

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO**

EVAN PEREIRA BARRETO

**CONVERSAS COM PACIENTES NEFROLÓGICOS: COMPREENDENDO
AS NECESSIDADES E A RESISTÊNCIA MASCULINA NA ADESÃO
AO TRATAMENTO**

SÃO MATEUS - ES

2021

EVAN PEREIRA BARRETO

CONVERSAS COM PACIENTES NEFROLÓGICOS: COMPREENDENDO
AS NECESSIDADES E A RESISTÊNCIA MASCULINA NA ADESÃO
AO TRATAMENTO

Dissertação apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência, Educação e Tecnologia.

Orientadora: Professora Doutora Yolanda Aparecida de Castro Almeida Vieira

SÃO MATEUS - ES

2021

Autorizada a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação

Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES

B273c

Barreto, Evan Pereira.

Conversas com pacientes nefrológicos: compreendendo as necessidades e a resistência masculina na adesão ao tratamento / Evan Pereira Barreto – São Mateus - ES, 2021.

102 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2021.

Orientação: prof^a. Dr^a. Yolanda Aparecida de Castro Almeida Vieira.

1. Saúde do homem. 2. Nefrologia. 3. Medicina humanizada. 4. Educação médica. I. Vieira, Yolanda Aparecida de Castro Almeida. II. Título.

CDD: 616.6

Sidnei Fabio da Glória Lopes, bibliotecário ES-000641/O, CRB 6ª Região – MG e ES

EVAN PEREIRA BARRETO

**CONVERSAS COM PACIENTES NEFROLÓGICOS:
COMPREENDENDO AS NECESSIDADES E A RESISTÊNCIA
MASCULINA NA ADESÃO AO TRATAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência, Tecnologia e Educação, na área de concentração Ciência, Tecnologia e Educação.

Aprovado em 11 de dezembro de 2021.

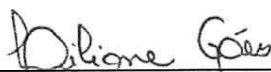
COMISSÃO EXAMINADORA



Profa. Dra. Yolanda Aparecida de Castro Almeida Vieira
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientadora



Prof. Dr. André Luis Lima Nogueira
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Profa. Dra. Liliane Matos Góes
Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

DEDICATÓRIA

A minha amiga Fabiana, por se fazer presente em minha vida, dando-me força, ajudando-me, apoiando-me, inclusive, sendo a minha guia na escrita e participando comigo das histórias dos meus pacientes.

E à Dona Lurdes, que sempre me acolheu e me tratou como um filho e à menina Pérola, por ter sido – e permanecer sendo para sua mãe – motivo de riso e de desejo de viver.

AGRADECIMENTOS

São tantas as pessoas para agradecer, que com certeza não conseguiria colocar em milhares de folhas. Todavia, quero elevar os meus pensamentos a Deus e agradecer, primeiramente a Ele pelo dom da vida, por eu estar aqui neste momento escrevendo estas linhas, principalmente, porque, no percurso deste mestrado, fui acometido de Covid-19, ficando internado por vários dias na UTI, entre a vida e a morte, entubado, sedado, com a incerteza de uma recuperação, principalmente, nos momentos que meus colegas de profissão já tinham colocado todos os seus conhecimentos para salvar a minha vida e nada parecia resolver.

No entanto, mesmo com as improbabilidades, nunca desistiram da minha vida, e os esforços foram mútuos na classe médica, cada um do seu jeito, tentava, colaborava, opinava, sei que muitos oravam para que eu vencesse mais aquele que parecia ser o pior de todos os obstáculos.

E os outros amigos, familiares, pacientes, estranhos, brasileiros, e estrangeiros, uns me conheciam outros não. Todos entraram em oração. A força, a fé, a dedicação de todos, me fez viver. O que seria eu, se não tivesse amigos? O que seria eu, se não tivesse a minha fé e a fé de todas as outras pessoas para de unir a minha? O que seria eu, se não fosse a minha família? Enfim, também ficaria aqui escrevendo horas perguntando: o que seria eu? Eu sou este que só tem a agradecer a todos por tudo que fizeram e fazem ainda por mim.

Durante o Mestrado na Cricaré, encontrei muitas pessoas especiais que me ajudaram a crescer de inúmeras formas, mas uma delas é especial: Melina. Apesar de irmos da mesma cidade, nos conhecemos – de fato – no início dessa trajetória e ela se tornou uma das minhas melhores amigas, me apoiando juntamente com a sua família, principalmente, quando eu estava doente ou em recuperação. Nessa jornada, nos reunimos – mestrandos, médicos e amigos –, fizemos estudos, trabalhos e discutimos sobre nossas dissertações. Tivemos a companhia de seu esposo Renato, sempre solícito, preparando um café enquanto sua filha linda, a pequena Elisa, queria tirar foto comigo para mexer no meu celular. Por fim, acompanhei a chegada da nova integrante, a Lara que trouxe mais alegria a esse abençoado lar. Obrigada meus amigos, com vocês o andar foi mais leve.

A você Yolanda, minha orientadora, que teve paciência e dedicação comigo, que me acolheu, que me orientou, que pegou na minha mão e me fez crescer, meu muito obrigado!

Agradeço também a todas as pessoas da Universidade Vale do Cricaré, a todos os professores que nos apoiaram nesse caminho de fazer conhecimento.

A todos os funcionários da Clínica de Diálise Saúde Renal e as minhas secretarias que sempre me apoiaram.

Finalizo, agradecendo aos meus pacientes de diálise que cada dia me levam a aprender mais sobre a vida, a medicina, o respeito, o carinho, a perseverança, enfim, vocês que são exemplos de força, suas histórias, nos fazem acreditar e valorizar tudo que temos. Ao pensar em todas as histórias que aqui foi compartilhada, reflito sobre as palavras de Sydney j. Harris “Quando escuto alguém suspirar: “A vida é dura”; eu sempre fico tentando perguntar: Comparado a quê?”.

Se as outras pessoas soubessem a metade do que vocês – meus pacientes renais – vivem e passam, com certeza, repensariam suas práticas e refletiriam sobre elas. Meu muito obrigado por me fazerem, todos os dias, agradecer a Deus por tudo que tenho.

Toda dor pode ser suportada se sobre ela
puder ser contada uma história.

Hannah Arendt

RESUMO

BARRETO, EVAN PEREIRA. **Conversas com pacientes nefrológicos: compreendendo as necessidades e a resistência masculina na adesão ao tratamento.** 2021. 102 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade Vale do Cricaré, 2021.

Introdução - As discussões em torno da saúde do homem, que surgiram a partir da criação da Política Nacional da Saúde do Homem, exigiu do Sistema de Saúde ações que visassem modificar o quadro de baixa adesão aos tratamentos por parte desse público, evidenciando a necessidade de combater a resistência dessa parcela social. Diante disso, produz-se esta pesquisa, a qual consiste em um estudo sobre a invisibilidade dos pacientes nefrológicos do sexo masculino, a qual visa a análise e compreensão das vulnerabilidades desse grupo social, para contribuir com a educação médica e melhora do tratamento desses indivíduos. **Objetivo** - compreender as necessidades e a resistência masculina na adesão ao tratamento renal, a partir da análise das narrativas apresentadas pelos sujeitos do estudo. **Métodos** - Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com orientação analítico-descritiva, mediante entrevistas semiestruturadas com questões em aberto, iniciada após prévia aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e consentimento esclarecido assinado pelos entrevistados. Os sujeitos são pacientes da Clínica Saúde Renal, de Teixeira de Freitas-Ba. **Aporte teórico** – O aporte teórico foi construído a partir de BENEDETTO, GARCIA, BLASCO, 2010; BUSS, 2000, p. 166; COUTINHO & COSTA, 2015; COUTINHO et al., 2010; FRANCO, NASCIMENTO, SILVEIRA, 2015; FREIRE, 2001, PAULA, et al., 2019; GARCIA, CARDOSO, BERNARDI, 2019; GROSSMAN & CARDOSO, 2014; HERRMANN, et al., 2016; JUNIOR, MEDEIROS, FONTOURA, 2018; MADEIRO et al., 2010; PUCCINI & CECILIO, 2004; ROCHA, BARATA & BRAZ, 2019; SILVA, et al., 2020, SOUZA, et al., 2020. **Resultados** - Os entrevistados evidenciaram em sua narrativa os processos históricos limitantes que – ainda que inconscientemente – impedem ou adiam sua adesão ao tratamento. **Conclusão** - As medidas sugeridas relacionam-se ao preparo das equipes de saúde para o acolhimento e esclarecimento desses sujeitos que estão em situação de vulnerabilidade e demandam cuidados especiais, por meio de um enfrentamento humanizado e pautado na escuta e no diálogo.

Palavras-chave: Saúde do homem. Nefrologia. Medicina humanizada. Educação médica.

ABSTRACT

BARRETO, EVAN PEREIRA. **Conversations with nephrological patients: understanding male needs and resistance to treatment adherence.** 2021. 102 f. Dissertation (Master's Degree) — Faculdade Vale do Cricaré, 2021.

Introduction - The discussions around men's health, which emerged from the creation of the National Policy on Men's Health, demanded from the Health System actions aimed at changing the situation of low adherence to treatment by this public, highlighting the need to combat the resistance of this social portion. Therefore, this research consists of a study on the invisibility of male nephrological patients, which aims to analyze and understand the vulnerabilities of this social group, to contribute to medical education and improvement of treatment of these individuals. **Objective** - to understand the needs and male resistance in adherence to renal treatment, from the analysis of the narratives presented by the study subjects. **Methods** - Qualitative, exploratory research, with analytical-descriptive orientation, through semi-structured interviews with open-ended questions, initiated after prior approval of the Research Ethics Committee and informed consent signed by the interviewees. The subjects are patients of the Clínica Saúde Renal, Teixeira de Freitas-Ba. **Theoretical support** - The theoretical support was built from BENEDETTO, GARCIA, BLASCO, 2010; BUSS, 2000, p. 166; COUTINHO & COSTA, 2015; COUTINHO et al., 2010; FRANCO, NASCIMENTO, SILVEIRA, 2015; FREIRE, 2001, PAULA, et al, 2019; GARCIA, CARDOSO, BERNARDI, 2019; GROSSMAN & CARDOSO, 2014; HERRMANN, et al., 2016; JUNIOR, MEDEIROS, FONTOURA, 2018; MADEIRO et al., 2010; PUCCINI & CECILIO, 2004; ROCHA, BARATA & BRAZ, 2019; SILVA, et al., 2020, SOUZA, et al., 2020. **Results** - The interviewees evidenced in their narrative the limiting historical processes that - even if unconsciously - prevent or postpone their adherence to treatment. **Conclusion** - The suggested measures are related to the preparation of health teams for the reception and clarification of these subjects that are in a situation of vulnerability and demand special care, through a humanized approach based on listening and dialogue.

Keywords: Men's Health. Nephrology. Humanized Medicine. Medical Education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A máquina de hemodiálise	41
Figura 2 – Quadro de Fundamentação Teórica.....	46
Figura 3 – Motivos da resistência masculina à terapêutica	54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Faixa etária dos entrevistados.....	50
---	----

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS – Atenção Primária à Saúde
CDL – Catéter de diálise
CF – Constituição Federal
CFM – Conselho Federal de Medicina
DM – Diabetes Mellitus
DML - Depósito Material de Limpeza
DPAC – Diálise peritoneal automática
DRC – Doença Renal Crônica
ESF – Estratégia da Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA – Instituto do Câncer
IRA – Insuficiência renal aguda
IRC – Insuficiência renal crônica
IST – Infecções sexualmente Transmissíveis
JID – Jugular interna direita
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNHAH – Política nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNH – Política Nacional da Humanização
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 A SAÚDE NO BRASIL: DIREITO SOCIAL	22
2.1 O PAPEL DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.....	25
2.2 O PARADOXO DA RELAÇÃO HOMEM X SAÚDE	28
3 A NARRATIVA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO MÉDICA	33
4 A NEFROLOGIA: QUESTÕES SOBRE A DOENÇA RENAL CRÔNICA	37
4.1 CLÍNICA DE DIÁLISE SAÚDE RENAL	40
4.2 PERFIL DO PACIENTE NEFROPATA MASCULINO	42
5 PERCURSO METODOLÓGICO	45
6 DO SILÊNCIO À PALAVRA: HOMENS QUE FALAM	49
6.1 COMPREENDENDO O PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS PACIENTES.....	49
6.2 ENTRE A DESCOBERTA DA DOENÇA E A PERCEPÇÃO DA SAÚDE	51
6.3 HÁBITOS E COMPORTAMENTOS: O FORTALECIMENTO DO IMAGINÁRIO DE MASCULINIDADE.....	53
6.4 ENTRE O COTIDIANO E O TRATAMENTO.....	59
6.5 AMANHÃ HÁ DE SER OUTRO DIA.....	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS.....	74
APÊNDICES	80
ANEXO	99

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a discussão quanto às questões referentes à saúde do homem tem sido ampliada nos cenários nacional e mundial. Tal necessidade, parte da tentativa de modificar um quadro de baixa adesão aos tratamentos de saúde, posto que a população masculina frequenta menos os serviços médicos – seja na Atenção Primária à Saúde¹, seja nas redes de atendimento particular – do que a feminina, uma cultura enraizada desde a infância e que se fortalece durante o processo de construção do indivíduo, o que torna os homens ainda mais resistentes durante a fase adulta.

Tal resistência, segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009) deve-se, em parte, a uma construção de ideal de masculinidade, fundamentado em tabus e crenças que impõe ao homem uma necessidade de assumir uma postura, a qual demonstre força e se distancie dos sentimentos, o que contribui para que eles não aceitem as enfermidades e, conseqüentemente, tenham dificuldade em aderir aos tratamentos. Assim, em virtude dos estereótipos criados pela cultura patriarcal são omitidas fragilidades e situações de vulnerabilidade, o que amplia os riscos e agrava o desenvolvimento de doenças. (BRASIL, 2009).

Segundo Marlene Braz (2005), em “A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva”, o gênero masculino vivencia a imposição de padrões – virilidade, força, independência –, os quais desconsideram a possibilidade da fraqueza e, conseqüentemente, impactam na forma como esse indivíduo se constitui e a imagem que cria sobre si. Nessa perspectiva, é válido analisar como essa imagem historicamente constituída atrapalha a busca pelos tratamentos médicos e a aceitação das fragilidades. Assim, formados desde o seio familiar para: não chorar, não temer, não sentir dor; esses

¹ “A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.” (BRASIL, 2021)

sujeitos sociais repelem a prudência e lançam-se aos riscos que impactam a saúde física e emocional.

No cenário relativo ao Continente Americano, a Organização Pan-Americana da Saúde — OPAS — publicou, em novembro de 2019, o relatório “Masculinidades e saúde na região das Américas”, segundo o qual, a expectativa de vida dos homens é 5,8 anos menor que o das mulheres, o documento reforça a falta de autocuidado e a negligência de sua própria patologia física e mental, como os motivos do problema. (OPAS,2019).

Essa questão preocupante tornou-se alvo do Ministério da Saúde, desde 2009, com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), a qual busca chamar a atenção desse público, para o cuidado da sua saúde, e também alertar a população em geral, quanto às particularidades da realidade desse grupo.

Dentre as enfermidades que mais impactam a qualidade de vida estão as doenças crônicas. Estima-se, segundo o Ministério da Saúde, que, em 2020, exista no mundo 850 milhões de pessoas com doença renal, decorrente de várias causas, sendo que a Doença Renal Crônica (DRC) causa pelo menos 2,4 milhões de mortes por ano, com uma taxa crescente de mortalidade. No Brasil, a publicação aponta uma estimativa de mais de dez milhões de pessoas lidem com algum comprometimento renal. (BRASIL, 2020).

Diante da gravidade desses problemas, a Sociedade Brasileira de Nefrologia preconiza que as pessoas optem pela prevenção, hábitos alimentares saudáveis, consumo regular de água, prática de exercícios físicos, além do acompanhamento de fatores genéticos. (ROCHA, BARATA & BRAZ, 2019).

Todavia, é justamente na ausência de posturas de prevenção que surge o agravamento das enfermidades, junto ao público masculino, haja vista que entre eles a prática do autocuidado não é comum. Por conseguinte, esses sujeitos sociais convivem com perdas inestimáveis, dado as particularidades do tratamento, o qual impõe mudanças drásticas no cotidiano, com limitações que afetam os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. (COUTINHO et al., 2010).

Nesse contexto, surgem situações em que é necessário ao paciente abdicar de suas atividades profissionais passando, muitas vezes, a depender da Previdência Social, o que significa, de modo geral, um impacto em sua vida financeira. Para além disso, perdem funções físicas, têm dificuldade de manter suas atividades sexuais e

não conseguem — em muitas vezes — participar de atividades de lazer, devido às intercorrências do tratamento. (MADEIRO et al., 2010).

Diante disso, faz-se necessário que aqueles que convivem com tais enfermidades — contando com o apoio das equipes de saúde — tracem estratégias de enfrentamento para o problema, observando, avaliando e escolhendo formas, as quais privilegiem o equilíbrio e o bem-estar. Nessa circunstância, entende-se que conhecer a história desse paciente contribuirá para a construção de um tratamento humanizado. Logo, a escuta das narrativas desses indivíduos, repletas de suas dores da enfermidade, mas também dos fragmentos de suas histórias de vida, bem como dos esforços individuais e coletivos impetrados no processo terapêutico se tornarão um rico material de trabalho, o qual, certamente, contribuirá com o bem-estar social. (GROSSMAN, CARDOSO, 2014)

A ampliação da concepção de saúde vivenciada nas últimas décadas e das mudanças ocorridas depois do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciaram a necessidade de se construir uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com o objetivo de trazer melhorias à saúde da população masculina. Contudo, apesar dos esforços implementados, as especificidades desse público em seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, dificultam a sua adesão aos diversos tratamentos — sobretudo, nas doenças crônicas — e comprometem sua qualidade de vida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define as patologias crônicas como doenças de lento desenvolvimento e uma longa duração, podendo acompanhar a pessoa durante a vida. Normalmente, os problemas persistem por período superior a seis meses e requerem tratamentos e terapias longas ou complexas. De acordo com as Estimativas Globais de Saúde, publicada em dezembro de 2020, essas patologias constituem sete das dez principais causas de morte no mundo. Diante disso, é imprescindível um foco global intensificado na prevenção e no tratamento de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, bem como no combate a lesões, em todas as regiões do mundo. (SMR, 2019).

Conforme a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) No Brasil, 52% das pessoas de 18 anos ou mais informaram que receberam diagnóstico de pelo menos uma doença crônica. (CAMPOS, 2020).

Segundo o Boletim Epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde em 2021, o rápido aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – justifica-se pela urbanização acelerada e não planejada, o aumento da expectativa de vida e, principalmente, a globalização de estilos de vida não saudáveis diretamente ligados ao desenvolvimento dessas doenças. Comportamentos modificáveis como a alimentação não saudável, inatividade física, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e tabagismo, são os quatro principais fatores que aumentam o risco de desenvolvimento dessas patologias. (BRASIL, 2021).

Nesse contexto, é eminente a necessidade de cuidados com essas enfermidades, dado os inúmeros comprometimentos que podem propiciar ao enfermo quando a proposta terapêutica não é devidamente seguida. Assim, cabe questionar se conhecer a realidade desses indivíduos, bem como suas angústias e vulnerabilidades pode contribuir para a criação de um protocolo de atendimento específico e mais humanizado a esse público.

Ora, o comprometimento nefrológico afeta o paciente nefropata em camadas, as quais ultrapassam as perdas físicas. Diante disso, muitos homens recusam o tratamento, sobretudo, no momento da descoberta, de modo que muitos tentam sustentar esse posicionamento resistindo à diálise. Entretanto, com a evolução da enfermidade e o surgimento de sintomas como: fraqueza, falta de apetite, sonolência, náuseas e vômitos, esses pacientes retornam ao especialista, seja por decisão própria ou por ação de familiares, para iniciar o tratamento dialítico. Outros, no entanto, só buscam auxílio quando já estão totalmente urêmicos², em algumas circunstâncias apresentando crises convulsivas e já com urgência para o tratamento dialítico, o que pode comprometer a efetividade da ação. Posto isso, é certo que a falta de conhecimento, a negação, os preconceitos e o temor do estigma são empecilhos para a garantia de estabilidade da doença renal.

Assim, mesmo com a existência de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), as especificidades desse público, em seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos comprometem a sua adesão aos

² A síndrome é principalmente causada pela diminuição progressiva da função renal, que leva a um acúmulo de resíduos orgânicos: as “toxinas urêmicas”, que – em condições normais, seriam excretadas pelos rins; no entanto, em virtude do progresso da DRC têm suas concentrações aumentadas. O aspecto desse é conhecido como uremia (literalmente, “urina no sangue”) ou estado urêmico. (BARRETO, F. Carvalho et al, 2014)

diversos tratamentos — sobretudo, nas doenças crônicas — e comprometido sua qualidade de vida.

Partindo dessas questões, produz-se esta pesquisa, a qual consiste em um estudo sobre a invisibilidade dos pacientes nefrológicos do sexo masculino, a qual visa a análise e compreensão das vulnerabilidades desse grupo social, para contribuir com a educação médica e melhora do tratamento desses indivíduos.

Para compreender a importância do estudo, faz-se necessário avaliar a construção histórica do perfil de masculinidade fundamentado na sociedade brasileira, haja vista que o país — ainda sustentando em uma cultura patriarcal — tem uma formação cultural que atrela o papel do homem a termos como: viril, provedor, destemido. Por outro lado, a enfermidade constitui-se em uma fragilidade que se contrapõe ao ideal constituído.

Nesse íterim, recorre-se às narrativas dos indivíduos, na busca de um diálogo com o exposto por Diego Armus na obra “Uma história brasileira das doenças”, em que afirma que as memórias individuais possibilitam a ampliação dos horizontes e, se possível, o de um certo grupo como fenômeno social e cultural. O autor pondera: “Que fazer com as memórias de um enfermo?” Neste estudo, reflete-se sobre a questão ao colocar o paciente nefropata no centro do debate, dando voz às suas angústias. Se não é possível mudar seu quadro é necessário dar visibilidade a esse sujeito social oportunizando, a partir disso, a reflexão e a mudança comportamental.

Parte-se aqui da seguinte observação: No Brasil, apesar de uma Política Pública voltada para o atendimento do público masculino, esse grupo sente dificuldade em aderir aos atendimentos, o que promove inúmeras complicações sustentadas por crenças limitantes que impedem a procura por atendimento precoce.

Posto isso, a questão desta pesquisa denominada “Conversas com pacientes nefrológicos” consiste em compreender as necessidades e a resistência masculina na adesão ao tratamento renal.

Visando essa compreensão quatro objetivos foram traçados:

- Caracterizar epidemiologicamente a população estudada
- Identificar em que medida invisibilidade do homem no sistema de saúde amplia a vulnerabilidade desse indivíduo.
- Registrar como a história de vida e as caracterizações sociodemográficas dificultam a adesão ao tratamento.

- Comprovar como uma estratégia de enfrentamento humanizada pode contribuir para a qualidade de vida do paciente nefropata.

A relevância desse estudo justifica-se pela necessidade de avaliar a lacuna no atendimento a esses indivíduos. Ora, se existe uma política pública construída especificamente para recebê-los por que eles não se sentem acolhidos no processo? Compreender o contexto que os afasta do sistema de saúde é um ponto fundamental para a transformação do quadro que aqui se avalia.

Nesse contexto, as conversas construídas nos encontros com pacientes nefrológicos do Extremo Sul da Bahia almejam delinear, de início localmente, estratégias de escuta, as quais sejam capazes de promover um atendimento humanizado, pois, entende-se que dar voz a esses indivíduos é uma forma de tratar suas angústias e vulnerabilidades. Para tanto, faz-se necessário informar a população masculina sobre a necessidade do autocuidado, mas também à sociedade sobre o seu papel na transformação desse quadro.

Entende-se que, por meio da escuta do paciente e da compreensão das circunstâncias sociais e emocionais que o envolvem, bem como, da observação de suas fragilidades será possível desenvolver uma forma de tratamento mais humanizado que o acolha e o coloque no centro do atendimento. É esse delineamento que torna o estudo valioso, haja vista a limitação de estudos sobre o tema e a ausência de propostas que buscam mudanças.

Assim, espera-se atender não apenas os participantes desta pesquisa, mas também a sociedade, a fim de fortalecer uma rede empática e humanizada, capaz de acolher homens, pacientes nefrológicos exercendo um papel de escuta capaz de promover transformação social.

Como produto final será produzido uma cartilha de saúde a ser disponibilizada a alunos da Universidade Federal do Sul da Bahia, da Faculdade Pitágoras e da Faculdade do Sul da Bahia, nos cursos da área de saúde, do município de Teixeira de Freitas – BA. O material terá como objetivo a abordagem da importância da escuta humanizada.

Este estudo conta com a análise quanto à saúde no Brasil estabelecendo uma articulação teórica entre os conceitos estruturantes desse direito social garantido constitucionalmente e o impasse de implementar ações efetivas que atendam e sensibilizem, sobretudo, a população masculina brasileira portadora de comprometimentos renais. Para tanto relaciona-se o proposto na legislação e demais

programas do SUS voltados a esta parcela social, na busca de compreender quais são os gargalos existentes que impedem a adesão masculina. Com vistas a essa compreensão, analisa-se aqui o caráter histórico da questão, relacionando e problematizando os conceitos de masculinidade construídos e em processo de desconstrução. Reflete-se ainda sobre os valores culturais, políticos, econômicos que norteiam o campo social, palco das relações do sujeito com o outro e consigo.

Simultaneamente, ocupa-se de analisar o tema sob o viés da Nefrologia. Nesse sentido, é preciso caracterizar o processo vivenciado pelo paciente desde o recebimento do diagnóstico até a realização da hemodiálise, considerando os impactos sobre o organismo do paciente nefropata. Nesta etapa, será apresentado e descrito o espaço de realização da pesquisa, compreendendo o trabalho da Clínica e seu papel no fortalecimento da relação entre médico e paciente.

Além disso, trata sobre a importância da narrativa na Educação Médica, pois se compreende ser no processo do ouvir que se constrói a história, assim, não basta prescrever um tratamento, é necessário compreender quem é este indivíduo e o que o incapacita a aderir ou não à terapêutica sugerida. O processo de escuta e a utilização dessas histórias como base de estudo são fundamentais, pois, além de tudo humanizam o tratamento, tornando-o aceitável e praticável aos olhos do paciente.

Para o aprofundamento das reflexões, foram impetradas a análise das pesquisas, produzidas durante as entrevistas sobre as vivências sociais dos entrevistados, bem como as crenças fundamentadas durante sua história que os afastam do autocuidado, o qual muito provavelmente permitiria um tratamento precoce. Discute-se para constituir as análises pretendidas, a partir do ponto de vista do homem — paciente nefropata — avaliando sua concepção, de modo que se possa humanizar o tratamento, vencendo assim as barreiras temporalmente construídas, as quais expõem, expulsam, afastam o homem dos processos de saúde.

São inegáveis as contribuições dos teóricos com quem dialogou-se, essas palavras que se inter cruzam as aqui registradas fundamentam a travessia do objeto social para o objeto científico. A análise das narrativas que surgem a partir da revisão teórica convidam aos que agora partilham deste texto a ouvir o outro tornando a Medicina, muito mais que a arte de cuidar da doença na arte de cuidar do humano. Assim, ao encontrar a porta entreaberta se instala e os convida para a escuta nos capítulos aqui apresentados.

Este estudo está dividido em sete capítulos. O primeiro trata-se da descrição das linhas gerais que condicionam essa dissertação. Nesse sentido, há a abordagem da justificativa, dos objetivos e dos principais teóricos que formam o arcabouço dessa produção.

O segundo capítulo denominado “A saúde no Brasil: direito social” compõe-se das legislações que fundamentam o tema. Há uma descrição sobre a Constituição Federal de 1988, a qual instituiu a saúde como direito social, salientando a importância desse benefício por meio dos artigos 1º, 5º, 6º, 23, 196, 198, e 204. Para além disso, apresenta-se neste capítulo as principais políticas públicas de saúde capazes de atender ao homem brasileiro, público de interesse desta dissertação. Diante disso, há, de modo especial, uma análise dos pressupostos que direcionam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH, haja vista que esta aborda de forma direta os problemas que afetam o público masculino e as possibilidades para um melhor atendimento a essa parcela social.

O terceiro capítulo aborda a importância da narrativa como estratégia de educação médica, apontando os diversos caminhos que essa utilização pode criar. Assim, há o emparelhamento da visão tradicional com a modernização que humaniza o tratar médico e convida o paciente ao protagonismo fundamentado pelo discurso e tudo que o poder dizer ocasiona.

O quarto capítulo denominado “A nefrologia: questões sobre a doença renal crônica” apresenta uma breve descrição sobre a doença do trato nefrológico, caracterizando os tipos, os principais causadores e algumas possíveis consequências. Em virtude do interesse do estudo aqui desenvolvido faz-se uma abordagem quanto à hemodiálise e os impactos promovidos por essa terapêutica na vida do paciente renal crônico. Neste capítulo apresenta-se também o local da pesquisa, a Clínica de Hemodiálise Saúde Renal, localizada no município de Teixeira de Freitas, no Extremo Sul da Bahia. E ainda, traça-se um perfil do paciente nefropata masculino, bem como dos desafios enfrentados por esses indivíduos no processo do tratamento.

O quinto capítulo apresenta o percurso metodológico dessa dissertação. Um estudo qualitativo, com fundamentação bibliográfica e conduzido por meio de uma entrevista semiestruturada aplicada a pacientes masculinos entre 18 e 50 anos, os quais passam por hemodiálise na Clínica de Hemodiálise Saúde Renal.

O sexto capítulo abre as discussões de resultados e é denominado “Do silêncio à palavra: homens que falam” e dá espaços as vozes dos homens entrevistados.

Apresenta-se o perfil socioeconômicos desses sujeitos, os relatos sobre o processo de descoberta da doença e as percepções dos entrevistados sobre a saúde. Há ainda os relatos sobre hábitos e comportamentos dessa parcela social que reforçam os ideais de masculinidade enraizados entre a população brasileira. O subitem “Entre o cotidiano e o tratamento” reforça os dilemas vivenciados pelos pacientes nefropatas, trazendo visões sobre: atividades cotidianas, tempo na diálise, visões sobre trabalho, percepções sobre o lazer e a vida sexual depois da hemodiálise. Trata também sobre como as pessoas se veem e percebem que são vistas. O capítulo é finalizado com uma visão sobre o futuro, traçando as expectativas desses indivíduos sobre a vida.

O sétimo capítulo traz as considerações finais. As informações, as narrativas, os comportamentos desses homens oportunizam a reflexão sobre o universo masculino brasileiro reverberando vozes que pretendem alcançar e modificar as visões que impedem o autocuidado e limitam a adesão ao tratamento, fortalecendo a importância de oportunizar a fala e a escuta no processo de tratamento e na busca de um atendimento humanizado.

2 A SAÚDE NO BRASIL: DIREITO SOCIAL

Em 1988, depois de um longo período ditatorial, foi promulgada a nova Carta Constitucional do Brasil (CF/88) — denominada por seus preceitos como Constituição Cidadã — documento que serve como base de todo o sistema jurídico-normativo brasileiro. O texto consagrou o direito fundamental à saúde nos artigos 1º, 5º, 6º, 23, 196, 198, e 204. (BRASIL, 1988).

A mudança implantada a partir daí visava garantir a saúde como direito social³, promovendo aprimoramentos capazes de impactar o cuidado com as patologias no país. A fundamentação do SUS — Sistema Único de Saúde — adotou um novo modelo de atenção, solidário entre os três poderes: Municipal, Estadual e Federal, e pautado em três princípios: universalidade, equidade e integralidade⁴.

Ora, é no Estado Democrático de Direito que a sociedade se organiza pelo bem de todos, na busca do exercício ativo da cidadania para reivindicar medidas adequadas à proteção do coletivo. Diante disso, o fortalecimento do sistema de atenção ao cidadão tornou-se necessário para cumprir o que foi estabelecido pela Carta Magna. Assim, o artigo 196 registra que “[...] É direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua em que todos têm direito.” (BRASIL, 1988)

Ressalta-se que a Carta Magna evidenciou a necessidade da promoção de políticas públicas sociais e econômicas pautadas no enfrentamento dos problemas de saúde no país. Nesse sentido, o Estado entende a necessidade de, em parceria com a sociedade — logo, sem excluir o sistema privado — promover ações inclusivas de saúde a todos os brasileiros.

³ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988)

⁴ Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) — é promulgada a Lei Orgânica, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de determinar a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A normativa apresenta os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão; a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; gestão financeira, planejamento e orçamento, com o objetivo de intervir nas diferentes dimensões da vida social da população brasileira, cumprindo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1990).

A Portaria 648, de 28 de março de 2006, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB –, constituída como “porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS)”

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006, p.10)

A implantação da PNAB teve como prioridade a Saúde da Família e de início definiu como áreas estratégicas de atuação no território nacional:

“a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.” (BRASIL, 2006, p.11).

Como é possível observar, a princípio, a saúde do homem não se apresentava como um dos núcleos principais. Nesse escopo, as Unidades Básicas de Saúde⁵ sempre foram mais visitadas por mulheres, idosos e crianças, com campanhas de vacinação e projetos que buscam incluir esses grupos no atendimento da Atenção Primária. Assim, os homens se habituaram a buscar o atendimento em farmácias e Prontos-socorros, os quais se tornaram espaços mais acessíveis, em que o atendimento é objetivo e facilitado. Ocorre que essas ações pontuais não colaboram com o não adoecimento desse grupo, pelo contrário, muitas vezes impediam – e permanecem impedindo – que o núcleo problemático seja tratado, agravando sérias questões. (SOUZA, et al., 2020)

Ademais, as mudanças em padrões de comportamento, hábitos de alimentação, aliados aos avanços na ciência e melhoria no saneamento básico transformaram o quadro da saúde no país desencadeando uma queda nas doenças epidemiológicas, mas um aumento nas doenças crônicas. Desse modo, os males do Brasil vão se transformando historicamente de gripe espanhola, sarampo, tuberculose, laringite até a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), na década de 1990, as mudanças nos perfis de pressão arterial e o crescimento do diabetes mellitus entre os brasileiros. (FRANCO, NASCIMENTO, SILVEIRA, 2015)

⁵ A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade. (PAC – Ministério do Planejamento)

Ocorre, que diante do caráter mutável das enfermidades é inviável pautar as medidas e as políticas de saúde pública exclusivamente pelas teorias que dominam o saber médico, nesse sentido, devem ser consideradas as questões de ordens econômicas e sociais, bem como, as percepções culturais sobre a doença e a cura, além dos interesses e dos projetos políticos. (FRANCO, NASCIMENTO, SILVEIRA, 2015)

Posto isso, a partir das mudanças estabelecidas no comportamento social e nas consequências advindas delas, surgiu a necessidade da criação de uma política de promoção à saúde, apresentando-se como uma “[...] possibilidade concreta de mudança na agenda da saúde tanto para fortalecer quanto para fundamentar a sua consolidação”. (BRASIL, 2002, p.10)

Partindo desse pressuposto, o conjunto de ações propostas por essa política visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar, baseando-se na realidade e especificidades de cada grupo social e regional. Importante reiterar que em um país continental como o Brasil, considerar as diferenças é fundamental para operar efeitos positivos. Desse modo, pautada em acordos mundiais, os quais surgiram desde 1986, com a “Carta de Ottawa”⁶ (BRASIL, 2002)

A saúde é entendida como um recurso para a vida, sendo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) necessariamente analisada a partir dos Determinantes Sociais, os quais podem ser agrupados em fatores: fixos ou biológicos (idade, sexo, fatores genéticos); sociais e econômicos (pobreza, emprego, posição socioeconômica, exclusão social); ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social); estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual) e acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer). (BRASIL, 2002)

A este estudo interessa, sobretudo, a análise dos determinantes que afetam o grupo de pacientes do sexo masculino portadores de insuficiência renal. Tais indivíduos são amparados legislativamente por uma política pública implantada em 2004, por meio da portaria GM/MS n.º 1.168/2004, que tem como um de seus objetivos

⁶ A Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde ocorreu em novembro de 1986, na cidade de Ottawa, Canadá, gerou a elaboração de uma Carta de Intenções com o objetivo de promover a saúde para todos e as ações intersetoriais necessárias para o setor. Segundo o documento, as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. (BRASIL, 2002)

a organização de uma linha de cuidados integrais e integrados no manejo das principais causas para lesão renal no Sistema Único de Saúde (SUS). O reconhecimento das ações de promoção da saúde e prevenção da doença renal crônica (DRC) em todos os níveis de atenção reflete a importância dessa regulamentação, especialmente na modalidade dialítica. (BRASIL, 2004)

2.1 O PAPEL DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Essas ações se fortaleceram a partir das políticas que buscaram soluções alternativas que viabilizassem a presença desses homens em postos de saúde e a adesão a tratamentos. Ocorre, no entanto, que tais práticas não receberam a visibilidade necessária, não se tornando, portanto, populares, como, por exemplo, ações recorrentes à população feminina. (SOUZA, et al., 2020)

Foi na tentativa de modificar este quadro de afastamento do masculino de ambientes e hábitos de autocuidado que se formatou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH –, instituída pela portaria n.º 1.944 de 27 de agosto de 2009, a qual visa promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão do homem de maneira integral, além de aumentar a expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. Nesse sentido, a normativa visa vencer as barreiras socioculturais, estereótipos de gênero, barreiras institucionais e dificuldades de comunicação que não privilegiam os homens, dentre outros, tendo como principal objetivo:

[...] promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de mortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2009, p.3).

A PNAISH destaca a singularidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, bem como aponta princípios para o aumento da expectativa de vida e a redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis na população masculina entre 20 e 59 anos. Criada a partir de estudos, os

quais demonstraram que 60% das mortes no país correspondiam a homens e que a expectativa de vida dessa população seria 7,6 anos menor que as mulheres, a política busca chamar a atenção do gênero masculino, para que cuidem da sua saúde, e da população em geral, para compreenderem a realidade singular masculina (BRASIL, 2009).

Nesse sentido,

A mudança do foco programático, saiu do restrito campo da “adesão a programas assistenciais de saúde”, para uma perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma baseado na atenção integral, valorizando, fundamentalmente, a promoção da saúde e a qualidade de vida, bem como a Educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas. (BRASIL, 2008, p.9)

Destarte, com vistas a uma melhor compreensão do processo saúde/doença masculino, a PNAISH é desenvolvida a partir de cinco (05) eixos temáticos:

O primeiro eixo trata sobre o processo referente ao “Acesso e Acolhimento”, considerado importante no que tange ao cumprimento e efetivação das ações destinadas ao cuidado em relação à população masculina. Esse nicho visa aproximar os sujeitos do cuidado dos serviços de atenção primária, os quais são compostos pelas equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS), como: cadastrar os homens que fazem parte do espaço territorial inerente a UBS; buscá-los para a realização de uma consulta por ano; alterar horários de atendimento para atingir a população de homens trabalhadores, entre outras. (BRASIL, 2009)

O segundo eixo está relacionado às questões que envolvem a “Saúde Sexual e Reprodutiva”. No caso da população masculina, tal prerrogativa está direcionada ao processo mais geral de promoção da saúde e da qualidade de vida. Neste sentido, as ações preconizam o direito de falar e de receber orientação sexual bem como expor seus princípios e entendimento em relação à questão diante do contexto social (HERRMANN, et al., 2016).

O terceiro eixo trata sobre questões que envolvem a “Paternidade e Cuidado” e ressaltam a necessidade de conscientização do homem quanto ao dever e ao direito de participar do planejamento reprodutivo compreendendo que o “ser pai” ultrapassa a questão biológica. (HERRMANN, et al., 2016).

O quarto eixo envolve as chamadas “Doenças Prevalentes” entre a população masculina. Este eixo tem por objetivo fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde (BRASIL, 2009).

Entre os fatores que podem causar incidência de determinadas doenças, com maior prevalência entre a população masculina, estão alguns elementos que envolvem hábitos e costumes. Segundo o Instituto Nacional de Câncer:

Em relação às mulheres, os homens têm mais excesso de peso, menor consumo de frutas, legumes e verduras, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e tabagismo, situações que podem se refletir em uma maior mortalidade por doenças do aparelho circulatório, principalmente entre os mais velhos, e também por causas externas, predominantemente entre os mais jovens. Esses comportamentos de risco também facilitam a ocorrência de acidentes, violência e doenças infectocontagiosas, como Aids/HIV e tuberculose. (INCA, 2015)

Conforme o Ministério da Saúde, a não adesão por parte da população masculina, às medidas de atenção integral a saúde, decorrem de variáveis culturais, as quais se pautam em estereótipos relacionados ao gênero potencializadas pela cultura patriarcal, fundamentadas em crenças e valores do que é ser masculino. Tais ideias fazem com que a enfermidade seja considerada por parte da população masculina como um sinal de fragilidade que não é reconhecido enquanto inerente a sua condição. Assim, esses sujeitos sociais não reconhecem suas vulnerabilidades expondo-se a riscos maiores e em consequência ao desenvolvimento e agravamento de doenças. (BRASIL, 2009)

O quinto eixo trata sobre elementos que articulam discussões sobre “Violências e acidentes”. Este fator é visto como uma questão constituído por uma infinidade de variáveis, as quais perpassam por fenômenos sociais, culturais, políticos, religiosos, econômicos, psicológicos, faixa etária, entre outros. (BRASIL, 2009)

As ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem buscam promover melhores condições de saúde para a população masculina e objetiva atender esta população na sua integralidade, facilitando e ampliando o acesso desse público aos serviços de saúde. Posto isso, deve-se investir mais na política de saúde do homem, disponibilizando atendimentos específicos à população masculina, educação continuada e maior qualificação dos profissionais, além da realização de campanhas preventivas e promoção da saúde. (BRASIL, 2009).

2.2 O PARADOXO DA RELAÇÃO HOMEM X SAÚDE

As discussões em torno das questões relacionadas à saúde do homem têm crescido exponencialmente no cenário mundial, isso ocorre em meio a um processo social de desconstrução da ideia de masculinidade, a qual estabelece normas e padrões de comportamento enraizados no modo como se pensa o "ser homem". São esses pensamentos pré-determinados que ainda impede substancial parcela dos homens de compreender a importância de cuidar de si.

Diante disso, de modo a protocolos de cuidado e garantir a adesão aos tratamentos, faz-se necessária a compreensão das questões de gênero, contexto social, situação econômica, hábitos de alimentação, crenças e costumes. Fatores esses que — se não avaliados — podem contribuir para o agravamento de doenças e o distanciamento da promoção da saúde. Ocorre que despreparo dos profissionais de saúde, a baixa divulgação das políticas públicas de saúde e o pouco apoio estrutural dificultam a mudança do quadro. (JUNIOR, MEDEIROS, FONTOURA, 2018).

Expressando este contexto, os indicadores apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2016, mostram como a condição da saúde do homem no Brasil, apresenta-se enquanto um problema de saúde pública, isto porque a mortalidade masculina permanece maior em quase todas as faixas etárias e para a maioria das causas. Os dados apontam ainda que os homens vivem cerca de sete anos a menos que as mulheres e tem 4,6 vezes mais chances de não alcançar os 23 anos que o sexo feminino. (IBGE, 2016).

Compreende-se que a população masculina frequenta menos os serviços de Atenção Primária à Saúde do que a população feminina. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), publicado em 2019, a proporção de mulheres (82,3%) que consultou um médico foi superior à dos homens (69,4%). Outrossim, observa-se que essa proporção cresce à medida que a faixa de rendimento domiciliar per capita se torna mais elevada, indo de 67,6%, para a classe de até ¼ de salário mínimo, a 89,6%, para mais de cinco salários mínimos. (IBGE, 2019)

Tal comportamento é influenciado por diversos fatores que levam a um aumento na morbimortalidade do homem, colaborando para a má qualidade de saúde desse público. Consoante aos Dados de Morbimortalidade masculina no Brasil, os homens adoecem por motivos bastante específicos:

- Geralmente têm medo de descobrir doenças;
- Não seguem os tratamentos recomendados;
- Não procuram os serviços de saúde;
- Acham que nunca vão adoecer e, por isso, não se cuidam;
- Estão envolvidos na maioria das situações de violência;
- Não se alimentam adequadamente;
- Estão mais suscetíveis a infecções de IST/ AIDS;
- Estão mais expostos aos acidentes de trânsito e de trabalho;
- Não praticam atividades físicas com regularidade;
- Utilizam álcool e outras drogas com maior frequência. (BRASIL, 2016, n.p)

Nesse viés, é válido ressaltar que a resistência de acesso da população masculina nos serviços da atenção primária demonstra falhas no atendimento e comprova a necessidade de fortalecimento das ações nesse setor. Para tanto, a PNAISH propõe a qualificação dos profissionais de saúde para o correto atendimento com vistas a implantar assistência em saúde sexual e reprodutiva, orientar os homens e familiares sobre promoção, prevenção e tratamento das enfermidades que atingem essa parcela social e reconhecimento de que este grupo necessita de cuidados, incentivando-os na atenção à própria saúde (BRASIL, 2009).

Assim, para a adoção da Atenção Primária como porta de entrada dos homens no Sistema Único de Saúde, é preciso mudar o comportamento da população masculina acerca da própria saúde. É necessário que se constitua uma consciência sobre o autocuidado, o que demanda o aumento da visibilidade desse grupo, posto que de modo geral, campanhas e propagandas são condensadas para o mês de novembro quando se busca a sensibilização quanto ao câncer de próstata. Ocorre que os problemas ultrapassam essa enfermidade e demandam atenção das diversas vertentes que se correlacionam na sociedade: família, mídia, poder público e profissionais de saúde. (GARCIA, CARDOSO, BERNARDI, 2019)

Tais fatores culturais contribuem com a prevalência de desinformação entre os homens, os quais costumam acreditar serem invulneráveis ou que precisam exercer o papel de provedor família. Essa circunstância está muito ligada aos estereótipos constituídos inclusive pelos veículos de massa. Ora, Theodor Adorno, da Escola de Frankfurt, afirmava o poder da indústria cultural sob a capacidade de percepção que as pessoas têm de si e do outro, as quais “impedem a formação dos indivíduos autônomos, independentes, capazes de julgar e de decidir conscientemente” (ADORNO, 2002).

Nessa perspectiva, surgiram elaborações que representaram o sexo masculino como viril, saudável, imponente, respeitado e poderoso. Sob essa ótica, toda

representação de fragilidade — sobretudo, a doença — opõe-se ao ideal construído pela mídia. Ora, o herói, o senhor de engenho, o atlético “cowboy” da propaganda de cigarro não adoecem — ao menos na frente das câmeras — isso, tal qual preconizou Adorno, desenvolveu no imaginário popular uma visão desvirtuada de saúde, atrelando a essa o conceito de produtividade e poder. Assim, pautados em distorções imagéticas são desenvolvidos estereótipos de masculinidade que repulsam a doença, além de afastar os indivíduos do cuidado que a impediria. É a imagem do “super-homem” que na realidade enfraquece.

Segundo Botton, Cunico & Strey (2017), uma das dificuldades da adesão a tratamentos e práticas de autocuidado consiste no fato de que os homens crescem influenciados por uma noção de masculinidade que exige constante e contínua vigilância dos gestos, das emoções e do próprio corpo. Nesse processo há o fortalecimento da visão de que o masculino se relaciona ao forte, ao invulnerável, o que conseqüentemente, exclui o direito ao adoecimento. Isso contrói um estereótipo de fortaleza que inviabiliza o autocuidado ou a busca precoce por atendimento, fatores que impediriam inúmeros males.

Tal pensamento coaduna com a visão de Vieira, LCS et al. (2011), os quais afirmam que:

Estereótipos de gênero, oriundos da nossa cultura patriarcal e machista, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. Nesses casos a doença é considerada como sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica, por isso o homem julga-se invulnerável, sendo exposto a condições de risco. À medida que há aproximação de características de sensibilidade, dependência e cuidado, os homens acreditam que estão predispostos a doenças, lesões e mortes. (Vieira, LCS et al., 2011, p. 216)

A valorização social do comportamento viril no homem desde a mais tenra infância pode ocasionar indivíduos psiquicamente imaturos, com traumas levados ao inconsciente do ser. Assim, eles são conduzidos a serem filhos e terceirizarem o cuidado que deveriam ter consigo as suas cuidadoras – mães/esposas. Nesse papel que delega ao outro uma responsabilidade pessoal, eles também fortalecem a postura infantil que negligencia a própria saúde por não dimensionar os riscos dessa atitude. (JESUS, C.A, et al., 2019)

Nesse viés, o Ministério da Saúde aponta que essas crenças podem desembocar na redução da procura por serviços de saúde contribuindo para o aumento dos gastos ao contribuinte e ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de

e elevar os índices de mortalidade do gênero masculino (BRASIL, 2009). Consoante a PNAISH, o número de óbitos, devido a doenças crônicas, em homens acima dos 40 anos é muito maior do que em jovens devido a fatores como violência, acidentes ou suicídio, tal circunstância decorre, muito provavelmente da negligência a qual impede a busca precoce por tratamento (BRASIL, 2009).

Esse comportamento, afasta o homem da Atenção Primária e dos hábitos de prevenção, conseqüentemente, sobrecarrega os serviços de atenção secundária e terciária, impactando financeiramente o Sistema Único de Saúde promovendo o sofrimento psíquico e físico para o sujeito e seus familiares. Estabelecer um pensamento aprofundado sobre essas questões é o caminho necessário para uma mudança no paradigma de saúde do homem brasileiro. Nesse sentido, a PNAISH propõe a atuação conjunta de toda a equipe médica para identificar os gargalos que afastam os indivíduos da busca por ajuda médica promovendo o tratamento precoce como hábito cultural. (BRASIL, 2009).

As questões que perpassam o atendimento e afastamento, as concepções de doença e saúde, as ideias de masculinidade e gênero são históricas e esbarram em discussões sociológicas, filosóficas e religiosas. Aliado a isso, uma formação sustentada por uma cultura patriarcalista contribui para o enraizamento dessas ideias. Contudo, correntes têm se constituído na busca de mudanças ideológicas. Durante o século XX, em meados de 1970, surgiram nos Estados Unidos da América (EUA), os primeiros estudos relacionados à saúde do homem, ligados principalmente aos déficits de saúde. (SOUZA, et al., 2020)

Isso instiga a um diálogo com Paulo Marchiori Buss (2000) para entender que:

A educação em saúde é elemento importante incluindo o aconselhamento e educação adequados dos pais, em atividades individuais ou de grupos; educação sexual e aconselhamento pré-nupcial; moradia adequada; recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho. A orientação sanitária nos exames de saúde periódicos e o aconselhamento para a saúde em qualquer oportunidade de contato entre o médico e o paciente, com extensão ao resto da família, estão entre os componentes da promoção. (BUSS, 2000, p. 166)

Tornar a Atenção Primária mais preparada para o atendimento a este público é uma realidade necessária e urgente, a qual deve ser cuidadosamente observada por gestores e profissionais da saúde. Ouvir os anseios e dores deste homem, dando o espaço que lhe cabe nessa humanização é proporcionar atendimento físico e

emocional, modificando local e globalmente as relações sociais que vulnerabilizam o masculino e impedem a mudança nessa mentalidade.

Sob essa perspectiva, há a necessidade de buscar ferramentas para estímulo, esclarecimentos e reflexão sobre assuntos que envolvem as questões do gênero masculino. Para tanto, é fulcral o desenvolvimento de campanhas de fácil entendimento, com maior divulgação e voltadas à população masculina, com o fito de estimular esses indivíduos a pensar em cuidar de sua saúde aderindo precocemente às terapêuticas que se fizerem necessárias e adotando hábitos saudáveis.

3 A NARRATIVA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

O fazer médico é pautado na relação médico-paciente em um constante contar e escutar histórias. Stelet (2020), em sua dissertação de doutorado sobre Medicina Narrativa afirma que “o cotidiano de um serviço de saúde está imerso em “causos” e histórias que atravessam o caso clínico propriamente dito”. (STELET, 2020, p. 18) Naturalmente, narrar é função do paciente que descreve suas dores e infortúnios e ouvir com sensibilidade deve ser papel exercido pelo médico, entretanto, a persistência de uma prática de Medicina focada apenas na cura imediatista afastou esse profissional de uma relação humanizada, estabelecendo entre ele e o enfermo um distanciamento.

Nos últimos anos, alguns movimentos têm sido feitos, na busca de modificar esse quadro, dentre eles o investimento da Medicina baseada em narrativas — Narrative Medicine — um termo criado por Rita Charon, o qual se fundamenta na ação da escuta, ou seja, ouvir os pacientes com atenção e empatia, utilizando suas histórias como ferramenta na construção do tratamento. Em sua teoria, a autora afirma que a prática da medicina requer pautada na palavra, de maneira que o profissional da saúde precisa desenvolver competências e habilidades que lhe capacitem a reconhecer, assimilar, interpretar e atuar de acordo com as histórias e dificuldades dos pacientes. Nesse ínterim, cabe-lhes o lugar de ouvintes, capazes de compreender os pacientes para além dos sintomas descritos na literatura médica alcançando suas dores emocionais e compreendendo como o seu entorno e suas relações sociais influenciam na adesão aos protocolos de tratamento. (BENEDETTO, GARCIA, BLASCO, 2010)

Ora, ocorre que ouvir o outro está no âmago do exercício médico, cada consulta é um processo pautado no escutar, contudo, por muitos anos, essa ação era impessoal, as histórias não interessavam, bastava pontuar os sintomas. Na contemporaneidade, as novas teorias que direcionam a saúde ultrapassam o pragmatismo na busca da compreensão do outro com o intuito de humanizar a relação entre pacientes e equipes de saúde. (BENEDETTO, GARCIA, BLASCO, 2010)

No Brasil, as pesquisas direcionadas para essa temática são escassas, mas têm ganhado força em ações desenvolvidas, por exemplo, na Universidade de São Paulo entre departamentos da Faculdade de Medicina e da Faculdade de Filosofia,

Letras e Ciências Humanas, bem como em congressos e artigos que tem evidenciado a relevância da temática. (STELET, 2020, p. 21)

Isso se deve há uma transformação crescente quanto à organização da Educação Médica no país e a busca constante por pesquisa e extensão, fatores valorizados pelo Plano Nacional de Educação e pelo Conselho Nacional de Educação, na construção das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a qual propõe uma inovação nos currículos das faculdades de Medicina, de modo que esses se articulem com as problemáticas enfrentadas pela sociedade brasileira e com a realidade das universidades do país. (BRASIL, 2014).

Essa nova formação está de acordo com os ideais de humanização, os quais se propagam como um movimento técnico-político na área da saúde marcadamente a partir do final da década de 1980, ganhando cada vez mais espaço nas discussões em torno do planejamento e organização dos serviços de saúde. O termo humanização aborda o relacionamento entre pessoas em sua integridade, que diz respeito a posicionamentos éticos e morais, políticos e sociais, os quais tendem a direcionar e construir um comportamento ético e da visão de mundo das pessoas envolvidas nas relações no campo da saúde (BRASIL, 2001)

Nesse viés, o Ministério da Saúde elaborou em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar — PNHAH — a qual observa que antigas demandas da saúde são recuperadas com a democratização das relações que envolvem o atendimento através de um maior diálogo e melhoria da comunicação entre o profissional da saúde, os pacientes e o reconhecimento das vulnerabilidades e expectativas. A proposta de humanização da assistência à saúde é um valor para a conquista de uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais. (BRASIL, 2001)

Na formação em medicina, em específico, e na formação em saúde, em geral, a discussão sobre ética e valores deve remeter diretamente à maior consciência das relações sociais e da dimensão política da atuação na saúde. Sob esse viés, Rios (2010) aponta que a inclusão de disciplinas da área de Humanidades Médicas tem como objetivo “formar médicos com competência ética e relacional, e superar o pouco produtivo antagonismo entre tecnicismo e humanismo” (apud STELET, 2020)

Partindo desse pressuposto, por meio das narrativas é possível se alcançar esse potencial humanizatório da Medicina, de maneira a se ver além das aparências, buscando a profundidade dos significados num encontro com o cotidiano do paciente,

de modo a situá-lo no centro do tratamento eliminando a situação de invisibilidade e atuando para a diminuição das vulnerabilidades. Assim, a partir de reflexões pessoais, as quais incluem fragmentos de histórias de vida, são possíveis as rupturas capazes de promover transformação e superação. Nessa perspectiva, os autores reafirmam que medicina e narrativa caminham juntas, visto que múltiplas possibilidades narrativas são geradas pela condição de doença: a experiência de adoecimento; a descrição autobiográfica dos pacientes quando contam suas histórias pessoais em meio à história clínica; a transformação dos relatos destes pelos médicos e o próprio curso da doença, expondo relações entre linguagem, corpo, indivíduo e tempo. (GROSSMAN & CARDOSO, 2014).

Kleinman (apud Grossman & Cardoso, 2014), autor da expressão “*illness narratives*” [tradução livre — “narrativas do adoecimento”], afirma ser esta a forma pela qual os pacientes dão significado aos seus sofrimentos, socializando o particular. Tal ação torna-se importante, sobretudo, no panorama do aumento da prevalência de doenças crônicas — como as que afetam o trato renal — e tem alta incidência de morbimortalidade, na qual a cura é a meta sonhada, mas, infelizmente, nunca pode ser alcançada, sendo apenas amenizada com o almejado transplante renal, que não é a cura, mas é a possibilidade de qualidade de vida.

Segundo Fernandes (2014), o despontante debate da Medicina Narrativa tem colocado em relevância a necessidade de se debruçar sobre determinados “tipos de competências” que permitam maior porosidade da prática clínica em relação às contribuições de outras áreas do saber, permitindo aos médicos um aprofundamento que ultrapassa o olhar convencional sobre mecanismos biológicos e a análise de elementos como: linguagem, emoções e gestos. Torna-se então o médico capacitado a ler os sinais do corpo, mas também a decodificar as narrativas e outros indícios verbais e não-verbais dos pacientes, bem como uma consciência dos aspectos éticos e contextuais envolvidos. (STELET, 2020, p. 51)

Sob esse viés, o caráter pedagógico da terapêutica também deve ser considerado, o que coaduna com o defendido por Paulo Freire (2001), o qual afirma que é por meio da conscientização que se forja o caráter político e libertário capaz de construir novos caminhos, posturas e comportamentos. Desse modo, por meio da fala e da escuta se reconstróem comportamentos. É na pedagogia afetiva da escuta que se reconfiguram os ideais, as vivências, o autocuidado e se promove o consolo e o acolhimento.

Diante disso, esse estudo que se pauta no ouvir e dar visibilidade ao homem, paciente nefropata, ancora nas percepções quanto a narrativa médica e busca, efetivamente, proporcionar uma ação transformadora que oportunize a esse indivíduo um tratamento humanizado, bem como, contribuir para que estudantes da área alcancem compreensão profunda do tema.

4 A NEFROLOGIA: QUESTÕES SOBRE A DOENÇA RENAL CRÔNICA

Segundo o Ministério da Saúde (2018) as doenças crônicas são enfermidades com progressão lenta e, de modo geral, permanente. Com características diversas — algumas são mais agressivas, outras não apresentam sintomas visíveis — impactam diretamente a qualidade de vida no paciente exigindo acompanhamento médico e mudança de estilo de vida. Fato é que aqueles acometidos por tais problemas passam por transformações determinantes em seu cotidiano e precisam se adaptar à nova realidade. Nesse sentido, a nova condição provoca transformações sociais, físicas, emocionais, profissionais e familiares. (PAULA, et al., 2019)

Dentre as doenças crônicas, a renal, também conhecida como DRC “é considerada um grande problema de saúde pública, pois, causa elevadas taxas de morbidade e mortalidade e, além disso, tem impacto negativo sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS).” (ROCHA, BARATA, BRAZ, 2019). Ela se caracteriza pela lesão renal, com uma perda progressiva e reversível da função dos rins, os quais não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente (ROMÃO JR, 2004).

Cabe ressaltar que, são inúmeros os fatores que podem levar ao aparecimento desses comprometimentos: questões genéticas, hábitos de vida, doenças primárias dos rins e doenças sistêmicas, dentre essas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são as principais. (RIBAS, 2020). Essa enfermidade se estabelece quando os rins não conseguem remover resíduos metabólicos do corpo nem realizar as funções reguladoras. Assim, as substâncias que são normalmente eliminadas na urina acumulam-se nos líquidos corporais devido à excreção deficiente, levando a vários distúrbios corporais. (SILVA, et al., 2020).

No tocante ao diagnóstico, existem entraves a ser considerados: a falta de informação sobre a doença, a demora na realização dos exames, e o acesso dificultado às unidades de saúde básica e ao especialista renal, no país, comprometem a possibilidade de um tratamento precoce e contribuem com a exigência de uma terapêutica mais agressiva e com maiores efeitos colaterais. (ROCHA, BARATA, BRAZ, 2019)

Em circunstâncias de maior gravidade tais enfermidades podem ser agrupadas em duas categorias principais: Insuficiência renal aguda (IRA), na qual os rins param

de funcionar, contudo, podem recuperar a sua função e a Insuficiência renal crônica (IRC), em que ocorre perda progressiva da função nefrítica (GUYTON, 2011).

De acordo com Silva, et al. (2020), em se tratando de doenças renais terminais há quatro possibilidades de tratamento, as quais possuem características variadas e complexas: tratamento conservador, hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal. Todas envolvem riscos, diversidade de operações e custo, os quais devem ao máximo ser evitados.

A este estudo interessa, sobretudo, a hemodiálise, fase terapêutica na qual se enquadram os pacientes entrevistados. Ela consiste na depuração artificial do sangue realizada por uma máquina, de modo geral, em três sessões semanais de quatro horas cada dependendo das necessidades individuais. Durante o processo, é implantado no paciente uma fistula arterio venosa ou um cateter de hemodiálise que o retira o sangue e o conduz até a máquina, por meio de uma linha arterial e venosa passando em um capilar que é o dialisador (o qual faz a função do rim). Nessa circunstância, acontece o processo de dialise/filtração, devolvendo para o paciente o sangue dialisado simultaneamente (ROCHA, BARATA, BRAZ, 2019)

Ocorre que esse é um processo invasivo que deve ser acompanhado por uma equipe especializada que busque humanizar o atendimento, haja vista que o nefropata permanece por um grande tempo no serviço de saúde necessitando, dentre outras coisas, de acolhimento psicológico e de orientação nutricional, de modo a aceitar o processo, adaptar-se e assumir uma postura de autocuidado que contribuirá com sua qualidade de vida. (SILVA, et al., 2020).

Inegavelmente, o renal crônico já tem que adaptar a muitas coisas em sua vida, começando com o tempo, que precisa deixar disponível para as sessões na clínica — no mínimo três vezes por semana, ficando conectado à máquina por cerca de quatro horas. A isso adiciona-se o deslocamento da sua casa até a clínica e o retorno. Para aqueles que residem em outra cidade, isso pode levar um dia, fator que compromete as relações trabalhistas. (SBN, 2021)

Para além disso, há a convivência diária com o imponderável da vida: a morte. Em pacientes renais o medo quanto a essa possibilidade é ampliado, em virtude do desconhecido e dos dramas particulares: alguns são abandonados por esposas ou esposos; outros convivem com o desânimo diante das dificuldades financeiras e acabam sobrevivendo com o benefício governamental que, na grande maioria das

vezes, não é suficiente sequer para a compra dos medicamentos, esses contratempos dificultam a aceitação da doença. (COUTINHO & COSTA, 2015)

Ademais, por ficar grande parte de seu tempo nas clínicas de hemodiálise, esses sujeitos, tão invisibilizados socialmente, acabam por construir um vínculo com o espaço de tratamento e a equipe, haja vista que passam ali grande parte de sua vida. Neste contexto, o tratamento humanizado oferecido nesses ambientes traz uma esperança maior aos pacientes, aumentando a adesão ao tratamento e possibilitando que sigam as orientações dos médicos, equipe de enfermagem, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. (PUCCINI & CECILIO, 2004)

Nesse ponto, cabe refletir sobre o que seria a humanização da Medicina, nas palavras de José Luiz Gomes do Amaral, ex-presidente da Associação Paulista de Medicina a relação humanística relaciona-se com a atenção que o médico dispensa a seu paciente, o saber ouvir, saber falar e saber calar, o tratamento que ultrapassa a tecnologia tão presente na sociedade pós-moderna.

“De que vale decorar as salas de espera em tons pastéis, selecionar música ambiente suave, plastificar o sorriso nas recepcionistas e em nós próprios, se não há suficiente tempo para ouvir o que nossos pacientes têm a dizer? Nos hospitais usamos crachás para sermos facilmente identificados, mas não temos tempo para gravar nem mesmo o nome de nossos pacientes! Se nem mesmo os conhecemos, como esperar que eles acreditem que conheçamos seus males? Não é de estranhar que a relação médico-paciente está desgastada.” (AMARAL, 2000, apud, CARDOSO, et al., 2008)

Em 2003, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Segundo o documento “Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.” (BRASIL,2013)

São atributos da PNH a transversalidade, a qual reconhece que “as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido”; a indissociabilidade entre atenção e gestão que define o gerenciamento como ação dos múltiplos atores: profissionais e usuários; o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, nessa perspectiva, “os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um”. (BRASIL,2013)

Essas ações se sustentam com base no acolhimento, na escuta afetiva, nas discussões compartilhadas, na valorização dos sujeitos, na luta pelos direitos, nos movimentos colaborativos que transformam vivências e são capazes de modificar a forma de se produzir as terapias, minimizar as dores e produzir, quando possível, a cura. Nesse sentido, desde que os homens são inseridos no processo da diálise passam a se sentir acolhidos, surge uma diminuição da tensão e um aumento da harmonia com a equipe, o que, conseqüentemente, oportuniza uma consciência quanto ao autocuidado, bem como, a liberdade de falar mais sobre seus medos e suas fragilidades, ajuda na comunicação e possibilita que se sintam felizes, valorizados e respeitados. (PUCCINI & CECILIO, 2004)

4.1 CLÍNICA DE DIÁLISE SAÚDE RENAL

Este estudo busca analisar o perfil de pacientes renais crônicos do sexo masculino. Tais informações estão registradas no diário dessa pesquisa e foram adquiridas nos documentos oficiais da Clínica de Hemodiálise Saúde Renal Serviços Médicos Ltda. — Saúde Renal.

A instituição foi fundada em 17 de setembro de 2010, contudo, os atendimentos só tiveram início em 22 de setembro de 2016, com a primeira sessão de hemodiálise realizada em um paciente renal crônico, proveniente do Hospital Municipal de Teixeira de Freitas. O homem foi admitido em maca, acompanhado pela esposa; acordado, lúcido, porém muito sonolento. Dado início ao tratamento hemodialítico via cateter de diálise (CDL) na jugular interna direita (JID) apresentou bom fluxo e refluxo, sem intercorrências.

Do paciente marco até a realização deste estudo foram inúmeros os atendimentos e desafios realizados. Localizada na rua Itália, 245, bairro Bela Vista, a clínica é de grande porte e ocupa 978 m² de área construída de um total de 2.038 m² de terreno. Possui ainda 741,4 m² de área no primeiro andar que ainda não está sendo utilizada. O espaço possui uma recepção ampla e arejada com dois sanitários adequados às pessoas com necessidades especiais, auditório, 03 consultórios médicos, sala de atendimento da equipe multidisciplinar (psicóloga, nutricionista, assistente social e enfermeiro), copa, sala de DPAC — Diálise peritoneal automática —, sala de macas, sala de diluição, vestiário para funcionários, sala de osmose, sala de observação, refeitório para pacientes e acompanhantes, sala de insumos, DML —

Depósito Material de Limpeza —, sala de reuso, oficina, sala de resíduos e as salas para tratamento de hemodiálise, denominadas, Sala Branca e Sala Amarela. Possui ainda amplo estacionamento.

Atualmente, possui 37 máquinas para diálise, tendo a capacidade instalada para atender 222 pacientes (111 por dia), além de executar diálise peritoneal e atender pacientes em tratamento conservador⁷. Ainda oferta aos seus pacientes, serviço laboratorial, confecção de fístula arteriovenosa e implante de cateter, estes de forma terceirizada.

Figura 1 – A máquina de hemodiálise



Fonte: Acervo da Clínica

⁷ O tratamento conservador usa medicamentos, dietético e restrição hídrica; quando esse tratamento torna-se insuficiente, é necessário iniciar a diálise que substitui, em parte, a função dos rins, ou ainda candidatar-se a um transplante renal. O tratamento conservador tem como meta auxiliar a redução do ritmo da progressão da doença renal, utilizando-se de orientações dietéticas que objetivam a promoção de um estado nutricional adequado, controle dos distúrbios metabólicos e da sintomatologia urêmica.(GRICIO, KUSUMOTA, CÂNDIDO, 2009)

O corpo médico possui 04 profissionais nefrologistas. São 05 enfermeiros e 25 técnicos de enfermagem, contando ainda com 01 psicóloga, 01 nutricionista e 01 assistente social. O quadro de funcionários fecha com mais 10 pessoas no setor administrativo.

A Saúde Renal atende pacientes de **Teixeira de Freitas** e toda a microrregião adjacente: Alcobaça, Caravelas, Ibirapuã, Itamaraju, Itanhém, Jucuruçu, Lajedão, Medeiros Neto, Mucuri, Nova Viçosa, Prado e Vereda, além dos pacientes em trânsito oriundos de todo o Brasil.

O município que sedia a Clínica encontra-se no extremo sul do estado da Bahia, geograficamente inserido na região da Mata Atlântica. Em 2014, possuía uma população que ultrapassava 150.000 habitantes, distribuídos em uma área territorial de 1.165,622 km². Embora possua vários problemas estruturais, Teixeira de Freitas é conhecida como a “Capital do Extremo Sul”, pois se tornou, em poucos anos de emancipação política, a principal cidade da região do extremo sul baiano. Note-se que o município é relativamente recente, tendo se emancipado em 1985 de Alcobaça e Caravelas. (VIEIRA, 2015)

4.2 PERFIL DO PACIENTE NEFROPATA MASCULINO

A Sociedade Brasileira de Nefrologia realiza, desde o ano de 1999, o Censo Brasileiro de Diálise, o qual visa traçar um panorama sobre o perfil dos pacientes nefropatas. As estimativas apontam que em 2010 havia cerca de 2 milhões de pacientes em diálise no mundo e que tal cifra deve duplicar até 2030, o relatório demonstra que o crescimento presente no cenário mundial também se evidencia no Brasil. (PRECIL, et al., 2020)

Segundo as informações da publicação a doença renal no país mantém-se predominantemente entre os homens, com um progressivo aumento entre os idosos. Tal fato pode ser explicado pelo aumento da expectativa de vida da população em geral, além do aprimoramento progressivo das técnicas dialíticas e medicações de suporte às complicações da doença renal crônica terminal, permitindo também maior longevidade aos pacientes prevalentes. Entretanto, o aumento da porcentagem desses pacientes implica o aumento de carga de comorbidades entre os pacientes realizando terapia renal substitutiva. (SBN apud PRECIL, et al., 2020)

Os pacientes nefropatas convivem com marcas advindas da enfermidade e da terapêutica, que impactam diversas áreas de sua vida. O enfraquecimento do corpo, a formação de edema facial, cicatrizes das fistulas e algumas complicações que podem ocorrer como aneurismas, pseudoaneurismas, trombose, infecções e nos casos mais complicados isquemia distal, bem como, a convivência com o uso do cateter são fatores que causam desconforto, além do risco de infecções, sangramentos que ampliam a sensação de vulnerabilidade e medo.

Existe ainda a dificuldade de adequar o tratamento e o trabalho, haja vista que existe a diminuição da mobilidade, força física, ritmo de trabalho, horários prolongados de tratamento – no mínimo 03 vezes por semana –, uso de cateter de hemodiálise, e para a maioria as fistulas arteriovenosas que são confeccionadas e implantadas no braço, impactam a mobilidade, diminuem os movimentos e interferem na realização de alguns trabalhos prejudicando os aspectos profissionais, bem como outras manifestações que eventualmente podem aparecer e interferir na produtividade e comprometer as relações sociais e familiares. (PAULA, et al., 2019)

Substancial parcela dos indivíduos acometidos por doenças renais passam por essa fase durante aquela que deveria ser sua época produtiva, tanto profissional como pessoal, o que gera inúmeras frustrações e restrições. Em sua maioria, passam por impactos de ordem pessoal e o enfrentamento de sintomas e consequências da terapia invasiva, tais como, a perda da libido, o hálito cetônico, o uso dos cateteres, que impossibilitam a higienização adequada, o risco constante de infecções, as veias dilatadas que proporcionam uma assimetria nos membros superiores e várias cicatrizes de fístulas mal sucedidas ou perdidas. Nesse contexto, há comprometimento da saúde emocional, bem como, o aumento das vulnerabilidades, questões as quais não podem ser negligenciadas. (COUTINHO & COSTA, 2015)

A Sociedade Brasileira de Nefrologia acentua a necessidade da prevenção para evitar o adoecimento renal. Assim, investir em hábitos alimentares saudáveis, mapeamento de fatores genéticos, consumo regular de água e prática de exercícios físicos é fundamental para a mudança do quadro de nefropatia que se desenha em ascendência no país. (SBN, 2018).

Sobre isso, Campos CJG, Turato ER (2003, p.502) afirmam que:

A doença renal crônica e o tratamento de hemodiálise impõem restrições das mais variadas, como as de ordem física, emocional e social. Sobretudo os pacientes que não estão internados e que, após as sessões de hemodiálise,

voltam para suas casas, têm controle rigoroso de ingestão hídrica e salina, demonstrando assim que o mesmo deve apresentar uma posição participativa no seu tratamento, entre outras de obediência.

Dessa maneira, é preciso definir um programa de qualidade de vida que contemple o bem-estar físico, mental, desempenho no trabalho e participação social. Nesse viés, cabe a equipe multidisciplinar constituir ações que permitam ao paciente compreender seu estado de saúde, aceitando as limitações impostas pela alteração da imagem corporal, do sono, do humor, peso, apetite e do interesse sexual (SILVA, et al., 2020).

Sob essa perspectiva,

a tensão causada pelo tratamento é muito particular e todos os pacientes precisam conciliar sua realidade de vida anterior com a atual, com mudanças em sua vida psicossocial. Fica dificultada a manutenção de um equilíbrio físico-emocional, sendo importante haver um reforço da confiança do paciente para com a equipe de profissionais, através de um relacionamento emocional positivo. (Campos CJG, Turato ER.,2003, p. 503)

Tais mudanças exigirão uma atitude resiliente que valorize a autonomia por meio do desenvolvimento do “autocuidado”. Sob essa perspectiva, o Ministério da Saúde (2018) sinaliza a importância desse comportamento para uma melhora significativa do quadro de saúde em que o paciente se torna corresponsável, se reconhecendo como sujeito transformador que observa e escolhe ações que visem cuidar de seu bem-estar.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

A Nefrologia é uma área complexa em que os procedimentos são extremamente invasivos havendo uma necessidade de humanizar cada dia mais o tratamento com vistas a garantir a adesão do paciente. Contudo, quando se observa a situação do renal crônico masculino há um agravamento desse processo, consequência da cultura patriarcal e machista incutida na sociedade brasileira. É neste espaço político e social que se forjou este estudo: Conversas com pacientes nefrológicos: compreendendo as necessidades e a resistência masculina na adesão ao tratamento.

O estudo foi inscrito sob o CAAE 44561320.4.0000.8207, tendo sido aprovado em 28 de maio de 2021, por meio do parecer de número 4.743.168.

A partir desse ponto, constrói-se uma conversa com pacientes da Clínica de Hemodiálise Saúde Renal. Pelas características inerentes ao estudo de caso, foi decidido sobre a categoria de pesquisa e os métodos, para tanto optou-se pela entrevista semiestruturada, na compreensão de que a construção do discurso produz conhecimento ativo. Neste sentido, Minayo (2010, p.9) afirma que “A ciência é apenas uma forma de expressão dessa busca, não exclusiva, não conclusiva, não definitiva”

Nesse viés, partiu-se do entendimento de que a metodologia é parte indispensável para o desenvolvimento de um trabalho de pesquisa, sendo necessário estabelecer os procedimentos que auxiliam na melhor compreensão das diferentes faces do objeto e problema de estudo como fenômeno social que nasce de uma dada realidade, considerando tanto as adversidades que lhe são inerentes quanto as emoções, sentimentos e as implicações econômicas e sociais as quais circundam a problemática. (MINAYO, 2010)

Em se tratando da entrevista semiestruturada, são elaborados questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, os quais se relacionam ao tema da pesquisa. Desse modo, surgem repostas a partir dos diálogos construídos oportunizando que investigador e investigado posicionem-se profundamente sobre os temas levantados, isso é importante no processo descritivo dos fenômenos sociais com o objetivo de verificar não a parte, mas sim a totalidade. (TRIVIÑOS, 1987, p. 152, MANZINI, 2003).

Na perspectiva de Ludke (1986), e — a fim de evitar conflitos — torna-se necessário planejar rigorosamente cada etapa de trabalho, de modo a garantir a

fidedignidade do estudo. Sendo assim, planejar a observação significa determinar com antecedência “o quê” e “o como” observar. Definindo-se o foco da investigação e sua configuração espaço-temporal, ficam, de certo modo, evidentes quais aspectos do problema serão cobertos pela observação e qual a melhor forma de captá-los. Dessa maneira, será possível recorrer aos conhecimentos e experiências pessoais como auxiliares no processo de compreensão e interpretação do fenômeno estudado.

Ademais, buscou-se como suporte conceitual-metodológico a abordagem qualitativa enunciada em paralelo ao estudo de caso, de modo a estabelecer outros diálogos para aproximar a concepção e os procedimentos da realidade investigada. A partir dessa compreensão, foi possível produzir uma pesquisa semiestruturada, a qual tem como característica a apresentação de questionamentos básicos, os quais são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os quais darão frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. Além disso, pode-se obter informações significativas, por meio da análise das respostas, gestos e ações, bem como, reformular os questionamentos, esclarecendo as possíveis dúvidas que surjam durante a pesquisa. (MARCONI E LAKATOS, 2003)

Com o intuito de melhor fundamentar este momento, o trabalho também contou com uma pesquisa bibliográfica, a qual pretende uma análise histórica do tema de estudo, observando as diversas teorias e concepções que o envolvem. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, a fim de embasar o conhecimento. O arcabouço deste estudo tem como base:

Figura 2 – Quadro de fundamentação teórica

O direito à saúde e o papel da atenção básica	Legislações (Constituição Federal de 1988, Portaria nº 1.944 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009), ...
O paradoxo da relação homem x saúde	Visões do masculino (JUNIOR, MEDEIROS, FONTOURA, 2018). Dados (IBGE, 2016), (PNS, 2019) Falta de informação (GARCIA, CARDOSO, BERNARDI, 2019) Manutenção de estereótipos (ADORNO, 2002).
Desafios para a adesão masculino aos protocolos de saúde	Cultura patriarcalista; Caracterização dos espaços de atendimento; humanização do atendimento. (SOUZA, et al., 2020)
O tratamento dialítico	Doenças crônicas (Ministério da Saúde, 2018) Qualidade de vida; Taxas de mortalidade; Diagnóstico (ROCHA, BARATA, BRAZ, 2019) IRA e IRC (GUYTON, 2011)

	Tratamento invasivo. Dificuldades enfrentadas no tratamento (SILVA, 2020) (SBN, 2021) (COUTINHO & COSTA, 2015) Papel da equipe – atendimento humanizado (PUCCINI & CECILIO, 2004)
Perfil do paciente nefropata masculino e desafios enfrentados	Crescimento do número de pacientes no país e predominância masculina (SBN apud PRECIL, et al., 2020) Marcas físicas e emocionais (PAULA, et al., 2019) COUTINHO & COSTA, 2015) Necessidade da prevenção (SBN, 2018). Equipe multidisciplinar (SILVA, et al., 2020).
A narrativa como estratégia de educação médica	Medicina baseada em narrativas (BENEDETTO, GARCIA, BLASCO, 2010) Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2001) Reflexão e transformação a partir das narrativas (GROSSMAN & CARDOSO, 2014) Uma história brasileira das doenças (FRANCO, NASCIMENTO, SILVEIRA (org), 2015)

Fonte: Diário do pesquisador

Buscando compreender como os pacientes se percebem, foram entrevistados 50 pacientes nefrológicos, do sexo masculino, com idade entre 18 a 50 anos —, aproximadamente 35% dos homens, os quais fazem tratamento dialítico na Clínica de Diálise Saúde Renal, localizada na cidade de Teixeira de Freitas, Bahia. Registra-se que durante o processo de construção deste trabalho estavam como pacientes fixos: 144 homens e 73 mulheres.

As entrevistas foram realizadas em sala anexa da clínica com o auxílio de gravador, tendo sido direcionada pelo autor desta pesquisa. A princípio foram selecionados 50 pacientes, porém o número foi reduzido para 38 entrevistados. Isso ocorreu, pois 05 dos selecionados foram a óbito no decorrer desse estudo; 04 decidiram declinar do compromisso inicial e recusaram-se a participar da entrevista e 03 não compareceram no dia agendado.

É válida a contextualização temporal que demarca este estudo. Preparado para ser submetido no início de 2021, o trabalho teve seus prazos adiados devido a Pandemia da Covid-19⁸, momento que mudou a dinâmica das relações sociais e

⁸ Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos. Uma semana depois, em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Em 11

trouxe a necessidade de protocolos específicos para o atendimento, considerando, sobretudo, as particularidades da doença nefrológica e a vulnerabilidade dos pacientes. Outro ponto que contribuiu para o protelamento do trabalho foi o fato desse pesquisador tornar-se um dos pacientes a lutar contra a Covid.

Para tanto, foi aplicada uma pesquisa semiestruturada, buscando delinear as vivências desses indivíduos — desde o diagnóstico — construindo, a partir daí, um material informativo que atenda esses homens antes e durante o tratamento. Ancoram a pesquisa, os estudos sobre Saúde do Homem, Nefrologia e Medicina narrativa. A metodologia assenta no tipo de Pesquisa Social na abordagem qualitativa para compor o estudo de caso.

Por fim, a culminância ocorreu, por meio de material informativo, construído a partir dos elementos coletados durante as entrevistas, de modo a demonstrar a esse homem a necessidade de autocuidado, bem como, apresentar informações sobre quais médicos procurar, quais alimentos evitar, como proceder antes de efetivamente receber um diagnóstico de comprometimento renal, o que fazer depois que recebe este diagnóstico e como lidar com quadros que exigem a hemodiálise.

de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. O termo “pandemia” se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade. Em 26 de fevereiro de 2020 foi identificado o primeiro caso no Brasil. (OPAS, 2020)

6 DO SILÊNCIO À PALAVRA: HOMENS QUE FALAM

Refletir a sociedade demanda a compreensão dos diversos atores que a constituem. Nesse viés, é necessário, antes de tudo, compreender as relações em que estão inseridos e os papéis que encenam socialmente. Assim, é necessário avaliar profundamente as culturas, os sentimentos e percepções, sobretudo as escondidas sob a poeira das diferenças coloniais, porque essas forjaram os homens e tiveram influência fundamental na formação dos brasileiros e suas histórias.

Sobre esse tema, Evangelista (2017), reflete que a identidade masculina não é essencial, mas historicamente construída, e determinada por meio de expressões e posturas que são identificadas como masculinas pelo senso comum. Paralelo a isso, Rangel, Casto, Moraes (2017) afirma que a masculinidade,

por meio de atitudes, posicionamentos e valores que são passados de geração em geração num ciclo vicioso. A transmissão de conhecimentos entre gerações, chamada de tradição, solidifica o modo de conduta, construindo padrões e conseqüentemente, a realidade objetiva que são as condições predispostas socialmente que independem da existência de determinado indivíduo, ou seja, é a realidade que é predisposta antes da existência do indivíduo e que continuará existindo depois dele, ele não tem a opção de não participar dela. Dessa forma, ao nascer o indivíduo é inserido nessa realidade institucionalizada com tipificações que dizem como as coisas devem ser, de acordo com os padrões estabelecidos. (RANGEL, CASTRO, MORAES, 2017, p.247)

Nesse contexto estão inseridos os pacientes nefropatas, uma parte do corpo social invisibilizada por motivos que vão das marcas que os afastam de tratamentos preventivos, dos hábitos pouco saudáveis da pós-modernidade e do raso debate em relação aos problemas renais.

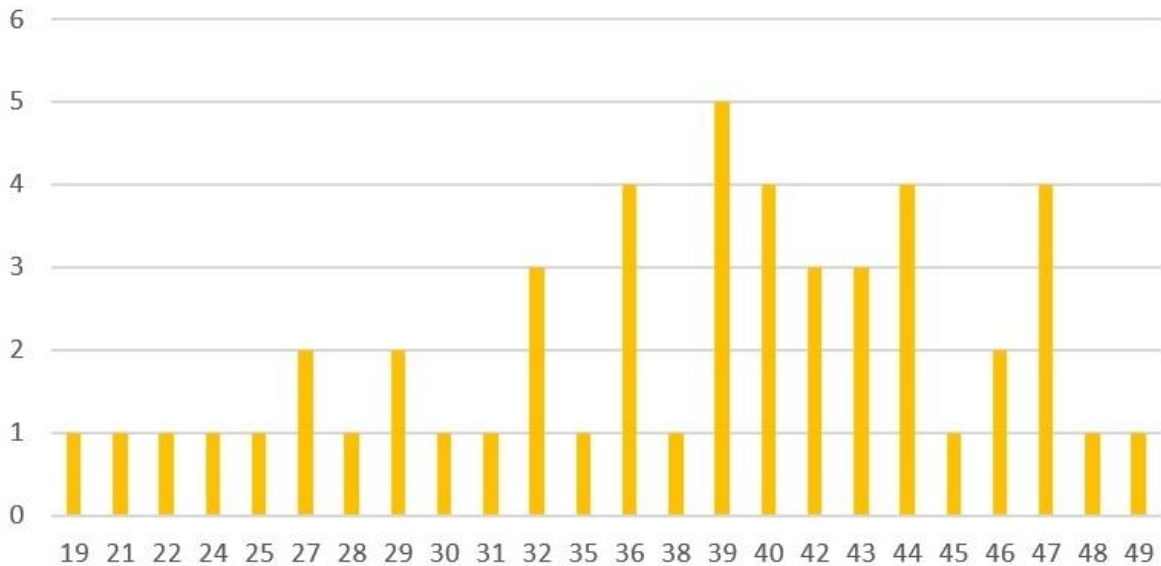
Esse cenário envolve os indivíduos participantes deste estudo, realizado na cidade de Teixeira de Freitas – Ba. Seriam entrevistados 50 pacientes, de modo que o número foi reduzido para 38 entrevistados. Isso porque, 05 pacientes foram a óbito, 04 recusaram a participar da entrevista e 03 não compareceram no dia agendado.

6.1 COMPREENDENDO O PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS PACIENTES

Os 50 pacientes para serem entrevistados foram escolhidos por disponibilidade para a entrevista. Buscou-se inicialmente, por meio de uma conversa informal, expor o caráter do trabalho e o objetivo do estudo, a partir daí, foi definido um recorte etário,

optando por pacientes entre 18 e 50 anos. A caracterização etária dos sujeitos encontra-se no quadro abaixo.

Gráfico 1 – Faixa etária dos entrevistados



Fonte: Diário do Pesquisador

Para a complementação do perfil, os pacientes foram questionados quanto à renda familiar e profissão.

Na análise comparativa das rendas, os entrevistados se apresentam da seguinte maneira: 10 recebem até 1 salário mínimo⁹; 20 até 2 salários mínimos; 2 até 3 salários mínimos; 2 até 4 salários mínimos; 1 até 5 salários mínimos, 3 informaram não receber um salário fixo. Nenhum entrevistado recebe acima de 5 salários e

Quanto à origem de sua renda, 21 homens informam receber por meio do INSS, 5 recebem por auxílio-doença; 2 pelo BPC¹⁰; 5 são assalariados; 2 não possuem renda; 1 possui renda, mas não informa qual; 1 informa estar desempregado e 1 declara ter um processo na justiça em prol da aquisição do benefício.

⁹ O valor do salário mínimo no Brasil é de R\$1.100 - Medida Provisória nº 1.021/20. (BRASIL, 2020)

¹⁰ O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício da assistência social no valor de 1 (um) Salário Mínimo para pessoas com deficiência de qualquer idade que apresentem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e que, por isso, vivenciam dificuldades para a participação e interação plena na sociedade ou para idosos com idade de 65 anos ou mais. (BRASIL, Ministério da Cidadania)

Os pacientes nefropatas vivenciam, muitas vezes — desde muito cedo —, os impactos da DRC, por meio de mudanças impostas pela relação semanal com a máquina de diálise, as quais limitam as relações sociais e têm desdobramentos no campo profissional, pessoal e financeiro. Em decorrência disso, há um aumento das vulnerabilidades com a diminuição dos recursos e, conseqüentemente, uma fragilização da dignidade humana. Conviver com a diminuição da capacidade laboral e a repentina alteração na rotina amplia a complexidade dessa patologia que afeta o enfermo e aqueles envolvidos em seu círculo social. (COSTA et al., 2009)

É certo que existem intenções estatais na mudança neste quadro, afinal, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi criada para estabelecer:

um recorte estratégico da população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos. Isto não deve configurar uma restrição da população alvo, mas uma estratégia metodológica. Este grupo etário corresponde a 41,3 % da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil. Ele corresponde a parcela preponderante da força produtiva, e além do mais exerce um significativo papel sociocultural e político. (BRASIL, 2008, p.8)

Entretanto, os diálogos estabelecidos neste estudo demonstram que a realidade se distancia do preconizado na Política. Há o delineamento do Estado, mas falta ação, mais que isso, falta educação, envolvimento dos atores sociais no esclarecimento dos homens e na quebra das crenças estabelecidas que impedem o autocuidado.

6.2 ENTRE A DESCOBERTA DA DOENÇA E A PERCEPÇÃO DA SAÚDE

Em paralelo, as dificuldades para conseguirem consultas com especialistas, as maratonas para conseguir exames e medicamentos prejudicam o compromisso pessoal com a saúde. Nesse contexto, perdura no imaginário masculino brasileiro uma falsa visão de fortaleza fundamentada pelos instrumentos culturais que desconsideram as mazelas humanas impondo uma mentalidade colonial – pautada na visão machista enraizada em visões de força e poder como o senhor de engenho e o capataz – que ao ser confrontada pelo imponderável da doença fragiliza.

Esses homens perdem seus bens, sua força de trabalho é impactada, sua imagem modifica, passam a depender de benefícios e, em um país amplamente desigual convivem com a instabilidade financeira e necessitam de políticas públicas que verdadeiramente os atendam. Nesse sentido, é importante refletir que:

As medidas e as políticas de saúde pública não se pautam exclusivamente pelas teorias que dominam o saber médico em um determinado período, mas envolvem também questões de ordem econômica, sociais, as percepções culturais sobre a doença e a cura, interesses e projetos políticos. ROSENBERG, 1995, apud FRANCO, NASCIMENTO, SILVEIRA, p.68, 2015)

Logo, faz-se necessário um planejamento estratégico pautado na busca por transformar padrões historicamente estabelecidos e isso só será possível por meio de um plano educativo que reconfigure necessidades, percepções e expectativas. (ROSENBERG, 1995)

Segundo BASTOS, KIRSZTAJN (2011) o tratamento ideal da DRC é baseado em três pilares de apoio: 1) diagnóstico precoce da doença, 2) encaminhamento imediato para tratamento nefrológico e 3) implementação de medidas para preservar a função renal. Ora, a doença renal é um mal silencioso e esse é um dos agravantes da questão, afinal, por não existir um hábito de acompanhamento médico, que se alia à dificuldade de agendar consultas e as realizações dos exames e indisponibilidade do tratamento necessários na maioria dos hospitais e cidades, os pacientes costumam descobrir tardiamente o que acelera a necessidade da diálise.

Diante disso, foi feito aos entrevistados o seguinte questionamento: Com quantos anos você descobriu ser portador da doença renal crônica?

Tal evento foi observado entre os entrevistados, dentre eles, 8 receberam o diagnóstico entre 18 a 25 anos; 14 homens foram diagnosticados entre 25 a 35 anos e 16, acima de 35 anos. Ou seja, dentre os entrevistados apenas 21% obtiveram diagnóstico antes dos 25 anos. Outro ponto relevante a ser observado é quanto ao início da diálise, 29 dos entrevistados iniciaram esse processo assim que receberam o diagnóstico.

Nesse sentido, fica evidente a necessidade de lançar novos olhares sobre a condução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, haja vista que ela traz os fundamentos – já discutidos neste trabalho – necessários para a garantia da qualidade de vida e mudança de comportamentos historicamente enraizados.

Entretanto, uma boa proposta se não for devidamente aplicada não passa de texto vazio. Sob essa perspectiva, não seria relevante pensar em ações voltadas aos públicos mais jovens com uma resignificação dos hábitos de saúde entre os meninos? Ora, essa visão dialoga com o pensamento de Buss (2000), pois fortalece a urgência do investimento em saúde, do estreitamento da relação médico e paciente e do trabalho constante de orientação aos pacientes.

6.3 HÁBITOS E COMPORTAMENTOS: O FORTALECIMENTO DO IMAGINÁRIO DE MASCULINIDADE

Uma proposta preventiva evitaria situações como as descritas pelos entrevistados. A fim de compreender a profundidade dessa questão, foi realizada a seguinte pergunta: Refletindo sobre seus hábitos e atitudes anteriores, antes do diagnóstico, você cuidava de sua saúde? Caso a resposta seja positiva, quais hábitos julga que eram saudáveis?

Assim, quando questionados sobre os hábitos de saúde, antes do diagnóstico que os levou à diálise, 11 deles informaram que cuidavam da saúde, contudo, algumas respostas revelam uma visão que atrela a saúde à capacidade laboral ou ao lazer.

“Cuidava, jogava bola, andava a cavalo, comia bem, sim graças a Deus.” (L.C – idade entre os 35 a 45 anos)

“Às vezes sim, as vezes não. Eu era motoboy entrega água mineral e gás.” (E.S - idade entre os 35 a 45 anos)

Outros demonstram que esse cuidado se devia a alguma outra enfermidade pré-existente:

Sim, sim um pouco de atividade física, como sou diabético desde de criança, fazia uma dieta já balanceada por conta da diabetes. (G.J - idade entre os 35 a 45 anos)

Cuidava bastante da minha saúde, me importava quando me sentia estranho, coisa assim. Não sabia que tinha pressão alta. (A.S – idade entre os 18 a 25 anos)

De outra parte, 27 dos entrevistados declararam que não cuidavam da saúde. Dentre os maus hábitos relatados, o consumo de bebidas alcóolicas e a pouca relevância dada a doenças pré-existentes evidenciam a ausência de uma consciência pautada na prevenção das patologias.

“Não, assim nunca fui de cuidar da saúde, sempre fui desleixado com a saúde, sempre tive diabetes, pressão alta, sempre nunca cuidava da saúde”. (W.G – idade entre os 45 a 50 anos)

“Não cuidava não, era muito difícil ir ao médico, quando descobrir já estava grave mesmo, já com pressão alta”. (S.C – idade entre os 35 a 45 anos)

“Bebia água com frequência, bastante, me alimentava normal, mas bebia pesadas, né algum final de semana trabalhava no meio de semana, final de semana bebi, fui usuário de droga também de cocaína durante uns 10 anos acredito que isso veio a contribuir né porque tudo que a gente ingere ou inala que não presta contribui para o mal da saúde né e tudo que a gente planta

na juventude se colhe ao decorrer do tempo na idade”. (R.F – idade entre os 35 a 45 anos)

“Cuidava com cachaça”. (F.S – idade entre os 35 a 45 anos)

“Praticamente não, porque a gente só procura cuidar da saúde depois, na realidade, depois que aparece algum sintoma, alguma coisa, hoje na verdade é que o pessoal está se conscientizando mais e estão procurando se cuidar antes, há um tempo atrás neguim (sic) só pensava em que trabalhar, cuidar de família essas coisas, então não se preocupava em fazer um check-up pra poder ter uma prevenção melhor.” (G.R - – idade entre os 35 a 45 anos)

Nessa ótica, a forma de “levar a vida”, as escolhas, os comportamentos, os costumes, as crenças contribuem para que esse indivíduo se identifique e se forme enquanto ser social com seus erros e acertos. A alimentação, a opção por se exercitar ou não, o reconhecimento da importância da água, a prática do autocuidado. Sob essa perspectiva, as reflexões apresentadas nas entrevistas dialogam com a avaliação apresentada da PNSH, dado que evidencia os motivos da resistência masculina à terapêutica, tal qual representado na imagem.

Figura 3: Motivos da resistência masculina à terapêutica



Essas construções e reconstruções históricas que são aprendidas no dia-a-dia com as representações paternas, a condução materna, a repetição de ações vizinhas, as lacunas deixadas pelo processo educativo contribuem para a inexistência de uma disciplina que torne esse sujeito preocupado consigo, ocupado com sua saúde, autônomo e responsável por seu bem-estar.

Posto isso, o estudo aqui delineado objetiva um ato de reescrita da história de homens pacientes nefropatas, a partir de suas imagens, narrativas e contextos, em diálogo com a análise, e interpretação crítica dos discursos teóricos e programas de saúde elaborados para esse grupo, com vistas à sistematização científica pretendida: dar visibilidade do paciente renal crônico masculino, a partir da análise dos seus conflitos e vulnerabilidades.

A masculinidade hegemônica, por ter sido o ponto chave das diferenças cultural e política construídas, foi também o motivo pelo qual os homens se constituíram historicamente, pautados em ideias patriarcais que fortaleceram o machismo a partir da formação de uma imagem viril e invulnerável. (JUNIOR, GOMES e NASCIMENTO, 2012). É fato que essa postura vem passando por mudanças substanciais, entretanto, suas fortes raízes afetam diretamente os processos de saúde, haja vista que a doença se apresenta com uma fenda nesse ideal, pois remete a fraqueza e a vulnerabilidade. Assim, aprisionados por essas crenças limitantes esses indivíduos negligenciam o autocuidado e se opõe a busca por recursos médicos.

Ademais, a ausência de boas práticas de alimentação e atividades físicas reforçam a possibilidade de desdobramentos negativos que trazem como consequência diagnósticos tardios. Claramente, a manutenção dessa visão deve ser combatida com informação a ser despendida desde a mais tenra idade, na busca de uma mudança na mentalidade social do brasileiro.

Entender a história desse grupo social é imprescindível para compreender os desdobramentos dessa difícil relação entre o homem – em especial, o paciente nefropata – e o sistema de saúde. Desse modo, por meio das conversas na Clínica de Saúde Renal foi possível compreender seus hábitos e sua relação com trabalho e família.

Nessa perspectiva, os entrevistados foram questionados sobre seus hábitos ou ações de cuidado após o diagnóstico. Elas tornaram-se mais difíceis?

Fortalecendo a visão de masculinidade já aqui apresentada o paciente A.S (18-25 anos) afirmou que cuidar da saúde: “Não ficou difícil não, continuei cuidando da

minha saúde, eu trabalhava de ajudante de pedreiro”. Tal posicionamento demonstra que a imagem que relaciona saúde à força de trabalho ainda é vigente. Nessa conjuntura, as histórias são atravessadas pelo entendimento de capacidade laboral a revelia de atividades físicas, alimentação ou acompanhamentos básicos como glicemia e pressão arterial, fatores relevantes para a prevenção de doenças renais.

Por outro lado, a maior parte dos entrevistados sugeriu mudanças positivas em seus hábitos e entendimentos quanto às questões de saúde. Dentre os entrevistados 22 consideraram mais fácil ter hábitos saudáveis após o tratamento, em contrapartida, 14 homens não perceberam mudança em seus hábitos.

É interessante observar que muitos pacientes relacionam a melhora na saúde ao atendimento na clínica. Falas como “a clínica faz acompanhamentos mensais” (A.C.S – 25 a 35 anos) e “agora tenho acompanhamento” (A.P.T - +35 anos), demonstram a relevância de um tratamento acolhedor.

Nesse sentido, o trabalho do corpo clínico é pedagógico, pois cuida-se da saúde física, mas também do emocional e da promoção do autocuidado. Essa assertiva, está de acordo com o pensamento de Freire já visto neste estudo. Ora, os novos caminhos se trilham a partir da sensibilização, da conscientização, que – aos poucos, mas continuamente – produz conhecimento e contribui para a garantia da qualidade de vida desse paciente. Confirma esse pensamento, a visão dos entrevistados, os quais, ao fazerem reflexões e críticas sobre seus aprendizados e reconhecimento tanto de suas fragilidades quanto de suas fortalezas, tecem comentários como: “Ficou mais fácil, pois aprendemos a cuidar mais da nossa saúde” (A.C.J - + 35 anos).

Essa nova perspectiva também pode ser verificada pelos relatos que apresentam a adoção da prática cotidiana de esportes, ainda que enfrentando alguma dificuldade: “Inicialmente eu tive que parar, que eu tinha um cateter, mas depois colocou a fístula, e continuei fazendo ciclismo e natação, até aumentei os exercícios” (R.E - +35 anos). Paralelo a isso, alguns citaram uma melhora nos hábitos alimentares e na busca preventiva por médicos. É certo que isso se deve ao trabalho de conscientização realizado na Unidade de Saúde por toda a equipe, evidenciando a importância de exercitar uma Medicina pautada no ouvir e no acolher.

Diante disso, compreender esse indivíduo em seu caráter pessoal, dotado de individualidade, considerando suas necessidades e privações poderá contribuir para a adesão e aceite do tratamento de forma – sobretudo, emocionalmente – menos

dolorosa. Nessa perspectiva, S.J. S (+35 anos) afirma “ficou muito mais fácil pois agora eu valorizo a minha vida” e V.S.S (+35 anos) reitera que “Ficou mais fácil, eu tenho consciência que tenho que cuidar pra viver”.

Em contrapartida, o relato de quatorze pacientes evidencia a dificuldade em se lidar com a doença renal e a circunstância da hemodiálise, situação que confirma o pensamento de Campos e Turato (2003), já discutido neste estudo. Desse modo, no tortuoso caminho da diálise, as restrições impedem a realização de muitas tarefas, isso traz perdas consideráveis à vida pessoal e impacta na rotina do renal crônica. Paralelamente, controlar o peso, a ingestão de água, o medo e a insegurança também são questões difíceis, como se pode observar em alguns relatos a seguir:

“Ficaram muito mais difícil, porque ficou mais difícil, por conta de as restrições, as restrições são coisa não saudáveis: não, por exemplo, uma coisa que eu gostava muito de fazer e eu fazia era tomar muita água, hoje já é restrito quanto a isso, então assim ficou muito mais complicado, você se conscientizou melhor, até mesmo pra dar uma orientação há alguém, hoje você se conscientizou melhor, uma família um amigo”. (G.R.V - +35 anos)

“Por causa da fistula, medo de machucar, pode a fistula, perdi uma já”. (L.C.M - +35 anos)

“Ficou difícil, porque eu não consigo me controlar no peso, pra fazer a hemodiálise, sempre com esse problema, com muito liquido no corpo, porque não estou conseguindo”. (W.G.A - + 35 anos)

“Na verdade, na verdade, eu até tenho um certo cuidado pessoal, mas minha dificuldade é água. na saúde a gente tá se cuidando, faço atividade física, mas de 3 meses pra cá não estou conseguindo fazer porque me deu falta de circulação na perna, eu acredito que a fístula está muito agressiva, se eu deitar em casa ela começa a sangrar, meu pulmão. continuou fazendo as mesmas atividades”. (A.R.C - + 35 anos)

A voz dos homens, pacientes nefrológicos, expressa neste estudo, cumpre o papel de ocupar um lugar vazio e silenciado que a falta de informação e de políticas públicas contundentes têm deixado à margem. Diante disso, escutar suas experiências, sentimentos e dores é trazer à baila o debate capaz de modificar comportamentos e garantir que novas gerações tenham uma relação mais consciente com o autocuidado. Ouvi-los é, antes de tudo, um exercício histórico de reflexão quanto aos desdobramentos advindos de uma nação originada do processo de colonização que construiu no imaginário social um estereótipo masculino que ao tentar demonstrar força, enfraquece.

Neste processo, foi possível vislumbrar que a mudança do comportamento, apesar de possível, é lenta, Posto isso, questiona-se como romper com visões

arraigadas na sociedade, como difundir um conhecimento transformador sobre saúde?

Os diálogos deixam evidente que ainda há muito por fazer. Esse quadro desafiador é facilmente perceptível nas respostas dadas ao questionamento: Após o início do tratamento na hemodiálise, você procurou outros tratamentos além do realizado na clínica? Quais foram esses?

Sobre isso, 33 pacientes afirmaram que não procuraram outros atendimentos, demonstrando que apesar das dores vivenciadas pelo tratamento e das orientações dispensadas na clínica, os hábitos negligentes permanecem enraizados e impedindo a busca consciente pela saúde:

A busca por novos olhares foi mínima, de modo geral, movida pelo medo de algum outro comprometimento, como manifesto por (S.J.S - +35 anos): “Sim, exame para ver os outros órgãos.” Ou pela esperança, como dito por (G.S.S - +35 anos): “O único tratamento que procurei, foi o transplante, no qual minha mãe fez os exames pra ser minha doadora, porém não deu certo, porque ela é hipertensa, fique na fila do centro transplantador de Itabuna, mas fechou, agora minha irmã, resolveu doar o rim pra mim”.

Esses homens carregam em sua história, corpo e mente dores difíceis de serem relatadas, inclusive para si. Curioso, entretanto compreensível, perceber que apenas um dos entrevistados buscou tratamento psicológico. Em uma sociedade marcada por tabus, a saúde mental não encontra terreno fácil, em especial entre os mais velhos.

“Só tratamento psicológico, porque é um baque pra você, eu falo principalmente pra mim, porque o seguinte, porque quando eu precisei entrar na dialise, eu *tava*, digamos em um patamar de vida que era o sonho meu, estava num emprego que era um sonho, e aí pá da noite pro dia você tem que parar sua vida tudo e entrar na máquina de hemodiálise, então você precisa de um auxílio psicológico ali, porque senão você acaba fazendo besteira.” – (G.R.V - +35 anos)

As reflexões aqui expressas deixam evidente a necessidade de investir em processos educativos, numa educação que ultrapassa o conteúdo e preocupa-se com a formação crítica do sujeito para as relações consigo e com o outro. Nesse processo, são necessários esforços conjuntos do Estado, da escola, das instituições religiosas, dos sistemas de saúde público e particular. É certo que na maioria não há reversão dos casos de hemodiálise, mas também é fato que um compromisso com dieta,

exercícios físicos e com a realização periódica de exames pode tornar esse caminho menos penoso.

6.4 ENTRE O COTIDIANO E O TRATAMENTO

Pensar numa postura preventiva é protelar a chegada de impactos que afetam diretamente o renal crônico. Madeiro, et al. (2010) aborda os contornos do tratamento hemodialítico e seus desdobramentos nos inúmeros campos sociais, haja vista que, a tratativa com a enfermidade demanda renúncias, em virtude do tempo e da natureza invasiva terapêutica. São muitas as repercussões psicológicas e sociais relatadas pelos enfermos, em alguns momentos, alguns dão a impressão de não perceber todos os efeitos ou de negarem essa consciência.

Esses sujeitos sociais perdem sua força de trabalho em um momento crucial da vida. A máquina que lhes prorroga os anos também lhes limita os encontros, a liberdade, a virilidade, a possibilidade do lazer e da evolução profissional. Há uma necessidade de disciplina quanto a alimentação e a reconstrução dos hábitos pessoais. Além disso, o comprometimento temporal nas horas passadas na clínica é indispensável e pode gerar situações de frustração e estresse.

Na busca de compreender essas questões os entrevistados responderam a seguinte questão: Avaliando a sua situação, enquanto portador de doença renal, você sente que os processos vivenciados, de alguma maneira, atrapalharam sua vida pessoal? Se sim, de que maneira?

Entre o sim e o não houve uma pequena diferença, entretanto o complemento com os porquês expressos e escondidos demonstram que entre a dor e a resiliência há a dúvida e a incerteza. Alguns “nãos” foram lacônicos, quase que como se não quisessem estender a prosa, outros foram cheios de fé e esperança. Já os “sims” vieram recheados de cicatrizes.

Para melhor entendimento, as respostas relativas ao “em que o tratamento atrapalha” foram reunidas em: atividades cotidianas, tempo na diálise, trabalho, lazer, vida sexual.

Atividades cotidianas

“Sim, pois o que fazia antes agora não posso mais fazer”. **(A.S.B. - +35 anos)**

“Sim atrapalha, aí maneira estou falando da maneira na clínica ou fora da clínica, eu sou uma pessoa acamada e para mim eu tenho dificuldade de

acesso, para poder vir para clínica, por ser acamado sinto muitas dores e eu tenho que vim três vezes na semana para clínica, isso é dificultou muito, para sentir mais dores, ainda devido buracos no asfalto, ao decorrer daqui para chegar na clínica então esse é o processo". (**R.F.S - +35 anos**)

Tempo da diálise

- Atrapalha, a dialise atrapalha, porque tem que vim aqui três vezes por semana, então eu era acostumado viajar bastante e agora eu fiquei preso. - (**C.F.S - + 35 anos**)

Trabalho

- Sim, no trabalho mudou tudo. (**E.O.R - +35 anos**)

- Atrapalha, porque não pode trabalhar, a gente não tem, uma vida normal igual antigamente, quem faz hemodiálise, não tem uma vida normal. (**E.S.O - +35 anos**)

- Sim, pois o que fazia antes agora não pode mais fazer, como trabalhar se sentindo inválido. (**R.G.S - +35 anos**)

- Atrapalha meus negócios pessoais, minha lavoura, pois fico dependendo dos outros. (**S.J.S - + 35 anos**)

- No trabalho. Não tem como trabalhar mais e isso é ruim. (**S.C.S - +35 anos**)

Lazer

- Atrapalha em viagens, alimentação de várias formas. (**G.J.S - + 35 anos**)

- Sim, principalmente pra viajar, fica complicado viajar, porque como a dialise é 3 vezes por semana, tem todo um processo, tem que procurar vaga em outras clínicas, na vida pessoal também tem muitas coisas, deixamos de fazer, a parte psicológica, a gente fica só pensando no que vai acontecer, pois não sabemos o dia de amanhã, muitos colegas passando mal, às vezes, então a vida pessoal fica abalada mesmo. (**G.S.S - +35 anos**)

Vida sexual

- Sim, sempre fazendo a hemodiálise a vida sexual da pessoa acaba, a pessoa não tem mais apetite sexual, acaba com dialise. (**W.G.A.G - +45 anos**)

Essas percepções deixam evidente os efeitos da doença renal sobre as relações cotidianas do paciente, aliadas a um sentimento ambíguo entre o medo de viver e o de morrer. Posto isso, o tratamento afeta diretamente a qualidade de vida do paciente, tendo em vista seu convívio com a enfermidade e com as situações advindas dela. (VALLE, SOUZA, RIBEIRO, 2013)

De outra parte, alguns entrevistados apresentam uma visão positiva, frente ao tratamento. Consoante a isso, Galvão e Matsuoka (2019) atestam que alguns indivíduos desenvolvem mecanismos de defesa emocional e uma capacidade de

resiliência que as faz dar um novo significado à vida, em um processo de adaptação num contexto de adversidade. Sob essa ótica, os resilientes, ao assumirem um olhar dotado de positividade evidenciam aspectos que consideram os ganhos e a percepção das conquistas diante do adverso. Esses, não necessariamente ocultam os aspectos negativos da enfermidade, mas buscam adequar-se à nova realidade, como se pode observar nos trechos abaixo:

- Apenas ajudou. **(A.P.T. - + 35 anos)**

- Nunca me atrapalhou, graças Deus. **(A.C.S.C - + 25 anos)**

- Não. Não atrapalhou não, continuo fazendo as mesmas coisas, só no trabalho que eu não faço mais porque o braço não deixa. **(E.L.R – 45 anos)**

- Não, o único período que a gente não tem é o período da hemodiálise, que são 4 horas que a gente não tem, depois vida normal. **(A.R.C. - +35 anos)**

Estudar sobre os processos que envolvem o paciente de hemodiálise sob o ponto de vista clínico já demanda um aprofundamento intenso. São inúmeros os elementos que envolvem a Nefrologia, uma ciência que demanda conhecimentos do corpo humano, de compostos químicos, o exercício matemático entre o peso e o medicamento que será aplicado, a compreensão dos aspectos morfológicos do rim, dentre outros. Todavia, o paciente não se reduz aos aspectos físicos, ele não pode ser identificado apenas pelo que é registrado nos exames laboratoriais e é esta a função deste estudo: ouvir suas vozes, compreender suas relações, interesses e sentimentos. Compreender seu presente para delinear novos futuros. O que viverão e o que vivem estes homens? O que podem viver aqueles que forem alcançados pelas vozes que surgem aqui? Isto é sobre os que falam, mas também é sobre os que podem ouvir.

Nesse contexto, cabe aqui analisarmos a compreensão sobre os anos calados e a possibilidade de refletir sobre o som que surge posterior ao silêncio. Se a “Política de Saúde do Homem” buscou dar espaço, porque ainda não deu? A partir do momento que se tem espaço para construir conhecimento de autocuidado há transformação nas práticas? O afeto consistente durante o tratamento tem influência nos processos de cura emocional, já que há a impossibilidade da cura física? São muitos os questionamentos que surgem desses diálogos, de certo há muito a se colher e a se fazer.

Diante disso, foi oportuno perguntar se haveria alguma aprendizagem ou situação que se possa avaliar como positiva. As respostas foram organizadas de acordo com os temas identificados:

O tratamento

Sim. O tratamento das pessoas (profissionais) com os pacientes. O carinho. **(A.P.T. - + 35 anos)**

De bom, o tratamento é ótimo. **(E.L.R - 45 anos)**

Renovar os rins, me sentir bem igual eu tô sentindo. **(J.S.N - + 35 anos)**

Tem sim a dialise eu vejo como positivo, aqui na dialise temos psicólogos, médicos que nos atende super bem, a gente, tem o lado negativo e positivo, na realidade eu vejo, mas o lado positivo, se não fosse a dialise nós não estaríamos aqui hoje, então eu vejo a dialise mais positiva do que negativa, independente de sofrimento que é, dialisar 3 vezes por semana, tomar agulhada, 2 agulhadas por dialise. **(G.S.S - +35 anos)**

O tratamento na clínica me sinto bem fazendo tratamento na clínica o cuidado das pessoas comigo. **(S.J.S - + 35 anos)**

O tratamento com pacientes na clínica o carinho demonstrado e que encontrei o amor da minha vida. **(S.F.S. - +35 anos)**

A família

Sim. Mais amado pela família. **(D.A.R.F - +25 anos)**

Qualidade de vida

- Sim, positiva sim, porque eu preciso fazer hemodiálise, pois se não fazer não posso levar minha vida normal. **(V.S.S - +35 anos)**

- Qualidade de vida melhor. **(V.V.S - +25 anos)**

Sentimentos

Sim, a parte que você aprende a ser mais guerreiro, lutar pela vida, enxergar coisas que você não enxergaria, a dificuldade das pessoas que antes você às vezes passa despercebidos, hoje você passando por dificuldade também, você aprende a enxergar dificuldade dos outros também. **(M.P.C. - +25 anos)**

Tenho, tenho sim, a gente passa ser mais humano né, ajuda as pessoas, ter mais fé, aí é isso. **(R.E.T. - + 35 anos)**

Sim. muita esperança. **(S.J.S - + 35 anos)**

Aprendizagem

Sim, avaliação que a gente faz da vida, a gente faz uma avaliação tipo assim, hoje a gente tá bem, amanhã a gente não sabe, hoje a gente *tava* falando, a vida é um sopro, então a gente faz uma avaliação de quem exatamente aquela questão de conscientização, por exemplo eu poderia ter tido, uma

conscientização melhor por conta de um histórico meu é um histórico familiar, de várias pessoas meus com problema, eu deveria ter me preocupado, se fulano já faz, eu convive com meu pai, durante dez anos fazendo hemodiálise, e nem por isso eu pensei nisso, eu me preocupei em querer fazer tal exame, então é uma conscientização que a gente tem hoje que a gente pode tá passando pra frente esse informação. **(G.R.V - +35 anos)**

Sim, contribuiu muito porque eu penso assim ó, antes eu poderia ter feito várias coisas que para mim não está aqui, eu acredito que eu poderia ter feito muita coisa para mim saúde para mim não chegar ela chegar até aqui, talvez eu tenha me tornado um renal crônico, pode ser também pelo devido ao uso de entorpecente, bebida alcoólica, talvez isso tenha contribuído. **(R.F.S - +35 anos)**

Eu aprendo muito na vida de hemodiálise, aprendi a administrar minha vida, meus sentimentos, eu aprendi que os problemas fazem parte da vida, e observando ao redor eu vejo que muita gente entra num casulo, e deixa que a enfermidade tomar conta, eu aprendi a não deixar isso acontecer, eu aprendi que os problemas ficaram pra ser resolvidos e se não conseguir eles precisam ser administrados. (risos). **(A.R.C. - +35 anos)**

O processo de adoecimento é um evento singular que deve ser observado a partir das individualidades. As dores que esses pacientes carregam são suas e os impactos sobre suas vidas têm características particulares que devem ser, antes de tudo, acolhidas e respeitadas. Dito disso, alguns entrevistados expressaram-se registrando um olhar entristecido sobre sua jornada, assim, a visão de que as coisas não são boas também se manifestou. Interessante observar que essas são respostas mais objetivas, sem amplas reflexões, acompanhadas de um silêncio que diz muito. Os que assim se posicionaram se limitaram ao lacônico “não”, ou a ideia de que a obrigatoriedade de ir à clínica não pode ser boa. Apontaram ainda as complicações da nova realidade e trouxeram de que não há nada a se levar de bom.

Essas histórias, tão esvaziadas em suas trajetórias, são marcadas por acontecimentos que se lhes consomem a cidadania. Em alguns momentos, a dor manifesta nas palavras é tão grande que nos faz pensar sobre o desejo que esses invisíveis algumas vezes têm de – efetivamente – serem invisíveis. Como não querer a invisibilidade quando os olhos que lhes cercam são olhos punitivos, questionadores, que oprimem? Na busca de compreender esses processos foi questionado: Como você percebe que as pessoas te veem? Em algum momento desse processo de tratamento, você se sentiu excluído?

Nas respostas, as marcas de memórias dolorosas que suprimem as possibilidades e revelam a face de uma sociedade excludente, a qual repele os que não se encontram no padrão.

Foi possível observar o sentimento de baixa autoestima, em virtude da aparência, seja pela presença da fístula, seja pelo cateter. Nas palavras de G.S.S (+35 anos):

No começo quando eu comecei a fazer dialise, eu usava cateter no pescoço, as pessoas ficavam olhando na rua, ficava perguntando o que aconteceu, que tipo de doença estava causando aquilo ali, mas hoje em dia não me sinto rejeitado não, todos me tratam bem, somente a deficiência do rim, mas no começo quando comecei a fazer, muitas pessoas ficaram cismada, ver a gente com cateter no pescoço, achavam que era alguma doença grave.

Em paralelo, G.R.V (+35 anos), trata sobre a visão do outro que fortalece os estereótipos e impacta a autoestima gerando medo e insegurança.

De certa forma a gente que já faz esse tratamento, de hemodiálise, eu falo por mim, quando você tem uma certa possibilidade, por exemplo você já tem uma fistula e isso pode tem problema, não ver que você faz uma hemodiálise, não ver nada, eu, minha fistula é um pouco escondida e tal, mas quando se trata, da pessoa que está iniciando e coloca um cateter, isso muda, pois você é visto como um bicho, pela sociedade. A sociedade não enxerga você como um mero paciente que está ali com um cateter no pescoço, pra poder fazer o tratamento, pra poder ter sua vida, pra poder viver.

Eu falo porque quando morei em Vitória, eu ia de ônibus pra clínica, quando entrava no ônibus, com aquele cateter pendurado no pescoço, as pessoas me olhava, de cima para baixo, parecendo que era um bicho entrando dentro do ônibus. Você sente incomodado, você vê que a pessoa está te olhando diferente.

Então, de certa forma, a sociedade hoje discrimina porque ela vê o doente como diferente, sendo que a única diferença está em se ter saúde ou não.

O que precisaria é a gente e a saúde trabalhar um pouco mais nessa forma de conscientizar as pessoas que quem faz tratamento de hemodiálise é um cidadão comum como outro qualquer, isso é o que eu entendo hoje.

Sensação de discriminação

Nas conversas também ficou evidente o sentimento de discriminação. Estar à margem é uma realidade do doente renal crônico, desde o silenciamento em relação à enfermidade até o cotidiano. Não basta conviver com todas as dificuldades e limitações dessa patologia, é preciso compreender como o outro lhe vê e não aceitar as opressões existentes. Sobre isso A.P.T (+ 35 anos), disse: “Às vezes somos discriminados ao sair na rua, já sentir excluído”.

Outro ponto relevante é a fala sobre o desejo de ocultar a condição física. Diante de tudo que até aqui foi discutido, fica evidente a dificuldade do homem conviver com a ideia de fraqueza. A doença fragiliza. Em um país com ideias machistas e no qual impera a falta de informação, ocultar a condição física parece ser o mais adequado. Sobre isso A. R.C (+35 anos) diz:

Na minha comunidade, onde eu moro, eu não deixo transparecer, aqueles que me conhece, sabe do problema que eu vivo. Alguns nem sabe, eu vivo normal, levo uma vida normal. **(A.R.C. - +35 anos)**

A voz dos homens, pacientes da Clínica Saúde Renal, cumpre o papel de ocupar um vão aberto no campo das ciências da saúde. Ora, se não há uma ação contundente para mudar a relação do sexo masculino com o autocuidado tornando prático o que consta na legislação – seja na Constituição Federal, seja na Política Nacional da Saúde do Homem, tampouco há uma visibilização da questão da saúde renal no Brasil. Muitos desconhecem a ciência nefrológica até se depararem com a necessidade de consultar-se com um nefrologista.

É urgente, portanto, popularizar essas questões, desde a infância, desfazendo visões que em nada colaboram para a democratização da saúde, mas pelo contrário permanecem fortalecendo uma visão equivocada sobre bem-estar e doença. É preciso ainda trazer esclarecimento social para que um olhar acolhedor sobre o paciente renal crônico – e todos os demais que padecem de alguma enfermidade – se faça. É preciso disseminar empatia e respeito para esmaecer a dureza desse momento que traz, por si só, tanto sofrimento.

Dar voz, possibilitar os espaços de fala, a catarse da memória, é uma tentativa de demonstrar a esse homem que ele deve se reconhecer como sujeito de sua história, que ele deve exercer seu papel político no tempo e no espaço. Constituir-se socialmente é refletir sobre sua condição e sobre a do outro para a partir dessa reflexão promover mudança.

Nesse sentido, as consequências desses falares vão para além das linhas aqui escritas, ao contribuírem com sua história esses indivíduos se perceberam em muitos dos relatos aqui descritos há a ideia marcada sobre a necessidade de informar. É preciso informar o outro e o outro para que as próximas gerações vivam práticas diferentes. O conhecimento é transformador e é potencial na construção do autoconhecimento. Só, a partir dessa percepção será possível mudar a relação do brasileiro com sua saúde e diminuir os impactos da ausência do autocuidado.

6.5 AMANHÃ HÁ DE SER OUTRO DIA

A última questão de nossa entrevista é, antes de tudo, uma sinalização sobre o encorajamento. Essa reflexão pode ser diretamente observada, a partir da visão de

Paulo Freire da esperança que não espera, mas que se movimenta, constrói, transforma, não desiste. Para Freire, esperança é verbo: esperançar. (FREIRE, 2002)

Foi falando sobre as possibilidades para o amanhã – que vai muito além de um dia – que os entrevistados relataram suas motivações e o que os encorajava. Tem-se a clareza de que a doença nefrológica está muito próxima a visão de finitude, mas construir visões positivas, construir sentidos concretos contribui para que um tratamento mais eficaz, dado que a adesão e o compromisso com os protocolos são elementos fundamentais para um resultado positivo.

As visões passaram do desejo pelo bem-estar pessoal à visão altruísta de que é preciso melhorar pelo outro. Houve quem se amparasse na fé e quem se sustenta na possibilidade do transplante. Há um desejo enorme e profundo por viver e a esperança de cada um deles é composta pela certeza de que vale à pena.

Oportunidade de estar vivo

Oportunidade de estar vivo. **(A.P.T. - + 35 anos)**

Vontade de viver, que é muito bom, não tranquilo. **(A.S.J - + 18 anos)**

Difícil de dizer, vontade de viver, tem muito pra viver ainda. **(F.C.A - +25 anos)**

A viver né, a sede que tudo vai dar certo é isso, aí futuramente transplantar é isso que motiva. Que as pessoas não desistam tenha fé e siga a dieta certinho porque essa é uma alternativa de tratamento e as pessoas muitos anima siga em frente. **(M.P.C. - +25 anos)**

Transplante

Esperar o transplante. **(A.S.B. - +35 anos)**

Família

No momento minha filha, se não tivesse ela não estaria aqui mais. **(A.C.S.C - + 25 anos)**

Família, e Fé em Deus. **(A.R.C. - +35 anos)**

Minha família, minha esposa, meus filhos, que ainda são pequenos, tenho uma filha de 06 anos, outro de 09 anos, outro de 16 ano, uma casada de 21 anos, minha esposa me ajuda bastante, me motiva mais é eu saber que eu estou andando com minhas próprias pernas, consigo ir onde que quero, independente que as vezes é difícil, e eu vejo que na minha situação, pois na clínica onde eu dialiso, vejo muita gente acamada, que não consegue andar, então eu não reclamo porque vejo que tem gente em situações piores que a nossa, eu consigo ver isso, observar nos outros e tirar, que não é fácil pra ninguém, mas independentemente do que está acontecendo em nossa vida eu ainda tenho o privilégio de andar com minhas próprias pernas, vim pra HD sem precisar de acompanhante. E tem muita gente que precisa de

acompanhante porque não conseguem andar, isso me motiva mais, a ser mais forte. Por ainda está podendo fazer as coisas que eu gosto e que eu quero, independente de algumas restrições. **(G.S.S - +35 anos)**

Minha filha. É tenho uma filha, agora completou 10 anos, e por diversas vezes já pensei em desistir, já pensei em parar, porque o tratamento da hemodiálise, é uma coisa assim sabe, eu não consegui ainda assimilar essa questão ainda, a gente aceita, faz o tratamento ainda porque entende que é preciso, a gente fazer aquilo ali pra continuar a vida, mas as forças acabam tem hora, as forças da gente vai la embaixo assim, ai ao mesmo tempo eu olho pra minha filha de dez anos ta precisando e vai precisar de mim, e ai aquilo que me encoraja que me dar força pra continuar, pra poder vim pra clínica, pra poder correr atras das coisa é isso que é minha motivação. Minha motivação maior é ela. **(G.R.V - +35 anos)**

Doutor tenho quatro filhos, gosto muito dos meus filhos e o tratamento me mantém vivo para isso o rim de uma pessoa normal ela funciona 24 horas por dia, o rim da gente que é renal crônico ele funciona 12 horas por semana. Sim para aqueles que estão aí com saúde que não faz exames que que acham que estão bons saúde boa, faça exames com frequência e evite então uso de entorpecentes, bebidas alcoólicas, para que não venha chegar aqui né, igualmente a mim. **(R.F.S - +35 anos)**

Necessidade

Porque eu preciso da dialise, preciso ta aqui três vezes por semana. **(C.F.S - + 35 anos)**

Porque é o meio de vida que a gente tem agora. **(E.L.R – 45 anos)**

Coragem

Coragem, porque eu vejo os outro ai fazendo, os outros ta ai junto doente, e eu crio coragem também, pedir a Deus pra seguir pra frente.” **(E.S.O - +35 anos)**

Tratamento

O tratamento na clínica me sinto bem fazendo tratamento na clínica o cuidado das pessoas comigo. **(S.J.S - + 35 anos)**

A máquina **(R.P.L - +18 anos)**

Rememorar, ressignificar, contar, recontar e transformar. Cada um dos que aqui participaram se fazem presentes, mas mais que isso se fazem agentes da transformação. Pedagogicamente, eles nos ensinaram com suas palavras e seus silêncios reticentes. Neste panorama, o que os motiva é o que os fazem existir e resistir. O paciente renal crônico é por si só um ato de resistência. Ele resiste diante da dor, diante da incerteza, diante do medo, diante da máquina e com cada um desses agentes ele age e reage buscando a vida.

O paciente renal crônico exercita a fé cotidianamente e experencia a profundidade dos laços familiares, sua ação é feita de nós, amarrar uma voltinha na

fístula, na acolhida da clínica, no abraço da família que ficou em casa, na esperança do transplante. De nó em nó eles se transformam em laço e vão laçando os dias e dizendo em meio a costura que querem ficar.

Se a morte é o imponderável da vida, a luta por adiá-la é a rotina do renal crônico. Guimarães Rosa disse que “o que a vida quer da gente é coragem¹¹”. Cada um dos pacientes que por aqui passaram e cada um dos que não couberam no arcabouço dessa pesquisa, mas partilham a caminhada na Clínica Saúde Renal e em tantas outras clínicas de Diálise do Brasil, são símbolo absoluto da coragem que caça jeito de se reconstruir, ávidos por possibilidades transformadoras.

¹¹ ROSA, João Guimarães. Grande Sertão: Veredas. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde 1988, com a efetivação da Constituição Federal Brasileira, a saúde tornou-se um direito social, o que exigiu a busca por medidas que concretizassem a legislação. Dentre elas, em 2009, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, na busca de qualificar a Atenção Básica para o atendimento ao público masculino, sobretudo, em função do seu baixo engajamento nas questões de autocuidado. Todavia, a persistência da baixa adesão permanece como um grande desafio, de modo especial em doenças crônicas. A fim, de compreender a profundidade dessa questão, foi realizado este estudo que teve como recorte pacientes masculinos portadores de doença nefrológica.

Partiu-se do pressuposto que as enfermidades são silenciadas pelos homens, dado a ideia equivocada que as relaciona à fraqueza. Entendendo isso, foi proposto neste trabalho uma transformação desse sistema por meio do diálogo, assim, é na reflexão sobre a escuta que humaniza e acolhe que se fundamenta a dissertação aqui intitulada “*Conversas com pacientes nefrológicos: compreendendo as necessidades e a resistência masculina na adesão ao tratamento*”. Compreende-se, assim, a potencial relevância da legitimação do discurso; dar voz ao paciente nefropata é oportunizar que suas histórias, dores, silêncios, medos e crenças limitantes sejam devidamente representadas.

É fato que esta discussão não se inicia aqui, afinal, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009) traz em seu escopo, a representação desse nocivo ideal de masculinidade pautado em tabus e crenças como sendo um ponto de desequilíbrio que afasta e impede a busca pelo tratamento. Essas visões foram amplamente reforçadas nos discursos aqui representados, os quais – ainda que inconscientemente – demonstram, sobretudo, vulnerabilidade e ausência de informações.

Para além disso, há a natureza da doença renal. Pouco abordada no cotidiano, ela impacta um número substancial de brasileiros, os quais convivem com grandes limitações que lhes impõe mudanças cotidianas, capazes de afetar os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Nesse sentido, as enfermidades são agravadas pelo desconhecimento, advindo tanto da negação da busca pela orientação, como também, da explicação que não considera as limitações do

entendimento, de modo que é importante considerar o papel da equipe de saúde como agente pedagógico na transformação das atitudes.

Em um país, historicamente, machista ressignificar a resistência ao tratamento é promover dignidade e qualidade de vida. Para pacientes portadores de doenças do trato renal, essa visão ainda é permeada por perdas físicas e emocionais; o nefropata convive com uma realidade árida que perpassa complexas construções que vão da perda de trabalho a construção da consciência quanto a quantidade de água que se pode ingerir. Delinear esse quadro é reconhecer sua complexidade e perceber a importância de se promover uma terapêutica particularizada, capaz de se adequar às características dessa parcela social, por meio da inclusão e do acolhimento.

Nessa circunstância, a conversa entre paciente e equipe multiprofissional da saúde contribui para a humanização dos processos. As construções pessoais que individualizam também representam o coletivo, as narrativas dos pacientes da Clínica Saúde Renal, da cidade de Teixeira de Freitas – Ba, se inter cruzam em um tecido de histórias que os representam, mas também representam uma infinidade de outros brasileiros e outros cidadãos do mundo, invisibilizados pela sociedade e por decisões pessoais que buscam o afastamento por medo, por vergonha e por crenças limitantes que impedem uma transformação de atitudes.

Esta dissertação concentrou-se em trazer os pacientes nefrológicos do sexo masculino para um espaço de protagonismo, no qual pudessem ser ouvidos, de modo que suas demandas fossem analisadas e compreendidas, bem como, que ações pudessem ser tomadas em prol de garantir a informação e o acolhimento desses indivíduos, de modo a atender as políticas públicas e estudos já existentes na área.

Essa dissertação originou-se na inquietação de “se existe uma política pública construída especificamente para recebê-los por que eles não se sentem acolhidos no processo?”

Para responder a essa pergunta de pesquisa, foi realizada a revisão de literatura sobre a saúde do homem com um enfoque para a doença renal, traçando um paralelo sobre a importância da atenção médica humanizada. Como também o desenvolvimento do estudo na Clínica de Diálise Saúde Renal, por meio de entrevistas com pacientes. Como coleta de dados utilizou-se três principais fontes: entrevistas semiestruturadas, observação participante e pesquisa documental. Dessa forma, a

pesquisa seguiu o objetivo geral de compreender as necessidades e a resistência masculina na adesão ao tratamento renal.

Por conseguinte, esse trabalho relacionou a resistência masculina a uma ausência de ações e atitudes que tornem os espaços de saúde viáveis a esse público, questão já prevista na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009), de modo que evidencia a importância de buscar meios para efetivamente “promover ações que contribuam para a compreensão da realidade masculina”, ou seja, é necessário ouvir esses pacientes, compreender suas angústias, mas também é indispensável a ressignificação das equipes de saúde quanto ao modo de agir nos atendimentos, nos processos de escuta, no vislumbre das dificuldades.

Constatou-se a partir das narrativas analisadas que ambientes humanizados trazem consigo resultados positivos, como reforçam os pacientes em relação à clínica que foi o lócus do estudo. Nesse sentido, os sujeitos da pesquisa relatam que passaram a desenvolver o autocuidado, a compreender a importância de cumprir as orientações, a fortalecer-se emocionalmente.

Para alcançar o objetivo principal dessa pesquisa, quatro objetivos específicos foram definidos. O primeiro objetivo específico foi “caracterizar epidemiologicamente a população estudada”. Em resposta a esse objetivo foram descritas as legislações que permeiam a saúde do homem traçando um paralelo com os problemas que afetam esses indivíduos. Dessa forma, foi possível identificar como hábitos e costumes contribuíram – e permanecem contribuindo – para o agravamento de enfermidades, as quais – por serem negligenciadas – apesar das políticas públicas, permanecem ocasionando graves consequências, como por exemplo, a limitação do ponto de vista profissional e econômico. Sob aspecto, trata-se também das questões relativas ao trato renal, verificando-se a natureza desse comprometimento, bem como os desdobramentos da sua terapêutica.

O segundo objetivo específico foi o de “identificar em que medida a invisibilidade do homem no sistema de saúde amplia a vulnerabilidade desse indivíduo”. Para responder a ele foram descritos os entraves que permeiam a resistência desse público: falta de informação; crenças e tabus enraizados no machismo; vergonha de mostrar-se fragilizado; medo de lidar com as limitações impostas pela enfermidade – diminuição da capacidade de trabalho, impactos econômicos, abalos das relações pessoais –; dificuldade de adequar-se aos horários das unidades de saúde; demora no atendimento, dentre outros.

Nesse sentido, é válido avaliar os benefícios de um atendimento humanizado, verificando que só esse é capaz de promover a dignidade que se perfaz na garantia do direito de acesso à informação, à orientação e à terapêutica adequada.

Um grande achado da pesquisa foi a confirmação em campo de que uma boa conduta da equipe de saúde é capaz de promover de forma impactante uma transformação na vida do enfermo e, conseqüentemente, na trajetória de sua família e comunidade.

O terceiro objetivo específico, foi o de “compreender como a história de vida e as caracterizações sociodemográficas dificultam a adesão ao tratamento.”. Nessa perspectiva, o aprofundamento dos múltiplos olhares revelou, de forma profunda, como esse homem se vê – e como ele percebe que a sociedade o vê: a convivência com as limitações financeiras, a invasão física provocada por procedimentos como a fístula e pelas horas na máquina de diálise, a perda da capacidade laboral, o esmaecimento das relações pessoais, os impactos da autoestima são alguns dos problemas mencionados pelos entrevistados.

Evidencia-se nesse processo as dificuldades enfrentadas, sobretudo, pelos economicamente mais carentes, dado a escassez de recursos financeiros, estando esses, de modo geral, dependentes de benefícios estatais. Há ainda as questões relativas à idade, por um lado os mais amadurecidos sentem dificuldade para compreender as orientações, mas aceitam de forma mais resiliente a enfermidade; por outro lado, os mais jovens demonstram sua insatisfação, ou escondem seu medo em respostas lacônicas.

Uma análise importante a se registrar é a visão constante de que a qualidade de vida está relacionada com a capacidade de trabalho, a possibilidade de ir a festas, a liberdade de fazer viagens e a garantia de uma vida sexual ativa. Sob esse viés, a doença torna-se um fardo ainda maior por impedir tais ações e, por conseguinte, evidenciar fragilidades.

De outra parte, é válido ressaltar a capacidade de resiliência presente entre a maior parte dos entrevistados. Não há um sentimento de desejo pela morte, o diagnóstico da doença renal – ainda que se reafirme todo o seu peso – não é visto como uma sentença final. Há entre esses sujeitos sociais um desejo pela vida. A máquina não é a inimiga, mas sim um instrumento capaz de trazer-lhes possibilidades: mais tempo com os filhos, um novo amor, viver.

O termo “viver” é uma constante, se a doença é para alguns um sinônimo de morte, é para outros tantos o recomeço da vida.

Por fim, o último objetivo específico, foi o de **“analisar como uma estratégia de enfrentamento humanizada pode contribuir para a qualidade de vida do paciente nefropata”**. Ao atender a esse objetivo foi proposta uma cartilha a ser disponibilizada aos profissionais da saúde e, em especial, aos estudantes universitários de cursos da área, com o fito de promover a informação estreitando esse diálogo entre paciente, pesquisador e a prática capaz de propiciar novos caminhos.

Dessa forma, este estudo contribui com a difusão de uma visão humanizada, pedagógica, dotada de empatia sobre o fazer médico. Estes pacientes foram convidados ao diálogo e do cumprimento à despedida foram encontradas histórias capazes de nos fazer refletir sobre o papel do profissional da saúde no acolhimento desses indivíduos. As vozes desses pacientes ganham neste estudo visibilidade e busca-se a partir dela impactar o espaço social com um “fazer saúde” dinâmico, comprometido, responsável. As resistências são fruto da desinformação, há de se informar então. Uma escuta foi iniciada. E esta conversa é o começo.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Theodor W. **Indústria cultural e sociedade**. 5.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4179826/mod_resource/content/1/IND%C3%9ASTRIA%20CULTURAL%20E%20SOCIEDADE.pdf

BENEDETTO, M. A. C. de, GARCIA, D., BLASCO, P. G. Era uma vez: Narrativas em Medicina. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, 2010.

BOTTON, A., Cunico, S. D., & STREY, M. N. Diferença de gêneros no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças - Psicologia da Saúde**. 25(21), 67-72, jan./jun, 2017. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/7009/5608>. Acesso em: 15/12/2021

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. **Resolução CNE/CES nº 3**, de 20 de junho de 2014. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, 2009. Acessado de <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Tendências temporais de comportamentos de risco e proteção relacionados às doenças crônicas entre adultos: diferenças segundo sexo, 2006-2019. Secretaria de Vigilância em Saúde. v.52, mar.2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/2021/boletim_epidemiologico_svs_7.pdf. Acesso em 15/12/2021

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1168/GM, de 15 de junho de 2004**. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Homem em destaque**. Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/politica-nacional-saude-homem-em-destaque>

BRASIL. IBGE. **PNS 2019: sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública**, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de->

noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-vao-a-rede-publica

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados de Morbimortalidade Masculina no Brasil. Brasília, 2015.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/dados_morbimortalidade_masculina_brasil.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dia Mundial do Rim 2019: Saúde dos Rins Para Todos.** Brasília, 2019. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/14-3-dia-mundial-do-rim-2019-saude-dos-rins-para-todos/>

BRASIL. Ministério da Saúde. 12/03 - **Dia Mundial do Rim.** Brasília, 2020. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/14-3-dia-mundial-do-rim-2019-saude-dos-rins-para-todos/>

CAMARGO JR, K. R. de. As Armadilhas da 'concepção positiva de saúde'. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 17, n. 1, p. 63-76, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5Yb88YjJWYqddy9ZF5QCF8q/abstract/?lang=pt#:~:text=The%20pitfalls%20of%20the%20%22positive%20concept%20of%20health%22&text=Como%20contraponto%2C%20cresce%20cada%20vez,valores%20mais%20amplos%20da%20vida. Acesso em 14/12/2021>

CAMPOS C.J.G., Turato E.R. A equipe de saúde, a pessoa com doença renal em hemodiálise e suas relações interpessoais. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2003 set/out;56(5):508-512. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tgxK4HkWy7jT9xDQ64hhbkh/?lang=pt>

CAMPOS, Ana Cristina. **IBGE: pelo menos uma doença crônica afetou 52% dos adultos em 2019.** Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-11/ibge-pelo-menos-uma-doenca-cronica-afetou-52-dos-adultos-em-2019. Acesso em 15/12/2021>

CIUFFO, R. S. & RIBEIRO, V. M. B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 125-40, jan./mar. 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/47868368_Sistema_Unico_de_Saude_e_a_formacao_dos_medicos_um_dialogo_possivel. Acesso em 14/12/2021

COUTINHO, Maria da Penha de Lima Coutinho, COSTA, Fabrycianne Gonçalves. **Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica.** *Psicologia & Sociedade*, 449-459, 2015.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR, K. R. DE. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 473-83, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8C3sVSqXqgpMMcwgNcN44F/?lang=pt&format=pdf#:~:text=A%20abordagem%20da%20narrativa%20%2C%20a%20dimens%20%20dial%20%20hermen%20e. Acesso em 14/12/2021>

FERNANDES, I. O elefante verde ou a importância da medicina narrativa na prática clínica. **Rev Ordem Médicos**, Lisboa, v. n. 153, p. 76-81, 2014. Disponível em: <https://issuu.com/revistaordemdosmedicos/docs/153>. Acesso em 16/12/2021

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 9.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

GALVÃO, Jéssica Oliveira, MATSUOKA, Érica Tavares de. Processos de enfrentamento e resiliência em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Contextos Clínicos**. v. 12, n. 2, 2019.

GARCIA, L. H. C, CARDOSO, N.O, BERNARDI, C.M.N. Autocuidado e Adoecimento dos Homens: Uma Revisão Integrativa Nacional. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 19-33, 2019.

GROSSMAN, E.; CARDOSO, M. H. DE A. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 6-14, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/dJzqH9FgLdssTjdTtkFpWZL/?lang=pt>. Acesso em 16/12/2021

GROSSMAN, Eloisa, CARDOSO, M. H. C. A. A narrativa como ferramenta na educação médica. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, 2014.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**.12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

GUSSO, G. D. F.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012.

HERRMANN, A., et al. **Guia de saúde do homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)**, 2016. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Acessado de <https://central3.to.gov.br/arquivo/369121/>

JESUS, C.A, et al. Estereótipos de gênero e seus impactos na psique humana. UniAvan, Balneário Camboriú: **Revista Sophia**. v. XI, n.1, p. 69-87. dez. 2019. Disponível em: <http://ojs.avantis.edu.br/index.php/sophia/article/view/83>. Acesso em 16/12/2021

JUNIOR, Eduardo E. F, MEDEIROS, Márcia Maria de, FONTOURA, Flaviany Aparecida Piccoli. Saúde, ética no cuidado e a política nacional de atenção integral à saúde do homem. **TraHs** n.4, 2018. Disponível em: www.unilim.fr/trahs -

JUNIOR J.S. Marques, GOMES, Romeu, NASCIMENTO, E.F. **Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS**. **Ciênc. saúde coletiva** 17 (2) • Fev 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/34jmLZp6MG6z8yb43G4v5zm/>

MACIEL, Camilla de Godoy, et.al. **Adesão ao tratamento hemodialítico**: percepção dos pacientes renais crônicos. **Cogitare Enferm**. 2015. Jul/set; 20(3): 540-547

MADEIRO, A.C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n.4, p.546-51, 2010.

MATTOS M, Maruyama SAT. A experiência de uma pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2010 set;31(3):428-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/srspzbdhyfHRQ6trTLKtqDL/?lang=pt&format=pdf>

NEVES, Precil Diego Miranda de M. et al. **Censo Brasileiro de Diálise**: análise de dados da década 2009-2018. *Braz. J. Nephrol.*, p. 191-200, 2020.
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Masculinidades e saúde na região das Américas**, 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6062:masculinidade-toxica-fara-com-que-1-em-cada-5-homens-nas-americas-nao-alcancem-os-50-anos&Itemid=820#:~:text=O%20resumo%20executivo%20do%20relat%C3%B3rio,e mo%C3%A7%C3%B5es%20ou%20procurar%20ajuda%20%E2%80%93%20comportamentos

PAULA, Paulo Henrique Alexandre de et al. **Dimensões do homem para o cuidado em pacientes com doença renal crônica**: reflexão à luz da antropologia. *Investigação Qualitativa em Saúde*. v.2, 2019.

PEREIRA, Shirley Lopes. **A invisibilidade da saúde do homem na Atenção Básica**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Brasília, 2017.

PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fltk3FpWqwb3krjLkQwymDw/?lang=pt#:~:text=%C3%80%20medida%20que%20o%20movimento,categoria%20da%20satisfa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20usu%C3%A1rios..> Acesso em 16/12/2021.

RIBAS, Maria Fernanda Assis. **Aspectos cognitivos, emocionais e qualidade de vida de pacientes renais crônicos e estratégias de enfrentamento**. 2020. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista Júlio De Mesquita Filho – Faculdade de Ciências de Bauru: São Paulo.

RIOS, I. C. et al. A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. **Rev Bras Educ Med**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/vcbG5vFkVcFZZpsQjpwWRtG/?lang=pt>. Acesso em 16/12/2021

RIOS, I. C.; SIRINO, C. B. A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: o Olhar dos Estudantes. **Rev. bras. educ. med**. Rio de Janeiro, vol. 39, n. 3, p. 401-409, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/gTydDcCgK9NHfWJVDR4R6Fc/?lang=pt>. Acesso em 15/12/2021

ROCHA, Maria Adriana Mota, BARATA, Rosinete Souza, BRAZ, Letícia Cardoso. O bem-estar de pacientes renais crônicos durante o tratamento com hemodiálise e diálise peritoneal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br>

SANDERS, L. **Todo paciente tem uma história para contar**: mistérios médicos e a arte do diagnóstico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

SILVA, Maria Nauside Pessoa da, et al. **Promoção da saúde do homem**: reflexão docente. Archives of Health, Curitiba, v.1, n.5, p. 183-187, 2020.

SILVA, Patrícia A. B. et al. Política pública brasileira na prevenção da doença renal crônica: desafios e perspectivas. **Rev Saude Publica**. p. 54-86, 2020.

SILVA, Maria Rodrigues da. et al. **Qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise**: Uma revisão integrativa. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 4, p. 9344-9374, 2020.

SOUSA M.C.P. et al. **Vulnerabilidades, concepções e atitudes relacionadas à saúde do homem**. p.939-945, 2020.

VALLE, Lionezia dos Santos, SOUZA, Valéria FERNANDES de, RIBEIRO, Alessandra Mussi. **Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise**. Estudos de Psicologia, Campinas n.30,2013.

SMR. **O que são doenças crônicas?**, 2019. Disponível em: <https://reumatominas.com.br/o-que-sao-doencas-cronicas/>. Acesso em: 15/12/2021

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Org.). **Causos clínicos**: histórias da medicina de família e comunidade. Belo Horizonte: Guayabo, 2018.

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Org.). **Causos clínicos**: quando fui paciente. Belo Horizonte: Guayabo, 2019.

STELET, Bruno Pereira. Medicina Narrativa e Medicina Baseada em Evidências na formação médica: contos, contrapontos, conciliações. **Tese (doutorado)** – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/46328/2/bruno_pereira_stelet_ensp_dout_2020.pdf. Acesso em: 16/12/2021

VIEIRA L.C.S., et al. A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. **Revista Enfermagem em Foco**, v.2, n.4, p.215-217, 2011. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/186/122> Acesso em: 15/12/2021

VIEIRA, Yolanda Aparecida de Castro Almeida. Os homicídios e o medo de vitimização dos moradores do município de Teixeira de Freitas, Ba. **Tese (doutorado)**. Belo Horizonte: PUC-Minas, 2015.

WHO. World Health Organization. **The top 10 causes of death.** Geneva, 2018
Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

**QUESTIONÁRIO**

Paciente _____

Idade

- () 18 a 25 anos
- () 25 a 35 anos
- () 35 a 40 anos
- () 40 a 50 anos

Renda familiar

- () Até 1 salário mínimo
- () De 2 a 3 salários mínimos
- () De 4 a 5 salários mínimos
- () Mais de 5 salários mínimos

Profissão _____

- 1- Com quantos anos você descobriu ser portador da doença renal crônica?
- 2- Há quantos anos você está em diálise?
- 3- Refletindo sobre seus hábitos e atitudes anteriores, antes do diagnóstico, você cuidava de sua saúde? Caso a resposta seja positiva, quais hábitos julga que eram saudáveis?
- 4- Após o diagnóstico, tornou-se mais fácil praticar esses hábitos ou as ações de cuidados pessoais ficaram ainda mais difíceis? Por quê?
- 5- Desde o diagnóstico, você aderiu a outros tratamentos além do realizado na Clínica? Quais foram esses?
- 6- Avaliando a sua situação enquanto portador de doença renal crônica, você sente que os processos vivenciados, de alguma maneira, atrapalharam sua vida pessoal?
- 7- Novamente, avaliando o seu tratamento, quais pontos positivos podem ser enumerados.

8- Pensando nas mudanças pelas quais passou, desde o diagnóstico, como você se sente, no campo pessoal e em relação ao tratamento?

9- Como você percebe que as pessoas te veem? Em algum momento desse processo de tratamento, você se sentiu excluído?

10- Quais são as suas motivações? O que te encoraja a continuar?

11- Pensando nos próximos anos, quais são suas metas?

12- Conte uma história que tenha sido marcante positivamente e uma que tenha sido marcante negativamente durante seu tratamento?

13- O que você diria a um paciente recém diagnosticado com a doença Renal Crônica?

APÊNDICE B – TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM E/OU SOM DA VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS



TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM E/OU SOM DA VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS

Responsável: Evan Pereira Barreto
Número do CAAE: (44561320.4.0000.8207)

Por meio deste termo, eu, (colocar o nome do participante), participante do estudo “Conversas com pacientes nefrológicos: compreendendo as necessidades e a resistência masculina na adesão ao tratamento”, cede o direito de uso das imagens pessoais e/ou do som da sua voz que foram adquiridas durante a entrevista. Dessa forma, autoriza o Pesquisador Evan Pereira Barreto, responsável pelo trabalho a:

- a) utilizar e veicular as fotografias, vídeos e/ou som da sua voz obtidas durante a realização das entrevistas que constarão na Dissertação de Mestrado e no livro de narrativas, sem qualquer limitação de número de inserções e reproduções, desde que essenciais para os objetivos do estudo. Está garantida a ocultação da sua identidade, incluindo a ocultação da face e/ou dos olhos, quando possível;
- b) veicular as fotografias, vídeos e/ou som da sua voz acima referidas na versão final do trabalho acadêmico, que será disponibilizado na página web da biblioteca (repositório) da Faculdade Vale do Cricaré, ou seja, na Internet, assim tornando-as públicas para outros estudantes e/ou pesquisadores;
- c) utilizar as fotografias, vídeos e/ou som da sua voz na produção de quaisquer materiais acadêmicos, inclusive aulas e apresentações em congressos e eventos científicos, por meio oral (conferências) e/ou impresso (pôsteres ou painéis);
- d) utilizar as imagens, vídeos e/ou som da sua voz para a publicação de artigos científicos em meio impresso e/ou eletrônico para fins de divulgação, sem limitação de número de inserções e reproduções;

- e) utilizar as imagens, vídeos e/ou som da sua voz para a publicação do livro de narrativas, o qual será publicado junto a efetivação da Dissertação final;
- f) No caso de imagens, executar livremente a montagem das fotografias, realizando cortes e correções de brilho e/ou contraste necessários, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida.
- g) No caso do som da voz, executar livremente a edição e montagem do trecho, realizando cortes e correções necessárias, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida.

Não haverá restituição financeira de qualquer natureza neste ou a qualquer momento pela cessão das imagens.

É vedado ao pesquisador utilizar as imagens para fins comerciais ou com objetivos diversos da pesquisa proposta, sob pena de responsabilização nos termos da legislação brasileira.

Concordando com o termo, o participante de pesquisa e o pesquisador assinam o presente termo em 2 (duas) vias iguais, devendo permanecer uma em posse do pesquisador responsável e outra com o participante ou seu responsável.

Teixeira de Freitas, _____ de _____ de _____

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável

APÊNDICE C – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR-RESPONSÁVEL



TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR-RESPONSÁVEL

Eu, **Evan Pereira Barreto**, pesquisador responsável pelo projeto **Conversas com pacientes nefrológicos: compreendendo as necessidades e a resistência masculina na adesão ao tratamento**, declaro estar ciente e que cumprirei os termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e declaro: (a) assumir o compromisso de zelar pela privacidade e sigilo das informações; (b) tornar os resultados desta pesquisa públicos sejam eles favoráveis ou não; e, (c) comunicar o CEP e a Faculdade Vale do Cricaré sobre qualquer alteração no projeto de pesquisa, nos relatórios anuais ou por meio de comunicação protocolada, que me forem solicitadas.

Comprometo-me também em iniciar o projeto de pesquisa depois da aprovação do CEP.

Evan Pereira Barreto
CPF: 579.630.965 – 04

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



CONVERSAS COM PACIENTES NEFROLÓGICOS: COMPREENDENDO AS NECESSIDADES E A RESISTÊNCIA MASCULINA NA ADESÃO AO TRATAMENTO

Responsável: Evan Pereira Barreto

Número do CAAE: (44561320.4.0000.8207)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

Esta pesquisa intitulada “Conversas com pacientes nefrológicos: compreendendo as necessidades e a resistência masculina na adesão ao tratamento” busca, por meio de entrevistas, compreender as necessidades vivenciadas e as dificuldades encontrados por homens – pacientes nefrológicos – no processo que os envolve desde o diagnóstico até a diálise.

Ela está sendo desenvolvida por Evan Pereira Barreto, pesquisador da Faculdade Vale do Cricaré, do Mestrado em Ciência, Tecnologia e Educação, sob a orientação da Professora Yolanda Aparecida de Castro Almeida Vieira.

A pesquisa tem como objetivo geral, a partir da análise dos relatos, discutir a necessidade de estabelecer um tratamento humanizado para o paciente renal crônico masculino.

Além disso, são objetivos:

- Identificar o perfil social, econômico e cultural da população estudada
- Identificar outros comprometimentos de saúde presentes nessa população.
- Identificar em que medida o pouco investimento em campanhas, as quais tratem sobre a saúde do homem, contribui para a baixa adesão aos tratamentos.
- Compreender os fatos, elementos e crenças que contribuem para a dificuldade na adesão ao tratamento
- Estudar como uma estratégia de enfrentamento humanizada pode contribuir para a qualidade de vida do paciente nefropata.
- Verificar os benefícios da utilização das narrativas como ferramentas de ensino.
- Produzir um livro com as narrativas dos pacientes.

A finalidade deste trabalho é contribuir para a melhoria no atendimento ao homem, paciente nefrológico, estabelecendo a humanização do tratamento, buscando contribuir com a melhoria da qualidade de vida de outros pacientes e com o preparo de outros médicos.

Solicitamos a sua colaboração para responder oralmente uma entrevista que durará, cerca de uma hora e será registrada em áudio para, posteriormente, ser transcrita, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Além do registro da história em um livro criado a partir das narrativas captadas.

Informamos que esta pesquisa não trará nenhum risco físico e que serão tomados todos os cuidados para que sua privacidade não seja invadida, evitando constrangimentos e dores emocionais.

Esclarecemos que sua participação (no estudo é voluntária e, portanto, o senhor não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Clínica de Diálise Saúde Renal. O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Procedimentos:

Com o objetivo de esclarecer quanto ao procedimento realizado, enumeramos os passos, a seguir:

- A entrevista será realizada em apenas um dia encontro.
- Para garantir que não haja contratemplos, optaremos por um dia em que o senhor tenha atendimento, evitando deslocamentos extras.
- A pesquisa será realizada por meio de entrevista gravada, mas também disponibilizaremos os questionamentos por escrito.
- Os áudios serão gravados para depois serem transcritos. O material recolhido constará na dissertação de Mestrado, mas também no livro produzido a partir das narrativas.

Ressarcimento e Indenização:

Sua participação na pesquisa será voluntária, logo não haverá custeamento para a realização, salvo em situações, nas quais seja necessário a presença fora do dia habitual de tratamento. Em casos como esse, custearemos o transporte. Além disso, todos os participantes receberão um lanche, após a entrevista.

Declaração de aceite

Considerando, que fui informado dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Teixeira de Freitas, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pelo Conselho de Ética da Faculdade do Cricaré. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

Teixeira de Freitas, _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE E – COMPREENDENDO AS NECESSIDADES E A RESISTÊNCIA MASCULINA NA ADESÃO AO TRATAMENTO

Elaboração: Evan Pereira Barreto

CARTILHA
PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**COMPREENDENDO AS NECESSIDADES E
A RESISTÊNCIA MASCULINA NA
ADESÃO AO TRATAMENTO**

Mestrado Profissional em
Ciência, Tecnologia e Educação



RESISTÊNCIA MASCULINA À TERAPÊUTICA

Na narrativa da Educação Médica, não basta prescrever um tratamento, é necessário compreender quem é o indivíduo e o que o incapacita a aderir ou não à terapêutica sugerida.



Por isso, que a humanização no tratamento, auxilia a superar ou a quebrar as barreiras temporalmente construídas, as quais expõem, expulsam, afastam o homem dos processos de saúde.

NECESSIDADES DE SAÚDE MASCULINAS

Alguns costumes e hábitos comuns à população masculina tendem afetar negativamente seu estado de saúde.

Analisar esses fatores é de extrema importância para planejar e aplicar ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, promovendo a recuperação.

Segundo a PNAISH (2015), em relação às mulheres, os homens:

Têm mais excesso de peso

Consumem menos frutas, legumes e verduras

Maior mortalidade por causas externas

Tendem a consumir abusivamente tabaco e álcool

Maior mortalidade por doenças do aparelho circulatório

Comportamentos de risco que facilitam doenças infecto-contagiosas



PNAISH

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem



OBJETIVOS: promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade masculina de maneira singular e integral; aumentar a expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.

DEVE: analisar os contextos socioculturais e político-econômicos que envolvem a realidade singular masculina; respeitar os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão.



ALINHADA: com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com as estratégias de humanização, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde.



FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, 2009.

3

OS 5 EIXOS DA PNAISH

1

Acesso e Acolhimento: aproximar os sujeitos do cuidado dos serviços de atenção primária; cadastrá-los nas referentes UBS; buscá-los para a realização de uma consulta por ano; alterar horários de atendimento para atingir a população de homens trabalhadores, entre outras.

2

Saúde Sexual e Reprodutiva: promover saúde e qualidade de vida, inclusive o direito de falar e de receber orientação sexual.

3

Paternidade e Cuidado: ressaltar a necessidade de conscientização sobre seu dever e direito de participar do planejamento reprodutivo compreendendo além das questões biológicas.

4

Doenças Prevalentes: fortalecer assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.

5

Violências e acidentes: Envolve fenômenos sociais, culturais, políticos, religiosos, econômicos, psicológicos, faixa etária, entre outros. Promover melhores condições de saúde para a população masculina e objetiva atender esta população na sua integralidade, facilitando e ampliando o acesso desse público aos serviços de saúde.



FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, 2009.

4

PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

É no processo do ouvir que se constrói a história.

O processo de escuta e a utilização das histórias relatadas pelos pacientes, devem ser utilizadas como base de estudo, pois, além de tudo humanizam o tratamento, tornando-o aceitável e praticável aos olhos do paciente.

Assim, deve-se:

- Qualificar a atenção básica para o atendimento ao público masculino;
- Investir mais na política de saúde do homem;
- Disponibilizar atendimentos específicos à população masculina;
- Promover educação continuada;
- Realizar campanhas preventivas e promoção da saúde.



E DO PACIENTE RENAL, O QUE DIZER?

Percebe-se que muitos homens tendem a negligenciar o autocuidado, e essa negligência é capaz de lhes impactar negativamente a vida. Assim, todo o contexto dessa Cartilha, se adequa, também, ao paciente renal. Fato que pode ser percebido, na Tese de Mestrado: Conversas com pacientes nefrológicos: compreendendo as necessidades e a resistência masculina na adesão ao tratamento (BARRETO, 2021).

Evidências

- Prevalência de uma visão – por parte dos homens – que enaltece o trabalho e rejeita o autocuidado.
- Resistência à busca por serviços médicos
- Prevalência de hábitos nocivos como bebidas e cigarros
- Atividades físicas são proteladas em nome do cumprimento das tarefas diárias.
- Necessidade de mudança de paradigmas que historicamente delimitam e limitam o atendimento a essa parcela da população para a garantia da promoção à saúde do homem
- Humanização dos atendimentos e no exercício da escuta médica



E DO PACIENTE RENAL, O QUE DIZER?

No contexto da doença renal crônica, quando a proposta terapêutica não é devidamente seguida, há o comprometimento nefrológico, capaz de promover angústias, ao paciente renal, aos familiares e aos profissionais de saúde.

Nesse processo, o paciente é afetado em camadas, as quais ultrapassam as perdas físicas. Mesmo assim, muitos homens recusam o tratamento, sobretudo, no momento da descoberta, de modo que muitos tentam sustentar esse posicionamento resistindo à diálise. Entretanto, com a evolução da enfermidade e o surgimento de sintomas como: fraqueza, falta de apetite, sonolência, náuseas e vômitos, esses pacientes retornam ao especialista, seja por decisão própria ou por ação de familiares, para iniciar ou dar seguimento ao tratamento dialítico.

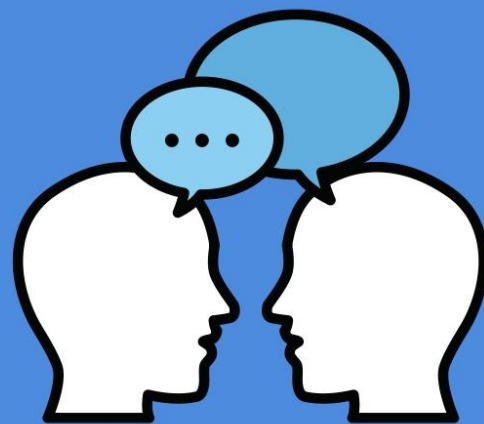


FONTE: BARRETO, Evan Pereira. Conversas com pacientes nefrológicos: compreendendo as necessidades e a resistência masculina na adesão ao tratamento. 2021. Dissertação (Mestrado) - Faculdade Vale do Cricaré, 2021.





Caros profissionais e estudantes de saúde, é importante buscar contribuições e diálogos com os teóricos a cerca do assunto, além de validar trocas de experiências entre a equipe envolvida de cada caso, de modo a tratar cada paciente de forma individualizada e humanizada. Assim, por meio da escuta ativa e solidária, será possível que a Medicina seja muito mais que a ciência que cuida da doença e torne-se a arte de cuidar do humano. Por isso, não se deve esquecer, que a escuta do paciente, é valiosíssima .





Evan Pereira Barreto

Médico graduado pela Universidad Tecnica Privada Cosmos (2004). Pós-Graduado em Terapia Intensiva pela Universidade Gama Filho. Especializado em Nefrologia pela Fundação Pró-Rim de Santa Catarina; Aperfeiçoamento em Processos Educacionais na Saúde com Ênfase na Facilitação, pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/HSL); Auditoria em Saúde pela Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA); Processos Educacionais na Saúde com ênfase em Metodologias Ativas de Aprendizagem pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/HSL); Saúde Coletiva pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Possui Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2019). Atuou como docente na Especialização em Preceptoria de Residência Médica no SUS, promovida pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês. Esteve à frente do processo de implantação da Residência Médica em Teixeira de Freitas pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Universidade Federal do Sul da Bahia. Exerceu o cargo de Coordenador da COREME de Teixeira de Freitas. Atualmente é médico da Clínica Saúde Renal de Teixeira de Freitas e Supervisor do Programa Mais Médicos. É Professor Titular da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), na qual atua como, Coordenador de Atividades de Extensão e Monitorias Acadêmicas, Coordenador da Liga Acadêmica de Medicina Intensiva e Coordenador Titular da CEAME – Clínica Escola de Atendimento Médico e Especializado.



2021

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONVERSAS COM PACIENTES NEFROLÓGICOS: COMPREENDENDO AS NECESSIDADES E A RESISTÊNCIA MASCULINA NA ADESÃO AO TRATAMENTO

Pesquisador: EVAN PEREIRA BARRETO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44561320.4.0000.8207

Instituição Proponente: INSTITUTO VALE DO CRICARE LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.743.168

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa, denominada “Conversas com pacientes nefrológicos: compreendendo as necessidades e a resistência masculina na adesão ao tratamento”, se justifica no atual cenário da Educação em Saúde, considerando que existe a necessidade de formação de um profissional humanizado que ultrapasse o conhecimento teórico sendo capaz de vivenciar questionamentos que o estimulem a refletir, analisar e realizar um novo entendimento do assunto, construindo, dessa forma, o seu conhecimento. Nesse sentido, pode-se vislumbrar a importância da análise proposta, a qual identifica a essência da utilização de narrativas dos pacientes para a compreensão da dificuldade de adesão do homem – paciente nefrológico – ao tratamento desde o diagnóstico até a chegada na diálise

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo geral, contribuir para a visibilidade do paciente renal crônico masculino, a partir da análise dos seus conflitos e vulnerabilidades.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar epidemiologicamente a população estudada
- Identificar as comorbidades presentes nessa população.
- Identificar em que medida invisibilidade do homem no sistema de saúde amplia a vulnerabilidade desse indivíduo.
- Compreender como a história de vida e as caracterizações sociodemográficas dificultam a adesão ao tratamento.
- Estudar como uma estratégia de enfrentamento humanizada pode contribuir para a qualidade de vida do paciente nefropata.
- Verificar os benefícios da utilização das narrativas na humanização do tratamento

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Toda a pesquisa que envolve o humano apresenta riscos. Diante disso, entende-se que dimensioná-los faz parte do processo ético. O estudo aqui proposto não afeta o indivíduo do ponto de vista físico, todavia, é certo que a proposta pautada no diálogo e no resgate de lembranças, traz uma carga emocional da qual não é possível se olvidar.

Ora, compreendendo que os homens entrevistados – voluntários da pesquisa – trarão durante a entrevista sua história, resgatando dores, perdas e emoções, subentende-se que o processo pode sim acarretar traumas de origem psicológica, intelectual e emocional, tais como: possibilidade de constrangimento ao responder o questionário, desconforto, medo, vergonha, estresse, cansaço ao responder às perguntas.

Sob essa ótica, compreende-se que esse sujeito, ao relatar sua história, poderá relembrar perdas familiares, como casamentos desfeitos; relatar questões pessoais, como a diminuição da libido e impotência sexual; sentir medo do futuro e de novos e maiores agravamentos; cobrar-se por não ter procurado tratamento precocemente; sentir vergonha por sua situação econômica ou por admitir suas vulnerabilidades; cansar-se em virtude do tempo e passar por algum estresse. Em tais situações, o pesquisador encaminhará o entrevistado para o apoio psicológico da clínica.

Além disso, é necessário considerar a quebra de sigilo. Com o objetivo de resguardar-se, o pesquisador apresentará previamente aos entrevistados dois termos: um de consentimento de publicação da pesquisa e o outro de cessão de imagem, já que, em virtude do livro - prabalho - há a possibilidade da utilização de fotografias.

Por fim, o pesquisador impetrará todos os esforços possíveis para assegurar o entrevistado, de modo que, poderá interromper a entrevista e até mesmo descartá-la, caso perceba um sofrimento emocional de impacto maior.

Benefícios:

Entende-se que, por meio da escuta do paciente e da compreensão das circunstâncias sociais e emocionais que o envolvem, bem como, da observação de suas vulnerabilidades será possível desenvolver uma forma de tratamento mais humanizado que o acolha e o coloque no centro do atendimento.

Diante disso, evidencia-se que não apenas os participantes desta pesquisa serão beneficiados, mas também a sociedade, em particular, aqueles que se enquadram neste gênero e lidam com as questões culturais que limitam o comportamento masculino

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui significativo impacto benéfico pela sua realização, pelo ponto de vista científico. Os riscos foram adequadamente tratados. A metodologia precisa também estar descrita no projeto básico. Com o mesmo detalhamento presente no TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi apresentado adequadamente, o termo de compromisso do pesquisador e foi apresentado um documento de "autorização de realização da pesquisa" na clínica médica. O TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE foi apresentado adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto proposto está apto a ser aprovado, pelo ponto de vista deste relator.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, item XI 2.d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1662148.pdf	25/04/2021 22:44:20		Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZAÇÃO_DA_INSTITUIÇÃO_COPARTICIPANTE.pdf	25/04/2021 22:42:18	EVAN PEREIRA BARRETO	Aceito
Outros	riscos_e_beneficios.pdf	13/12/2020 20:46:14	EVAN PEREIRA BARRETO	Aceito
Projeto Detalhado/Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_SAÚDE_DO_HOMEMEM.pdf	13/12/2020 20:30:01	EVAN PEREIRA BARRETO	Aceito
Folha de Rosto	assinado_folha_comite_de_etica_evan.pdf	13/12/2020 20:25:32	EVAN PEREIRA BARRETO	Aceito
Outros	TERMO_DE_CESSAODE_IMAGEM.docx	12/11/2020 21:03:30	EVAN PEREIRA BARRETO	Aceito
Outros	autorização_da_clinica.pdf	12/11/2020 21:02:38	EVAN PEREIRA BARRETO	Aceito
TCLE/Termos de Assentimento/Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_ESCLARECIDO.docx	12/11/2020 21:00:26	EVAN PEREIRA BARRETO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR_ASSINADO.pdf	12/11/2020 20:59:11	EVAN PEREIRA BARRETO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO MATEUS, 28 de Maio de 2021

**Assinado por:
José Roberto Gonçalves de Abreu
(Coordenador(a))**