

GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NO CONTEXTO DO HOMEM QUILOMBOLA

Management of health care provided to quilombola men

Administración en la atención a la salud en el contexto del hombre quilombola

Felipe Valino dos Santos^{1}; Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues²; Laura Maria Vidal Nogueira³; Ingrid Fabiane Santos da Silva⁴; Erlon Gabriel Rego de Andrade⁵*

Como citar este artigo:

Santos FV, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, *et al.* Gestão do cuidado em saúde no contexto do homem quilombola. RevFunCareOnline.2021.jan./dez.;13:1217-1226.DOI:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.7416>

ABSTRACT

Objective: The study's main purpose has been to discuss the management of health care provided to quilombola men. **Methods:** this descriptive study with a qualitative approach was performed with two Family Health Strategy (FHS) teams delivering care for quilombola people in the municipalities of *Ananindeua* and *Santa Izabel do Pará*. Individual interviews were carried out with 17 participants, including team members and municipal managers, over the period from July to September 2017. **Results:** the use of content analysis allowed the emergence of two thematic categories: "Knowledge and practices of professionals and managers on the public policies targeting quilombola men" and "Intervening factors in the implementation of the measures established in health policies targeting quilombola men". **Conclusion:** it is necessary to speed up the acquisition of knowledge and implementation of practices in health facilities. All social actors should participate in this process to provide the best possible care for quilombola men because enhancing care management according to the quilombola population's needs is a well-known challenge and can contribute to the delivery of integrated care in these municipalities.

Descriptors: Primary health care, Rural health, Men's health, Health management.

¹ Graduado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (UEPA), Mestrando em Enfermagem pela UEPA. Brasil.

² Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Especialista em Planejamento e Gestão de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Especialista em Epidemiologia e Gerência de Serviços de Saúde pela Universidade do Estado do Pará (UEPA), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Doutora em Enfermagem pela UFRJ, Docente da UEPA. Brasil.

³ Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Fundação Educacional do Estado do Pará (FEP), Especialista em Saúde Pública pela UFPA, Mestre em Educação pela Universidade do Estado do Pará (UEPA), Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Docente da UEPA. Brasil.

⁴ Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (UEPA), Mestre em Enfermagem pela UEPA, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Brasil.

⁵ Graduado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (UEPA), Especialista em Neurologia pelo Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA). Brasil.

RESUMO

Objetivo: Discutir a gestão do cuidado na dimensão da saúde do homem quilombola. **Método:** estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido em duas equipes da Estratégia Saúde da Família em comunidades quilombolas nos municípios de Ananindeua e Santa Isabel do Pará. Realizou-se entrevistas individuais com 17 participantes, entre profissionais das equipes e gestores municipais, no período de julho a setembro de 2017. **Resultados:** utilizou-se a técnica de análise de conteúdo e organizou-se duas categorias temáticas: “Saberes e práticas de profissionais e gestores sobre as políticas públicas direcionadas ao homem quilombola” e “Fatores intervenientes para implementação das ações previstas nas políticas de saúde direcionadas ao homem quilombola”. **Conclusão:** concluiu-se que é necessário avançar no desenvolvimento da díade “saberes-práticas” nos serviços de saúde, com os atores sociais envolvidos para prestar atendimento com qualidade, pois construir gestão compatível com os quilombolas é um desafio reconhecido por todos e pode contribuir para um cuidado integral nesses municípios.

Descritores: Atenção primária à saúde, Saúde da população rural, Saúde do homem, Gestão em saúde.

RESUMEN

Objetivo: Discutir la administración de la atención a la dimensión de la salud del hombre quilombola. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo, desarrollado en dos equipos de la Estrategia de Salud Familiar, realizadas en comunidades quilombolas localizadas en los ayuntamientos de Ananindeua y Santa Isabel del Pará. Se realizaron entrevistas individuales con 17 participantes, entre profesionales de los equipos y administradores municipales, en el periodo de julio a setiembre de 2017. **Resultados:** se utilizó la técnica de análisis de contenido, organizada en dos categorías temáticas: “Conocimientos y prácticas de profesionales y administradores sobre las políticas públicas dirigidas al hombre quilombola” y “Factores que intervinieron para apoyar la implantación de las acciones previstas en las políticas de salud dirigidas al hombre quilombola”. **Conclusión:** es necesario avanzar en el desarrollo de la dupla “conocimientos y prácticas” en los servicios de salud, con todos los actores sociales envueltos para prestar una atención con máxima calidad, ya que construir una administración compatible con los quilombolas es un desafío reconocido por todos y contribuye a una atención integral en esos ayuntamientos.

Descriptores: Atención primaria de salud, Salud rural, Salud del hombre, Gestión em salud.

INTRODUÇÃO

Para a gestão do cuidado resultar em uma assistência integral, é necessário que todos os aspectos que envolvem o processo saúde e doença sejam levados em conta no planejamento dos serviços, logo, o usuário e suas necessidades são o ponto de partida para isso.¹

A análise do ambiente sociocultural de inserção do sujeito contribui para o entendimento da situação e do contexto de saúde local, o que permite a criação de ferramentas que contribuem na reorientação das práticas assistenciais condizentes com a realidade de vida da população. Assim, ao pensar ações que orientem como as pessoas devem cuidar de si ou ao prescrever e normatizar medidas assistenciais, emerge a proposta de gestão do cuidado como uma tecnologia que contempla e considera os Determinantes Sociais em Saúde (DSS), posto que eles

interferem na saúde das populações.²

A realidade amazônica é bastante diversificada geográfica e sócio-culturalmente quando comparada ao restante do país. É nesse contexto que estão inseridas populações tradicionais como as comunidades quilombolas que sobrevivem às dificuldades de vários cunhos. Todas as relações de vida e trabalho dessas populações tradicionais estão intimamente ligadas ao ambiente natural e cultural no qual vivem.³

O Ministério da Saúde (MS), considerando as desfavoráveis condições de saúde dessas populações e visando diminuir as iniquidades em saúde, quanto à redução dos agravos que incidem nas taxas de morbidade e mortalidade nesse grupo, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), que, juntamente com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), prevê ações para atendê-los de forma integral.⁴

No caso da população masculina quilombola, a situação de vulnerabilidade desse grupo faz parte de um contexto em que o autocuidado não é assumido como prática pertinente à identidade de gênero, além de não fazer parte dos atributos masculinos historicamente construídos. Junto a isso, problematiza-se o fato de que o não reconhecimento da singularidade dos homens por parte dos serviços de saúde pode trazer dificuldades em incorpora-los como protagonistas de seus cuidados.⁵

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi formulada em 2009 com um conjunto de princípios e diretrizes para promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos. A política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública.⁵

A fim de dirimir as iniquidades presentes em contexto de diversas especificidades da saúde de usuário homem, negro, rural e quilombola, novas estratégias de gestão do cuidado devem ser levadas em conta para, de fato, compreender a realidade desse grupo vulnerável, a fim de resgatar a promoção da saúde de forma integral e equânime.⁴ Considerando esses aspectos, o objetivo deste estudo é discutir a gestão do cuidado na dimensão da saúde do homem quilombola.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, desenvolvida em comunidades quilombolas nos municípios de Ananindeua e Santa Isabel do Pará, localizados na região metropolitana de Belém-Pará.

Em Ananindeua, o cenário da pesquisa foi a comunidade quilombola Abacatal/Aurá, onde residem cerca de 139 famílias. Está localizada a aproximadamente 8 km do

centro de Ananindeua e foi titulada pelo ITERPA nos anos de 1999 e 2008 com aproximadamente 573,5463 hectares. Essa comunidade é coberta pela Unidade de Saúde da Família (USF) Aurá, que conta com 02 equipes: ESF Aurá e ESF Jardim Japonês, sendo esta a que presta assistência para a comunidade quilombola de Abacatal/Aurá.

No município de Santa Izabel do Pará, o cenário foi a comunidade quilombola de Macapazinho, que se situa a aproximadamente 15 quilômetros da sede do município. Nessa comunidade, a atenção à saúde é realizada pela USF Conceição do Itá, que conta com 01 equipe, denominada ESF Macapazinho.

Participaram do estudo 100% das equipes da Estratégia Saúde da Família dos municípios-cenários que atendem as comunidades quilombolas escolhidas e representantes da gestão dos municípios.

No momento da coleta de dados, a equipe da ESF Jardim Japonês estava incompleta, contando com 03 agentes de saúde e 01 técnica de enfermagem. Já a equipe de Macapazinho estava composta por 04 agentes comunitários de saúde, 01 agente de saúde bucal, 01 enfermeira, 01 médico e 03 técnicos de enfermagem, perfazendo um total de 14 profissionais de saúde. Como representantes da gestão municipal, contou-se, em Ananindeua, com 01 responsável técnico da Atenção Básica; no município de Santa Izabel, participaram 02 representantes da gestão municipal. Dessa forma, totalizou-se 17 participantes.

Foram incluídos profissionais de saúde da ESF dos municípios, concursados ou contratados, atendendo há pelo menos seis meses as comunidades quilombolas. Para os gestores, também foi considerado o mínimo de seis meses exercendo a função.

No primeiro contato, foram realizadas visitas às Secretarias Municipais de Saúde de Ananindeua e Santa Izabel do Pará, para conhecer gestores e equipes atuantes no local. Nessas visitas foi apresentado o projeto, seus objetivos, instrumento de coleta de dados, e feito o convite para participação. Com os que aceitaram, foi pactuado dia e horário das entrevistas. Estas ocorreram no período de julho a setembro de 2017, no próprio local de trabalho dos participantes, assegurando o máximo de privacidade a cada um e respeitando seus limites e particularidades de atuação profissional.

Para a análise dos dados, realizou-se a técnica de análise de conteúdo.⁶ O produto das entrevistas foi organizado de acordo com as questões do instrumento e rigorosamente analisado para identificar os temas predominantes e organizar as categorias que pudessem atender aos objetivos do estudo.

Foram considerados os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012/CNS. A pesquisa recebeu autorização das Secretarias Municipais de Saúde de Ananindeua e Santa Izabel do Pará e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição na qual a pesquisadora responsável é vinculada, sob CAAE nº 70155917.0.0000.5170.

Aos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que pudessem, livremente, manifestar seu interesse de participar. O anonimato dos participantes foi assegurado por meio do uso de código alfanumérico para identificação das entrevistas, com a letra P para profissionais e G para gestores e o número sequencial das mesmas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos participantes

A idade dos participantes variou de 26 a 55 anos, predominando a faixa etária de 32 a 38 anos (11/64,70%), com predomínio do sexo feminino (13/76,47%). Em relação ao estado civil, o maior percentual foi de casados (11/64,70%). Quanto à escolaridade, 100% dos ACS completaram o ensino médio. Dentre os participantes com titulação superior, (6/35,29%) concluíram ou estavam cursando alguma especialização e, destes, (4/66,66%) concluíram especialização em saúde pública. Sobre o tempo exercendo a profissão, na comunidade de Abacatal/Aurá, prevaleceu em 10 meses (3/75%) e, na comunidade de Macapazinho, em 9 meses (8/80%). Vale ressaltar que a gestão do município de Santa Izabel do Pará se renovou em janeiro de 2017, com isso, houve mudanças na equipe de saúde em quase sua totalidade.

Na análise dos dados, organizaram-se duas categorias temáticas: “Saberes e práticas de profissionais e gestores sobre as políticas públicas direcionadas ao homem quilombola” e “Fatores intervenientes para implementação das ações previstas nas políticas de saúde direcionadas ao homem quilombola”. Estas serão apresentadas e discutidas a seguir.

Saberes e práticas de profissionais e gestores sobre as políticas públicas direcionadas ao homem quilombola

Nesta categoria, discute-se conhecimentos e práticas dos profissionais e gestores acerca das políticas públicas em saúde para atender aos homens quilombolas.

Ao questionar os participantes sobre seu conhecimento quanto às políticas públicas em saúde, de maneira unânime, mencionaram explicações que apontavam para um conjunto de leis, diretrizes e ações em saúde que foram formuladas pelo Estado para atender a população. Consta-se que profissionais e gestores convergem para uma mesma linha de pensamento e, nas suas explicações, o conceito se traduz em expressões como “conjunto de leis”, “ações e estratégias”, “leis e diretrizes” que são planejadas para promover saúde à população:

Creio que são ações e estratégias em saúde que um conjunto político articula juntamente com alguns setores da população, dentre eles profissionais, usuários e gestores. O SUS sobrevive hoje dessas políticas que devem inclusive ser constantemente repensadas para atender sempre a necessidade da população. (P4)

Entendo que é tudo o que está regulamentado pelo Estado para saúde [...] Leis, diretrizes, ações, estratégias, planos e metas. São as propostas que os gestores e governantes planejam para a comunidade, de acordo com a demanda dos usuários do SUS. (P5)

Ao longo da graduação, a gente estuda que as políticas públicas de saúde são leis e estratégias para promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças da população. Pode soar como algo distante de nós e de responsabilidade só do Estado, mas aqui aprendi que as políticas de saúde são feitas diariamente, juntamente com os gestores, os profissionais e usuários. (G2)

Eu entendo que são um conjunto de leis e diretrizes que garantem o acesso da população ao Sistema Único de Saúde, sendo dever do Estado dar saúde para todos, de forma equânime e universal. As políticas de saúde vêm para sistematizar os serviços de saúde no país. (G1)

As ideias dos participantes são coerentes tanto no contexto das políticas em saúde, quanto no das políticas públicas em geral, posto que estas podem ser entendidas como conjunto de disposições, medidas e procedimentos que refletem a política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São de responsabilidade do Estado, por meio de um processo de tomada de decisão que é construído por órgãos públicos e diferentes agentes da sociedade.⁷

No que concerne às políticas públicas em saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) é a formalização da conquista do direito de todos à saúde, e a única possibilidade de atenção para mais de 140 milhões de brasileiros. É uma política pública definida na Constituição Brasileira que estabelece as ações e os serviços públicos de saúde, formando uma rede e constituindo um sistema único. Apesar dos percalços pelo qual passou a implementação do SUS, se comparado ao que havia antes dele, representa uma vitória do povo brasileiro por um movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária ou movimento sanitário.⁸ Este entendimento ficou evidenciado em alguns depoimentos:

As políticas públicas são uma construção política do Estado com a população. No âmbito da saúde, é fazer o SUS dar certo, pois a conquista desse direito foi muito importante para todos nós, profissionais e usuários. As leis das políticas de saúde do Estado nos norteiam a atender a comunidade e organizar os serviços. (G1)

As políticas de saúde são uma conquista que a sociedade conseguiu por meio de muita luta e pressão popular. O SUS é o melhor plano de saúde que uma pessoa pode ter, mesmo com todas as dificuldades. (P12)

O SUS é o melhor plano de saúde que uma pessoa pode ter [...] É a melhor e mais completa política de saúde que conheço. Atende todos sem distinção e muita gente lutou pra isso dar certo! (P8)

As políticas foram um marco na história do surgimento do SUS. Elas foram conquistadas pela população e nós temos a responsabilidade de sempre estar gerenciando e revendo as leis e estratégias para melhor levar saúde a todos, de forma digna e gratuita. (G3)

Os depoimentos demonstram o entendimento de que o SUS é uma política pública importante para a saúde no país. Uma vitória dos movimentos sociais, sendo resultado de um longo processo de construção coletiva e não um produto criado somente pelo Estado.

Na abordagem sobre quais das políticas de saúde poderiam ser utilizadas nos serviços para atender os homens quilombolas, os participantes, de maneira unânime, identificaram as políticas de atenção integral à saúde de determinados grupos populacionais:

Temos como principais a própria Política Nacional de Atenção Básica, juntamente com algumas outras, como a Política Nacional de Atenção Integral ao Homem e a Política Nacional de Ação Integral aos Povos. (P1)

A Política Nacional de Saúde dos Povos do Campo [...] A Política de Saúde do Homem. As principais são essas, pois têm pontos mais específicos para atender a população. Têm outras também, mas acredito que essas são as mais importantes. (P3)

Eu creio que as políticas conversam entre si. Muitas diretrizes completam as políticas. Temos como base a PNAB e a Política da População do Campo e da Floresta. Agora estamos discutindo também sobre como incentivar a implementação da Política de Saúde do Homem aqui em nossos serviços. (G1)

A Política de Saúde do Campo e da Floresta e a da População Negra é discutida em algumas reuniões para que possamos atender da melhor forma a nossa comunidade, garantindo o melhor acesso dos serviços de saúde para todos, sejam homens ou mulheres. (G3)

Entender quais políticas e ações em saúde estão instituídas e podem atender aos homens das comunidades quilombolas é imprescindível para garantir que estes sejam assistidos em sua integralidade, com práticas que atendam suas necessidades.

O Governo Federal incluiu em suas ações e propostas futuras algumas iniciativas que estão concentradas no Programa de Aceleração ao Crescimento Quilombola e são quase completamente centradas em obras de saneamento

e infraestrutura. No relatório do Ministério da Saúde, por sua vez, as ações voltadas à população quilombola estão, em geral, marcadas pela ideia de incentivo à equidade, por meio da extensão da cobertura de ações já existentes, tais como o Programa de Habitação e Saneamento, as ações de segurança alimentar e nutricional e a Estratégia Saúde da Família.⁹

Conhecer as políticas e programas que podem atender as comunidades tradicionais ainda é um desafio. São poucas as iniciativas capazes de fomentar a pesquisa para esses grupos específicos, a fim de apontar dados concretos para subsidiar a criação de ações mais específicas, como no caso da saúde de homens quilombolas.¹⁰ Constatou-se, nos depoimentos, que os participantes não demonstraram total conhecimento sobre as políticas de saúde destinadas à atenção aos homens quilombolas, considerando-os em sua integralidade. O pouco conhecimento das políticas e dos programas pode sugerir uma deficiência na qualidade das ações prestadas nos serviços de saúde, uma vez que a equipe não consegue se nortear pelo planejamento das políticas e nas metas que as mesmas apresentam.

Para compreender as políticas, é necessário entender a realidade que cerca as pessoas, bem como os fatores que interferem na saúde das mesmas. Esse contexto é parte do conceito de Determinantes Sociais em Saúde, que expressa a ideia de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde.⁹

Em 2007, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) definiu que os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.⁹

Esse conceito embasa todos os estudos epidemiológicos e sociais para exemplificar a situação de vulnerabilidade da população quilombola, especialmente dos homens, e está também inserido nas políticas de saúde. Porém, percebe-se que os profissionais têm acesso limitado a fatores sociais importantes, como especificidades de gênero, faixa etária e relações de trabalho dos usuários, ficando evidente a possível fragilidade da assistência, que pode pôr em risco a qualidade de vida destes.

Nesse contexto, majoritariamente, os profissionais demonstraram conhecimento sobre a situação cultural dos usuários que procuram as instituições de saúde, reconhecendo alguns de seus DSS específicos enquanto população quilombola.

Buscou-se, junto aos participantes, detalhamento sobre os saberes da política específica de atenção à saúde do homem, sendo que todos referiram reconhecer a existência da política, no entanto, alguns (7/41,17%) especificaram ações que fazem parte dela:

Eu sei que a Política de Saúde do Homem é uma política nova, que trata as características específicas dos homens

no âmbito da saúde. É importante considerar que o cuidado para o homem é diferente do cuidado para a mulher. (P3)

Eu sei que a política existe, porém não conheço seus detalhes, só o que vemos nas campanhas de novembro. Eu sei que os homens devem ter uma atenção especial, mas ainda não tenho conhecimento profundo de como fazer isso. (P4)

Sei que a política é nova e que ainda vem sendo implementada nos serviços. [...] Abordar sobre a saúde do homem é reduzir os índices de adoecimento, como no caso do câncer de próstata e de pênis, além de prevenir doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, que são mais prevalentes em homens. (P7)

A política de saúde para os homens começou a se intensificar recentemente, pois é importante reduzir a morbimortalidade masculina em nosso município [...] Não apenas se limitar aos Novembros Azuis, mas medidas para o ano todo, tentando trazer esse homem pras unidades de saúde pra incluí-lo desde o pré-natal do acompanhante até a prevenção do câncer de próstata. (P9)

Aqui, se constata que tratar da saúde do homem é, para os profissionais, uma prática ainda recente nos serviços de saúde. Embora a PNAISH tenha sido publicada em 2009, sua implementação avança lentamente nos municípios estudados e, mesmo tendo conhecimento de sua existência, os profissionais ainda não exercem práticas coadunadas com suas diretrizes e objetivos, uma vez que a PNAISH considera os aspectos pessoais e coletivos na reconstrução do que é considerado masculino, resgatando valores e rompendo paradigmas de gênero que podem dificultar o acesso de homens aos serviços de saúde.

Essa questão envolve um intenso trabalho na educação em saúde em parceria com vários agentes sociais organizados na corresponsabilidade das ações governamentais, uma vez que a saúde é uma prerrogativa da cidadania.¹¹

Quanto às ações realizadas nos serviços de saúde para atender os homens quilombolas em específico, todos os entrevistados fizeram um elenco de atividades realizadas nas unidades para atender as particularidades desses usuários, no entanto, constatou-se que essas ações apresentam-se de forma limitada:

A gente tenta sempre verificar o que levou aquele homem a ter determinada doença. Considerando o ambiente em que ele vive e como se relaciona nele. [...] algumas doenças crônicas predominam, como diabetes e hipertensão, sem falar também da anemia falciforme, que é bastante prevalente aqui. No caso das crianças, o foco é a prevenção de parasitoses e doenças na pele. (P1)

Além de incentivar a prevenção do câncer de próstata com muita educação em saúde, é comum a organização de campanhas para os cuidados com feridas e lesões que geralmente acontecem no ambiente do trabalho, pois grande parte tem diabetes e anemia falciforme, então a cicatrização é bem demorada e o risco de infecção é grande. (P7)

Estamos tentando ampliar os serviços de saúde para eles. Além do atendimento para atender a saúde reprodutiva do homem, estamos tentando pensar em novas estratégias para lidar com a saúde mental dos homens, uma vez que o índice de depressão está aumentando, além do constante crescimento da dependência de álcool e outras drogas, por fatores sociais. (G1)

Estamos desenvolvendo atividades que tentem trazer o homem para as unidades. A presença deles aqui ainda é muito pequena, geralmente procuram os serviços quando estão com alguma complicação proveniente de negligência com alguns cuidados básicos, por possuírem alguma doença crônica ou acidentes de trabalho. (G2)

A visão de vulnerabilidade social é, usualmente, referida em estudos epidemiológicos quando se relaciona saúde e doença nas comunidades quilombolas. A morbimortalidade nas comunidades é composta por patologias tanto de origem infecciosa quanto crônico-degenerativas. A importância do recorte étnico/racial, na assistência e na atenção em saúde relativa às doenças e às condições de vida da população negra, permite que sejam identificados contingentes populacionais mais suscetíveis a certos agravos à saúde, como hipertensão e anemia falciforme.⁹

Como ficou evidente nos depoimentos, mesmo não conseguindo atender à PNAISH em sua abrangência, existe um esforço conjunto da equipe de profissionais e gestores para atender as necessidades específicas de homens quilombolas, considerando seus DSS. Ao trabalhar com as doenças mais prevalentes, os profissionais contam com diversas estratégias, como ações de educação em saúde, distribuição de folhetos informativos pela comunidade, eventos em parceria com escolas e universidades, para tentar sensibilizar os usuários a promover seu autocuidado.

Majoritariamente (13/76,47%), os participantes apontaram a prevalência de doenças crônico-degenerativas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial e anemia falciforme; doenças infecciosas, como verminoses (helminthíases), protozooses e micoses; e infestação de parasitas como piolho e pulga, causando assim o aumento de doenças dermatológicas. Para mudar essa realidade, a equipe tenta investir em insumos para disponibilizar medicamentos para a população, porém nem sempre é viável, uma vez que existe um déficit no abastecimento

desses insumos nas unidades de saúde.

Com relação à anemia falciforme, alguns profissionais das equipes (5/35,71%) mencionaram que a doença está presente na comunidade e que muitos homens adultos não sabem de sua condição e só a descobrem ao procurar o serviço por outras razões, a exemplo de lesões provenientes de acidentes de trabalho. Além disso, relataram que um trabalho de saúde nutricional vem sendo ofertado nas escolas para incentivar crianças desde cedo à uma educação alimentar para prevenir maiores agravos da doença.

Vale ressaltar a menção de um gestor de saúde na abordagem de um tema pouco discutido nos serviços de Atenção Primária à Saúde das Comunidades Remanescentes de Quilombos, a saúde mental dos homens e a necessidade de reconhecê-la enquanto importante fator de adoecimento psicossomático que necessita de atenção dos serviços de saúde. O gestor relatou que foi informado por alguns profissionais que os homens estão cada vez mais envolvidos com álcool e outras drogas. Estabelecer estratégias para compreender os motivos que levam à dependência química dos homens quilombolas e/ou ao adoecimento mental é uma ação importante e pode ser o primeiro passo para enfrentar essa questão.

A falta de perspectiva com relação ao futuro e ao crescimento pessoal, as difíceis condições de moradia e a falta de uma política de valorização do homem do campo têm sido apontadas, frequentemente, como causa do alto índice de alcoolismo e tabagismo entre as populações quilombolas. Enfermidades decorrentes desses hábitos nocivos à saúde e a exacerbação de outras condições estabelecidas demonstram a necessidade de uma estratégia especial junto a esses grupos populacionais.¹²

Para enfrentar e combater esse problema, o gestor informou que está buscando fortalecer a parceria com serviços como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), reunindo com outros gestores e profissionais para que essa situação na comunidade possa ser revertida.

Fatores intervenientes para implementação das ações previstas nas políticas de saúde direcionadas ao homem quilombola

Nesta categoria, discute-se os desafios para profissionais e gestores como fatores intervenientes para a implementação das ações previstas nas políticas de saúde para a atenção ao homem quilombola. Quando questionados sobre quais seriam as facilidades e/ou dificuldades nos serviços, em relação aos usuários e/ou à equipe de saúde, os participantes apontaram um conjunto de ideias que expressavam a realidade das práticas de cuidado como desdobramentos das políticas em saúde, bem como o desenvolvimento da gestão do cuidado como estratégia nos serviços:

O que acho mais difícil é chegar até o paciente, e isso não

só no atendimento, mas na relação de confiança mesmo. Muitos se sentem um pouco intimidados conosco e é preciso muita conversa pra saber como estabelecer um bom vínculo, pra então fazê-lo confiar no nosso trabalho. O trabalho dos ACS é fundamental e nos ajuda bastante. (P3)

O que posso apontar como vitória é trazer o usuário pro atendimento, por meio de algumas estratégias [...] Aborda-lo quando o mesmo está acompanhando sua mulher ou quando trazem seus filhos pra receber alguma medicação. [...] Com jeitinho, conseguimos encaminha-los pra alguma consulta, pra verificar seu estado geral de saúde. (P8)

Infelizmente, nem todos ainda conseguem ter uma visão diferenciada pra atender os usuários daqui [...] Por falta de capacitação, e outros, por não ter um perfil mesmo. Outra grande dificuldade é a falta de profissionais pra atender toda a demanda. As equipes não estão completas e isso prejudica muito o atendimento. (P12)

Eu penso que a maior dificuldade é manter o usuário em continuidade dentro dos serviços. Em geral, o homem raramente consegue se manter até o fim de sua terapêutica. Isso quando ele consegue chegar até os serviços. Mas percebo que isso está mudando e estamos conseguindo sensibilizar melhor, devido às atividades de educação em saúde. (G1)

Estamos conseguindo repensar algumas ações pra atender melhor esse usuário. [...] estamos vendo como resolver o caso do elevado número de homens envolvidos no alcoolismo, por exemplo. Já estamos conseguindo apoio de outros órgãos pra nos fortalecer. É algo que temos que logo tentar reverter antes que piore, pois isso pode até gerar o aumento de casos de violência, principalmente doméstica. (G3)

Identificou-se que as percepções estão centradas nas dificuldades, sendo que as ideias de ambos os participantes convergem para os mesmos pontos, evidenciando (14/82,35%) a dificuldade de acesso aos serviços que os homens enfrentam nos quilombos, principalmente no cuidado preventivo, além da dificuldade em manter esse usuário de forma contínua nos serviços durante toda sua linha de cuidados.

Isso pode estar relacionado com a construção social do ser masculino e da representação do homem na sociedade, como um ser física e psicologicamente forte, resultando em uma figura que rejeita cuidar de si, adiando ou negando tratamentos preventivos, de promoção e proteção da saúde. Nesse sentido, verifica-se que o processo de adoecimento torna-se de difícil aceitação e, embora se possa até

reconhecer a importância da prevenção para a saúde em geral, não há a adoção, na prática, de tais comportamentos, tampouco há a busca, para fins preventivos, dos serviços de saúde, o que determina que riscos e doenças, quando existentes, sejam de difícil detecção e tratamento pelos profissionais.¹³

A maioria dos homens não tem o hábito de cuidar da própria saúde e retarda, ao máximo, a procura por assistência, deixando para fazê-la quando não consegue lidar sozinho com a repercussão de seus agravos. Entende-se que essas atitudes se justificam de duas formas: pela visão do homem como invulnerável e pelo distanciamento entre ele e certas características relacionadas ao feminino, como cuidado, sensibilidade, fragilidade e dependência.¹⁴

A equipe tenta envolver esse homem rural nos cuidados em saúde por meio de novas estratégias que tentam sensibilizá-lo sobre seu autocuidado, sejam elas de educação em saúde nas salas de espera ou convidando o usuário para avaliações médicas ou de enfermagem, quando o mesmo vai até às unidades de saúde para buscar medicamentos ou acompanhar algum familiar em outras consultas.

Essas estratégias remetem ao conceito da gestão do cuidado em saúde, que parte do trabalho individual para o transdisciplinar, reafirmando a necessidade de responsabilidade, autonomia e vinculação que as equipes devem assumir para promoverem a saúde. Um dos principais desafios de gestão é o de programar formas de participação e envolvimento dos atores, buscando aproximar trabalhadores de usuários.¹⁵

O reconhecimento da importância da formação do vínculo entre profissional e usuário está presente nos depoimentos. Notou-se que o vínculo ultrapassa uma simples relação profissional para algo mais complexo e próximo da realidade do usuário. Os profissionais buscam identificar também o contexto em que o indivíduo e a família estão inseridos, a condição de saúde e o aspecto emocional do usuário.

A formação do vínculo entre profissional e usuário promove uma relação de confiança e respeito, que acontece por meio da identificação das necessidades do usuário. Consiste numa ferramenta imprescindível para a adesão ao seu tratamento farmacológico, como também às propostas da ESF. Faz-se indispensável, para isso, o estabelecimento de laços interpessoais fortes, que reflitam a cooperação mútua entre profissionais e usuários e, conseqüentemente, um cuidado compartilhado e humanizado. Com isso, pode-se inferir que quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, pois maior será a troca de saberes entre os trabalhadores da saúde e usuários, desconstruindo a ideia de hierarquia do profissional sobre o usuário.¹⁶

No que concerne aos profissionais das equipes, estes, majoritariamente (12/85,71%), relataram dificuldades, focalizando questões importantes, como a dificuldade do profissional em lidar com usuários diferenciados, reconhecendo suas particularidades no contexto social e

dos determinantes de saúde. A formação dos profissionais nem sempre está voltada para os aspectos referentes aos povos tradicionais, embora essa seja uma necessidade, considerando as características da região e o cumprimento do que é previsto nas políticas e programas direcionados ao homem quilombola. Além disso, a falta de equipes completas, a exemplo do município de Ananindeua, concorre para aumentar essa dificuldade.

Para atender as especificidades dos usuários, pode-se constatar que as propostas para melhorar o acesso à saúde das comunidades quilombolas estão previstas nas políticas, indicando a necessidade de repensar o processo de formação dos profissionais de saúde, o qual ainda carrega forte herança do modelo de ensino tradicional tecnicista.

É importante que as práticas educativas sejam organizadas a partir das necessidades de saúde da população local, no cotidiano das unidades de saúde, aproximando a academia dos serviços de saúde, partindo sempre dos condicionantes locais da população assistida. Além disso, há a necessidade de desenvolver um programa de educação permanente e capacitação profissional, principalmente no momento da admissão de novos profissionais para atuar junto à equipe.¹⁷

No tocante às atividades de gestão das políticas e ações em saúde, relativas à promoção e participação da equipe e dos gestores em reuniões de planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas nos serviços, constatou-se que tanto os gestores quanto os profissionais das equipes reconhecem que essa é uma fragilidade que precisa ser melhor trabalhada por todos:

Pra falar a verdade, a gente deveria se reunir mais pra discutir os casos da comunidade. A comunicação entre os profissionais se dá de maneira atravessada [...] Isso dificulta muito na assistência e, muitas vezes, ficamos presos aos registros das consultas. (P4)

A gente até tenta se reunir pra ver o que pode fazer pra melhorar, mas nem sempre dá. Até porque, às vezes, a demanda é grande, o número de profissionais não é suficiente, mas conseguimos nos reunir algumas vezes, sim, porém a frequência disso é incerta. (P13)

As demandas são trazidas para cá e sempre avaliamos a necessidade de estar acompanhando os profissionais em seus trabalhos. Quando têm alguma dificuldade, procuramos atendê-los sempre que possível para poder pensar em dar uma resposta pras demandas, seja por reuniões com toda a equipe ou com alguns profissionais. (G2)

A gente tenta criar reuniões para verificar as fragilidades dos serviços. Geralmente, quando acontece alguma dificuldade nas demandas de insumos ou quando surge alguma questão da comunidade, que envolve a saúde e o

bem estar dos quilombolas. (G3)

Ficou evidente que as atividades de gestão podem influenciar no desdobramento das práticas em saúde desenvolvidas nas unidades. Majoritariamente, os profissionais (11/78,57%) discorreram sobre a dificuldade de se reunir para debater a realidade da demanda local, no que concerne à saúde dos usuários e à falta de uma programação prévia de reuniões, dificultando a participação de todos.

A reunião é um momento de encontro dos membros da ESF e das equipes de apoio para o planejamento, organização e avaliação dos processos de trabalho desenvolvidos. É um espaço de fluidez de diálogo, expressão de opiniões, construção de projetos e planos de atendimento coletivo, para a efetiva construção do trabalho em equipe. Para o contínuo desenvolvimento desta construção, é imprescindível que todos os atores envolvidos articulem uma nova forma de ação para o trabalho em equipe.

Os gestores, de forma unânime, reafirmaram seu compromisso com as atividades de planejamento e acompanhamento das ações de saúde. Ainda assim, os depoimentos mostraram que esse é ainda um grande desafio, pois, se a equipe tem dificuldades em se reunir para discutir sobre suas práticas e se a gestão de saúde não consegue acompanhar sempre as demandas, possivelmente haverá dificuldades para a implementação das políticas e programas de saúde voltadas ao homem quilombola.

Vale refletir sobre o que isso pode significar para o desenvolvimento social da comunidade, principalmente no que se refere à saúde dos homens, uma vez que se encontram em um forte contexto de vulnerabilidade.

CONCLUSÕES

Este estudo alcançou seus objetivos ao evidenciar os saberes e práticas de equipes de saúde da ESF e gestores municipais sobre a gestão do cuidado na dimensão da saúde do homem quilombola.

Identificou-se a necessidade de fortalecer a atenção à saúde para o homem quilombola, pois, embora conheçam as políticas públicas, os participantes demonstraram que precisam ampliar seus conhecimentos sobre as políticas de saúde direcionadas a esse grupo, bem como suas ações e diretrizes, reconhecendo sua importância no momento de desenvolver as práticas de saúde nos serviços da Atenção Primária à Saúde, para melhor atendê-los.

Vale refletir que é necessário avançar no desenvolvimento da díade saberes-práticas nos serviços de saúde, com todos os atores sociais envolvidos nesse processo, para prestar um atendimento com máxima qualidade aos homens quilombolas.

Questões relacionadas aos usuários e profissionais das equipes, tais como as estratégias para atrair os homens

para os serviços de saúde, estabelecer vínculos com esses clientes, reconhecer as particularidades de gênero, estimular a gestão do cuidado preventivo e autocuidado, bem como relacionadas à gestão do cuidado, a exemplo do planejamento, monitoramento e avaliação das ações, são desafios reconhecidos por todos para a implementação da política de saúde do homem quilombola.

Importa, então, envidar esforços frente às dificuldades de toda natureza que são enfrentadas cotidianamente por profissionais e gestores, como o acesso aos serviços de saúde nas comunidades quilombolas, a carência de equipes completas nos serviços, a necessidade de fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários, a formação dos profissionais que, em muitos casos, não os prepara para essas ações, a necessidade de educação permanente e capacitação profissional frente à alta rotatividade de recursos humanos.

Logo, é necessário um esforço conjunto de gestores e profissionais, repensando suas ações, pois, na atual conjuntura econômica e de saúde do país, fica evidente que existe um longo caminho a ser percorrido no enfrentamento desses entraves, para a completa implementação das políticas que buscam atender de forma integral o homem quilombola.

Aponta-se, como limitação para o desenvolvimento deste estudo, o reduzido número de gestores, pois, embora os pesquisadores, em seu levantamento inicial, já soubessem que esse número não seria elevado, findaram por contar com um número muito menor que o previsto. Ainda assim, entende-se que os que participaram muito contribuíram para o alcance dos objetivos, não hesitando em colaborar e discutir as questões inerentes à gestão do cuidado do homem quilombola em seu município. Como limitação para a análise dos resultados, evidenciou-se a carência da produção científica voltada ao tema pesquisado, que quase inexistente na literatura nacional e internacional, dificultando a comparação e inferência com outros estudos, o que certamente qualificaria e ampliaria a discussão sobre o tema.

Espera-se que o conhecimento aqui obtido possa subsidiar profissionais, gestores e novos pesquisadores a refletir sobre seus papéis no desenvolvimento da saúde da população de homens quilombolas, uma vez que, construir modos de gestão compatíveis com os profissionais e com os objetivos propostos pelo SUS contribui para a saúde da população de forma universal, com equidade e integralidade, dirimindo assim maiores agravos.

REFERÊNCIAS

1. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2011 Apr-June [cited 2017 Nov 15]15(37):589-99. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en
2. Luzardo AR. Modelo de gestão do cuidado em Atenção Primária: reflexão sobre determinantes sociais da saúde do idoso. In: Pereira MF, Costa AM, Moritz GO, Bunn DA. Contribuições para a gestão

- do SUS. Florianópolis: Editora Fundação Boiteux; 2013. p. 13-28. Available from: <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Volume-10-Artigo-01.pdf>
3. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 16]21(5):1499-509. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html
5. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebelo LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na Atenção Primária. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2017 Nov 16]16(supl 1):983-92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700030
6. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edição 70; 2011.
7. Lima CA, Oliveira APS, Macedo BF, Dias OV, Costa SM. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. *Rev Bioét [Impr]*. 2014 [cited 2017 Nov 16]22(1):152-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422014000100017>
8. Figueiredo EN. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS [Curso de Especialização em Saúde da Família – UNASUS/UNIFESP]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP; 2012 [cited 2017 Nov 16]. Available from: <http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/169>
9. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev CEFAC* [Internet]. 2011 Sept-Oct [cited 2017 Nov 15]13(5):937-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n5/151-10.pdf>
10. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 Mar [cited 2017 Nov 14]23(3):565-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>
11. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
12. Mello MM. Mocambo: antropologia e história no processo de formação quilombola. *Mana* [Internet]. 2009 Oct [cited 2017 Nov 15]15(2):585-603. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132009000200010>
13. Silva PAS, Furtado MS, Guilhon AB, Souza NVDO, David HMSL. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2012 July-Sept [cited 2017 Nov 14]16(3):561-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/19.pdf>
14. Miranda HR, Corrêa JA, Nogueira LMV, Palmeira IP, Rodrigues ILA. Desvendando saberes e preocupações sobre a saúde entre homens ribeirinhos. *Rev Enferm UFPE Online* [Internet]. 2017 Sept [cited 2017 Nov 16]11(9):3446-53. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/110244/22183>
15. Lacerda JT, Machado NMV, Magajewski FRL. Gestão do cuidado e dos serviços de saúde [Acervo de recursos educacionais em saúde – UNA-SUS/UFSC]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC; 2012 [cited 2017 Dec 14]. Available from: <http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/300>
16. Santos RCA, Miranda FAN. Importância do vínculo entre profissional-usuário na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Enferm UFSC* [Internet]. 2016 July-Sept [cited 2017 Nov 16]6(3):350-9. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17313>
17. Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik MY. A humanização do cuidado na ótica das equipes da Estratégia de Saúde da Família de um município do interior paulista, Brasil. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2010 July-Aug [cited 2017 Nov 16]18(4):07. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_15.pdf

Recebido em: 09/03/2018
Revisões requeridas: Não houve
Aprovado em: 02/07/2018
Publicado em: 31/08/2021

***Autor Correspondente:**
Felipe Valino dos Santos
Travessa Humaitá, nº 522
Pedreira, Belém, PA, Brasil
E-mail: felipevalino1@gmail.com
CEP: 66.083-340

Os autores afirmam não ter conflito de interesses.