, não estão incluídos como sujeitos deste estudo (CNES, 2018).

4.4. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Fizeram parte deste estudo profissionais de saúde que trabalham em Unidades de APS do município de Petrolina - PE. Para realizar o cálculo amostral, foram considerados como critérios de inclusão:

- a) profissionais de nível médio/técnico em enfermagem e ACS; e
- b) profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas).

Não foram incluídos:

- a) profissionais que se apresentaram em situação de férias e/ou licença ou que não trabalhem com o atendimento direto ao paciente; e
- b) os ASB.

Na pesquisa qualitativa, definiu-se a amostra por meio dos parâmetros de saturação dos dados, interrompendo-os no instante em que a produção e análise não apresentassem mais informações das quais colaborassem com o estudo. Sendo assim, a grandeza das entrevistas se deu por conta dos dados adquiridos em cada questionário.

Na abordagem quantitativa, o tamanho amostral foi correspondente à quantidade de pessoas entrevistadas em cada uma das categorias profissionais. Considerando o grau de confiança de 85% e a margem de erro de 5%, foi aplicada a fórmula sem considerar as perdas amostrais:

$$N = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

Onde:

N = Tamanho da população em cada categoria;

e = Margem de erro (percentual expresso em decimais → 0,05);

z = Escore z (para o grau de confiança de 85%, $z = 1,44$).

p = Proporção esperada em cada categoria;

1 – p = Não esperada.

Assim, o cenário de Petrolina – PE está expresso no Quadro 1.

Quadro 1 – Quantitativo total de equipes e profissionais de saúde vinculados às AME's e UBS's do Município de Petrolina (PE), conforme cálculo amostral – Petrolina, 2018.

	ZONA URBANA		ZONA RURAL	
	Total	Abordagem	Total	Abordagem
Médicos	62	48	28	25
Enfermeiros	63	48	28	25
Dentistas	32	28	13	13
Técnicos em enfermagem	167	93	60	47
Agentes comunitários de saúde	306	124	149	87
TOTAL	629	341	278	197

Fonte: CNES (2018).

4.5 COLETA DE DADOS

4.5.1 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados aplicou-se um questionário com 10 questões, sendo nove fechadas e uma aberta. Na primeira etapa foram aplicadas as questões relacionadas às características socioeconômicas, demográficas e funcionais dos entrevistados. Após, as questões se referiam as dificuldades de inserção dos homens trabalhadores rurais na atenção básica.

A aplicação da segunda parte do roteiro, que contém questões objetivas e subjetivas, foi realizado através de entrevista. Os diálogos destas entrevistas foram gravados com autorização dos participantes em aparelho de áudio. A escolha para a realização da entrevista se deu através da possibilidade de melhor aproveitamento

das informações obtidas. Apesar de a pesquisa não ter tido previamente um estudo piloto, os aplicadores foram capacitados para realizarem a abordagem.

Sendo assim, as 25 questões do roteiro apresentam-se divididas em qualitativas e quantitativas, como exposto no Quadro 2.

Quadro 2 – Descrição das questões aplicadas na pesquisa – Petrolina (PE), 2018.

QUESTÃO	TIPO
PARTE I	
1 a 13	Quantitativa
PARTE II	
14	Qualitativa
15 a 17	Qualitativa
18	Qualitativa
19 a 24	Qualitativa
25	Qualitativa

Fonte: A Autora (2020)

4.5.2 Etapas da coleta de dados

Ocorrendo em duas fases, a primeira etapa da coleta de dados se deu entre setembro e novembro de 2018 com a aplicação do questionário socioeconômico e funcional com a intenção de conhecer os entrevistados. Esta fase é caracterizada pelas abordagens quali e quantitativas, haja visto que ambas as abordagens foram realizadas simultaneamente, gravados com gravadores de áudio mediante consentimento dos entrevistados.

A segunda fase ocorreu entre dezembro de 2018 e outubro de 2019. Os entrevistados responderam ao questionário com perguntas fechadas até que fosse obtida a amostra necessária. A comparação entre a amostra a ser obtida e a quantidade entrevistada pode ser percebida no Quadro 3.

Ao analisar a pesquisa quantitativa, observou-se que a amostra da zona rural foi a única não alcançada, somente o grupo de enfermeiros foi totalmente obtido, conferindo vulnerabilidade ao estudo. Mesmo com os incansáveis esforços para coletar dados na zona rural, foi difícil encontrar profissionais de saúde, pois muitas vezes têm a agenda cheia. Houve também a dificuldade de acessar a zona rural de Petrolina, uma vez que são distantes da zona urbana. Assim, foram abrangidos 197

profissionais de saúde para cálculo amostral inicial. Nos quadros a seguir estão o total de entrevistados na zona urbana (QUADRO 4) e na zona rural (QUADRO 5).

Quadro 3 – Comparação entre a amostra a ser alcançada e a quantidade de profissionais de saúde das AME's e UBS's de Petrolina (PE) que participaram do estudo – Petrolina (PE), 2020.

	ZONA URBANA		ZONA RURAL	
	Amostra	Total coletado	Amostra	Total coletado
Médicos	48	49	25	10
Enfermeiros	48	48	25	25
Dentistas	28	28	13	4
Técnicos em enfermagem	93	93	47	23
Agentes comunitários de saúde	124	124	87	13
TOTAL	341	342	197	75

Fonte: A Autora (2020)

Quadro 4 - Quantidade de profissionais de saúde que participaram do estudo por Unidade de Atenção Primária (AME's e UBS's) de Petrolina (PE), Zona Urbana – Petrolina(PE), 2020.

UNIDADE	BAIRRO	TOTAL DE PROFISSIONAIS DA UNIDADE	TOTAL DE PROFISSIONAIS PARTICIPANTES
AME Lia Bezerra	José e Maria	42	20
AME Dr. João Moreira	Henrique Leite	29	15
AME Ricardo Soares Coelho	Cohab Massangano	38	21
AME Josefa de Souza Silva	Pedra Linda	35	22
AME Manoel Possídio	Areia Branca	38	19
AME M^a de Lourdes da Silva	Antônio Cassimiro	31	21
AME Bernardino Campos Coelho	Vila Eduardo	37	13
AME M^a do Socorro Gil da Silva	Ouro Preto	32	17
AME Dr. Gaudêncio José do Nascimento	Jardim Amazonas	35	24

AME Leonor Elisa	Dom Avelar	37	17
AME Nova Petrolina	Nova Petrolina	11	7
UBS Miguel de Lima Durando	Loteamento Recife	19	12
UBS Parteira Idalina dos Santos	São Gonçalo	20	13
UBS Santa Luzia	Santa Luzia	14	6
UBS Terras do Sul	Terras do Sul	7	5
UBS Álvaro Moreira Rocha	João de Deus	19	8
UBS Josefa Bispo de Almeida	João de Deus	18	6
TOTAL	23 Unidades	629	342

Fonte: A Autora (2020)

Quadro 5 - Quantidade de profissionais de saúde que participaram do estudo por Unidade de Atenção Primária (AME's e UBS's) de Petrolina (PE), Zona Rural – Petrolina (PE), 2020.

UNIDADE	BAIRRO	TOTAL DE PROFISSIONAIS DA UNIDADE	TOTAL DE PROFISSIONAIS QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO
AME Lia Bezerra	José e Maria	42	20
AME Dr João Moreira	Henrique Leite	29	15
AME Ricardo Soares Coelho	Cohab Massangano	38	21
AME Josefa de Souza Silva	Pedra Linda	35	22
AME Manoel Possídio	Areia Branca	38	19
AME Maria de Lourdes da Silva	Antônio Cassimiro	31	21
AME Bernardino Campos Coelho	Vila Eduardo	37	13
AME M^a do Socorro Gil da Silva	Ouro Preto	32	17
AME Dr Gaudêncio José do Nascimento	Jardim Amazonas	35	24
AME Leonor Elisa	Dom Avelar	37	17
AME Nova Petrolina	Nova Petrolina	11	7
AME Roza Maria Ribeiro	Gercino Coelho	44	22

AME Amália Granja de Alencar	Vila Mocó	33	10
AME Júlio Andrade Moreira	Cacheado	31	19
UBS Anália Batista	Cosme e Damião	18	18
UBS Beatriz Luz de Alencar Rocha	Cohab VI	21	13
UBS Dra Sinhá	Alto da Boa Vista	20	14
UBS Miguel de Lima Durando	Loteamento Recife	19	12
UBS Parteira Idalina dos Santos	São Gonçalo	20	13
UBS Santa Luzia	Santa Luzia	14	6
UBS Terras do Sul	Terras do Sul	7	5
UBS Álvaro Moreira Rocha	João de Deus	19	8
UBS Josefa Bispo de Almeida	João de Deus	18	6
TOTAL	23 Unidades	629	342

Fonte: A Autora (2020)

Na última etapa da coleta de dados da pesquisa quantitativa, a intenção era atingir o maior número de participantes possível, portanto, aplicou-se o questionário de forma on-line. No total, foram contabilizadas 290 entrevistas presenciais e 127 on-line, através do Google Forms², ambos idênticos em relação às perguntas.

4.6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados dos perfis socioeconômico, demográfico e funcional dos participantes, assim como as demais questões quantitativas, foram tabulados para caracterização da amostra. Contudo, as respostas qualitativas relacionadas com as investigar práticas profissionais na promoção à saúde do homem trabalhador rural. foram transcritas, analisadas e categorizadas com base na Análise de Conteúdo (BARDIN, 2004). Esta teoria busca compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso, numa concepção transparente de linguagem (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

2

https://docs.google.com/forms/d/16j_fR0S4AtiWWGI2iljqZuS8aMf1J2Eaw_ITDEuhw1A/viewform?edit_requested=true

No estudo quantitativo, dados foram tabulados e estruturados em quadros, avaliados descritivamente por cálculo da porcentagem de pessoas que responderam às questões, com descrição. Considerou-se significância de 5% (valores de $p < 0,05$ são considerados significativos) na análise de possíveis associações e correlações entre as variáveis. Houve a utilização do *software* Microsoft Excel[®] para organização e armazenamento dos dados, que, posteriormente, foram exportados para *software* livre R (Versão 3.6.2), empregando o teste de qui-quadrado para verificar se houve correlação entre variáveis.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ABORDAGEM QUALITATIVA

5.1.1 Participantes

Na etapa qualitativa, participaram da pesquisa 97 profissionais de saúde, sendo 14 médicos, 16 enfermeiros, 9 dentistas, 37 técnicos de enfermagem e 21 ACS. Dentre eles, 77 eram do sexo feminino e 20 do sexo masculino, com idades variando entre 25 e 57 anos, como é possível verificar no Quadro 6.

Quadro 6 – Perfil socioeconômico, demográfico e funcional dos participantes, por categoria profissional (N=97) – Petrolina (PE), 2021.

Variável	Quantidade por categoria profissional (N) e (%)						Total
	Médico	Enfermeiro	Dentista	Téc. de enfermagem	ACS		
Sexo	Feminino	5 (35,7%)	12 (75%)	5 (55,6%)	36 (97,3%)	19 (90,5%)	77 (79,4%)
	Masculino	9 (64,3%)	4 (25%)	4 (44,4%)	1 (2,7%)	2 (9,5%)	20 (20,6%)
Orientação Sexual	Heterossexual	12 (85,8%)	16 (100%)	8 (88,9%)	37 (100%)	21 (100%)	94 (96,9%)
	Homossexual	1 (7,1%)	0	1 (11,1%)	0	0	2 (2,1%)
	Bissexual	1 (7,1%)	0	0	0	0	1 (1%)
Município de Residência	Petrolina-PE	13 (92,9%)	16 (100%)	8 (88,9%)	36 (97,3%)	21 (100%)	94 (96,9%)
	Juazeiro-BA	1 (7,1%)	0	1 (11,1%)	0	0	2 (2,1%)
	Afrânio-PE	0	0	0	1 (2,7%)	0	1 (1%)
Idade	20-30 anos	9 (64,3%)	3 (18,7%)	3 (33,3%)	7 (19%)	1(4,8%)	23 (23,7%)
	31-40 anos	4 (28,6%)	10 (62,5%)	3 (33,3%)	8 (21,6%)	7 (33,3%)	32 (33%)
	41-50 anos	1 (7,1%)	3 (18,7%)	2 (22,2%)	12 (32,4%)	11 (52,4%)	29 (29,9%)
	>50 anos	0	0	1 (11,1%)	10 (27%)	2 (9,5%)	13 (13,4%)
Cor	Amarelo	0	0	0	1 (2,7%)	0	1 (1%)
	Branco	4 (28,6%)	4 (25%)	2 (22,2%)	8 (21,6%)	3 (14,3%)	21 (21,7%)
	Pardo	7 (50%)	11 (68,8%)	7 (77,8%)	22 (59,5%)	8 (38,1%)	55 (56,7%)
Estado Civil	Preto	3 (21,4%)	1 (6,2%)	0	6 (16,2%)	10 (47,6%)	20 (20,6%)
	Casado (a)	7 (50%)	5 (31,3%)	4 (44,4%)	16 (43,3%)	14 (66,8%)	46 (47,4%)
	Divorciado (a)	0	1 (6,2%)	1 (11,1%)	5 (13,5%)	3 (14,2%)	10 (10,3%)
	Solteiro (a)	7 (50%)	9 (56,3%)	4 (44,4%)	13 (35,1%)	3 (14,2%)	36 (37,2%)
	União Estável	0	0	0	3 (8,1%)	1 (4,8%)	4 (4,1%)
Religião	Viúvo (a)	0	1 (6,2%)	0	0	0	1 (1%)
	Católico	8 (57,1%)	10 (62,5%)	8 (88,9%)	19 (51,4%)	10 (47,6%)	56 (57,8%)
	Evangélico	2 (14,3%)	4 (25%)	0	12 (32,4%)	9 (42,9%)	27 (27,8%)
	Nenhuma	2 (14,3%)	1 (6,2%)	1 (11,1%)	4 (10,8%)	2 (9,5%)	10 (10,3%)
Nível de Formação	Outra	2 (14,3%)	1 (6,2%)	0	2 (5,4%)	0	4 (4,1%)
	Ensino Médio Completo	0	0	0	30 (81,1%)	16 (76,2%)	46 (47,4%)
	Graduação	8 (57,1%)	6 (37,5%)	3 (33,3%)	7 (18,9%)	5 (23,8%)	29 (29,9%)
Tempo de atuação profissional	Especialização	6 (42,9%)	10 (62,5%)	6 (66,7%)	0	0	22 (22,7%)
	<1 ano	4 (28,6%)	1 (6,2%)	1 (11,1%)	3 (8,1%)	0	9 (9,3%)
	1-10 anos	9 (64,3%)	9 (56,3%)	3 (33,3%)	17 (45,9%)	4 (19%)	42 (43,3%)
Unidade de Saúde em que atua	>10 anos	1 (7,1%)	6 (37,5%)	5 (55,6%)	17 (45,9%)	17 (81%)	46 (47,4%)
	Zona urbana	11 (78,6%)	11 (68,7%)	8 (88,9%)	26 (70,3%)	12 (57,1%)	68 (70,1%)
	Zona rural	3 (21,4%)	5 (31,3%)	1 (11,1%)	11 (29,7%)	9 (42,9%)	29 (29,9%)

5.1.2 Categorização das respostas das entrevistas

A partir dos discursos realizados pelos entrevistados, houve a divisão das categorias por grupos:

- a) Categoria I: Homem trabalhador rural e profissionais de saúde;
- b) Categoria II: Conhecimento acerca das Políticas Públicas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde;
- c) Categoria III: Vulnerabilidade do homem trabalhador rural na busca pelos serviços de Atenção Primária à Saúde.

5.1.2.1 Categoria I: Homem trabalhador rural e profissionais de saúde

Compreender a cultura que está inserida na definição de quem é o homem trabalhador rural, é sempre necessária. Somente definir as pessoas dos meios rurais como isoladas, atrasadas e desfavorecidas é errôneo e ultrapassado. "Enquanto o meio rural for apenas a expressão, sempre minguada, do que vai restando das concentrações urbanas, ele se credencia, no máximo, a receber políticas sociais que compensem sua inevitável decadência e pobreza" (ABRAMOVAY, 2000, p. 3).

O Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrou que 29.852.986 pessoas (15,65% da população) habitavam áreas rurais (IBGE, 2010), o que é semelhante à população total de muitos países.

Os participantes da pesquisa foram questionados sobre o entendimento deles sobre homem trabalhador rural. Entre as respostas apresentadas, destacam-se os seguintes apontamentos que revelam o afastamento e desconforto dos profissionais em explanar sobre algo do qual não têm contato e prática constante, demonstrando ser pontual a atuação frente à saúde do homem. Como se pode analisar nas falas dos participantes³ a seguir:

Olhe, como o pessoal fala no popular, é o pessoal que trabalha na enxada, não teve um estudo prá poder vir pra cidade estudar, a única coisa que ele teve do descendente dos pais foi aquela roça (Participante 1).

³ Para assegurar a proteção dos dados pessoais dos participantes, estes foram identificados por números.

O homem trabalhador rural é aquele homem forte, determinado né? Pra mim é! (Participante 8).

São aqueles trabalhadores que trabalham em fazendas, não é isso? Que trabalham o dia todo, saem de casa de madrugada, chegam em casa à noite. Resumindo, não têm tempo para praticamente nada, né? (Participante 7).

Trabalha na roça (Participante 75).

É o homem que trabalha e presta serviço pros agricultores (Participante 78).

Evidenciou-se uma visão que reflete os rótulos existentes sobre ser homem e ser homem trabalhador rural, pelos profissionais de saúde, o que pode comprometer a assistência integral, refletindo numa assistência superficial e ineficaz quanto às demandas (ALBUQUERQUE et al, 2014).

Porque é assim, eu tenho que responder em dois sentidos. Esterotipadamente, aquele cara que tem uma linguagem menos rebuscada, mais coloquial. Aquele cara mais forte, que chega com a mão calejada, aquele homem bruto. Mas para mim eu pergunto qual atividade que ele pratica, normalmente é o agricultor que trabalha com agricultura e em grandes plantações de uva (Participante 88).

Comumente, chegar a uma definição de área e população rural é complexo e necessita de instrumentos de territorialização com visão de integralidade, levando em consideração diversos fatores que influenciam na vida dessas populações (ANDO et al., 2011).

As condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais brasileiros, comumente é relacionado com profissionais rudimentares, pobres, marginalizados e que são acometidos por intoxicações via agrotóxicos. Contudo, essa conjuntura, apesar de frequente, deve ser desfeita, para que se conheça a fundo as questões problemáticas e possa haver visão de mudança (DIAS, 2006).

Cabe ressaltar alguns conceitos necessários para o cuidado da saúde (KAGEYAMA, 2004, p. 6):

- rural não é sempre sinônimo de agrícola/pecuária e nem tem exclusividade sobre essas atividades;
- rural é multissetorial (pluriatividade) e multifuncional (funções produtivas, ambiental, ecológica, social);
- as áreas rurais, em geral, têm densidade populacional relativamente baixa;
- não há um isolamento absoluto entre os espaços rurais e as áreas urbanas; pelo contrário, a grande interação entre estes torna ainda mais relevante para todos a saúde das populações rurais, pois elas produzem os alimentos e captam as águas para as cidades.

Todo ser humano possui necessidades básicas determinadas e formadas pela individualidade de cada um, assim como pela cultura, pelas relações sociais e históricas nos quais o sujeito está inserido (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Outros entrevistados relataram,

O pai de família (Participante 37).

Trabalhador rural é aquele que não tem nenhum tipo de conhecimento, que sai de casa de casa cedo pra trabalhar e que tem uma população de filhos, por não ter educação, saúde, isso tudo vai gerando a maior população entre eles... eu acho que é só isso (Participante 63).

É preciso a superação dessa visão ingênua da saúde masculina, pois a satisfação das necessidades não indica somente a demanda de consulta médica, tratamento de doenças, prescrição de medicação, atendimentos de saúde, procedimentos, abordagem de sofrimentos ou riscos (YONEKURA, 2016). As necessidades de saúde ainda se relacionam com a exigibilidade de políticas públicas elaboradas pelo Estado, o envolvimento da sociedade civil no movimento de luta pela garantia dos direitos universais e ao acesso às ações e serviços públicos para a sociedade.

Tal cenário de socialização leva homens a assimilarem e adotarem comportamentos baseados na crença da invulnerabilidade, onde o cuidado é visto como fraqueza, e voltados a afirmação constante de uma identidade masculina forte e viril. Empecilho esse, que deve ser superado pela equipe de profissionais da atenção básica. Mas ainda está presente em diversas falas dos participantes, como pode-se notar a seguir:

Quem é? O trabalhador braçal, que ele tem uma remuneração muito baixa, e assim, ele tem um nível de cuidado no SUS que é muito difícil você alcançar essa população (Participante 13).

...é muito cultural! Principalmente aqui no interior, entendeu? Homem não se cuida, homem não tem isso. Então tem que haver meios de comunicação também (Participante 21).

Ele dificilmente vem a consulta. Quando vem é para sintomas específicos. Justamente por eles terem uma demanda de trabalho. Dificilmente vem a consulta. Quando vem, é para um sintoma agudo, dificilmente para um tratamento continuado. O sexo masculino naturalmente tem dificuldades em procurar o serviço, e realizar tratamentos. É o que menos conheço (Participante 56).

A gente que é mulher sabe que todo homem é machista né? Ele acha que é de ferro que não é mariquinha para estar todo dia no médico e a cultura do homem da roça é mais ainda, ele ainda é mais machista e quando a gente pede para ele vir e ele não consegue na primeira consulta, aí minha filha, ele não volta mais (Participante 85).

Cuidar é uma ação, ato peculiar de uma dada sociedade, pois irá traduzir as práticas e costumes condizentes com a realidade sociocultural daquele local. Assim, o cuidar em saúde também deve ser voltado há um pensamento de integralidade do ser humano, levando em consideração todas as relações, diferenças, características que englobam aquele sujeito. Seguindo esse pensamento é necessário destacar a importância do reconhecimento do trabalhador rural como sujeito social, que possui uma estrutura social ampla e vulnerabilidades específicas, não colocando-o em uma esfera reducionista, mas sim, como protagonista do seu cuidado (MIRANDA; DUARTE; VASCONCELOS, 2020).

É aquele que trabalha para sustentar a família. Não tem tempo de cuidar dele. O público-alvo aqui é mais mulheres e crianças, porque normalmente esses homens estão trabalhando (Participante 74).

Uma população peculiar e complexa como a rural, necessita de olhar diferenciado da equipe de saúde. Diante das dificuldades, iniciando pelas questões geográficas, demonstra a necessidade de adaptações singulares por parte dos profissionais e do próprio sistema de saúde (TARGA, 2019).

5.1.2.2 Categoria II: Conhecimento a cerca das Políticas Públicas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde

A política de saúde é idealizada diante das condições de saúde populacional, considerando seus determinantes e condicionantes. Assim, a PNAISH, que completou 10 anos no ano de 2019, destaca as questões de morbimortalidade e os determinantes sociais, desencadeando a análise da vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde (RESTIER, 2019).

Quando questionados sobre a importância da PNAISH, os profissionais, de maneira mais confortável, evidenciaram a relevância de tal política, a representatividade de avanço no setor da saúde pública e demonstraram algumas dificuldades dessa política, ora colocada como de grande significado. As falas

consideraram que tal realidade atribuía-se à ausência da gestão pela falta de capacitação para trabalhar com o homem.

Alguns entrevistados tiveram dificuldade em esclarecer as características da política, evidenciando falta de conhecimento mais específico e minucioso, como se pode observar a seguir:

...eu nunca vi uma política assim, voltada pra eles, mas às vezes a gente solicita... Já solicitamos, algumas vezes, algumas palestras para o pessoal do INSS, para esclarecer mais esse assunto, entendeu? Porque é algo desconhecido por alguns. A gente pensa que eles sabem do direito deles, mas quando a gente vê eles não sabem quase nada né? (Participante 3).

Não. Homem trabalhador rural não, do homem em si sim. Só do homem em si (Participante 15).

Eu acredito que não tem não (Participante 60).

Embora sem aproximação com a política, os profissionais de saúde demonstraram a necessidade de trabalhar os aspectos subjetivos da saúde masculina e de estarem atentos às singularidades e particularidades que estavam sendo negligenciadas no cuidado prestado:

Deve ser feito uma política voltada pra eles, com compatibilidade com questão de horário pra eles. Algo assim bem direcionado. Porque do contrário vai ter sempre esse impasse, eles ficam lá e a gente fica cá. Eles precisam de mais atenção (Participante 30).

Ressalta-se a importância de elaboração de estratégias de atuação pautadas na atenção à saúde mental, uso de álcool e drogas; situações da vida familiar e sentimentos do cotidiano, trazendo subsídios para práticas assistenciais mais humanizadas, de acolhimento mais atento a essas demandas, com ações em nível coletivo e para melhorar a atuação profissional (RIBEIRO et al., 2016). Como destaca o entrevistado:

Eu acho que a orientação. Tudo é questão de você orientar, informar, deles saberem o direito que eles tem, de buscar a Unidade. E também os programas a quais eles podem ser inseridos. Toda assistência a qual eles tem direito. Então as vezes eles não sabem, as vezes as pessoas não procuram, porque não sabem exatamente que tem esse serviço na unidade de saúde. As vezes eles esperam sentir uma coisa bem maior pra poder procurar uma unidade hospitalar... Então eu acho que tudo é uma questão de orientar, informar, tá sempre passando o conhecimento (Participante 12).

Eu acho que busca ativa, nessas populações que estão mais distantes. As Unidades que pudessem fazer essa busca ativa, fazer metodologia ativa com

esse paciente, combinarem a hora pra fazer conscientização da saúde deles (Participante 31).

Nesse sentido, é primordial destacar a necessidade de construção de ambientes de debates que solidifiquem a assistência integral ao homem, que permitam aos profissionais maior elucidação sobre a saúde masculina e qualifiquem a execução do trabalho de inserção deste público nos serviços de saúde (ARAÚJO et al., 2014).

Eles não entendem a questão... porque como é um paciente que vem pouco, ou nunca vem, quando vem a gente quer fazer aquela abordagem de prevenção, explicar pra ele algumas coisas, sempre é bem complicado. Eles querem agilidade. Eles querem passar logo por aqui, pegar o atestado, porque muitas vezes ele tá com uma dor, não quer nem ser medicado, a preocupação dele não é nem medicação, é o atestado pra justificar porque não foi (Participante 2).

Eles não gostam de esperar não. É chegar já quer logo que a medique, já esteja ali pra atender ele, e ir embora (Participante 15).

Ao comparar os processos realizados com os grupos e com a reflexão sobre o maior desenvolvimento do trabalho com a mulher, reforçando a falta de práticas de saúde voltadas ao público masculino, é perceptível o predomínio de atividades que priorizam os grupos de usuários dominantes nos cenários de saúde.

Embora seja reconhecido o valor dessa política, esse distanciamento em relação à saúde do homem é atribuído, por vezes, pelo erro de culpabilizar o próprio indivíduo, esquecendo-se a deficiência de estrutura e organização do sistema de saúde na priorização de outros públicos:

...aí as agentes de saúde jogam duro. Sempre tenta, mas eles são um público bem difícil. Leva um corte, não vem. Não vem tomar vacina. São bem duros na queda. Não vou, não vou e não vou. Aí é meio complicado (Participante 1).

Eles só veem quando tá morrendo (Participante 37).

Ele procurar mais, vim na unidade, por que homem é meio relaxado né, só vem nos últimos casos (Participante 72).

Os profissionais destacaram importância superficial da mera existência da política. Parte dos profissionais são deficientes de instruções sobre a PNAISH e sua importância para a atenção integral do homem (CARNEIRO et al., 2016).

Os entrevistados possuem conhecimento ineficiente e poucos compreendem a verdadeira importância da PNAISH. Há pouco incentivo para trabalhar com esse público, que necessita de atenção de uma equipe de saúde:

Homem por si só já é mais difícil procurar (o serviço de saúde), e sendo da zona rural ainda é mais difícil (Participante 18).

Nem todos eles chegam bem informados, às vezes eles chegam aqui e nem sabem o que quer (Participante 40).

Acho que o primordial é a educação, a partir do momento que o paciente tem um nível educacional melhor ele consegue entender melhor e automaticamente fazer um tratamento melhor (Participante 44).

A atenção aos indicadores de saúde e mortalidade é primordial para a organização das prioridades de práticas dos serviços de saúde. Assim, a PNAISH trata as causas externas como um dos principais indicadores de mortalidade masculina. O que corrobora com estudos que evidenciam, por exemplo, que os homens jovens são as maiores vítimas dos acidentes com motocicletas.

5.1.2.3 Categoria III: Vulnerabilidade do homem trabalhador rural na busca pelos serviços de Atenção Primária à Saúde

A diversidade ambiental e cultural do Brasil, além de sua grande extensão, são fatores que corroboram com a desigualdade socioeconômica, tendo forte impacto na saúde das populações rurais, diante de toda sua complexidade em suas características e peculiaridades. A saúde dos que vivem em áreas rurais possui diferença considerável aos que vivem nos grandes centros urbanos (SARMENTO,2015).

Cabe destacar que a população de adultos do campo é bastante vulnerável, justamente, pelos determinantes e condicionantes sociais da saúde que os atinge, como níveis de escolaridade e renda baixos, a habitação precária, entre outros (SILVA et al., 2014).

Em se tratando da vulnerabilidade do homem na esfera de atenção primária, os participantes apresentaram os seguintes comentários:

Eles tinham que procurar mais a Unidade (de Saúde) e lá no campo onde eles trabalham ter mais agente de saúde pra dar mais assistência pra eles lá né? Eu acho isso, que lá tá precisando de mais assistência (Participante 8).

Muitos é porque não quer perder o dia de trabalho, assim o que eles relatam. Às vezes, quando a gente encontra em casa... Tem muitos que trabalham nessas roças, diz que se perder um dia parece que perde dois. Uma coisa assim. Antes quando aqui era até 9 horas da noite (o funcionamento da Unidade) muitos procuravam. Agora, como fica até 5... Eu achava muito importante o atendimento a noite (Participante 5).

Normalmente o trabalhador rural, morador da zona rural, alguns não têm tanta orientação. Então normalmente não procuram por falta dessa orientação, então eu acho que questões culturais de dizer que não precisa de consulta médica, que não precisa ir lá, toma um chá, toma alguma coisa... (Participante 12).

Eu acho que o PSF (Programa de Saúde da Família) não podia se limitar às pessoas apenas no período diurno, os PSF deveriam ter dois turnos, à noite. Pra beneficiar essas pessoas que trabalham, só homem não, é mulher, só que a grande maioria é homem... (Participante 2).

...até mesmo porque a gente tem a saúde do homem hoje né? Tá bem resgatada. Mas eu acredito que eles ainda ocupam pouco espaço, por eles não saber. A gente resgata muito a saúde a mulher, até mesmo porque tem muito mais programa voltado para mulher. E a saúde do homem, ela é muito esquecida... (Participante 9).

A procura do homem, como saúde do homem no geral, ela é pequena. Atualmente eu tenho percebido que a procura tem sido maior talvez por eu ser um profissional homem, e eu já ouvi relatos deles dizendo assim que, comigo é mais fácil de falar sobre alguns assuntos do que quando era uma médica. E aí a procura deles foi maior. Veio pra consulta e retornou com exames, coisas que eles não faziam com a outra médica (Participante 19).

Baseando-se nos depoimentos dos entrevistados, verificou-se o reconhecimento da falta de agentes masculinos no atendimento aos homens, pois, segundo eles, a presença de profissionais mulheres inibe os homens a procurarem as Unidades de Saúde, devido a feminização da unidade de saúde.

Outro fator percebido foi a incompatibilidade de horário dos atendimentos das Unidades de Saúde, ou seja, deveria estender o horário de atendimento, pois os homens trabalham até às 17 horas, quando a Unidade encerra as atividades:

Uma pessoa que precisa, né? De um apoio moral como o trabalho e as pessoas são bastante carentes aqui no interior, precisam mesmo, pegar um grupo e apoiar bastante eles (Participante 89).

Que é da terra. Eu acho que eles são guerreiros, eu acho. O agricultor é um guerreiro, porque é uma vida muito sofrida, rala muito para ter um pouquinho de chão. Eu acho que merecia mais respeito do pessoal da saúde (Participante 97).

É um trabalhador muito maltratado, explorado... É uma escravidão moderna. Carga de trabalho imensa, exaustiva, às vezes não tem acesso a um banheiro que acarreta em infecções urinárias, não se alongam. É uma população muito suscetível a doenças por causa desses fatores (Participante 83).

...como eles não têm um bom acesso pra sair do campo, pra vir até a Unidade, seria bom assim... uma ou duas vezes na semana montarem uma equipe e ir até eles. Ao meu ver, ao meu pensamento né? Uma equipe até eles pra facilitar, facilitar esse trabalho. (Participante 14).

Por receberem por dia trabalhado, muitos acreditam que “perder” um dia de trabalho para comparecer à unidade de saúde não é financeiramente viável, visto que o trabalhador não receberá pelo dia “perdido” e muitos sustentam uma família inteira. Sobre este fator, um participante afirma que seria interessante reservar um ou dois dias por semana para que agentes de saúde pudessem ir ao campo até os trabalhadores, fomentando além da promoção da saúde, o respeito por esses trabalhadores.

As peculiaridades referentes a saúde ocupacional do homem trabalhador rural, recaem diretamente na sua saúde. A maioria deles é autônoma, não recebendo provisões caso parem de trabalhar, mesmo que seja para cuidar da sua saúde, como é o caso de irem até a unidade de atenção primária. Mesmo os trabalhadores que possuem vínculos trabalhistas, muitas vezes, sofrem com a precarização e falta de fiscalização, desencadeando similaridade com trabalho escravo, principalmente quando existe população itinerante. É necessário identificar populações submetidas a tais condições (RESTIER, 2019), como corrobora o Participante 83,

É um trabalhador muito maltratado, explorado... é uma escravidão moderna. Carga de trabalho imensa, exaustiva, as vezes não tem acesso a um banheiro que acarreta infecções urinárias, não se alongam. É uma população muito suscetível a doenças por causa desses fatores (Participante 83).

De acordo com BRASIL (2018), a vulnerabilidade da saúde dos trabalhadores rurais é mais precária que as dos trabalhadores da zona urbana, principalmente, nas limitações dos acessos aos serviços de saúde, saneamento e as barreiras geográficas, ocasionando impeditivos operacionais das unidades de saúde, onde as mesmas devem rever seus horários de atividades para enquadrar-se melhor nas condições peculiares que tangem a realidade cultural inerente dessa população, como o participante 37 opinou,

Assim, um horário diferenciado e as datas também. Por exemplo: uma data no final do mês só para atender esses pacientes, um horário diferenciado porque eles saem de casa 5 horas da manhã e chegam 17 horas da tarde, mas se tivesse um atendimento à noite ou no final de semana para eles seria muito bom (Participante 37).

É necessário que haja a compreensão das diferenças existentes entre a população do campo e da urbana, pois permeia o resultado de abordagens históricas, da economia, política e cultural, possuindo, cada uma, seu modo de produção e reprodução social (BRASIL, 2015).

De acordo com a Carta de Ottawa (1986), os profissionais de saúde devem considerar as peculiaridades da população e buscar estratégias para promover a saúde. Promover saúde é capacitar os próprios usuários a modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida.

5.2 ABORDAGEM QUANTITATIVA

Nesta fase está envolvida a realização do questionário de perguntas fechadas, através da utilização do instrumento de coleta de dados. O estudo quantitativo dividiu-se em três etapas: caracterização da amostra, descrição das respostas, análise e discussão das variáveis. Assim, a interação com os profissionais foi dada por meio de visitas nas Unidades de Saúde, depois de conversar e explicar os objetivos da pesquisa. No primeiro momento, a realização das entrevistas foi concomitantemente com a abordagem qualitativa, depois da finalização desta, houve a continuação da quantitativa. Cabe salientar, que na fase de finalização as pesquisas foram realizadas através de um questionário *on-line* por meio do *Google Forms*, devido a dificuldade de deslocamento geográfico até as áreas rurais, assim como, a pandemia COVID -19 que se instaurou em março de 2020, necessitando de distanciamento social, corroborando com a utilização de métodos virtuais.

5.2.1 Participantes

Participaram da etapa quantitativa da pesquisa 417 profissionais de saúde, sendo 59 (14,1%) eram médicos, 73 (17,5%) eram enfermeiros, 32 (7,7%) eram dentistas, 116 (27,8%) eram técnicos de enfermagem e 137 (32,9%) eram ACS.

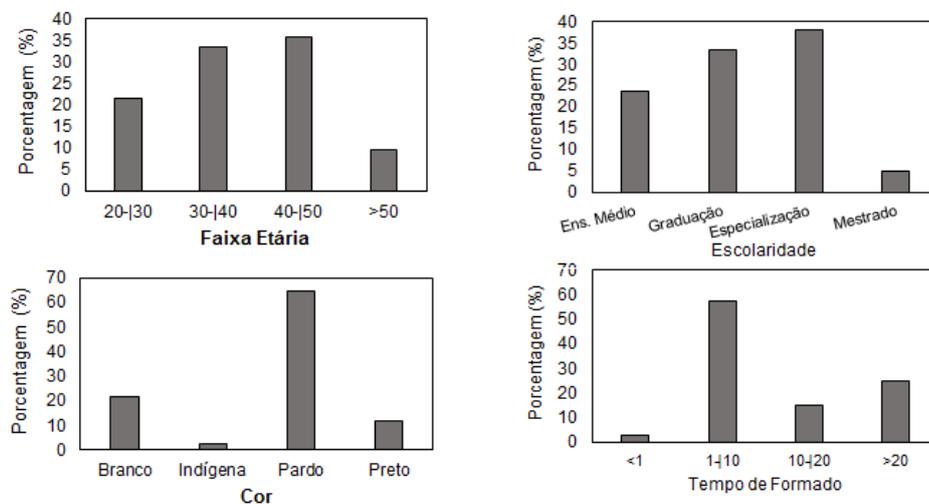
Dentre eles, houve predominância do sexo feminino com 359 (86,1%) dos participantes e 58 (13,9%) do sexo masculino, com idades variando entre 22 e 66 anos, com média de 38 anos. Este resultado corrobora com o estudo de Gomes (2009), realizado com os profissionais da atenção básica, onde se identificou uma

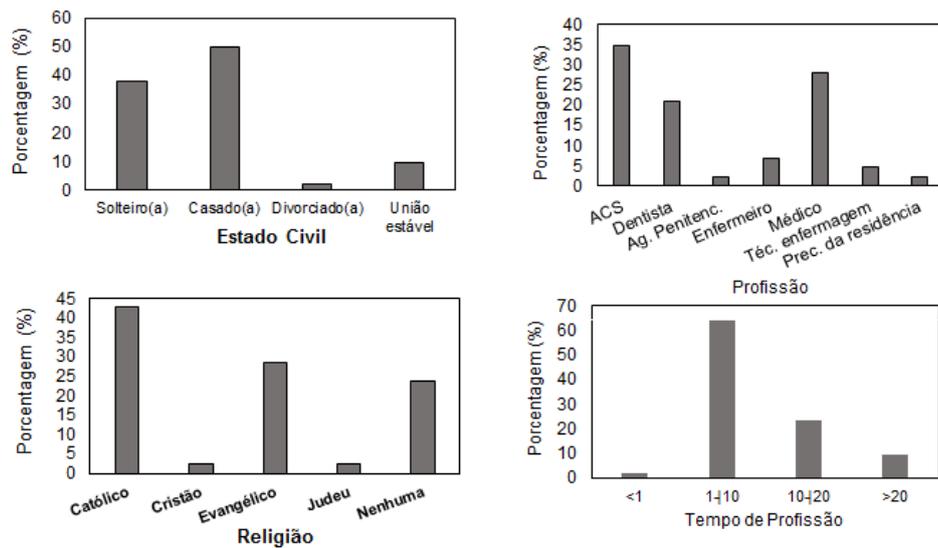
prevalência de mulheres, tornando a atenção primária espaços assistenciais feminilizados, haja vista que isto representa um fator na contribuição da baixa procura dos homens nas unidades da atenção primária. Tendo, o predomínio de uma cultura profissional também ligada a ao segmento populacional feminino, reafirmando novamente o presente estudo.

Os resultados também demonstraram que os profissionais entrevistados atuavam em sua maioria a mais de 10 anos na atenção básica 197 (47,2%) e possuíam em sua maioria 192 (46%) apenas o ensino médio completo. Além disto, os participantes apresentaram como naturalidade 55 cidades e 12 estados diferentes, sendo que a maioria residia em Petrolina – PE (96,8%).

A maioria se declarou pardo (63,3%), quanto ao estado civil, 46,8% eram casados, 6,5% em união estável e 36,2% eram solteiros, sendo que a maioria tinha como religião o catolicismo (61,4%) Todas estas informações constam detalhadas na Figura 2.

Figura 2 – Descrição geral dos participantes – Petrolina (PE), 2021.





Fonte: Pesquisa de campo.

5.2.2 Análise descritiva e discussão destes resultados

De acordo com as respostas dos profissionais de saúde obtidas em cada questão fechada do roteiro semiestruturado utilizado na coleta de dados, será iniciada a análise descritiva e discussão dos resultados, com a apresentação de uma tabela com resumo das respostas (QUADRO 7).

Quadro 7 – Respostas dos profissionais de saúde (N e %) para as questões fechadas do roteiro semiestruturado – Petrolina (PE), 2019.

QUESTÃO DO ROTEIRO SEMIESTRUTURADO	N	%
1. Você já ouviu falar em concepções de gênero e masculinidade?		
<i>Sim</i>	28	66.6%
<i>Não</i>	14	33.3%
2. Se sim, acha que essas concepções influenciam na busca do homem trabalhador rural pelos serviços da atenção básica?		
<i>Sim</i>	20	64.5%
<i>Não</i>	11	35.55
3. Conhece alguma Política Pública de Saúde que abrange o homem trabalhador rural?		
<i>Sim</i>	6	14.3%
<i>Não</i>	36	85.75
4. Se sim, quais?		
<i>Chapéu de Palha</i>	1	20%
<i>Não soube especificar.</i>	1	20%
<i>Política nacional de atenção à saúde do homem/política nacional de saúde integral das pop. do campo, florestas e rios</i>	1	20%
<i>Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta</i>	1	20%
<i>Saúde do Homem</i>	1	20%
5. Existe alguma ação em sua unidade de trabalho voltada para a saúde do homem trabalhador rural?		

<i>Sim</i>	3	7.2%
<i>Não</i>	39	92.8%
6. Considera a demanda de homens trabalhadores rurais alta ou baixa na sua unidade de trabalho?		
<i>Alta</i>	14	33.3%
<i>Baixa</i>	28	66.6%
7. Marque as subcategorias que representam fatores que dificultam a busca do homem trabalhador rural pelos serviços da atenção básica (Mais de uma resposta):		
<i>Incompatibilidade de horário</i>	34	80.9%
<i>Questões culturais</i>	21	50%
<i>Invisibilidade</i>	8	19.4%
<i>Feminização dos serviços</i>	7	16.6%
<i>Excesso de demandas</i>	11	26.2%
<i>Distância/Acesso</i>	3	7.14%
8. Quais os principais motivos que levam o homem trabalhador rural buscar a sua unidade de trabalho?		
<i>Práticas curativas</i>	41	97.7%
<i>Práticas preventivas</i>	1	2.3%
9. Em relação ao atendimento, como o homem trabalhador rural se comporta?		
<i>Desconhece os códigos/Linguagem</i>	10	23.8%
<i>Direto/Objetivo</i>	21	50.0%
<i>Pouco Paciente</i>	11	26.2%
10. Como o homem trabalhador rural costuma aderir aos tratamentos?		
<i>Maior adesão</i>	5	12.0%
<i>Menor adesão</i>	37	88.0%

Fonte: Pesquisa de campo.

No que tange a qualificação dos profissionais frente à compreensão de gênero e masculinidade na saúde do homem, os resultados indicam que houve diferença de resposta entre indivíduos de religião, escolaridade e profissão diferentes (QUADRO 8, FIGURA 3) onde os que possuem apenas ensino médio e são agentes comunitários citam não conhecer as concepções de gênero e masculinidade, assim como de saúde (FIGURA 3), mas, não houve diferença de respostas entre faixa etária, cor, estado civil e tempo de atuação profissional (QUADRO 8, FIGURA 3).

Pode-se afirmar que, 66,6% dos participantes relatam já terem ouvido falar sobre gênero e masculinidade, onde 64,5% também acredita que a busca do homem pelo serviço de saúde na APS sofre influências das questões de gênero e masculinidade. Em um estudo realizado com 10 enfermeiros inseridos na Atenção Básica do município de Juazeiro do Norte - CE, apresenta como resultado a existência de pouca demanda do segmento masculino aos serviços de saúde, assim como a socialização do gênero e do déficit na organização dos serviços, apresentando deficiência na qualificação profissional, já que ressaltam não terem recebido capacitações. Apresentando, uma dificuldade relativa ao cuidado, refletindo em uma

assistência superficial, com um distanciamento do universo masculino, não satisfazendo às suas demandas (ALBUQUERQUE et al., 2014).

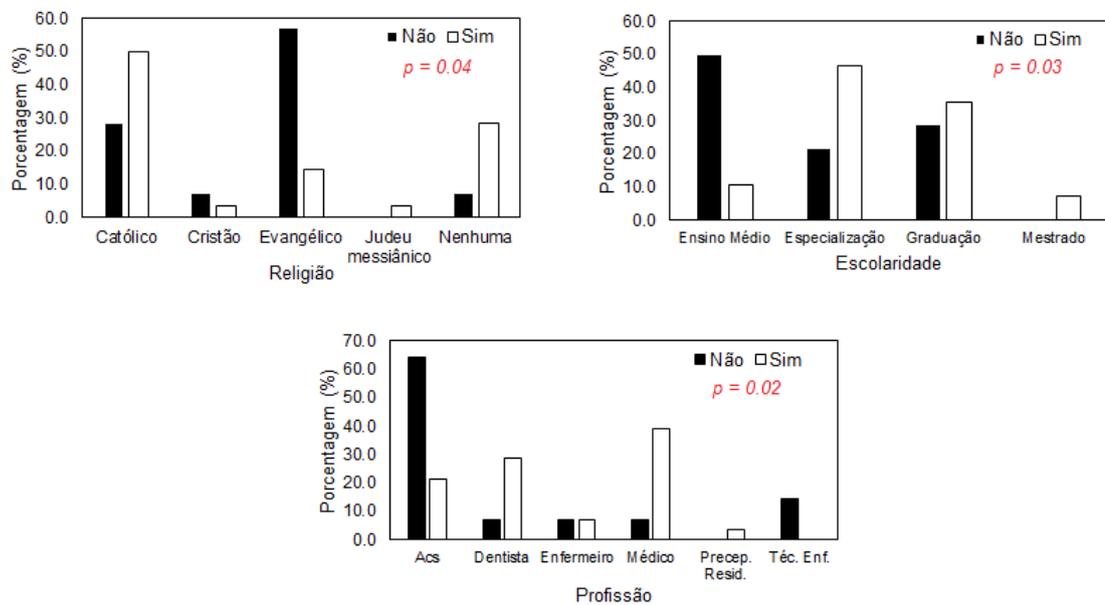
Quadro 8 - Resultado do teste de qui-quadrado para a relação das variáveis faixa etária, cor, estado civil, religião e escolaridade, profissão e tempo de atuação e se já ouviu falar de concepção de gênero e masculinidade.

Variável descritora	χ^2	df	p
Faixa Etária	3.36	3	0.339
Cor	2.06	3	0.558
Estado civil	7.17	3	0.066
Religião	9.75	4	0.044 ***
Escolaridade	8.72	3	0.033 ***
Profissão	14.67	6	0.022 ***
Tempo de Atuação	0.84	3	0.839

***Valores significativos

Figura 3 - Relação das variáveis religião e escolaridade e profissão e se já ouviu falar de concepção de gênero e masculinidade. São mostrados os valores de p-valor significativos pelo teste de qui-quadrado, em vermelho – Petrolina)PE), 2021.

Você já ouviu falar em concepções de gênero e masculinidade?



Sendo assim, primordial ter como ponto de partida para o desenvolvimento do trabalho com saúde do homem na atenção primária, um diálogo entre a equipe, e também com os usuários, sobre o que é gênero e o que é ser homem na sociedade.

Não houve diferença de resposta entre faixa etária, cor, estado civil, religião, escolaridade, profissão e tempo de atuação, quando perguntados se a concepção de gênero e masculinidade influenciam na busca do homem trabalhador pelos serviços de APS (QUADRO 9).

Quadro 9 - Resultado do teste de qui-quadrado para a relação das variáveis faixa etária, cor, estado civil, religião e escolaridade, profissão e tempo de atuação e se acha que as concepções de gênero e masculinidade influenciam na busca do homem trabalhador rural pelos serviços da atenção básica – Petrolina (PE), 2021.

Variável descritora	X ²	df	p
Faixa Etária	0.75	3	0.861
Cor	2.57	3	0.461
Estado civil	0.0	3	0.999
Religião	0.0	4	0.999
Escolaridade	1.47	3	0.688
Profissão	0.0	5	0.999
Tempo de Atuação	3.05	3	0.383

***Valores significativos

As políticas públicas de saúde estão na pesquisa, sob uma ótica de desconhecimento pelos profissionais de saúde, sendo que 85,75% deles, referem não conhecer nenhuma política voltado para o homem trabalhador rural.

As políticas devem ser acessíveis e divulgadas para todos. Os princípios preconizados, quando compreendidos, possibilita uma maior autonomia ao usuário, assim como um melhor desempenho profissional pela equipe da APS (XAVIER, 2015).

Há uma gama de políticas que podem ajudar a pensar no trabalho com os homens, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH); a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT; Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Necessitando de um enfoque na atualização profissional, visando melhor desempenho.

Apenas a cor e o tempo de atuação foram significativos para o conhecimento de alguma política pública de saúde (QUADRO 10, FIGURA 4). Dentre estes, pessoas pardas e com tempo de atuação entre 10 e 20 anos foram mais frequentes nos relatos de conhecerem alguma política.

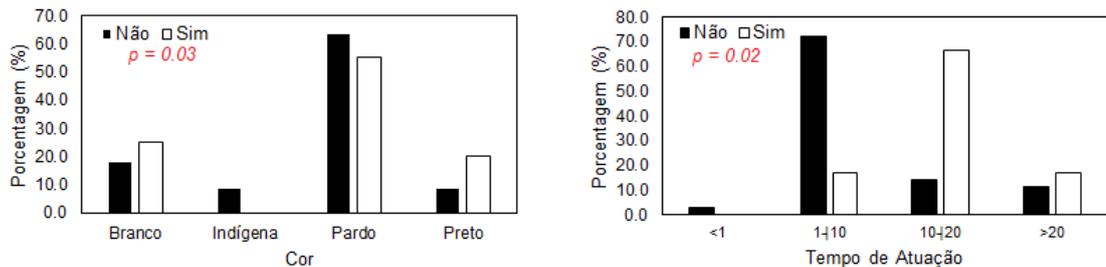
Quadro 10 - Resultado do teste de qui-quadrado para a relação das variáveis faixa etária, cor, estado civil, religião e escolaridade, profissão e tempo de atuação e se conhece alguma Política Pública de Saúde que abrange o homem trabalhador rural – Petrolina (PE), 2021.

Variável descritora	χ^2	df	p
Faixa Etária	1.14	3	0.762
Cor	8.72	3	0.033***
Estado civil	1.19	3	0.755
Religião	8.51	4	0.074
Escolaridade	4.94	3	0.176
Profissão	1.52	5	0.906
Tempo de Atuação	9.45	3	0.023***

***Valores significativos

Figura 4 - Relação das variáveis cor e tempo de atuação e se conhece alguma Política Pública de Saúde que abrange o homem trabalhador rural. São mostrados os valores de p-valor significativos pelo teste de qui-quadrado, em vermelho – Petrolina (PE), 2021.

Conhece alguma Política Pública de Saúde que abrange o homem trabalhador rural?



Corroborando, um estudo realizado por Leal (2012), que explorou a implantação da PNAISH em cinco municípios, uma das cidades escolhidas para a realização desse projeto foi Petrolina – PE, devido localização geográfica e critérios elencados em pesquisa maior. Concluindo que os Planos de Ação Municipal dão prioridade as ações baseadas em procedimentos e exames que centralizam o cuidado no aparelho genital

masculino. Esse estudo destacou também que gestores e profissionais na assistência direta têm pouco ou nenhum conhecimento sobre a política.

Quando perguntados se existe alguma ação em sua unidade de trabalho voltada para a saúde do homem trabalhador rural, a maioria das pessoas que se denominam pardas disseram que não há ação, enquanto os entrevistados de cor preta disseram que há ação (QUADRO 11, FIGURA 5). Não houve diferença de resposta para as demais variáveis. Sendo que, 92,8% dos participantes referem não ter nenhuma atividade desenvolvida para a saúde do homem.

Estudo realizado por Salimena (2013) descreve que a maioria dos homens não tem suas necessidades sanadas, ou seja, o princípio da integralidade, assegurado pelo SUS, que assegura o atendimento holístico não se faz presente na assistência prestada a esses homens.

Segundo Scheuer (2008) é essencial elaborar estratégias que tragam para o dia a dia, ações eficazes, visando uma melhor percepção e acolhimento das demandas de saúde dos indivíduos do gênero masculino na atenção primária à saúde.

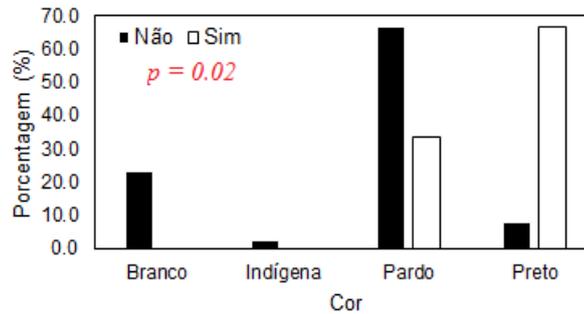
Quadro 11 - Resultado do teste de qui-quadrado para a relação das variáveis faixa etária, cor, estado civil, religião e escolaridade, profissão e tempo de atuação e se existe alguma ação em sua unidade de trabalho voltada para a saúde do homem trabalhador rural – Petrolina (PE), 2021.

Variável descritora	X ²	df	p
Faixa Etária	0.52	3	0.913
Cor	9.38	3	0.024 ^{***}
Estado civil	3.23	3	0.357
Religião	1.37	4	0.848
Escolaridade	2.58	3	0.406
Profissão	2.04	5	0.842
Tempo de Atuação	1.79	3	0.616

***Valores significativos

Figura 5 - Relação das variáveis cor e se existe alguma ação em sua unidade de trabalho voltada para a saúde do homem trabalhador rural. São mostrados os valores de p-valor significativos pelo teste de qui-quadrado, em vermelho – Petrolina (PE), 2021.

Existe alguma ação em sua unidade de trabalho voltada para a saúde do homem trabalhador rural?



Percebeu-se então, de forma geral, que a maioria dos entrevistados (53,8%) conhece ou já ouviu falar da concepção de gênero e masculinidade e 76,8% acreditam que o conceito influencia o homem na procura por serviços de saúde. 86,4% desconhecem alguma política pública que defende a saúde do trabalhador rural.

Dos entrevistados, 89,3% afirmam que nas Unidades de Saúde que trabalham não há ações voltadas para a saúde do homem que trabalha no campo, e 73,7% considerarem baixo o nível de demanda dos homens trabalhadores rurais nas Unidades de Saúde.

Diante dos resultados, nota-se muito de como os serviços de saúde lidam com as necessidades dos homens, onde percebe-se uma demanda insuficiente para o território. Podendo ser identificadas limitações que tornam o homem invisível dentro das instituições desse estudo.

Ao serem questionados sobre os fatores que representam a dificuldade do homem buscar atendimento numa Unidade de Saúde, 86,1% afirmaram que é por conta da incompatibilidade de horário, 43,8%, por conta de fatores culturais e 29,6% garantem que é pelo excesso de demanda (mulheres) que causa demora nos atendimentos.

Uma das limitações está relacionada a identidade de gênero, pois visualizam a unidade de saúde como um local de referência para idosos, mulheres e as crianças, sendo assim, feminizados, compreendendo um processo de não pertencimento (SILVA, 2014).

Em relação ao comportamento do homem trabalhador rural no atendimento, 50% dos participantes referem que os usuários são diretos e objetivos, 23,8% desconhecem os códigos/ linguagem e 26,2% são pouco pacientes. Acerca dos

motivos pelos quais os homens procuram uma Unidade de Saúde, quase 100% (97,3%), afirmaram que o fazem por questões curativas, ou seja, quando a enfermidade já se apresenta num estágio de risco e eles mesmos não conseguem “controlar”.

Devido a pequena demanda do homem no processo preventivo da sua saúde, tornam-se mais vulneráveis a serem acometidos pelas doenças crônicas. Demandando, com isso, um custo maior para o Sistema de Saúde (SEPARAVICH E CANESQUI, 2013).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo, pode-se perceber que a equipe multiprofissional e atuante na ESF apresenta papel essencial, uma vez que atua na adoção de práticas assistenciais, preventivas e de promoção à saúde. Contudo, evidenciou-se a compreensão ainda simplória desses profissionais sobre a saúde do homem, o que pode vir a interferir na assistência não integral e não singular, pois não se valoriza as particularidades e individualidades do processo sociocultural vivenciados pelo homem, e assim não satisfaz as demandas desse público. Logo, esses aspectos poderão afastar totalmente os homens na procura dos serviços de saúde, principalmente, nas UBS.

Esse processo requer um estudo de territorialização que compreenda a partir de uma visão dinâmica as questões de determinantes da saúde e de adoecimento, para, a partir daí, construir planos de ações condizentes com a realidade e abordagem das doenças, dos problemas e das questões estruturais.

Constata-se, desta forma, a necessidade de intervenção mais ampla sobre a atenção da saúde do homem na rede primária, almejando a promoção, prevenção, cura e reabilitação das condições de saúde. Deste modo, é necessário desenvolver estratégias, juntamente com a população masculina, e a desconstrução dos estereótipos de gênero que disseminam o conceito equivocado da invulnerabilidade no homem, possibilitando ferramentas que propiciem a autonomia e visibilidade aos homens como merecedores de cuidado, cuidadores de si e de terceiros. É imprescindível que eles compreendam que fazem parte das políticas nacionais, em todas as fases do ciclo de vida e todas as localidades que residirem.

O reconhecimento dos fatores de ordem biopsicossocial, econômica e cultural, que envolvem o universo masculino, constitui um saber primordial aos profissionais da saúde. Essa visão permite o estabelecimento de políticas públicas inclusivas e prioritárias na promoção da saúde a esta população, permitindo um espaço onde se sintam acolhidos para falar de suas fragilidades e necessidades, tendo suas demandas captadas - a tendência é a aproximação e inclusão nos serviços de saúde.

O estabelecimento de uma realização de troca de conhecimento entre os profissionais e os usuários do sexo masculino pode proporcionar ações que promovam a saúde para sua comunidade.

É nesse cenário que a PNAISH ainda necessita de melhores estratégias para ser, de fato, efetivada na prática de saúde pública, oferecendo acesso a um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.

Espera-se que a contribuição desse estudo seja de grande relevância para o ensino, pesquisa e cuidado. Tanto no planejamento de disciplinas, quanto subsidiando ações assistenciais representadas na realidade local e vivenciada pelos profissionais da atenção básica. Busca-se, também, favorecer a inserção desta clientela nas unidades de saúde, gerando novas possibilidades e melhorias na qualidade de vida do trabalhador rural, trazendo um reflexo socialmente e economicamente produtivo.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, R. **Funções e medidas da ruralidade no desenvolvimento contemporâneo**. São Paulo: IPEA. p.25, 2000.
- ABRAMIDES, Maria Beatriz C.; CABRAL, Maria do Socorro R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **Perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 3-10, 2003.
- ALBUQUERQUE, Grayce. A; et al. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 18, n. 4. p. 607-614, 2014.
- ALMEIDA, F. S. et al. A percepção dos riscos da atividade fumageira e sua contribuição na busca da reconversão produtiva no Assentamento de Reforma Agrária 25 de Maio, Santa Terezinha – SC. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, v. 01, n. 21, p. 103-114, 2010.
- ALVES, Gehysa G.; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde**. v.16, n.1, p. 319-325, 2011.
- ALVES, Sabrina. A. A.; OLIVEIRA, Maryldes L. B. Sociocultural aspects of health and disease and their pragmatic impact. **J Hum Growth Dev.**; v. 28, n:2, p.183-188, 2018.
- ANDO, N. M. et al. DECLARAÇÃO DE BRASÍLIA "O Conceito de rural e o cuidado à saúde". **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 19, p. 142-144, ago. 2011.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, p. 111-138, 1999.
- ARAÚJO, Mércio G. et al. Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 18, n. 4. p.682-689, 2014.
- AYRES, José. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 73-92, 2005.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 229p.
- BICALHO, P. G. et all. Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, BRASIL. **Revista de Saúde Pública**, v.05, n. 44, p. 884-893, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integral à Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas**. Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz & Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2018. 52p.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas de promoção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. 66p.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: 2006. 76p.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 240p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 30p.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.944**, de 27 de agosto de 2009.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html#:~:text=Institui%20no%20%C3%A2mbito%20do%20Sistema,Integral%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20do%20Homem.&text=VI%20%2D%20integra%C3%A7%C3%A3o%20da%20execu%C3%A7%C3%A3o%20da,a%C3%A7%C3%B5es%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde. Acesso em fevereiro de 2021

_____, Ministério da Saúde - **Portaria de Consolidação Nº 1**, de 28 de setembro DE 2017 – Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html
Acesso em janeiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>
Acesso em fevereiro de 2020

_____. Ministério da Saúde. **Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Lei n. 11.350**, de 5 de outubro de 2006. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm> Acesso em janeiro de 2021.

_____. **Saúde dos povos e populações do campo, da floresta e das águas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. 164p.

BRITO, Maria José M.; GAZZINELLI, Maria Flávia C.; MELO, Marlene C. O. L. Os estágios identitários da enfermeira-gerente: uma abordagem piagetiana. **Texto Contexto Enferm.** v.15, n. 2, p. 1-15, 2006.

CAREGNATO, Rita. C. A.; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CARNEIRO, Liana M. R. et al. Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** v. 29, n.4, p. 554-563, out/dez., 2016.

CAVALCANTI J. R. D. et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** v. 18, n. 4, p. 628-635, out./dez., 2014.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2018. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 10 Mai. 2018.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS) **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde. Brasília: Fiocruz, 2008. 216p.

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

COUTO Marcia T.; et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem,** v. 18, n. 4, p. 351-358, out/dez, 2014.

COUTO, Márcia T.; SCHRAIBER, Lilia B.; AYRES, José R. C. M. **Aspectos sociais e culturais da saúde e da doença.** São Paulo: Manole, 2009. 56p.

COUTO; Márcia T.; GOMES Romeu. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 17, nº 10, p. 2569-2578. 2014.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Artmed. 2007. 86p.

DIAS, Elizabeth C. **A organização da atenção à saúde do trabalhador.** São Paulo: Rocca, 2000. 80p.

DIAS, Elizabeth Costa. Condições de vida, trabalho, saúde, doença dos trabalhadores rurais do Brasil. **Saúde do trabalhador rural – RENAST.** Organização Tarcísio Marcio Magalhães Pinheiro, 2006

DUBAR, Claude. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. **Educ Soc.** v.19, n. 62, p. 13-30, 1998.

FALKENBERG, Mirian B., et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 19, n. 3, p.847-85, 2014.

FARIA, N. M. X. et al. Trabalho rural e intoxicação por agrotóxicos. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 05, n. 20, p. 1298-1308, 2004.

FONSECA, João J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. 127p.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine F. de; REBELLO, Lúcia E. F. de S. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 13, n. 6, p. 1975-1984, 2008.

GOMES, Romeu. **As representações da masculinidade e o ser homem.** Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, v. 8, n.1, p. 1-7, 2008.

GRANEMANN, Sara. **O processo de produção e reprodução social:** trabalho e sociabilidade. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, 21p.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 432p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (**IBGE**). Censo Brasileiro de **2010**. Rio de Janeiro: **IBGE**, 2012.

IBGE. **População estimada.** Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/petrolina/panorama>> Acesso em fevereiro de 2021

KAGEYAMA, A. Desenvolvimento rural: conceito e medida. **Cadernos de Ciência & Tecnologia,** v. 21, n. 3, p. 379-408, 2004.

KREUTZ; Irene; et al. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. **Texto Contexto Enferm.** v.15, n.1, p. 89-95, 2006.

LARA, Maristela O.; BRITO, Maria José M.; REZENDE, Lilian C. Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais. **Ver. Esc. Enferm USP,** v. 46, n.3, p.: 673-680, 2012.

LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos e NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibebe. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos

Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 10, 2012.

LIMA, Júlio C. F. Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde. **Revista Trabalho Necessário**, v. 5, n. 5, p. 9-15, 2007.

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

MINAYO, Maria C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 41p.

MIRANDA, Sérgio Vinícius; DURAES, Pamela; VASCONCELLOS, Luiz. A visão do homem trabalhador rural norte-mineiro sobre o cuidado em saúde no contexto da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.25, p.1519-1528, 2020.

MOURÃO, Susiane L. B.; MOREIRA, Kellyane F. G. **Implantação do programa saúde do homem na estratégia saúde da família**. Universidade Federal do Piauí – UFPI, 2018. 13p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud**. Ottawa: OMS, 1986.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). **Información y Análisis de Salud (HSD/HA): situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2016**. Washington DC, 2016. 2.790p.

PAZ, Elisabete P.A., et al. Análise da tendência da mortalidade masculina no Rio de Janeiro: contribuição da enfermagem. **Esc Anna Nery**. v.18, n. 4, p.593-599, 2014.

PEREIRA, A. K. D. **Saúde do Homem: até onde a masculinidade interfere**. II Seminário Nacional Gênero e Práticas Culturais. Cultura, leituras e representações; 2009.

PEREIRA, Leonardo P.; NERY, Adriana A. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Esc Anna Nery**. v.18, n.4, p.635-643, 2014.

PEREIRA, V. C. L. S. et al. S. Saúde do homem na atenção básica: análise acerca do perfil e agravos à saúde. **Rev. enferm.** UFPE, v.9, n8, p. 440-447, jan., 2015.

PESSOA, V. M. **Abordagem do território na constituição da integralidade em saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde em Quixeré-Ceará**. Dissertação de Mestrado (Saúde Pública). Departamento de Saúde Comunitária. Faculdade de Medicina. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2010, p. 296.

- PINTO, N. F. et al. Processo e cargas de trabalho e a saúde dos trabalhadores na sericicultura: uma revisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 132, n. 40, p. 237-247. 2015.
- RESTIER H, Souza, RM. **Diálogos contemporâneos sobre homens negros e masculinidades**. São Paulo. Ciclo Contínuo Editorial. 2019. 232p.
- RIBEIRO, Danilo B. et al. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37, n.1, e56407, 2016.
- RODRIGUES, Priscila F. V.; BELLINI, Maria Isabel B. A Organização do Trabalho e as Repercussões na Saúde do Trabalhador e de sua Família. **Revista Textos & Contextos** v. 9, n. 2, p. 345 - 357, ago./dez. 2010.
- SALIMENA, A. M. et al. Saúde do homem e atenção primária: o olhar da enfermagem. **Rev APS**, v. 16, n. 1, p. 50-59, 2013.
- SARMENTO, R. A. et al. Determinantes socioambientais e saúde: o Brasil rural versus o Brasil urbano. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 221-35, 2015.
- SCHEUER, C.; BONFADA, S.T. Atenção à saúde do homem: a produção científica de enfermeiros na atenção básica. **Revista Contexto & Saúde**, v. 7, n. 14, p. 7-12, 2008.
- SEPARAVICH, Marco Antonio e CANESQUI, Ana Maria. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 10-15, 2013.
- SILVA, I. C. A.; REBOUÇAS, C. B. A.; LÚCIO, I. M. L., et al. Nursing consultation in childcare: a reality of care. **J Nurs**, UFPE, v. 8, n. 4, p. 966-973, 2014.
- SOARES, W. et al. Trabalho rural e fatores de risco associados ao regime de uso de agrotóxicos em Minas Gerais, BRASIL. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 04, n. 19, p. 1117-1127, 2003.
- TAVARES, Maria Augusta. **Acumulação, trabalho e desigualdades** Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. 19p.
- TARGA, L. V. Área Rural. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p 498-507.
- TEIXEIRA, Daiane C. et al. Concepções de enfermeiros sobre a política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 563-576, set./dez 2014.

TRILICO, Mateus. et al. Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 2, p. 381-395, maio/ago. 2015.

VIEIRA, Monica; CHINELLI, Filippina. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 6, p.1591-1600, 2013.

WÜNSCH FILHO, Victor. Perfil Epidemiológico dos Trabalhadores. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. v. 2, n. 2, p. 103-117, abr-jun, 2004.

XAVIER, Alessandra da Silva. **Promoção e prevenção da saúde do homem na Unidade de saúde da Família do Barro Vermelho**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. p. 29, 2015.

YONEKURA, Tatiana. **Necessidades de saúde**: construção de instrumento para o planejamento regional em saúde. Tese de Doutorado (Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem, USP, São Paulo, 2016. 207p.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – UNIVASF
Av. José de Sá de Maniçoba, s/n, centro, Petrolina – PE. CEP 56304-917. www.univasf.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **SAÚDE DO TRABALHADOR RURAL SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**

CAEE Nº

Nome da Pesquisadora: Lídice Lílian Miranda Rezende

Nome do Orientador: Prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria

O Sr. (Sra.) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da atenção primária a saúde no contexto da saúde do homem trabalhador rural no município de Petrolina-PE.

Sua participação é importante, porém, você não deve aceitar participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça, se desejar, qualquer pergunta para esclarecimento.

Envolvimento na pesquisa: A pesquisa será realizada através da aplicação de um roteiro semiestruturado, com questões abertas e fechadas, dividido em duas partes. A primeira parte contém informações sobre o perfil sociodemográfico e funcional dos participantes, enquanto a segunda possui questões relacionadas as dificuldades de inserção dos homens trabalhadores rurais na Atenção Básica. A aplicação da segunda parte do roteiro, que contém questões objetivas e subjetivas, será realizada através de uma entrevista. Os diálogos destas entrevistas serão gravados em aparelho de áudio, com autorização dos participantes.

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde Do Conselho Nacional de Saúde.

Riscos, desconfortos e benefícios: Os participantes estarão expostos a riscos mínimos, podendo ser o constrangimento perante pessoas caso a sua identidade venha a público, o que será minimizado pela garantia da confidencialidade das informações e pelo anonimato de todos que participarem da pesquisa. Como também receio/constrangimento na hora de responder as perguntas durante a entrevista, que será reduzido pela pesquisadora mediante o resguardo da sua privacidade através da utilização de uma sala fechada para realização destas entrevistas individuais e respeito caso o senhor (a) não queira responder a algumas das perguntas. Este estudo não lhe oferece nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que o mesmo traga informações importantes sobre a visão que os profissionais de saúde da Atenção primária a saúde possuem em relação as dificuldades de inserção

dos homens trabalhadores rurais, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa direcionar as equipes de atenção primária a saúde para a realização de um acolhimento humanizado e uma assistência de qualidade à esta parcela da população.

Garantias éticas: o (a) Sr. (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Caso venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, terá direito à indenização por parte da pesquisadora.

O (a) Sr. (a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

Confidencialidade: é garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes, mesmo após o término da pesquisa. Somente o(s) pesquisador (es) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados.

É garantido ainda que você terá acesso aos resultados com o(s) pesquisador(es). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa com o(s) pesquisador (es) do projeto e, para quaisquer dúvidas éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Os contatos estão descritos no final deste termo.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome do Pesquisador responsável pela aplicação do TCLE

Assinatura do Pesquisador responsável pela aplicação do TCLE

Contato do responsável: Lídice Lílian Miranda Rezende. Fone: (87) 98100-7885. E-mail: lidicerezende@gmail.com. Instituição: Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF. Av. José de Sá de Maniçoba, s/n, centro, Petrolina – PE.

Contato do outro componente da equipe de pesquisa: Marcelo Domingues de Faria. Docente do Programa de Pós-graduação Ciências da Saúde e Biológicas da UNIVASF. Av. José de Sá de Maniçoba, s/n, centro, Petrolina – PE. E-mail: marcelo.faria@univasf.edu.br. Telefone: (87) 98812-9487.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIVASF

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF

Av. José de Sá Maniçoba, S/N – Centro - Petrolina/PE – Prédio da Reitoria – 2º andar

Telefone do Comitê: 87 2101-6896 - E-mail: cep@univasf.edu.br

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNIVASF) é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, que visa defender e proteger o bem-estar dos indivíduos que participam de pesquisas científicas.

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

PARTE I – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E FUNCIONAL

1. Sexo: Feminino
 Masculino
2. Opção sexual: Heterossexual Homossexual Bissexual Transexual
 Travesti Outra: _____
3. Idade: _____
4. Naturalidade: _____
5. Município de residência: _____
6. Cor: Branco Amarelo Pardo Preto Outra: _____
7. Estado civil: Casado(a) Solteiro(a) Divorciado(a)
 Viúvo(a) União estável
8. Religião: Católico Evangélico Nenhuma Outra: _____
9. Nível de formação: Ensino Médio Completo Graduação Especialização
 Mestrado Doutorado
10. Tempo de formado: _____
11. Profissão: _____
12. Tempo de atuação profissional: _____
13. Unidade de Saúde em que atua: _____

PARTE II – QUESTÕES RELACIONADAS AS DIFICULDADES DE INSERÇÃO DO HOMEM TRABALHADOR RURAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

14. Para você quem é o homem trabalhador rural?

15. Você já ouviu falar em concepções de gênero e masculinidade?
 SIM NÃO
16. Se sim, acha que essas concepções influenciam na inserção do homem trabalhador rural na atenção básica?
 SIM NÃO
17. Conhece alguma Política Pública de Saúde que abrange o homem trabalhador rural?

SIM NÃO

18. Se sim, quais?

19. Existe alguma ação em sua unidade de trabalho voltada para a saúde do homem trabalhador rural?

SIM NÃO

20. Considera a demanda de homens trabalhadores rurais alta ou baixa na sua unidade de trabalho?

ALTA BAIXA

21. Marque as subcategorias que representam fatores que dificultam a inserção do homem trabalhador rural na atenção primária a saúde:

invisibilidade

feminização dos serviços da unidade de saúde

incompatibilidade de horário

questões culturais

excesso de demandas

outros (especifique)_____.

22. Quais os principais motivos que levam o homem trabalhador rural buscar a sua unidade de trabalho?

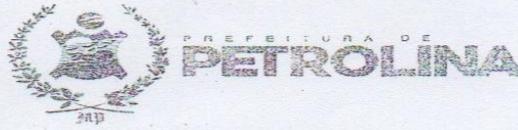
práticas preventivas práticas curativas

23. Em relação ao atendimento como o homem trabalhador rural se comporta?

pouco paciente direto/objetivo desconhece os códigos

24. Das limitações assistenciais direcionadas à saúde do homem trabalhador rural qual seria sua proposta de mudança?

ANEXO A – Carta de Anuência



CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito a pesquisadora, Lídice Lillian Miranda Rezende, pertencente à Universidade Federal do Vale do São Francisco a desenvolver o Projeto de Pesquisa intitulado: "Saúde do trabalhador rural sob a perspectiva dos profissionais da atenção básica", sob a orientação do Professor Marcelo Domingues de Faria. A pesquisa será no período de abril de 2018 a fevereiro de 2020, sendo o período previsto para a coleta de dados os meses de agosto a dezembro de 2018. O local de realização da pesquisa será as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Atendimento Multiprofissional e Especializado (AME) da zona urbana e rural de Petrolina.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 CNS/MS;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa inclusive um relatório final dos resultados alcançados;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa; e
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Petrolina, 9 de abril de 2018

Dr.ª Theresia Christina da C. L. Gama
Coordenadora de Educação em Serviço
Enfermeira COREN 45623

Theresia Christina da Cunha Lima Gama
Supervisão de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de
Petrolina

Secretaria Municipal de Saúde
Avenida Fernando Góes, S/N, Centro, Petrolina – PE. CEP 56304-020
E-mail: secretariadesaudepetrolina@outlook.com
CNPJ: 06.914.894/0001-01

ANEXO B – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Saúde do trabalhador rural sob a perspectiva dos profissionais da atenção básica

Pesquisador: LIDICE LILIAN MIRANDA REZENDE

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 88994718.0.0000.5196

Instituição Proponente: UNIVASF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.279.546

Apresentação do Projeto:

1. Trata-se emenda ao projeto "Saúde do trabalhador rural sob a perspectiva dos profissionais da atenção básica" solicitando inclusão de uma forma de aplicação dos questionários (via email).

O projeto está ligado ao Programa de mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas da Univasf, cuja equipe é composta por Lídice Lilian Miranda Rezende (responsável), Marcelo Domingues de Faria (orientador) e Paula da Luz Galvão (coorientadora). O projeto contempla todas as seções essenciais para a análise ética e todos os pesquisadores forma devidamente cadastrados na Plataforma Brasil.

A emenda solicitada não trouxe alterações nos elementos do projeto já aprovado, além da inclusão do email como forma de envio e recepção do questionário também aprovado.

Objetivo da Pesquisa:

2. Os objetivos do projeto permaneceram os mesmos: "O objetivo geral do presente trabalho será identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da atenção básica no contexto da saúde do homem trabalhador rural no município de Petrolina-PE."

Endereço: Avenida José de Sá Manicoba, s/n
Bairro: Centro **CEP:** 56.304-205
UF: PE **Município:** PETROLINA
Telefone: (87)2101-6896 **Fax:** (87)2101-6896 **E-mail:** cep@univasf.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO



Continuação do Parecer: 3.279.546

Objetivos específicos:

- "- analisar concepções de gênero, masculinidade, cultura e territorialidade;
- avaliar o nível de conhecimento dos profissionais da atenção básica de saúde em relação às políticas públicas voltadas aos homens trabalhadores rurais;
- conhecer as ações realizadas para integrar homens trabalhadores rurais ao atendimento primário a saúde;
- identificar os empecilhos que os profissionais encontram para inserir o homem trabalhador rural na atenção básica;
- discutir de que forma a ausência do homem trabalhador rural nos serviços de saúde primário refletem na sociedade."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

3. A alteração solicitada não altera a análise de risco anterior, uma vez que se trata de projeto de baixo risco (constrangimento) e que o envio por email e autoaplicação do questionário não eleva as possibilidades deste dano em particular.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

4. A emenda solicitada não representa alterações significativas nos principais elementos do projeto. Quanto à inclusão de autopreenchimento de questionários enviados por email, este procedimento não eleva os riscos possíveis a que estarão expostos os participantes.

A pesquisadora informou que a coleta mediante entrevistas já se encontra encerrada devido à saturação dos dados e resta somente alcançar o número necessário de respondentes do questionário, sendo esta a justificativa para a inclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

5. Todos os termos haviam sido adequadamente apresentados: folha de rosto, declaração de compromisso e TCLE. A emenda não traz necessidade de alteração nestes documentos.

Recomendações:

6. Solicita-se especial atenção da pesquisadora quanto ao envio, preenchimento e retorno dos TCLEs por email. Sugere-se:

1. Pensar em formas de garantir que os participantes somente respondam o questionário após a leitura do TCLE (talvez enviar o questionário somente para os que devolver o TCLE ou montar somente um anexo, no qual o questionário venha após o TCLE);
2. Deixar explícito no email que os participantes devem tirar qualquer dúvida, pelo mesmo canal

Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n
Bairro: Centro **CEP:** 56.304-205
UF: PE **Município:** PETROLINA
Telefone: (87)2101-6896 **Fax:** (87)2101-6896 **E-mail:** cep@univasf.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO



Continuação do Parecer: 3.279.546

ou telefone, antes de responder o questionário;

3. Enviar os documentos em PDF com campos que admitem edição para que os participantes possam preenchê-los sem necessidade de impressão e escaneamento, de modo a não gerar despesas para eles.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

7. A emenda atende aos mesmos critérios de avaliação ética do projeto já aprovado, podendo ser aceita por este CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

É com satisfação que informamos formalmente a V^a. Sr^a. que a emenda o projeto "Saúde do trabalhador rural sob a perspectiva dos profissionais da atenção básica" foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIVASF. A partir de agora, é possível dar continuidade à coleta de dados. Informamos ainda que no prazo máximo de 1 (um) ano a contar desta data deverá ser enviado a este comitê um relatório sucinto sobre o andamento da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_131394_9_E1.pdf	13/03/2019 13:33:29		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CartarespostaoCEPlidice.doc	14/06/2018 10:53:58	LIDICE LILIAN MIRANDA REZENDE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOLIDICECORRIGIDO.docx	14/06/2018 09:58:23	LIDICE LILIAN MIRANDA REZENDE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMACORRIGIDO.docx	14/06/2018 09:57:09	LIDICE LILIAN MIRANDA REZENDE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECORRIGIDO.docx	14/06/2018 09:55:53	LIDICE LILIAN MIRANDA REZENDE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOLIDICE.jpg	03/05/2018 20:07:50	LIDICE LILIAN SANTOS MIRANDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOPESQUISADOR.pdf	29/04/2018 10:52:24	LIDICE LILIAN SANTOS MIRANDA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	29/04/2018 10:47:21	LIDICE LILIAN SANTOS MIRANDA	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n
Bairro: Centro **CEP:** 56.304-205
UF: PE **Município:** PETROLINA
Telefone: (87)2101-6896 **Fax:** (87)2101-6896 **E-mail:** cep@univasf.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO



Continuação do Parecer: 3.279.546

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PETROLINA, 23 de Abril de 2019

Assinado por:
Rebeca Mascarenhas Fonseca Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n
Bairro: Centro **CEP:** 56.304-205
UF: PE **Município:** PETROLINA
Telefone: (87)2101-6896 **Fax:** (87)2101-6896 **E-mail:** cep@univasf.edu.br

ANEXO C – Parecer de Aprovação da Emenda do Comitê de Ética

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Saúde do trabalhador rural sob a perspectiva dos profissionais da atenção básica

Pesquisador: LIDICE LILIAN MIRANDA REZENDE

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 88994718.0.0000.5196

Instituição Proponente: UNIVASF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.279.546

Apresentação do Projeto:

1. Trata-se emenda ao projeto "Saúde do trabalhador rural sob a perspectiva dos profissionais da atenção básica" solicitando inclusão de uma forma de aplicação dos questionários (via email).

O projeto está ligado ao Programa de mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas da Univasf, cuja equipe é composta por Lidice Lilian Miranda Rezende (responsável), Marcelo Domingues de Faria (orientador) e Paula da Luz Galvão (coorientadora). O projeto contempla todas as seções essenciais para a análise ética e todos os pesquisadores foram devidamente cadastrados na Plataforma Brasil.

A emenda solicitada não trouxe alterações nos elementos do projeto já aprovado, além da inclusão do email como forma de envio e recepção do questionário também aprovado.

Objetivo da Pesquisa:

2. Os objetivos do projeto permaneceram os mesmos: "O objetivo geral do presente trabalho será identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da atenção básica no contexto da saúde do homem trabalhador rural no município de Petrolina-PE."

Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n

Bairro: Centro

CEP: 56.304-205

UF: PE

Município: PETROLINA

Telefone: (87)2101-6896

Fax: (87)2101-6896

E-mail: cep@univasf.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO



Continuação do Parecer: 3.279.546

Objetivos específicos:

- "- analisar concepções de gênero, masculinidade, cultura e territorialidade;
- avaliar o nível de conhecimento dos profissionais da atenção básica de saúde em relação às políticas públicas voltadas aos homens trabalhadores rurais;
- conhecer as ações realizadas para integrar homens trabalhadores rurais ao atendimento primário a saúde;
- identificar os empecilhos que os profissionais encontram para inserir o homem trabalhador rural na atenção básica;
- discutir de que forma a ausência do homem trabalhador rural nos serviços de saúde primário refletem na sociedade."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

3. A alteração solicitada não altera a análise de risco anterior, uma vez que se trata de projeto de baixo risco (constrangimento) e que o envio por email e autoaplicação do questionário não eleva as possibilidades deste dano em particular.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

4. A emenda solicitada não representa alterações significativas nos principais elementos do projeto. Quanto à inclusão de autopreenchimento de questionários enviados por email, este procedimento não eleva os riscos possíveis a que estarão expostos os participantes.

A pesquisadora informou que a coleta mediante entrevistas já se encontra encerrada devido à saturação dos dados e resta somente alcançar o número necessário de respondentes do questionário, sendo esta a justificativa para a inclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

5. Todos os termos haviam sido adequadamente apresentados: folha de rosto, declaração de compromisso e TCLE. A emenda não traz necessidade de alteração nestes documentos.

Recomendações:

6. Solicita-se especial atenção da pesquisadora quanto ao envio, preenchimento e retorno dos TCLEs por email. Sugere-se:

1. Pensar em formas de garantir que os participantes somente respondam o questionário após a leitura do TCLE (talvez enviar o questionário somente para os que devolver o TCLE ou montar somente um anexo, no qual o questionário venha após o TCLE);
2. Deixar explícito no email que os participantes devem tirar qualquer dúvida, pelo mesmo canal

Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n
Bairro: Centro **CEP:** 56.304-205
UF: PE **Município:** PETROLINA
Telefone: (87)2101-6896 **Fax:** (87)2101-6896 **E-mail:** cep@univasf.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO



Continuação do Parecer: 3.279.546

ou telefone, antes de responder o questionário;

3. Enviar os documentos em PDF com campos que admitem edição para que os participantes possam preenchê-los sem necessidade de impressão e escaneamento, de modo a não gerar despesas para eles.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

7. A emenda atende aos mesmos critérios de avaliação ética do projeto já aprovado, podendo ser aceita por este CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

É com satisfação que informamos formalmente a V^a. Sr^a. que a emenda o projeto "Saúde do trabalhador rural sob a perspectiva dos profissionais da atenção básica" foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIVASF. A partir de agora, é possível dar continuidade à coleta de dados. Informamos ainda que no prazo máximo de 1 (um) ano a contar desta data deverá ser enviado a este comitê um relatório sucinto sobre o andamento da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_131394_9_E1.pdf	13/03/2019 13:33:29		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CartarespostaoCEPlidice.doc	14/06/2018 10:53:58	LIDICE LILIAN MIRANDA REZENDE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOLIDICECORRIGIDO.docx	14/06/2018 09:58:23	LIDICE LILIAN MIRANDA REZENDE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMACORRIGIDO.docx	14/06/2018 09:57:09	LIDICE LILIAN MIRANDA REZENDE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECORRIGIDO.docx	14/06/2018 09:55:53	LIDICE LILIAN MIRANDA REZENDE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOLIDICE.jpg	03/05/2018 20:07:50	LIDICE LILIAN SANTOS MIRANDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOPESQUISADOR.pdf	29/04/2018 10:52:24	LIDICE LILIAN SANTOS MIRANDA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	29/04/2018 10:47:21	LIDICE LILIAN SANTOS MIRANDA	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n
Bairro: Centro **CEP:** 56.304-205
UF: PE **Município:** PETROLINA
Telefone: (87)2101-6896 **Fax:** (87)2101-6896 **E-mail:** cep@univasf.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO



Continuação do Parecer: 3.279.546

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PETROLINA, 23 de Abril de 2019

Assinado por:
Rebeca Mascarenhas Fonseca Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n
Bairro: Centro **CEP:** 56.304-205
UF: PE **Município:** PETROLINA
Telefone: (87)2101-6896 **Fax:** (87)2101-6896 **E-mail:** cep@univasf.edu.br