



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SOCIOECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ELAINE CRISTINA MINA

A REPERCUSSÃO DA AMPUTAÇÃO NOS MEMBROS INFERIORES DE HOMENS ATENDIDOS NO HU/FLORIANÓPOLIS, NO COTIDIANO DA VIDA PESSOAL, SOCIAL, E LABORAL: UM RECORTE DE GÊNERO.

Florianópolis

2015

ELAINE CRISTINA MINA

A REPERCUSSÃO DA AMPUTAÇÃO NOS MEMBROS INFERIORES DE HOMENS ATENDIDOS NO HU/FLORIANÓPOLIS, NO COTIDIANO DA VIDA PESSOAL, SOCIAL, E LABORAL: UM RECORTE DE GÊNERO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.
Professora Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Teresa Kleba Lisboa

Florianópolis
2015

Elaine Cristina Mina

A repercussão da amputação nos membros inferiores de homens atendidos no HU/Florianópolis, no cotidiano da vida pessoal, social, e laboral: um recorte de gênero.

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à banca examinadora para fins de avaliação e a obtenção do título de bacharela em Serviço Social, pela Universidade Federal de Santa Catarina. Orientado pela Professora Dra Teresa Kleba Lisboa.

Professora Dra. Teresa Kleba Lisboa
Departamento de Serviço Social /UFSC
Presidente da Banca Examinadora

Professora Dra: Luciana Patrícia Zucco
Departamento de Serviço Social /UFSC
(1ª Avaliadora)

Assistente Social Tayana Maciel Neves de Oliveira na Unidade de Internação Cirúrgica II –
Hospital HU/ Florianópolis.



“A verdadeira deficiência é aquela que prende o ser humano por dentro e não por fora, pois até os incapacitados de andar podem ser livres para voar”
(Thaís Moraes).

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter abençoado a minha caminhada e me dado forças pra chegar até aqui. À minha amada mãe **Célia Adelaide Mina** que sempre me transmitiu força e me incentivou a nunca desistir dos meus sonhos. À minha irmã **Laize Cristina Mina** que sempre caminhou ao meu lado nos melhores caminhos da vida. Aos meus irmãos **Alexsandra Mina, Alexandre José Mina, Deise Regina Mina, Laize Cristina Mina e Jéssica Aparecida Vieira** que sempre ouviram meus desabafos durante este período de quatro anos que estive na vida acadêmica, obrigado por vocês me apoiarem em todos os momentos, ao meu pai de criação **Eloir Antonio Vieira** que sempre que pode me ajudou e incentivou nos meus estudos, a minha cunhada **Raquel** que sempre me incentivou a seguir em frente.

A meu namorado **Herode Alexandre** pela paciência, pelo companheirismo, conselhos e incentivo aos estudos, te amo xande.

Aos meus **sobrinhos** amados que amanhã serão o futuro do nosso país, a eles quero deixar o incentivo aos estudos e mostrar que mesmo vindo de uma escola pública é possível ingressar em uma Universidade Federal, pública e de qualidade.

Em especial ao meu pai **Nivaldo (In memoriam)** que hoje não está mais presente conosco, tenho certeza que de onde ele estiver ele está torcendo por mim, e a **Ivonira Gonzaga (In memoriam)** que foi um exemplo de mulher guerreira, era diabética, foi submetida à cirurgia de desarticulação dos joelhos e mesmo com suas limitações aproveitou da melhor maneira possível às coisas boas da vida!

E aos **pacientes** contribuíram para que este trabalho fosse concretizado, meu muito obrigado!

Quero agradecer a Deus pela oportunidade de sido aluna do nosso eterno e querido professor Arnaldo Xavier da Silva **(In memoriam)**, você foi um exemplo de professor, vou guardar em minha memória todos os seus ensinamentos!

As minhas **amigas** de classe Laize, Michelly, Taise, Fernanda, Gisele, Maria Islane, Diandra, Angela e Ivani, agradeço pela amizade, companheirismo e pela compreensão nos momentos bons e difíceis no decorrer do curso, espero que a nossa amizade cresça cada dia mais e mais...

À minha Supervisora de campo de estágio **Tayana Maciel Neves de Oliveira** que me mostrou o quão importante é esta profissão para a sociedade, e que me aproximou a realidade da atuação profissional do Assistente Social no âmbito hospitalar, agradeço pelo aprendizado, pelo exemplo de profissional que és e pela atenção dedicada a mim durante meu período de estágio no HU. Obrigada Tay! A equipe do **Serviço Social**, obrigado pelo carinho e atenção...

À Professora Dra. **Teresa Kleba Lisboa** o meu carinho e gratidão a você, que além de transmitir seus conhecimentos e suas experiências apostou no meu sonho e me incentivou a realizar o meu Trabalho de Conclusão de curso. Obrigada professora!

Mina, Elaine Cristina. **A repercussão da amputação nos membros inferiores de homens atendidos no HU/Florianópolis, no cotidiano da vida pessoal, social, e laboral: um recorte de gênero.** Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2015.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como tema central o cuidado relacionado ao paciente amputado e as repercussões no seu cotidiano da vida pessoal, social e laboral. A escolha do cenário de estudo deu-se a partir da minha inserção no campo de estágio obrigatório no Hospital Polydoro Ernani de São Thiago na Unidade de Internação Cirúrgica II, na cidade de Florianópolis/SC, que possibilitou a convivência com as assistentes sociais no atendimento aos usuários atendidos nesta unidade. Durante meu estágio vivência na UIC-II pude verificar o elevado número de homens que sofrem de doenças crônicas e que são internados para a realização de cirurgia de amputação. A partir desse conhecimento surgiu o interesse em analisar o processo de cuidado relacionado ao paciente amputado e as repercussões no seu cotidiano da vida pessoal, social e laboral. Tivemos como objetivos específicos: 1) Compreender o processo de saúde dos sujeitos; 2) identificar os principais fatores de risco que ocasionaram o processo de amputação; 3) conhecer o processo de cuidado dos homens submetidos ao procedimento de amputação por parte dos membros da família e da rede de proteção social; 4) descrever as principais mudanças ocorridas no cotidiano (pessoal, familiar e laboral) após a amputação. Para atingir os objetivos propostos, optamos pela realização de um estudo qualitativo, utilizando a modalidade trajetórias de vida, entrevistando cinco (5) portadores de doença crônica que passaram pelo processo de amputação na Unidade de Internação Cirúrgica II do HU. Os depoimentos forneceram subsídios para problematização da temática, buscando a relação dos usuários com os serviços de saúde e especial da atenção básica, a relação com o cuidado, às repercussões do processo de amputação no seu cotidiano de vida pessoal, social e laboral, o acesso à rede de proteção social, o conhecimento dos direitos dos deficientes físicos.

Palavras chave: pacientes amputados; doenças crônicas, cuidados em saúde, relações de gênero.

LISTA DE SIGLAS

CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
DALY	Medida da Carga Global da Doença
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UIC II	Unidade de Internação Cirúrgica II
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
HU	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. A UNIDADE DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA II DO HU DE FLORIANÓPOLIS: SETOR VASCULAR E OS PACIENTES HOMENS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS QUE PASSAM POR PROCESSO DE AMPUTAÇÃO.....	11
2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	12
2.2 DIABETES.....	13
2.3 DOENÇAS CRÔNICAS E A INCIDÊNCIA PREDOMINANTE NOS HOMENS	15
2.4 AMPUTAÇÃO.....	17
3. HOMENS QUE SOFREM DE DOENÇAS CRÔNICAS E AS REPERCUSSÕES DO PROCESSO DE AMPUTAÇÃO.....	19
3.1 PARTICIPANTES	22
3.2 DESCOBRIMENTO DA DOENÇA CRÔNICA: O DESAFIO DA MUDANÇA DE HÁBITOS.....	28
3.3 ENTRE A DOR E O ALÍVIO. AMPUTAR OU PERMANECER COM A DOR? O PROCESSO DA PERDA DE ALGUM MEMBRO INFERIOR COMO ALÍVIO DO SOFRIMENTO.....	35
3.4 “SEM O TRABALHO O HOMEM NÃO TEM HONRA (...) NÃO DÁ PRA SER FELIZ” (GONZAGUINHA)	38
3.4.1 A DIFÍCIL CONSTATAÇÃO PARA OS HOMENS DE TORNAR-SE DEPENDENTE DOS CUIDADOS	40
3.4.2 OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E A DIFÍCIL CONSTATAÇÃO DE SE PERCEBER COMO TAL.	43
4. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.....	46
4.1 SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA II DO HU	47
4.2 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA II, NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES AMPUTADOS	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS	55
Apêndice A: Roteiro de entrevista	61
Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	63

1. Introdução

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem por objetivo analisar o processo de cuidado relacionado a saúde dos homens que sofrem de doenças crônicas, e que passaram pela Unidade de Internação Cirúrgica II do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago, especificamente no setor vascular na da Alta Complexidade. O estímulo para a realização deste trabalho está relacionado à minha experiência de estágio obrigatório I e II em Serviço Social na Unidade acima mencionada. Durante meu estágio, a especialidade médica vascular foi a que chamou mais atenção, tendo em vista o elevado número de homens internados para a realização da cirurgia de amputação, principalmente de membros inferiores. Diante disso surgiu o interesse em aprofundar o processo de cuidado em saúde do doente crônico e as repercussões da cirurgia de amputação no cotidiano de vida pessoal, social e laboral do mesmo.

Segundo o Ministério da Saúde, “as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam hoje a maior causa de morte no mundo, sendo que em 2008 foram 36 milhões de mortes, ou seja, 63% do total global de mortes. Desse total, 78% das mortes ocorreram em países de média e baixa renda” (BRASIL, 2011, p.12).

Constata-se que as principais agudizações dessas doenças são o Diabetes Mellitus e as Doenças Cardiovasculares (GRAH, 2015). Estas doenças se caracterizam como as principais causas de internações na Unidade de Internação Cirúrgica II na especialidade médica vascular.

A diabete mellitus é considerada uma doença que contribui para complicações no aparelho circulatório podendo evoluir ao processo de amputação do membro inferior. É ocasionada por um grupo de distúrbios metabólicos, caracteriza-se pelo aumento de açúcar no sangue se manifesta quando organismo não consegue produzir a quantidade necessária de insulina para que o açúcar no corpo se mantenha em sua normalidade. A mesma é classificada de acordo com sua etiologia.

De acordo com Loureiro, et all (2002), as doenças crônicas são uma das maiores causas de internações nos hospitais e de óbitos em todo o Brasil. Dentre estas, as doenças cardiovasculares tais como a retinopatia, nefropatia, alterações microvasculares e a neuropatia são as que mais se destacam. A neuropatia é a que mais leva ao processo de amputação, uma vez que está associada à doença vascular periférica, ocasionando

deformidades, traumatismos e infecções que evoluem ao processo de lesões características dos pés do paciente diabético, cujo nome se denomina pé diabético. A falta de tratamento das doenças crônicas acima citadas pode ocasionar agravos à saúde dos pacientes levando-os ao processo de amputação, que tem por objetivo a retirada do membro acometido trazendo novas perspectivas para a melhora da função da região amputada (BRASIL, 2013).

O presente trabalho é um estudo qualitativo, sobre doentes crônicos que foram internados na Unidade de Internação Cirúrgica II do HU. A operacionalização da coleta de dados ocorreu através do instrumental da entrevista realizada com cinco (5) pacientes; esta seguiu um fio condutor para resgatar os principais momentos da trajetória de vida dos homens que passaram pelo processo de amputação, tendo como objetivo levantar os seguintes aspectos: quando e em que época da vida foi diagnosticada a doença; a relação do usuário com os serviços de saúde; o cuidado diante da constatação da doença; o processo de amputação e as repercussões no âmbito pessoal, social e laboral.

A estrutura do trabalho comporta três seções: a primeira situa o local do campo de estágio, o Hospital HU de Florianópolis, que nos possibilitou o conhecimento sobre a atuação do assistente social na alta complexidade, e sobre as diferentes especialidades atendidas na clínica, tais como: proctologia, urologia, cirurgia vascular e plástica. Ainda na primeira seção apresentamos o perfil dos pacientes atendidos na UIC-II, e a equipe multiprofissional que atua nessa unidade. Logo após, apresentamos os tipos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e a incidência dessas doenças nos homens.

A segunda seção apresenta o processo de adoecimento dos cinco homens portadores de doenças crônicas (dcnts), que estiveram internados na UIC-II do HU, o processo de tratamento após o descobrimento da doença, as repercussões do processo de amputação, no seu cotidiano de vida pessoal, social e laboral.

Na terceira e última seção, apresentamos a Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem, o trabalho do Serviço Social na Unidade de Internação Cirúrgica II, e por último, falaremos sobre o trabalho do serviço social aos pacientes atendidos pela especialidade médica Vascular, e sobre o atendimento do serviço social, aos pacientes que foram submetidos ao cirurgia de amputação.

2. A UNIDADE CIRURGICA II. O SETOR VASCULAR E OS PACIENTES DOENTES CRÔNICOS QUE PASSAM POR PROCESSO DE AMPUTAÇÃO.

A Unidade de Internação Cirúrgica II (UIC II) do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago, está concentrada na Alta Complexidade, o hospital é totalmente público, é uma instituição de caráter governamental, órgão complementar da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), e está subordinada a reitoria e ao Ministério da Educação.

A unidade assim como as demais do hospital é coordenada por um enfermeiro que se responsabiliza pela parte administrativa, e o outro pela parte de assistência. Esta unidade é atendida por uma equipe multiprofissional, são eles: médicos, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, residentes e estagiários das respectivas profissões. Os enfermeiros responsáveis pela assistência e os servidores do nível técnico em enfermagem, estão divididos em equipes para cobertura dos três turnos de trabalho.

A UIC II está localizada no quarto andar do HU, atende 30 leitos de internação, os quartos são duplos ou quádruplos e são separados em masculinos e femininos. A unidade possui dois leitos que atendem prioritariamente os pacientes em pré e/ou pós-operatório, nas especialidades clínicas: Proctologia, Urologia, Cirurgia Vascular e Plástica (GABARRA, 2010). Nesta unidade, ocorrem cirurgias diariamente, tanto as eletivas (definidas como prioridade pela equipe médica) quanto as não eletivas (GRAH, 2015, p.34).

De acordo com os registros realizados no sistema da Unidade em foco, o perfil predominante dos usuários atendidos são: homens e mulheres, com faixa etária, entre 30 e 80 anos, provenientes do interior do Estado de Santa Catarina, e de municípios da grande Florianópolis. Constata-se, entre as ocupações laborais, uma expressiva quantidade de agricultores, de variados estratos de classes sociais, predominantemente, dos estratos mais empobrecidos. Em relação a escolaridade, constata-se diferentes graus de escolaridade. A renda das famílias é bastante diversificada, é comum famílias de trabalhadores informais, que não contribuem para com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

Na especialidade médica vascular localizam-se 12 leitos, entre eles, seis masculinos e quatro femininos. De acordo com Grah (2015), o fluxo das internações ocorrem por encaminhamentos dos profissionais que atendem a emergência e os ambulatórios (principalmente no Serviço de Endocrinologia e Cirurgia Vascular) do HU, e por

encaminhamentos externos de municípios do interior do Estado.

As principais causas de internação na Especialidade Vascular são: diabetes, hipertensão arterial, tabagismo, etilismo, doenças cardíacas e insuficiência renal crônica. A cirurgia de amputação, em especial dos membros inferiores, destaca-se como o principal procedimento cirúrgico realizado nesta unidade (GABARRA, 2010 citado por GRAH, 2015).

Historicamente, os homens cuidam menos de sua saúde do que as mulheres, e só procuram atendimento médico, quando os problemas se agravam, ou seja, quando a doença já está interferindo em sua qualidade de vida (BRAZ, 2005). A maioria dos homens possui resistência aos tratamentos em decorrência de fatores culturais, e estereótipos de gênero que atribuem determinados papéis aos homens, ou seja, estes devem ser fortes, viris e provedores. Esta imagem de homem contribui a não adesão do tratamento de saúde.

2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As doenças crônicas não-transmissíveis são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e tem longa duração. Apresentam-se por doença crônica não transmissível (DCNT): diabetes, hipertensão arterial, doença crônica de coluna, colesterol, depressão, dentre outras (GRAH, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define como doenças crônicas, as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus (BRASIL, 2008).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis constituem pesada carga em termos de morbimortalidade e também um potencializador do aumento dos custos da saúde, comprometendo a sustentabilidade dos sistemas de saúde no longo prazo (BRASIL, 2011, p.9). O aumento da carga das DCNT em todo o mundo se torna preocupante, tanto pelo potencial negativo em termos de Saúde como o impacto na economia. Duas em cada três mortes ao ano em todo o mundo, já podem ser atribuídas às DCNT, sendo que, de quatro quintos destas mortes ocorrem em países de baixa e média renda, e um terço em pessoas com menos de 60 anos de idade (BRASIL, 2011), o que confirma o aumento de casos de óbito por esse tipo de doenças:

As doenças crônicas não transmissíveis muitas vezes causam mortes lentas e dolorosas, é crescente o número de óbitos devido o envelhecimento da população e a globalização dos riscos, para tanto torna-se um desafio conter as doenças infecciosas, pois o sistema de saúde é deficiente (BRASIL, 2011).

Essas enfermidades requerem contínua atenção por parte dos equipamentos de políticas públicas e das pessoas em geral. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2000, para os países-membros da OMS e para sub-regiões em todo o mundo e demonstra-se claramente, quão é impactante o número de DALY – que se refere a uma medida de “carga global da doença” e de mortes no mundo (BRASIL, 2011).

No ano de 2005 as doenças cardiovasculares causaram 5,07 milhões ou 52% de todas as mortes no mundo, com carga de doença equivalente a mais de 34 milhões de DALY (BRASIL, 2011, p.10). De acordo com a Cartilha de Doenças Crônicas do Ministério da Saúde, “ao longo da última década as Doenças Cardiovasculares (DCV), se tornaram as principais causas de mortalidade em todo o mundo, representando cerca de 30% de todas as mortes e até 50% da mortalidade pelo conjunto das DCNT” (BRASIL, 2011, p.11). O autor apresenta também que as DCV sozinhas causam 17 milhões de mortes e 50 milhões de DALY no mundo e que fatores como, uso de tabaco, inatividade física e alimentação pouco saudável explicam perto de 80% da carga total de DCV (Ibid, p.11).

Constata-se assim que a má qualidade de vida, e os hábitos diários são os principalmente fatores de riscos as DCNTS. Observa-se que a mudança nos hábitos alimentares, à prática de exercícios físicos, contribui a diminuir as doenças crônicas. Monitorar esses fatores de risco é primordial para definição de políticas de saúde voltadas para prevenção destes agravos (BRASIL, 2014).

A situação de saúde mundial e nacional apresenta-se como desafio posto aos governos e gestores de saúde, tendo em vista o elevado número de pessoas que sofrem de doenças crônicas. Diante dessa realidade, contribuir para a garantia dos direitos e de melhor qualidade de vida da população é um dos papéis do Estado.

2.2 Diabetes

A diabetes mellitus vem se destacando pela elevada taxa de morbimortalidade, sendo assim a mesma requer cuidado clínico, uma educação continuada para prevenir agravos e complicações agudas e crônicas (PACE, 2006). A doença ocorre com maior frequência em

peças com baixa tolerância à glicose (Sartorelli e Franco, 2003). Os principais fatores estão relacionados à obesidade, envelhecimento populacional e histórico familiar de diabetes. O surgimento da doença, na maioria das vezes, vem associado a hábitos alimentares não saudáveis, ou seja, o consumo de alimentos industrializados como os Fast foods, excesso de álcool e fumo, ingestão de doces e gordura saturada (WENDT, 2009).

A diabetes também pode ser ocasionada por fatores hereditários, em caso de histórico familiar em primeiro grau, torna-se necessário o rastreamento precoce da doença para diminuição dos riscos à saúde. Estima-se que quase 50% dos indivíduos com diabetes não percebem sintomas da doença, que por sua vez demora em ser diagnosticada, considerando o fato de ser assintomática na maior parte dos casos (SCHMIDT, 2006 citado por BRASIL, 2005, p 80).

Existem dois tipos de diabetes: a diabetes tipo I e a diabetes tipo II. A diabetes tipo I ocorre com mais frequência nas pessoas com idade menor de 35 anos, apesar de poder ocorrer em qualquer faixa etária. A diabetes tipo I ocorre quando há a diminuição da produção de insulina no pâncreas, e seus sintomas são: “emagrecimento, sensação de falta de força, fome e sede intensas, necessidade de urinar diversas vezes, náuseas, etc.” (WENDT, 2009, p.1).

A diabetes do tipo II ocorre com mais frequência a partir dos 40 anos de idade, está associada à obesidade e pouca atividade física. Na diabetes tipo II o organismo produz insulina, porém ocorre a incapacidade de absorção por parte do tecido adiposo e muscular. De acordo com (WENDT, 2009) “para o tratamento, em muitos casos, não se faz necessário o uso diário de insulina, mas sim, é feito o acompanhamento dos sintomas que afetam a visão, a dificuldade de cicatrização, sensação de formigamento e frequentes casos infecciosos”.

No caso, na diabetes gestacional ocorre um quadro de alteração parecido com a diabetes do tipo II, o organismo produz insulina e ocorre a incapacidade de absorção por parte do tecido adiposo. Podendo ocorrer com maior frequência em pessoas com idade acima de 25 anos, obesas, que tem tendência a adquirir peso rápido e pessoas sedentárias.

Uma das consequências da diabetes é a antecipação da redução das atividades laborais ou a perda do emprego resultando em dependência de Benefícios Previdenciários:

As doenças crônicas implicam na redução das atividades trabalhistas contribuindo a perda do emprego, os prestadores de serviços oneram cada vez mais com os custos crescentes das doenças, os gestores de saúde se defrontam com resultados

pífios com relação ao manejo das doenças crônicas e em termos sociais observa-se uma grande perda de produtividade e de qualidade de vida impostas pelas condições crônicas de saúde (MENDES, 2010, citado por GRAH, 2015, p.17).

Ter conhecimento sobre a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção na população brasileira é fundamental para o planejamento e a avaliação de políticas públicas de saúde. Desta forma o Ministério da Saúde implantou a pesquisa Vigitel (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas) em 2006, realizada em 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, para fins de monitoramento dos principais fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Em 2012 foi realizado o congresso internacional realizado pela Rede CARMEN (Conjunto de Ações para Redução Multissetorial de Doenças Não-Transmissíveis) realizada em Brasília, apresentaram os dados colhidos pelo Ministério de Saúde no inquérito telefônico Vigitel, sobre os diabetes. Os números apresentados foram que dentre os adultos de idade igual ou maior há 18 anos, 5,6% se declararam ser afetados pela doença (6% no sexo feminino e 5,2% no masculino). É crescente o número de hospitalizado em todo o Brasil devido a diabetes, o grau de mortalidade ocasionado pela doença tem um grande crescimento se comparado a outras afecções (SARTORELLI e FRANCO, 2003).

“A diabetes mellitus vem gerando um grande impacto econômico nos serviços de saúde decorrente dos custos do tratamento da doença e suas complicações: doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores, respondem a cerca de 50% dos casos de doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006 citado por Brasil, 2009 p.80).

A diabetes Mellitus ao longo prazo ocasiona alterações micro e macrovasculares que leva a disfunção, dano ou falência de vários órgãos, tal situação justifica o grande número de óbitos ocasionados pela doença.

2.3 Doenças Crônicas e a incidência predominante nos homens

Estudos Norte-Americanos apresentam que os homens sofrem mais de doenças crônicas fatais, tais como: doença isquêmica do coração, aterosclerose, enfisema, câncer, acidente vascular cerebral, cirrose, problemas de rins, e referem mais restrição de atividade e incapacidade de longa duração devido a problemas crônicos de saúde (Verbrugge, 1989; Bird & Rieker, 1999 apud PINHEIRO, 2002).

Da mesma forma, os homens apresentam um índice de 50% maior de mortalidade se comparado ao sexo feminino e a maioria dos óbitos ocorre na faixa etária de 20 a 39 anos de idade. Dentre as causas de mortes estão às doenças relacionadas ao aparelho circulatório, acidentes e violências, conforme Laurenti et al (2005) , citado Alvarenga et al (2012, p.3): “o grupo masculino é o principal autor de roubos, assaltos e os principais protagonistas de violências domésticas e a maior população carcerária”.

Pozzati et al (2013) destaca dados do Ministério da Saúde: cerca de 16,7 milhões de mulheres procuraram uma/um ginecologista no sistema de saúde em 2007, enquanto apenas 2.7 milhões de homens buscaram o urologista, nesse mesmo ano. Se comparado às mulheres, os homens são mais vulneráveis a doenças pelo fato de não buscarem os serviços de atenção básica. Para a incipiente presença masculina aos serviços de atenção primária à saúde os autores asseveram que a ausência dos homens nesses serviços, é uma característica da identidade masculina, associada ao processo de socialização. Os homens acabam preferindo utilizar outros serviços tais como farmácias, prontos socorros, que correspondem objetivamente as suas demandas.

Ainda, segundo (Pozzati et al, 2013, p.544), “a procura da população masculina aos serviços emergenciais como Farmácias, prontos socorros se justificada pelo fato dos homens se sentirem mais a vontade para exporem seus problemas de saúde nestes locais e por terem suas necessidades prontamente atendidas”. Muitos homens não recorrem a Unidades Básicas de Saúde por considerarem as mesmas como um espaço feminilizado, ou seja, frequentado principalmente por mulheres, e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres (FIGUEIREDO, 2005). Nestes locais, os homens não se sentem fazendo parte do espaço, em parte porque os mesmos não disponibilizam atendimento específico voltado ao público masculino. Tudo indica que os Serviços de Saúde tem um grande desafio pela frente que é identificar a dificuldade que os homens têm em acessar o espaço de saúde das unidades de atenção primária.

Segundo Figueiredo (2005, p.2), “o sexo masculino carrega culturalmente a ideia de que são incapazes de adoecer, torna-se essencial que esta população passe a reconhecer suas fragilidades, possibilitando-lhes maior adesão aos tratamentos de saúde”.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem destaca que, “uma questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor” (BRASIL, 2008, p.6). Os homens alegam também que o horário de

funcionamento dos serviços coincide com a carga horária de trabalho. Há que se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, também estão inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde (BRASIL,2009).

As mulheres assumem tarefas domésticas, acabam se sobrecarregando para dar conta dos afazeres domésticos, do cuidado dos filhos, do mercado de trabalho e mesmo assim procuram os médicos com mais frequência que os homens.

2.4 Amputação

Amputação é o termo utilizado para definir a retirada total ou parcial de um membro, sendo este um método de tratamento para diversas doenças (BRASIL, 2013, p.6). Ao realizar a amputação, em geral, os médicos se preocupam em preservar o maior nível do membro acometido. Da mesma forma o nível de amputação escolhido pelos médicos é aquele no qual assegurará uma boa cicatrização, com adequada cobertura da pele e sensibilidade preservada (BRASIL, 2013, p.20).

As amputações maiores de membros inferiores (AMMI) representam um forte impacto socioeconômico, uma vez que ocasiona: a perda da capacidade laborativa, de socialização, conseqüentemente, da qualidade de vida (SPICHLER, 2004). A amputação, na maioria das vezes é decorrente de doenças crônicas degenerativas. A doença vascular aterosclerótica é a que mais afeta os membros inferiores, sendo a mais comum, denominada doença arterial periférica (DAP).

As amputações são definidas como “maior”, no caso em que ocorrem na parte próxima do pé, perna baixa do joelho, na coxa (acima do joelho) e em caso de desarticulação de quadril. O lado direito ou esquerdo, refere-se ao nível de amputação próxima do pé, perna, coxa e desarticulação do quadril, as amputações são denominadas como primária, secundária, e bilateral.

De acordo com (Spichler et al, 2004, p.113) “a amputação primária é definida como amputação de um segmento do membro inferior isquêmico, sem que existam antecedentes de procedimentos de amputação ou de revascularização”.

Já a amputação secundária é definida sem que haja qualquer procedimento prévio, podendo ocorrer em casos de trombólise, angioplastia, revascularização, ou quando ocorre outra amputação no mesmo membro (SPICHLER et al, 2004, p. 113).

O autor destaca ainda que, “em casos de amputação primária, há predomínio do sexo masculino 57,8%, o que também se mantém nas amputações secundárias com 61,6%, e nas bilaterais com 55,2%”. (SPICHLER et al, 2004).

Estima-se que as amputações do membro inferior correspondam a 85% de todas as amputações, apesar de não haver informações precisas sobre este assunto no Brasil (BRASIL, 2013, p.7). No ano de 2011 foram realizadas 94% de amputações do membro inferior, a maioria delas ocasionada por doenças crônico-degenerativas, ocorrendo com maior frequência em idosos (BRASIL, 2013). Dados literários apresentam que cerca de 80% das amputações foram dos membros inferiores em pacientes com doenças periféricas ou diabetes.

Os doentes diabéticos têm um risco 15 vezes maior de serem submetidos a amputações, sendo mais frequente na população de baixo nível socioeconômico, com condições inadequadas de higiene e de pouco acesso aos serviços de saúde (SANTOS et al 2006 e GAMBA 1998 citado por ASSUMPÇÃO et al 2009, p.2).

Muitos casos de amputações ocorrem porque os pacientes procuram o atendimento médico quando as lesões geralmente estão em estágio avançado, requerendo assim o tratamento cirúrgico. O pé diabético causa sofrimentos e mudanças no estilo de vida do paciente, impedito suas funções normais.

Segundo o Consenso Internacional sobre Pé Diabético (1999 citado por Tavares DMS, et al. p,30) “a prevalência de úlceras nos pés atinge 4% a 10% dos sujeitos diabéticos. De 40% a 60% das amputações, não traumáticas de membros inferiores, ocorrem em diabéticos, sendo que 85% destas são precedidas de úlceras nos pés”.

Apresenta-se também que a incidência de amputações relacionadas ao diabetes atinge 6 a 8/1000 diabéticos, no Brasil, por ano e estima-se que ocorram cerca de 40.000 amputações (Pitta GBB et al. 2005, citado por Tavares DMS, et al. 2009, p.3).

Um estudo realizado no Rio de Janeiro, no período de 1990-2000, constatou que “obteve-se a taxa de incidência de amputações em membros inferiores em diabéticos 4,6 vezes maior entre sujeitos na faixa etária 55 a 74 anos (92,19/100.000 hab) por ano quando comparados com aqueles com 30 a 54 anos (20,1/100.000 hab)” (TAVARES DMS, et al,

2009, p.3). Estes dados apresentam o elevado número de amputações realizadas e são preocupantes, tendo em vista que a idade dos sujeitos retrata que estão em idade produtiva.

Esta é a realidade da maioria dos homens que procuram a Unidade de Internação Cirúrgica II do HU para a realização da Cirurgia de Amputação, como apresentaremos na próxima seção.

3. OS HOMENS COM DOENÇAS CRÔNICAS (DCNTS) E AS REPERCUSSÕES DO PROCESSO DE AMPUTAÇÃO.

Para o presente trabalho, foi realizado um estudo exploratório, tendo em vista que o tema escolhido (amputação) foi pouco explorado até o presente momento, no campo de estágio (HU). Também foi privilegiada a abordagem qualitativa uma vez que realizamos uma aproximação entre sujeito e objeto. Esta forma de abordagem tem sido valorizada porque trabalha com o universo de significados, representações, crenças, valores, atitudes, aprofundando um lado não perceptível das relações sociais e permitindo a compreensão da realidade humana vivida socialmente. Na abordagem qualitativa são utilizadas diferentes técnicas, entre elas: “coleta de dados que incluem entrevistas semiestruturadas, observação participante, conversas informais, uso das relações familiares” (MINAYO, 2010, p.1499-1500).

Para compreender a experiência do processo de amputação dos entrevistados utilizamos uma das modalidades do método da história oral, denominada por Gonçalves e Lisboa (2007), de Trajetórias de Vida, que considera uma parte da história de vida de uma pessoa, um determinado percurso, itinerário ou ciclo que vai ao encontro do objetivo da pesquisa, no nosso caso, analisar o processo de adoecimento dos homens acometidos por doenças crônicas e compreender qual foi à repercussão da amputação no seu cotidiano de vida pessoal, social e laboral.

No entender de Betina Dausien (1996, citada por Gonçalves e Lisboa, 2007), a trajetória de vida é denominada cientificamente de “transcurso”, pois analisa mudanças sociais, passagens de status, de situação econômica, de atividades profissionais, utiliza datas significativas, períodos, números, enfim aspectos quantitativos e qualitativos relacionados na mesma abordagem.

As trajetórias de vida são construídas através da inter-relação dialógica entre pesquisador e sujeito pesquisado, ou seja, através da técnica de entrevista. O pesquisador seguirá um roteiro de perguntas elaboradas de acordo com a questão a ser investigada, obedecendo a um fio condutor composto pelas categorias previamente definidas na fundamentação teórica do projeto (ver o Roteiro de Entrevista/Fio Condutor em anexo).

O estudo foi desenvolvido com doentes crônicos que passaram pela Clínica Cirúrgica II, do HU para a realização da Cirurgia de Amputação. Fizemos questão de convidar para as entrevistas os pacientes que tiveram vínculo conosco, que foram acompanhados pelo setor de Serviço Social no momento da internação na Unidade e que retornavam ao ambulatório da vascular para a realização do acompanhamento pós-cirúrgico. Os sujeitos da nossa pesquisa teriam que ter passado pelo processo de amputação há algum tempo, pois nosso objetivo era analisar o processo de cuidado pós-operatório.

Cabe aqui elucidar que após alta hospitalar os pacientes são acompanhados no ambulatório da Vascular (de curativos) pela equipe de Cirurgia Vascular. As consultas são semanais, quinzenais e mensais nos primeiros meses (GRAH, 2015, p.37). Havendo a melhora na cicatrização as consultas ocorrem com um espaço de tempo maior, após a total cicatrização os pacientes são acompanhados anualmente pela equipe médica.

O serviço social realiza atendimento na sala de espera¹ da vascular com os pacientes que retornam as consultas com os médicos especialistas, para acompanhá-los após o procedimento cirúrgico e verificar se há demandas e orientá-los quanto seus direitos.

Inicialmente, pretendíamos entrevistar, no mínimo 15 pacientes amputados. Porém, encontramos uma série de dificuldades, tais como: a) a maioria reside em cidades do interior do Estado, e vinham até o Ambulatório somente para um rápido acompanhamento médico. Dependiam de transporte da Secretaria Municipal de Saúde de seu Município para retornar e, portanto, não tinham disponibilidade para conceder entrevista. b) um dos pacientes aceitou conceder entrevista e combinou uma visita a sua casa. Estivemos, por duas vezes, na sua casa, mas não fomos atendidas. Ao falarmos com o mesmo sobre as tentativas, ele confirmou que estava em casa, mas não escutou, reconhecendo que tem sérios problemas de audição. c) a maior dificuldade foi a tentativa de entrevistar os homens na dinâmica da sala de espera.

¹ O território da sala de espera é o lugar onde os clientes aguardam o atendimento dos profissionais de saúde, comumente em unidades básicas, mas também existe em outros espaços de atenção em saúde, como nos hospitais públicos e privados (TEIXEIRA e VELOSO, 2006, p.2).

Constatamos que ali seria o melhor local de abordagem. Segundo (Teixeira e Veloso, 2006,) “na sala de espera, as pessoas conversam, trocam experiências entre si, observam, emocionam-se e expressam-se, ou seja, as pluralidades emergem através do processo interativo, que ocorre por meio da linguagem”.

Entrevistamos cinco homens neste local, nos retirando para um canto menos movimentado e tendo cuidado com as perguntas, para não expor sua intimidade frente a estranhos. Em função de tais dificuldades, participaram da entrevista somente (5) cinco homens, que foram orientados por um roteiro de perguntas estruturadas sobre o processo de cuidado e as repercussões da doença no seu cotidiano pessoal, familiar e laboral.

Tendo em vista uma postura de compreensão e abertura para os entrevistados, concordamos com (MINAYO, 2012, p.3) quando diz: “para que os seres humanos possam compreender o outro, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total”.

Foi ali na sala de espera do ambulatório de curativos da Vascular do HU, que realizamos as entrevistas e empreendemos uma “Escuta Social Qualificada” para cada um dos entrevistados, conhecendo suas verdades e entendendo suas contradições.

Cabe ressaltar que a técnica trajetória de vida é construída por meio da conversação com pessoas sobre sua experiência e memória. É essencial que ocorra um processo de interação entre o pesquisador e os sujeitos que se colocam à disposição para compartilhar os fatos de sua vida. A singularidade de cada história nos permitiu uma aproximação do geral, pois “quando o indivíduo vivencia e relata sua trajetória, se identifica a um grupo social do qual ele é elemento constitutivo” (MARRE, 1991, citado por Gonçalves e Lisboa, 2007, p. 92).

Como estagiária de Serviço Social, estávamos ali em nome da Instituição (HU), e no caso, poderíamos estar representando uma figura de poder para os pacientes, porém, tivemos grande aceitação e abertura por parte dos entrevistados uma vez que já tínhamos realizado atendimento aos mesmos, no período da internação e posteriormente na sala de espera, quando vinham trocar curativos ou realizar outros tipos de procedimentos.

Temos clareza que o conteúdo das Trajetórias de vida foi prejudicado, devido as limitações do local de realização das entrevistas, como afirmam Gonçalves e Lisboa: “um fator importante a ser observado pelo pesquisador é o espaço físico onde serão realizadas as entrevistas. Este deve permitir que o diálogo possa ser realizado de forma espontânea e ao

mesmo tempo reservada” (2007, p.90). Se tivéssemos tido acesso a uma sala reservada, provavelmente eles falariam com muito mais desenvoltura. Cabe ao pesquisador, porém, reconstruir, em cada trajetória, a presença de relações básicas e complexas que dizem respeito às categorias pré definidas no fio condutor da entrevista.

3.1 Participantes

Os participantes da entrevista foram (5) cinco homens que passaram pelo processo de amputação de membros inferiores na Unidade de internação Cirúrgica II do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago. Para descrever os participantes da entrevista foram utilizados nomes fictícios dos Heróis da Mitologia Grega, escolhidos os seguintes deuses: Hércules, Agamenon, Teseu, Édipo e Cadmo. Apresentaremos uma breve síntese sobre as trajetórias de cada um, para em seguida analisar os pontos que mais se destacaram.

-Agamenon

Agamenon nasceu no município de Ibicaré/SC, quando criança morava com seus pais e seus 8 irmãos. Na sua opinião, teve uma infância muito feliz, pois sua família era bastante unida. Aos 8 (oito) anos de idade começou a trabalhar ajudando a cuidar dos animais que seus pais criavam. Aos 19 anos de idade teve seu primeiro relacionamento amoroso, e aos 21 anos casou-se, com quem foi sua primeira namorada, e com a qual permanece até hoje. O casal teve nove filhos, sete mulheres e dois homens. Além destes, adotaram mais um filho. Atualmente, seus filhos estão todos bem consolidados, moram em diferentes regiões do Brasil. Uma filha reside próximo a sua casa e um filho reside na mesma propriedade. Este ultimo é o responsável por cuidar da fruticultura da família, ramo no qual Agamenon exercia atividade laboral, antes da cirurgia de amputação. Os irmãos de Agamenon moram em diferentes regiões do Brasil, e um deles veio a falecer em decorrência de um câncer no pulmão, aos 47 anos de idade, pois fazia uso de bebidas alcoólicas e de cigarro. Os problemas de saúde de Agamenon iniciaram em 1961. Nesta época foi diagnosticado com um cisto de Backer na dobra de seu joelho. Ele acredita que seus problemas vasculares, surgiram em 1960, quando serviu o exército no Quartel da Polícia do Exército do Rio de Janeiro. Lembra que o Presidente da República daquela época deixou o governo inesperadamente e o Exército da PE entrou em prontidão para dar cobertura por seis (6) dias. Ele e os demais integrantes do exército tiveram que segurar um elástico apertado nos

coturnos dia e noite durante seis dias. Quando retirou o coturno, uma veia da perna rendeu, teve uma bexiga e foi internado no Hospital do Exército. O mesmo acredita que seus problemas foram desencadeados por esse motivo, pois ele nunca teve o histórico de fumar nem de beber. Em 1990, procurou um médico particular, na área de reumatologia e realizou tratamento médico no período de três anos. No início, o médico pensava que seu problema de saúde estava relacionado a questões reumatológicas. Depois de passados três anos de tratamento, Agamenon resolveu procurar outro médico, pois seu quadro de saúde não melhorava. Foi aí que ele resolveu vir para cidade de Florianópolis para descobrir qual era o seu problema de saúde, pois tinha muitas dores. Aqui foi descoberto que seus problemas estavam localizados nas veias. Passados alguns anos Agamenon teve que ser internado no Hospital Universitário de Florianópolis, em decorrência de uma trombose na perna. Após sua internação, ficou tratando de sua doença com uso de remédios prescritos pelo seu médico. O histórico de saúde de Agamenon não foi fácil, pois ele refere ter tido complicações nas juntas do corpo, problemas na vesícula; em 2012 precisou realizar tratamento na hematologia do HU devido à falta de vitamina B12 em seu organismo, tomou injeção de 5.000 vitaminas para o corpo, entre outros. Desde 2012 Agamenon vem a Florianópolis para realizar tratamento vascular. No processo de seu tratamento, teve uma ferida no dedo e a mesma não sarava. O médico lhe recomendou a realização da cirurgia de amputação, o que foi acatado por ele. Após sua alta hospitalar Agamenon foi atendido pelo Programa Saúde da Família de sua região, e atualmente realiza acompanhamento no ambulatório de curativos da Vascular do HU. Faz exames periódicos com um cardiologista em Florianópolis, e acessa algumas medicações na Unidade Básica de Saúde bem como materiais de curativos. Nas horas de lazer gosta de ver pessoas conhecidas, jogar baralho, acessar internet e passear. No pós-operatório, contou com a assistência do posto de saúde na parte da manhã, e no período vespertino, sua filha lhe prestava os principais cuidados. Atualmente, ele mesmo faz dois curativos por dia, um no período matutino, e o outro no período vespertino. Temporariamente, a equipe do posto de saúde presta assistência em sua residência. Para as atividades da vida diária, tais como: limpeza da casa, preparo das refeições, acompanhamento ao posto de saúde, visita médica, o mesmo conta com o apoio de sua filha, pois sua esposa é idosa e tem problemas de saúde. Sempre que necessário Agamenon conta com o apoio de seu filho e de sua nora que auxiliam na prestação dos cuidados essenciais.

- Hércules

Hércules nasceu e foi criado no interior de Ronda Alta/SC. Aos treze anos de idade começou a trabalhar na lavoura acompanhando sua família. Quando criança gostava de ir às festas com os cinco irmãos. Casou-se aos 22 anos de idade, em 1981, e teve dois filhos. Atualmente, o filho mais velho está com 38 anos de idade, e sua filha com 28 anos. Ambos moram com os pais. Quando completou 28 anos, Hércules mudou-se para Novo Hamburgo/RS, e foi nesta ocasião que descobriu que era diabético. Lembra que foi há exatamente 15 anos atrás, os sintomas da doença começaram a se manifestar. Há nove anos se mudou para Florianópolis, o mesmo informa que sente muitas saudades de sua cidade natal. Seus pais faleceram há pouco tempo e seus irmãos estão todos vivos. O primeiro sintoma da doença foi o ganho de peso. Chegou a pesar entre 110 e 112 kg. O mesmo relata que aos 30 anos era um tipo físico magro; por isso, o início da doença foi muito difícil para Hércules, pois ele não conseguia entender como adquiriu a diabetes. Sua pressão sempre foi baixa, era doador de sangue no hospital de Novo Hamburgo/RS. Aos sessenta anos de idade, surgiu uma infecção no pé. Até então, relata, nunca teve nada, nunca precisou tomar remédio. Um dia foi dormir, e ao acordar reparou que seus pés estavam muito inchados, “pareciam um botijão de gás”; “inchados e ardendo em fogo”! Foi logo procurar um médico, e constatou ser uma doença crônica. Hércules acredita que sua diabetes esteja relacionada a fatores hereditários, pois sua mãe veio a falecer com problemas crônicos, e segundo ele sua alimentação sempre foi saudável. Hércules refere que quando a diabete foi diagnosticada, na cidade de Novo Hamburgo, não recebeu orientações médicas adequadas para a realização de tratamento. Atualmente vem realizando tratamento com um endocrinologista. Reclama que seus medicamentos são caros, e às vezes consegue comprar os remédios com um valor mais acessível, na farmácia de um conhecido. Disse que já precisou ficar 15 dias com os pés enfaixados e fazendo uso de antibióticos; realizou acompanhamento na Policlínica do Centro de Florianópolis e na UBS de seu bairro. Em um dos retornos relatou ao médico que estava sentindo muita dor e o médico disse que seria necessário amputar na altura do tornozelo. Naquele momento ficou muito assustado, pois segundo ele de um dia para outro tudo piorou! Um dia antes estava bem e no outro recebeu a notícia! Hércules não se conformou! O médico disse que verificaria a amputação

adequada para que seu quadro de saúde não viesse a agravar. Para surpresa de Hércules a amputação foi realizada somente em seus dedos. Atualmente, seu quadro de saúde está bom, no início sentia um grande desconforto pra dormir, mas agora não tem mais acordado durante a noite. Após a cirurgia, Hércules alugou sua parte de um negócio que tem em Novo Hamburgo, e o restaurante de sua propriedade, situado na Praia dos Ingleses está aos cuidados da família. Atualmente Hércules é aposentado e nas horas vagas costuma passear de carro, para conhecer diferentes lugares que durante este período de nove anos em Florianópolis não teve a oportunidade de conhecer. Hércules permanece sendo acompanhado no ambulatório de curativos do HU. No pós-operatório Hércules contou com o apoio de sua esposa, e de seus dois filhos, eles os auxiliavam na troca de curativo, no acompanhamento ao posto de saúde, e aos retornos ao ambulatório do HU. Atualmente o mesmo refere fazer por conta própria à troca de curativos e a higienização do local acometido, e diz não precisar de ajuda para realizar as atividades da vida diária, no entanto Hércules conta com o apoio de sua esposa e de seus filhos sempre que necessário.

- Teseu

Teseu tem 76 anos, nasceu em Pelotas/RS, e quando criança gostava de jogar bolinha de gude, futebol e de estudar. Seus pais tiveram três filhos, ele e mais duas irmãs, sua infância era simples e muito feliz. Começou a trabalhar aos dezessete anos como auxiliar de laboratório, em seguida no atendimento aos clientes, logo depois aprendeu o nome dos remédios e passou distribuir medicamentos para outras farmácias. Atualmente reside no Bairro Ingleses em Florianópolis, para onde se mudou há pouco mais de um ano. Antes residia no bairro Canasvieiras na mesma cidade. Ao todo, mora em Florianópolis há 14. Seu primeiro namoro foi aos dezessete anos, no mesmo momento em que começou frequentar bailes, e aos dezenove anos serviu o exército. Casou-se com trinta e três anos de idade e permanece com a esposa há 46 anos. O casal teve três filhos, que atualmente estão com idades de 51, 44 e 42 anos. Na época da entrevista, Teseu morava com a esposa, sua filha mais velha e quatro netos. Os primeiros sintomas de sua doença iniciaram em 2012, devido uma infecção urinária. Considera que sua saúde começou agravar após esta infecção. Em 2013 teve um problema renal e foi submetido ao processo de amputação. Nunca imaginou que teria que passar por isso, pois considera que foi um erro médico, ele fazia tratamento com vascular no bairro de Canasvieiras e segundo ele o médico não lhe

deu a orientação correta, ou seja, nunca disse que ele teria que colocar “as molinhas” (os estendes). Certo dia Teseu sentiu dificuldades para caminhar, e o médico o encaminhou para o HU, onde chegou em uma ambulância. Antes de vir para o HU havia percorrido outros hospitais, o Regional de São José, o Celso Ramos de Florianópolis, passou dois meses sofrendo com dor até ser encaminhado para o HU. Após a amputação Teseu passou a acessar os curativos e alguns tipos de medicamentos na Unidade Básica de Saúde de seu Bairro. Diz que, da maneira possível, procura atender as prescrições médicas. Teseu trabalhava como vendedor de automóveis gosta de assistir futebol, e adora o convívio com os netos e familiares. Após o procedimento cirúrgico, Teseu contou com ajuda da filha e de sua esposa, elas apoiavam na troca de curativo, na higienização da ferida, e nas atividades da vida diária. Atualmente, sua filha é quem o auxilia nos cuidados a saúde, pois sua esposa tem 76 anos de idade, ela o acompanha na ida ao médico, é quem cuida de sua alimentação, dos curativos, nas medicações etc.

- Édipo

Édipo tem 50 anos, nasceu em São Paulo, no bairro Santa Adélia, passou infância e adolescência em Curitiba, no bairro Cajuru, onde viveu até 18 anos de idade. Quando criança passou a fazer uso de álcool e drogas, acompanhando sua mãe que também era alcoolista. Em relação ao pai, refere não tê-lo conhecido, que sua infância foi muito perturbada, menciona não ter tido infância, e se teve algo parecido à infância, foi depois de adulto. Aos sete anos de idade teve que começar a trabalhar como engraxate, pois sua mãe era dependente química e não tinha como sustenta-lo. Como não tinha um lar, teve que começar a trabalhar para sua sobrevivência. Seus primeiros namoricos foram aos dez, onze anos de idade, segundo o mesmo, seu corpo desenvolveu muito rápido. Édipo nunca se casou formalmente, foi amigado, é pai de quatro filhos com os quais não mantém contato. O mesmo acredita que eles moram com a mãe. Veio para Florianópolis há 15 anos, e em Santa Catarina vive há mais de vinte anos. Édipo é HIV positivo, diabético, hipertenso e tabagista. O mesmo refere que já viveu em situação de rua. Atualmente reside sozinho em uma quitinete no bairro Estreito. Recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC) por meio do qual obtém a renda de um salário-mínimo. Menciona que já acessou diversos serviços, como o Centro POP, a Casa de Acolhimento do Continente e o CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial para Alcool e Outras Drogas). Atualmente é atendido no Centro de Saúde do

Estreito e na Policlínica, onde realiza acompanhamento com infectologista, e permanece sendo acompanhado no ambulatório de curativos do HU. Refere que o tratamento ao diabetes é feito de acordo com suas possibilidades financeiras. Começou o processo de amputação em um dedo, sentia muita dor e sofrimento, ao retornar ao médico recebeu a notícia que precisaria amputar o pé inteiro, o que aconteceu no HU. Édipo tem alguns amigos, e diz que adora assistir programas televisivos. No pós-operatório, os primeiros curativos foram feitos no posto de saúde. Atualmente, realiza sozinho o cuidado a sua saúde, pois não possuiu nenhuma rede familiar próxima para lhe ajudar.

- Cadmo

Cadmo tem 64 anos, é natural de Florianópolis e atualmente mora no bairro Saco dos Limões. Quando criança morava no bairro Trindade em Florianópolis, e o terreno em que residia era o mesmo em que atualmente está o Hospital Universitário. Quando pequeno adorava brincar neste local, sua avó tinha uma chácara que ficava localizada na extensão da Biblioteca Universitária, no campus da Universidade Federal de Santa Catarina. Conta que o terreno era muito grande, ele e os irmãos adoravam brincar nesta região que atualmente é o campus da UFSC. Sua infância foi muito feliz, são em quatro irmãos e brincavam o dia inteiro. Cadmo começou a trabalhar quando completou dezessete anos, passou seis meses na cidade de Tatuapé em São Paulo para onde foi gerenciar uma empresa. Aos 15 anos de idade começou a namorar, e depois de alguns namoricos, casou-se aos 22 anos com a mulher que vive até hoje (está casado há 40 anos). O casal possui dois filhos, o mais velho atualmente com 39 anos de idade, e a moça com 21 anos. São dezoito anos de diferença de um filho para outro, os dois são solteiros e residem com os pais. Cadmo é diabético, sua doença foi descoberta quando tinha 18 anos idade. Nessa época trabalhava como gerente técnico de produção em uma empresa no Bairro Coqueiros (Florianópolis). Lembra que sentia muita sede e vontade de urinar. Ao fazer exames de rotina, foi descoberto que ele era diabético. Também nessa época passou por uma cirurgia na bexiga, e segundo ele estava tudo normal com sua saúde até que aos 38 anos de idade, os sintomas da diabetes voltaram a lhe incomodar. Devido a sua inexperiência de vida não deu muita atenção à doença, ao ir ao médico media sua glicemia, como via que ela estava controlada não dava muita atenção, se medicava e ficou assim por muito tempo, achava que estava tudo bem com sua saúde. Na medida em que sua idade avançava, os principais

sintomas da doença surgiam com mais força e quando completou 58 anos de idade, seu quadro de saúde ficou mais sério, até que chegou o momento em que precisou amputar. Ele encarou com bastante responsabilidade a notícia, pois considerava melhor a amputação, já que a dor era muito forte. Sua única preocupação é que se ele não fizesse logo a cirurgia seu quadro poderia agravar, havendo a necessidade de realizar uma cirurgia com um nível maior de amputação. Cadmo passou por duas cirurgias, em momentos diferentes: primeiro teve que amputar os dedos de um pé e passados alguns meses re-internou para realizar no outro pé o mesmo procedimento. Após sua cirurgia Cadmo limitou as atividades da vida diária, deixou de realizar pesca, que era um hobby que ele tinha desde novo, gostava de tarrapear com seu melhor amigo, e segundo ele aos poucos voltará a fazer essas atividades. Seu quadro de saúde está quase todo cicatrizado, atualmente está aposentado e costuma ir a sua outra casa que fica localizada no Pântano do Sul, onde cria cachorros que foram abandonados na rua. Refere acessar todos os curativos na Unidade Básica de Saúde de seu bairro. Após a cirurgia, o mesmo contou com o apoio da esposa e dos filhos que o auxiliaram no cuidado a sua saúde. Atualmente, ser independente de cuidados, e menciona precisar da ajuda da esposa, para ela verificar se não há nenhuma ferida na parte inferior de seu pé. Relata também, que sua rede familiar ficou mais fortalecida, após a amputação, e que sua esposa cuida muito bem dele.

As histórias supracitadas são uma breve descrição, da vida dos cinco homens, que sofrem de doenças crônicas, e que passaram pelo processo de amputação na UIC-II do HU. Através de suas histórias, pudemos conhecer um pouco sobre infância, adolescência, primeiro emprego, casamento, filhos, e sobre o processo de adoecimento.

A partir da fala dos cinco homens, apresentaremos a seguir, como ocorreu à descoberta da doença, as recomendações médicas indicadas para o tratamento das mesmas, e sobre as repercussões da cirurgia de amputação no cotidiano da vida pessoal, social e laboral.

3.2 Descobrimto da doença crônica: O desafio da mudança de hábitos.

Este item versará sobre o descobrimento das Doenças Crônicas (DCNTS) na vida dos cinco entrevistados. A partir dos relatos a seguir, é possível identificar que o surgimento das DCNTS, estava atrelado há um momento agudo, evidenciando uma doença que já existia. No caso de **Édipo**, o mesmo já vinha realizando acompanhamento de saúde em decorrência do

HIV/AIDs, e a descoberta da diabetes veio em decorrência de uma lesão em seu pé.

“Diabetes tipo 2 eu acho. Olha, a diabetes começou, tudo bem, eu trato a diabetes como uma coisa normal. De tudo o que está me acontecendo, a diabetes não me incomoda tanto. O que mais me incomoda são os outros problemas, a dificuldade financeira, de ser sozinho na vida... esses problemas burocráticos, econômicos e social é o mais difícil. Olha, pra quem tem uma vida regrada, que pode ter cuidados, com pessoas pra cuidar e ajudar, ela deve ser uma doença até gostosa, porque você come só o que é bom... pra quem que não tem nada, como eu, que depende de um salário-mínimo, tem que comer o que tem, só Deus na vida da pessoa” (Édipo).

O HIV/AIDS, é uma doença que atinge o sistema imunológico, causando problemas no organismo das pessoas. Édipo foi submetido a amputação de 2º e 3º pododáctilos direitos (dedos do pé). E não possui rede de apoio familiar. O apoio da família, dos amigos, das organizações comunitárias e da equipe multiprofissional de saúde, é essencial para que o autocuidado se dê com efetividade (BRASIL, 2013).

Além de seus problemas de saúde, os fatores socioeconômicos, comprometem a compra de medicamentos não padronizados pela rede pública de saúde, bem como na aquisição de alimentos adequados ao seu tratamento. Édipo aluga uma quitinete, e sobrevive com o Benefício de Prestação Continuada (BPC) por meio do qual obtém a renda de um salário mínimo.

No caso de **Agamenon**, a manifestação da doença surgiu meio a fortes dores nas juntas, onde foi descoberto um cisto de Baker, e mais tarde o mesmo foi diagnosticado com trombose.

“Começou no ano de mil e novecentos e noventa e pouquinho... aí eu fui procurar um especialista do particular, um reumatologista. Ele me tratou 3(três) anos como se eu tivesse reumatismo. Não aparecia, né? Dai eu sai dele porque ele não procurava outro campo, para ver se era outro problema, ele te conhecia só pelo reumatismo. Passado três anos eu vim procurar aqui em Florianópolis, aqui foi descoberto que o problema estava na veia, ai foi feito os tratamentos. Mas a minha perna, quando eu internei aqui na primeira vez, eu vim com trombose. Bem no começo eu tive dor como se fosse dor nas juntas do corpo, até falei aqui (no HU) que a minha vesícula tinha parado.. E foi descoberto aqui no hospital que a minha vesícula derramava, ela tinha parado de funcionar ai desenvolveu dores ao corpo” (Agamenon).

Constata-se na fala de Agamenon, que a descoberta da doença, ocorreu quando a mesma já estava em estado avançado, prejudicando seu quadro de saúde, o mesmo refere ter recebido o diagnóstico errado, e que tratou por três anos, uma doença na qual não sofria.

A experiência da doença é fundamentada de acordo com as vivências dos sujeitos, ainda que as respostas a tais situações geralmente situem no campo do saber médico

institucionalizado (MELO, 2010, p.14). A experiência da doença é adquirida no espaço social em que os sujeitos estão inseridos. E o modo de vida, a forma de vivência das enfermidades, bem como os padrões culturais que as pessoas usam para interpretar um episódio de doença, é criada socialmente (ZAGO, 2001 citado por MELO, 2010).

O campo da saúde é marcado por crenças e dúvidas, o médico por meio de sua experiência é o responsável por diagnosticar o problema de saúde. O conhecimento de Agamenon quanto ao seu quadro de saúde, foi essencial para o descobrimento de seu quadro de saúde.

No caso de **Teseu** sua doença estava associada a problemas renais crônicos.

*“Tá eu tive esse problema, foi o seguinte: me acordei um dia e não estava me sentindo muito bem, porque eu tive um problema que achei que era cistite, mas era infecção urinária ; e dessa infecção urinária apareceu isso. Eu sou hipertenso, tomo remédio, apareceu isso aí... tenho que estar tomando remédio diariamente, e aí me apareceu isso aí, um problema vascular, eles já operaram. Agora, se Deus quiser, que seja a última vez que eu venha. E aí... no ano passado, deu de novo, foi aí que o negócio piorou”(Teseu). Ele teve um problema crônico nos rins (**diz a filha de Teseu**).*

O surgimento da doença em Teseu veio associado a um momento agudo. Constata-se que a procura ao médico, se deu no momento em que a doença já estava avançada, apresentando sintomas que comprometiam as atividades da vida diária.

A hipertensão tem maior prevalência em indivíduos de cor não-branca, o índice de massa corporal, a ingestão de bebidas alcoólicas, o sedentarismo e fatores socioeconômicos são os principais fatores de risco (ANDRADE e NOBRE, 2010, p.8). Teseu tem 79 anos de idade, o afastamento ao mercado de trabalho, o sedentarismo, podem ter sido responsáveis pelo surgimento da doença.

Em **Cadmo** o surgimento da doença veio associado a frequentes vontades de urinar e de beber água.

*“Sou diabético, descobri há 18 anos, na época eu fazia gerência técnica em produção em Coqueiros, eu operei a bexiga porque eu fazia muito xixi e sentia muita sede, e daí eu fui fazer o exame e diagnosticou que era diabetes” (**Cadmo**).*

A diabetes se manifestou a partir dos principais sintomas da doença, que são, a frequente vontade urinar e de beber água. Quando foi diagnosticada a doença Cadmo era

muito novo. Seu médico indicou a realização de uma cirurgia na bexiga, após o procedimento cirúrgico, os sintomas associados a fortes dores desapareceram, diante disso, o mesmo não deu a atenção adequada a seu estado de saúde, mantendo os mesmos hábitos diários, Cadmo não fazia uso de medicações para o tratamento do diabetes. *“Não, não, no período foi até normal sabe, eu acredito que eu estava com os meus 38, 40 anos né então não sei se devido a inexperience de vida... então pra mim, eu considero normal entende, não alterou muito minha maneira de viver entende? Mas depois ficou mais sério quando a idade começou a avançar” (Cadmo).*

A presença masculina em instituições de baixa complexidade é bastante reduzida, quando comparado a das mulheres. Tal fato se justifica na dificuldade que os homens possuem em externarem suas inquietações e assumirem problemas de saúde, pois isso implica em reconhecerem-se frágeis, indo de encontro os preceitos da hegemonia masculina (BRITO e SANTOS, 2012 p.2).

A aversão dos homens na busca por atendimento de saúde, faz com que se tornem mais suscetíveis as doenças, e a situações de risco. A escassez dos homens nos serviços de saúde, sobretudo em ações educativas, acarreta em menor conhecimento destes a respeito dos cuidados necessários para a manutenção de suas vidas (BRITO e SANTOS, 2012.p.6). Diferente dos homens, as mulheres participam com maior frequência a esses tipos de serviços, conseqüentemente, elas usufruem de maior privilégio para diagnosticar precocemente as doenças.

No caso de **Hércules**, seu diagnóstico estava atrelado a fatores de risco devido o sobrepeso e por fatores hereditários.

“Faz 15 anos, morava em Novo Hamburgo quando descobri que estava com diabetes. É que eu tinha engordado bastante, a esposa dizia: _ tu vai ter que ir no médico! Vai no médico. Engordei eu pesava entre 110 e 112 kg. Só tenho diabetes, pressão lá embaixo, nunca tive nada, eu até era doador de sangue lá em Novo Hamburgo, no hospital. Nunca senti nada, sempre disposto. Agora, quando fiz sessenta anos logo me deu essa infecção no pé! Nunca tive nada, nunca tomei um AS, nunca tomei remédio nenhum, quando eu acordei amanheci com os pés inchados fui no médico aí começou a tratar, e aí não adiantou mais” (Hércules).

Hércules foi incentivado por sua esposa, a procurar tratamento de saúde. O cuidar ainda é visto como tarefa feminina, geralmente, são as mulheres que se preocupam mais e desempenham as principais tarefas de cuidado aos filhos, ao esposo e aos pais.

Springer, (2011 citado por Pozzati, 2013,p.4) lamenta que “os homens possuem

noções estereotipadas de masculinidade, reduzem as possibilidades de cuidado preventivos de saúde, fazendo com que morram mais cedo do que as mulheres”. Hércules relutou durante muito tempo para reconhecer que possuía um problema de saúde.

Muitos desafios foram apontados pelos entrevistados, sobre o tratamento da doença crônica, como podemos constatar no depoimento a seguir:

“Quando fui a primeira vez lá em Novo Hamburgo, o doutor não me deu remédio, não pediu para eu fazer tratamento. Ele disse: oh, o senhor tem diabetes! Até hoje ela não é alta, eu sempre faço, eu tenho aparelhinho em casa toda manhã e toda noite. Hoje estava 116, mas nunca foi assim muito alta” (Hércules).

Após ser diagnosticado com diabetes, **Hércules** refere que seu médico não indicou nenhum tratamento de saúde. Frente a esta questão, observa-se que o mesmo encontrou dificuldades de expor ao médico suas dúvidas com relação ao tratamento de saúde. Segundo Melo (2010) “a forma com que ocorre a aproximação entre o médico e o usuário dos serviços de saúde é uma das chaves para que haja relativo sucesso no tratamento da doença”.

Os pacientes durante a consulta médica, vão conduzindo o atendimento conforme são apresentados os sintomas de saúde, e o profissional é o responsável por solicitar a realização de exames para diagnosticar o problema de saúde. A questão apresentada pelo entrevistado, ocorre diariamente. Muitos usuários do sistema de saúde, seja ele público ou privado, recebem demasiadas informações durante uma consulta: são receitas, encaminhamentos, pedidos de exame. Geralmente, ocorre pouco diálogo entre médico e paciente, estes por sua vez, saem da consulta médica sem ter entendido a maioria das orientações, e por vergonha, acabam não esclarecendo as dúvidas. A linguagem entre médico e paciente deve ser clara, o entendimento das partes envolvidas é um condicionante também na eficácia do tratamento de saúde (MELO, 2010).

Nos depoimentos de nossos entrevistados constatamos que não houve a necessária interação entre médico e paciente durante a consulta, tendo em vista que muitos deles passara tempo sem saber que eram portadores de uma doença crônica, conseqüentemente, não possuíam conhecimento sobre o adequado tratamento com vistas ao processo saúde-doença.

A preocupação com a dieta, ou seja, sobre os tipos de alimentos que podem ser ingeridos ou não, para cada tipo de doença crônica também foi colocado para o tratamento da doença. Além disso, a medição da glicemia também é controlada pelos entrevistados.

“Sempre faço... eu tenho aparelhinho em casa, hoje estava a 116, mas nunca foi muito alta, que nem eu vejo uma senhora que eu conheço ela está com 600! Como não morre? Em mim dá um troço desses, e nela nada? Eu sempre fico encasquetado com isso aí, porque não é que eu queira que ela morra, mas penso como é que a pessoa não morre, com 600! Está louca, a minha não chega a 150 é o máximo, e pior que ela sempre toma coca cola eu não tomo nada disso, eu tomo água sem gás e olha lá um suco de limão sem açúcar” (Hércules).

O depoimento de Hércules revela seu conhecimento sobre seu estado de saúde, através do controle glicêmico, ou seja a partir do controle do nível de açúcar no sangue, o mesmo evita o uso de açúcar em seus alimentos. Constata-se que o mesmo acatou a orientação médica, fato que leva a contribuir para a sua qualidade de vida.

Segundo Melo (2010, p.15) “as histórias de vida, os elementos sócio-culturais, a compreensão da doença, o espaço social de inserção e a maneira como são apropriadas as ideias médicas são elementos fundamentais para a reflexão orientada para a modificação das ações em saúde”. A percepção dos homens sobre seu estado, contribui a qualidade de vida dos mesmos, pois faz com que se sintam a vontade em ir procurar por um tratamento médico, sempre que surgir algum sintoma.

“Tudo sim, eu não tenho vício nenhum, então facilmente obedeco ao que os médicos dizem não faço medo, tenho que cuidar com o que os médicos colocam” (Agamenon).

O depoente refere não ter encontrado problemas para seguir as recomendações indicadas pelo médico. Essa afirmativa revela uma auto-afirmação, que justifica a postura do homem perante o tratamento da doença. Agamenon relaciona seu esforço a questões culturais presentes na sociedade, na qual o homem é considerado forte, que não sente dor. Os fatores culturais permeiam a vida dos homens em especial quando a questão é a saúde.

“Eu me sinto muito bem até, mas tem uma restrição, restringem sal. Eu não gosto que restringem o sal nem a gordura, eu gosto de comer churrasco com gordura, eu já não como mas churrasco porque eu não posso mas comer churrasco gordo, comer carne magra Deus que me perdoe. Continuo devagar, nem tudo o que eu não quero”(Teseu).

Esse depoimento revela o modo como Teseu cuida de sua saúde, embora ele reconheça que uma dieta rica em sódio e alimentos gordurosos sejam prejudiciais a sua saúde, ele confessa ter dificuldade de desvincular-se dos hábitos alimentares preexistentes.

Esses hábitos têm geralmente suas bases fixadas dentro do núcleo familiar, ainda na infância, os mesmos são difíceis de serem modificados, o que torna a intervenção do nutricionista importante, com vistas à conscientização e ao empoderamento da população, considerando os aspectos psicológicos, socioculturais, educacionais e econômicos (MOTTA e BOOG, 1991 citado por COTTA et al, 2013, p.4).

Muitas vezes a não adesão ao tratamento de saúde, pode ter relação com a dificuldade encontrada pela família em adequar-se a dietas ricas em legumes, verduras, com pouco açúcar/cloreto de sódio e sem gorduras etc. Tal situação leva o usuário encontrar dificuldade em se adaptar as novas mudanças, pois em seu cotidiano de vida familiar, os costumes alimentares permanecem os mesmos.

Muitas vezes, os fatores socioeconômicos reduzem as opções de escolhas de alguns alimentos, assim como apresentado na fala de Édipo :

“De maneira possível sim, na maneira que eu posso. Tem dia que eu não posso comer açúcar, eu não como açúcar. Mas tem dia que eu só tenho um bolo pra comer eu vou comer o bolo senão eu vou ficar com fome?! Então o dia a dia é assim, controlo como posso todos os remédios todinho só que a vida é mais na mão de Deus” (Édipo).

Segundo Brasil (2008, p.48) “a Política Nacional de Alimentação e Nutrição retoma o tema da segurança alimentar e, entre suas diretrizes, define a importância de se trabalhar a prevenção das DCNT, por meio do acesso à alimentação saudável”.

Para o tratamento do diabetes, são restringidos alguns tipos de alimentos, em especial o açúcar. Como apresentado por Édipo, as condições financeiras limitam o acesso a alimentos adequados ao seu tratamento de saúde. Percebe-se em sua fala a importância o cuidado referente a sua saúde, mesmo com as limitações impostas pelas condições socioeconômicas.

O próximo excerto, apresentaremos o processo de cuidado de Cadmo, com relação a sua saúde.

“A verdade é essa, passei sentir os efeitos da diabetes mesmo quando eu estava com os meus 58 anos. Até então eu não dava muita atenção. Quando eu precisava ir ao médico eu media a glicemia até então eu não media, certo? Aqui que senti oh tá melhor, mas também hora que eu comecei a tomar remediozinho do posto de saúde e ficou naquilo ali, a gente achou que estava bem, até que chegou o dia que eu tive que amputar o membro, mas foi uma coisa que no início eu também não levei a sério né...” (Cadmo).

Constata-se na fala de Cadmo, a negligência por parte dele, com relação sua saúde. O mesmo refere que media sua glicemia antes de ir ao médico, e que se medica somente quando sente fortes dores. Segundo Melo (2010, p.35). “Os homens assumem comportamentos considerados pouco saudáveis e possuem valores masculinos como a idéia de invulnerabilidade, força e auto-suficiência”. Esse tipo de comportamento, no caso de Cadmo, agrava seu estado de saúde e ao mesmo tempo leva para um processo de amputação.

3.3 Entre a dor e o Alívio. Amputar ou permanecer com a dor? O processo da perda de algum membro inferior como alívio do sofrimento.

Abordaremos a seguir, o recebimento da notícia sobre a cirurgia de amputação, e destacaremos que o saber médico, a forma como os profissionais lidam com os pacientes é muito importante, e contribuiu para trazer mais segurança aos mesmos no momento da cirurgia.

“Ah eu achei impossível ! Porque do nada, eu e meu guri estávamos olhando um jogo a noite, eu não tinha nada, fui dormir a meia noite e acordei com o pé com o tamanho do um botijão de gás; acordei com pé vermelho ardendo em fogo ! Daí fui no médico, acordei as 6:30hs, as 7:00 hs horas eu já estava no médico ; na hora eu pensei que era um bichinho que tinha me picado; meu dedo grande tinha uma pintinha preta pra cima, um biquinho; entrei lá e o doutor disse : que bicho do pé que nada, rapaz, você pegou uma infecção crônica ! Já me mandou pra cá (HU) conseguiu que eu viesse pra cá. Me tratei dois meses, começou o tratamento, daí melhorou, tive alta, fiquei 15 dias enfaixado, depois ele me deu alta, me deu os remédios, uns antibióticos, eu tomei... depois os dois dedos infeccionaram, eu sempre fiz os curativos. Até que um dia, numa sexta feira eu não aguentei mais, de um dia para o outro começou a piorar, eu estava no posto e a médica disse pra procurar o vascular, dai que eu vi que estragou o resto e ...vai ter que amputar o pé. Não acreditei ! Porque se eu tivesse um machucado, uma coisa que não sarasse, mas não tinha nada, nenhum beliscadinho. Fiquei assim né, porque eu nunca parei de correr atrás das coisas, sempre lidando e dai de repente... quando eu fiz a cirurgia deu sorte, cortei só os dedos ! Ai vamos ver, tomara que pare, mas agora está bem melhor cada dia eu tenho sentido que está melhorando, no inicio eu tinha pressão no pé, uma agonia um desconforto até pra dormir, botava assim não dava, botava de outro jeito não dava mas agora, nem acordo mais” (Hércules).

Diante da notícia da amputação, muitas dúvidas e incertezas surgem por parte dos pacientes e de sua família. Cabe aos médicos e demais integrantes da equipe hospitalar esclarecer dúvidas sobre o procedimento cirúrgico de amputação, aliviar os impactos da notícia e ajudá-lo a superar o momento de desespero. A equipe multidisciplinar, incluindo a

profissional de Serviço Social, pode contribuir no esclarecimento dos encaminhamentos, o cotidiano pós-operatório, explicar seus direitos e possibilidades de superação da sensação de ficar sem um membro.

Constata-se na fala do entrevistado, que o mesmo viu na cirurgia um alívio para sua dor. “O processo de amputação é a possibilidade de cura, com a realização do tratamento quanto ao seu potencial de adaptação, de autonomia futura e de qualidade de vida” (BRASIL, 2013).

Com Agamenon, ocorreu a mesma situação de Hércules, ao perceber o agravamento de seu estado de saúde, optou pelo encaminhamento médico de amputação. Em sua fala, o mesmo relata sentir-se feliz em poder realizar a cirurgia pelo Sistema Único de Saúde, como apresentado no seguinte excerto :

“A amputação do dedão foi urgente por causa do ferimento que tinha e não cicatrizava então a gente optou pelo pedido médico, eu me senti feliz porque eu consegui a cirurgia pelo sistema do SUS e eu acho que a equipe é muito boa aqui no HU nunca encontrei uma equipe tão boa de médicos e me atenderam muito bem” (Agamenon).

Segundo Milioli (2012), a amputação é um alívio da dor, e o fim de frequentes hospitalizações. Muitas pessoas, após a amputação, deparam-se com um profundo sentimento de estranhamento de si mesmas e não se reconhecem fisicamente, nem no que diz respeito às suas reações emocionais (MILIOLI et al.2012.p.60). Muitas vezes os fatores emocionais, ocorrem, pelo fato dos sujeitos dependerem do cuidado de terceiros, e principalmente pelas limitações ocasionadas pela amputação.

O próximo depoimento, revela a reação de Teseu mediante a notícia da cirurgia de amputação, e a dificuldade de se perceber responsável pelo seu adoecimento.

“Olha, eu nunca esperei mesmo que ia passar por isso, mas aconteceu, vou ter que aceitar. Olha que foi um erro do médico, eu fazia um tratamento com um vascular em Canasvieiras, e o médico nunca me disse teria que colocar as molinhas (os estendes), ele nunca orientou para isso. Até que parei de caminhar, ele me encaminhou para cá (HU), foi erro médico porque ele era plantonista no Celso Ramos e ele não quis atender (o pai porque era domingo), diz a filha do entrevistado, eu confiei nele” (Teseu).

Diante do processo de amputação constata-se uma dificuldade dos homens reconhecerem que possuem parte da responsabilidade por seu adoecimento. Teseu considera que o médico foi o único culpado pela sua enfermidade. Ele não se dá conta que a maioria das Doenças Crônicas surgem por fatores hereditários, ambientais, sócioeconômicos, e

comportamentais. E que os principais fatores de riscos, são a obesidade, o alcoolismo, o consumo inadequado de sal, de açúcar, são passíveis de controle.

O depoimento de Édipo, assim como os demais entrevistados, confirma que a cirurgia de amputação é a única saída para melhorar o quadro de saúde, que é um atenuante da dor.

“Olha, no começo começou com um dedo, foi muito dolorido, muito sofrimento ! Quando eu voltei que o médico falou que eu precisava amputar o pé inteiro aqui pra mim foi um choque, um choque muito forte, mas tenho fé ! Então entreguei na mão de Deus, pedi muita força, passei muitas dificuldades, sofri muito porque eu não tenho ninguém pra me ajudar, passei um sofrimento muito grande, mas Deus tem me dado força ” (Édipo).

A situação de Édipo vem ao encontro do que nos dizem Sabino et al (2013,p.2), uma vez que a perda de uma parte do corpo, pode implicar em profundas desorganizações na estrutura psicológica, desestruturando seu esquema corporal, fazendo-se necessário um processo complexo de reorganização da sua vida.

Gerenciar a mudança os hábitos diários, após o processo de amputação, não é algo fácil. Seguir as recomendações médicas, fazer repouso, é algo que os homens não estão acostumados, pois desde de crianças são ensinados a ser independentes, e com isso muitos pacientes dão a devida atenção às prescrições médicas, e muitas vezes acabam re-internando para a realização de mais uma procedimento cirúrgico.

O recebimento da notícia, geralmente é algo inesperado. Constatamos, na maioria das falas, que a amputação para a maioria dos sujeitos entrevistados foi um alívio ao sofrimento trazido pelas complicações das DCNTS. Cadmo esclarece que encarou a notícia recebida pelo médico com tranquilidade:

“Foi bem normal, bem tranquila não sei se eu encarei a coisa com a responsabilidade que eu deveria encarar entende? Mas porque eu encarei com uma normalidade tão grande que eu fazia questão que o médico viesse amputar meu dedo sabe, eu não sentia muita dor a minha preocupação era que pudesse aumentar a gravidade da coisa pra mim entendes, eu pensei pra mim já pensou eu ter que amputar uma perna seria pior, um pé, então tirar o dedo pra mim não tem problema nenhum” (Cadmo).

Segundo Melo (2010, p.21) “a experiência da doença, portanto está intrinsecamente ligada a compreensão que se tem do próprio corpo, dos sintomas, das enfermidades e mesmo do bem estar”. O procedimento cirúrgico, contribui para o alívio da dor, melhorar o quadro de saúde, e pode evitar o agravamento do quadro de saúde. Diante disso, o paciente ao

perceber seu quadro de saúde, acaba se convencendo que a realização da cirurgia é inevitável, e que ela possibilitará a melhora em seu quadro de saúde.

3.4 Alterações no cotidiano dos homens que passaram pelo processo de amputação: Trabalho e ocupação. *“Sem o seu trabalho o homem não tem honra (...) não dá pra ser feliz” (Gonzaguinha)*

Este item apresenta as modificações ocorridas no cotidiano dos entrevistados após o processo de amputação. O recebimento do diagnóstico da doença acarreta muitas vezes um choque emocional para as pessoas, que não estão preparadas para conviver com as limitações decorrentes da condição crônica (PÉRES et al, 2007, p.2). A baixa adesão ao tratamento das DCNTS e em especial ao diabetes, se justifica pelo fato da doença exigir mudanças no hábito da vida diária das pessoas. As doenças crônicas requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (Brasil, 2013).

“Vixe mudou tudo, aí cortei um monte de coisa, eu ia muito para o exterior e não vou mais, eu ia a cada meio ano pra lá, tenho uns irmão que moram fora, um em Roma e outro em Paris, não fui mais. Agora estou parado, não é pela aposentadoria que eu parei, não tem? Eu acho que não vale a pena, me aposentei por invalidez” (Hércules).

A principal queixa apresentada pelo depoente está relacionada ao mundo do trabalho, ao que ele chama de “invalidez” em decorrência do processo de amputação. Hércules lamenta que precisou deixar de trabalhar no restaurante com a família bem como não pode mais viajar para o exterior.

As doenças crônicas implicam na redução das atividades laborais, em especial no início do tratamento. Ocorrem muitas modificações na rotina das pessoas, devido a necessidade de repouso e cuidados especiais para o processo de cicatrização, bem como para evitar lesões no local em que foi realizada a amputação.

O aumento das doenças crônicas, tem trazido repercussões no âmbito da Previdência Social, aumentou-se os gastos da área na concessão de benefícios às pessoas ainda em idade produtiva, da elevada morbidade, das mortes prematuras e incapacitação de pessoas em idade (MOURA et al, 2007, citado por GRAH, 2015, p.18).

A amputação interfere nas relações sociais, laborais e pessoais dos sujeitos, como exemplificado por Hércules, que deixou de trabalhar com seus familiares do ramo de restaurantes, e parou de fazer uma das coisas que mais gostava, que era viajar. O nível de amputação de Hércules, não lhe impede de viajar, desde que seguida às orientações médicas, porém, a questão estética mexe muito com o ego masculino e este é o ponto em que os homens se sentem mais envergonhados. Por outro lado, Hércules apresenta compreensão em relação ao cuidado com a saúde, após o processo de amputação.

“No momento não estou trabalhando, porque ainda não cicatrizou muito bem, mas a vida? Acho que vai continuar normal né? Mas estou lá junto, me aposentei... aposentadoria rural” (Agamenon).

Atividades laborativas vêm em primeiro lugar na lista das preocupações masculinas, no caso de amputação de membros. O afastamento do ambiente de trabalho é uma das principais queixas relatadas pelos usuários. O corpo masculino é historicamente compreendido como detentor da força física e mais propenso ao trabalho (MELO, 2010, P.32). É importante trabalhar com os sujeitos as perspectivas do retorno ao trabalho, mas concomitantemente ao retorno das atividades, a atenção aos cuidados e o tratamento adequado dispensado ao local acometido, também é imprescindível.

“Só que eu parei no tempo... tudo o que eu fazia, que eu gostava... eu parei de fazer : trabalhar, levantar cedo, sair de casa... e voltar pro almoço. Domingo eu voltava a noite... eu trabalhava... isso aí que me impediu” (Teseu).

O simples trajeto de ir e voltar para casa, hoje, já não é mais possível para Teseu. O trabalho é a principal forma de sociabilidade entre os sujeitos, e é a principal forma de reprodução e reprodução material da vida humana (MELO, 2010, p.32). O trabalho tem grande importância na vida masculina, à ausência ao ambiente de trabalho faz com que os homens se sintam excluídos, desvalorizados, inúteis.

“Eu sou encostado do INSS, pela LOAS, recebo um salário-mínimo. Graças a Deus que tenho um salário! Com a doença a dificuldade é grande, consigo a maioria das medicações no posto, só o remédio pra dor que a maioria tem que comprar. Eu tenho um amigo aí, mas também são pobres e não podem me ajudar. Atividade que a gente faz é uma coisinha ou outra... mas também, não podemos fazer nada, porque não podemos nem trabalhar, não podemos nem se locomover e ainda começar inventar coisa” (Édipo).

Apesar de Édipo não ter exercido uma atividade (trabalho) formal quando foi submetido ao processo de amputação, para ele a perda de um membro ocasionou mais

limitações, e menor esperança de conseguir um trabalho remunerado. Édipo viveu muito tempo em situação de rua, porém se refere a várias atividades que costumava realizar, e diz que atualmente sua maior limitação é não conseguir mais dar conta das “correrias da vida diária”.

Cadmo, por sua vez, lamenta que o seu processo de amputação trouxe muitas limitações às atividades da vida diária, pois antes da cirurgia tinha o hábito de pescar com um amigo.

“Mudou, porque tive que me limitar há muitas coisas. Pra mim, antes, não existia limites. Mudou realmente o meu modo de viver ! Eu vivia pescando no mar, meu hobby até hoje é pescar, deixei tudo que eu gostava de fazer. O exercício físico que eu gostava de fazer era tarrafeiar, que pra mim é o melhor exercício físico que existe, porque você movimenta desde o dedinho mindinho, tórax e tudo. Então, eu tive que deixar de fazer isso aí... pra mim, foi isso que mudou. Mas eu acho que eu vou voltar a fazer (risos). Domingo eu já estive tarrafeando lá na Cachoeira do Bom Jesus. Hoje sou aposentado, assim a gente tem outra casa no Pântano do Sul, eu tenho lá cachorros que eu pego de rua, sabe aqueles cachorros abandonados que ninguém quer, tem lá meu canil eles chegam lá eu cuido deles, então isso que eu faço acho que é até útil”(Cadmo).

Constata-se que o depoente fez um grande esforço para aceitar as limitações decorrentes da cirurgia de amputação; de forma vagarosa está voltando a fazer as atividades que mais gosta, entre elas tarrafeiar. Também passou a criar cachorros de rua, atividade com a qual ocupa seu tempo e sente que está fazendo algo de útil pelos animais.

Desde que seguidas as orientações médicas, a prática de atividades como a de Cadmo contribuem a qualidade de vida e na recuperação a saúde dos sujeitos.

3.4.1 A difícil constatação para os homens de tornar-se dependente dos cuidados

“Não preciso de cuidados, faço tudo sozinho! Não mudou nada, não tem nada errado! Eu mesmo me considero responsável pela minha saúde”(Hércules).

Para Hércules, assim como para a maioria dos homens, é muito difícil ter que depender do cuidado de terceiros quando se trata de atenção a saúde. A afirmação de Hércules contradiz com vários depoimentos concedidos durante a entrevista, que revelam que necessitou e ainda necessita de cuidados tanto da esposa, como da filha.

No pós-cirúrgico, Hércules contou com o apoio de seus familiares, e em especial de sua mulher, para troca de curativos, banho, alimentação entre outros. Atualmente, o mesmo

realiza a troca de curativos sozinho, apesar de ainda ter que contar com ajuda da esposa e dos filhos para algumas atividades do cotidiano como o preparo de alimentos, medicação, levar para o Posto de Saúde entre outros. Perceber-se dependente de cuidado não é algo que os homens estão acostumados. Mais uma vez reforçam-se os papéis atribuídos a homens e mulheres pela sociedade, e as barreiras que favorecem crenças e valores sobre o que é ser masculino e feminino, evidenciando os estereótipos de gênero que estão enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal (POZZATI, 2013,p.2).

Agamenon, diferente de Hércules, reconhece e valoriza a ajuda da filha que o tem levado a diferentes lugares para consultar vários médicos, conforme apresentado no seguinte trecho :

“Nesse momento eu faço em torno dois curativos por dia, tenho a assistência pelo posto de saúde da minha região. Então a gente tem um médico que acompanha também. Nos últimos dias a gente quer descobrir de onde surgiu isso (o problema de saúde). Daí eu fui fazer uma consulta em um cardiologista em Videira, aí foi feito um eletrocardiograma e um ecocardiograma. Hoje fui fazer exame para ver se não tem alguma coisa errada no coração. Mas eu me sinto bem do coração, quero viver bastante! Ainda quero ver bastante neto e bisneto. Já temos 18 netos e 3 bisnetos, a família é grande, né. O que vale é a ajuda que a gente tem para vir no médico (se refere que a filha que o acompanha nas consultas médicas, bem como no cuidado a saúde)”(Agamenon).

Apesar de, atualmente, o mesmo já realizar a troca de curativos sozinho, sua filha lhe ajuda em diferentes tipos de cuidados diários.

Teseu, assim como Agamenon, também reconheceu que a sua filha é a pessoa que sempre lhe ajuda, quando diz respeito aos cuidados:

“Eu tenho cuidado com a minha saúde, não posso fazer bobagem, não estou mais na idade de fazer besteiras. Medicação tudo em dia, pego curativos na UBS, minha filha faz a troca de curativos, mas como agora já cicatrizou, secou, passo uma pomada, mas não tem mais aquele cuidado como no início, são três curativos por dia! Ela sempre me ajudou, (se refere a filha), agora que de vez em quando eu mesmo faço, me acordo cedo, já tomo banho, e faço tudo o que tem que fazer”(Teseu).

Novamente, se constata a disponibilidade da filha mulher para desempenhar as tarefas de cuidado em relação ao pai. Teseu conta com o apoio de sua filha mais velha para auxiliar na troca de curativos, bem como para acompanhá-lo ao médico.

Sob o conceito de “reprodução”, ao longo da história, todas as atividades relativas ao espaço privado foram delegadas às mulheres: o trabalho doméstico, cuidado com doentes e com idosos, educação dos filhos e estrutura psicológica da família. “Os homens têm assumido papéis específicos de gênero, estes são delimitados na infância e levados pelos indivíduos por toda a sua trajetória social” (MELO 2013, p.33).

O caso de Édipo difere dos demais entrevistados, uma vez que não possui rede de apoio familiar. Sua trajetória de vida que inclui vários anos como morador em situação de rua, nos mostra que na maior parte de sua vida teve que prover sozinho os cuidados para a sua sobrevivência e para a sua saúde. No pós-cirúrgico Édipo realizou os primeiros curativos na unidade de saúde, como relata no seguinte excerto :

“Curativo eu tenho feito no posto, fiz muito no posto, agora ultimamente estou enfaixando estou tentando enfaixar, eu tenho muita dor! Agora mesmo eu vou passar no médico, vou ver o que ele vai dizer, que agora que cicatrizou faz uns dois meses pra cá, um mês e pouco, pra ver o que vai dizer. Agora, eu tenho muita dor, muita dor mesmo e como eu tenho problema de circulação, um monte de problemas então a dificuldade é grande” (Édipo).

Atualmente, Édipo vive sozinho em uma quitinete alugada com a renda do Benefício Sécio Assistencial e tem que dar conta dos cuidados a sua saúde, sozinho. Refere sentir muitas dores, e diante da situaçáo imposta pelo seu quadro de saúde, desprovido de apoio familiar, a rede de saúde incluindo os diferentes tipos de profissionais da equipe multidisciplinar, são fundamentais para prover o cuidado.

Cádmo contou com o auxílio de sua esposa no pós-operatório, atualmente realiza os cuidados sozinho.

“O cuidado é enorme, é diferente hoje, o que eu não fazia antes, a própria higiene que eu faço no pé, limpo o dedo com o cotonete, eu faço um por um. Peço pra esposa olhar, pra ver se não tem nenhum ferimento, porque o pé adormece e o ferimento não aparece. E a gente não tem como olhar, então ela olha pra ver se não tem nada no pé, tem que ser, não tem jeito! Eu faço tudo sozinho, não hoje eu faço tudo sozinho! No início a família ajudou de maneira geral. Eu acho que esse período, não sei se afeta um pouco a parte do psicológico, e se agente não tiver um amparo familiar, dificilmente o cara chega a algum objetivo, entende! E nisso aí eu tive um cuidado enorme, minha esposa cuida muito bem de mim, meus filhos então assim eu acho que foram muito importantes nesse período” (Cádmo).

Na fala de Cádmo constata-se, mais uma vez, a dificuldade dos homens reconhecerem que dependem de ajuda. Ele se contradiz, quando uma hora fala que pede para a esposa olhar o seu pé “...ela olha para ver se não tem nada no pé” , mais adiante ele afirma “...se agente não tiver um amparo familiar, dificilmente o cara chega a algum objetivo” e no

meio da fala, coloca com ênfase : “ ...eu faço tudo sozinho, hoje eu faço tudo sozinho”.

A partir das falas dos depoentes, podemos concluir que as mulheres, esposas e filhas, foram as principais responsáveis pelo cuidado a saúde dos entrevistados. A esposa de Hércules é proprietária do restaurante da família e assume muitas responsabilidades no cotidiano de atendimento aos clientes. A filha de Agamenon faz doces sob encomenda e realiza as atividades em sua própria casa. A filha de Teseu é do lar, e Cadmo recebe apoio de sua esposa que também é do lar.

3.4.2 Os direitos das pessoas com deficiência e a difícil constatação de se perceber como tal.

Este item discorre sobre o direito a informação, ou seja, analisa a importância que é, os depoentes terem conhecimento em relação a seus direitos.

“Ah a preferência em pegar ônibus, banco eu comprei um carro com descontos do ICMS, tudo com desconto. O SOS isento me orientou, saí de lá da Lagoa da Conceição ” (Hércules).

É possível identificar que Hércules tem conhecimento sobre os direitos dos deficientes físicos. Segundo o Ministério do Transporte, BRASIL (2014), as empresas devem reservar dois assentos por viagem, preferencialmente nos lugares da frente. E as repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicas são obrigadas a dispensar atendimentos prioritários e serviços individualizados às pessoas com deficiência.

Constata-se na fala do depoente, que o mesmo buscou informações sobre os direitos dos deficientes físicos, através de uma empresa privada, onde obteve informações sobre o desconto do ICMS-Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços, para a compra de um veículo. De acordo com a Lei (BRASIL. Lei nº15.455, 2011. art.1):

Art. 1º Ficam isentos do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e sobre Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS, os automóveis de passageiros de fabricação nacional, equipados com motor de cilindrada não superior a dois mil centímetros cúbicos, de no mínimo quatro portas, inclusive a de acesso ao bagageiro, movidos a combustíveis de origem renovável ou sistema reversível de combustão, quando adquiridos por pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental severa ou profunda, autistas e ostomizados, diretamente ou por intermédio de seu representante legal.

Contudo ao perguntar ao depoente se ele saberia citar quais seriam os demais direitos

dos deficientes físicos, o mesmo diz não ter conhecimento.

No caso de Agamenon, apresenta sobre o direito a saúde :

“Conheço bastante, só que pra gente conseguir de imediato é difícil. Que nem esse exame que eu fiz hoje, ele é exame particular, e como eu entrei pelo SUS deveria ser feito pelo SUS e não ir em Sistema Particular. Só que pra eu consegui esse exame pelo SUS demora meses ! Eu fiz em particular... porque se eu espero aqui... se eu fico doente... e tenho que esperar ! Exame, só em particular ! O agendamento pelo SUS tinha que ser imediato, e o que eu vejo Brasil afora, não só aqui em Florianópolis, que os pacientes, quando querem agendar uma consulta, tem que entrar numa fila... e eu acho que doente não pode entrar e nem esperar em fila, tem que ser atendido de imediato”(Agamenon).

Sobre direitos, Agamenon referiu sobre o acesso a saúde, e as dificuldades em acessar os serviços de saúde.

De acordo com BRASIL (Lei nº8.080,1990, Art.2):

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Teseu diz não ter interesse sobre seus direitos, e desconhece sobre os mesmos. *“Nunca me interessei eu desconheço meu direito”(Teseu).* Já a filha do entrevistado refere ter entrado na justiça para solicitar o aumento na aposentadoria de seu pai.

“sim vou solicitar um aumento salarial na defensoria pública, porque ele treme quando vai almoçar. Essa é uma coisa que eu corro muito, como ele tem esse direito de 25% a mais, ele trabalhou a vida inteira, então eu acho que esse é um direito que ele tem, então eu vou buscar o laudo com neurologista, buscar os 25% a mais na aposentadoria dele e tudo o que ele tem direito e uma precatória vai sair”(Fala da filha do entrevistado).

Teseu apresenta uma postura de conformismo ao dizer que não tem interesse sobre seus direitos. Muitos cidadãos tem essa mesma atitude, o que corrobora com a falta de cobrança por parte dos contribuintes sobre seus direitos, nesse caso, direito a saúde. Da mesma forma, poucos cidadãos se interessam sobre os direitos das pessoas com deficiência, e possuem pouco conhecimento sobre as leis. Os sujeitos submetidos a amputação possuem leis que beneficiam as pessoas com deficiência, mas muitas vezes, os mesmos não tem acesso às informações.

Ou, no caso de Édipo que possui as informações mas não tem como se deslocar devido as limitação físicas, econômicas e sociais :

“Alguma coisa sim, alguma coisa não, conheço muito pouco porque a gente não tem como correr muito atrás né? Condições financeiras e também condições físicas.. então a gente evita até de correr muito atrás de inventar muita coisa entendeu. Eu sei que tem direito ao décimo primeiro salariozinho, o direito ao passe livre , o direito de viver como ser humano sei lá ? Ter remédios... não pego cesta básica porque tem que tá indo, voltando, tenho problemas nas costas não tem como carregar então fica difícil, a cesta está lá mas eu não posso pegar. O CAPES está lá, mas não tem quem vem me buscar. Então, eu gostaria muito de frequentar todos os locais que me trouxessem benefício, o que fosse necessário para me ajudar, só que eu não consigo me locomover. Gostaria de frequentar o CAPES, tudo o que fosse possível... eu até podia ir de ônibus, mas não é todo o dia que eu estou bem pra ir, se tivesse transporte eu frequentaria o CAPES, frequentaria tudo o que fosse possível. O problema da diabetes, problema de dinheiro, tudo isso, pra mim são problemas entendes? Eu sou um drogado em recuperação, preciso desse tratamento só que não tem como eu ir, porque tem dia que eu tenho tanta dor que eu não consigo levantar, eu como e vou pra cama dormir, vim pro médico hoje por milagre por que sou obrigada a vir por que se não viesse teria que vir me arrastando, socorro...” (Édipo).

A situação de Édipo é bem específica, o mesmo tem conhecimento sobre seus direitos: acesso a medicamentos, a cesta básica, passe livre, entre outros, porém, não tem condições de acessá-los por impossibilidade de locomoção física. Esta situação poderia ser olhada sob outro ângulo pela equipe multidisciplinar, pois o paciente necessita de um apoio sócio assistencial diferenciado.

Quando perguntados sobre os direitos das pessoas que passaram por um processo de amputação, a maioria deles apresentou ter conhecimento somente sobre os direitos relacionados a saúde, em detrimento aos disponibilizados para pessoas com deficiência. Em relação a saúde, citaram a prioridade no atendimento em locais públicos, o acréscimo na aposentadoria por invalidez, entre outros. Quando perguntados sobre os direitos das pessoas com deficiência: isenção do ICMS, IPVA, desconto em passagens interestaduais, assento prioritário nos transportes públicos, a adaptação dos transportes e nos locais públicos, entre outros, os entrevistados não tinham conhecimento.

Agamenon, referiu sobre a prioridade ao atendimento de saúde a pessoa idosa, porém o mesmo associa seus direitos somente pela questão da idade, e não como deficiente físico.

Segundo (Brasil, Lei n° 3.298, de 20 de dezembro de 1999) :

I- deficiência física-alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou

ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

A falta de conhecimento sobre os direitos das pessoas com deficiência, poderia estar atrelada, mais uma vez, a dificuldade dos homens em se perceberem como tal, ou seja, como expressou Hércules, terem vergonha da estética, do visual, preferindo assim “*fazer de conta que sou normal*”.

4. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Em agosto de 2008, o sistema Único de Saúde (SUS), através da Secretária de Atenção à Saúde, criou a política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem a (PNAISH). A criação dessa política é resultado da luta de vários autores coletivos e de setores da sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências internacionais de fomento à pesquisa (SEPARAVICH e CANESQUI, 2013).

A (PNAISH), surgiu a partir da compreensão por parte do Ministério da Saúde em conjunto com as esferas estaduais e municipais que compõem solidariamente o Sistema Único de Saúde, que para acelerar o alcance de melhores indicadores de qualidade de vida e padrões de vida mais longa, é essencial desenvolver cuidados específicos para o homem jovem e adulto. Segundo (BRASIL,2008), esta política foi criada para chamar a atenção dos homens, para que se cuidem mais e propiciar aos mesmos, serviços de saúde que facilitem o enfrentamento dos agravos que são específicos do sexo masculino ou que nele encontram maiores taxas de ocorrência.

A proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é de qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção (PNAISH, 2008,p.13).

A partir do reconhecimento que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada, se percebeu a necessidade de fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção dos problemas evitáveis (BRASIL, 2008).

O objetivo da PNAISH é organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem, dentro dos princípios que regem o SUS (SEPARAVICH e CANESQUI, 2013). Essa política objetiva também, promover

melhoria nas condições de saúde dos homens, e reduzir os índices de mortalidade masculinos, considerados altos se comparados aos femininos.

A PNAISH visa qualificar a saúde da população, promovendo ações de saúde, partindo do pressuposto, que é preciso compreender a singularidade masculina, e os diferentes contextos socioculturais político-econômicos. Preconiza a heterogeneidade dos homens, considerando que a masculinidade é construída, histórica e sócio-culturalmente.

Sua atuação é desenvolvida a partir de cinco (05) eixos temáticos: Acesso e Acolhimento, Saúde Sexual e Reprodutiva, Paternidade e Cuidado, Doenças prevalentes na população masculina e Prevenção de Violências e Acidentes (BRASIL,2008).

As responsabilidades institucionais da PNAISH, estão definidas de acordo com as diretrizes estabelecidas no Pacto pela Saúde 2006, respeitando-se a autonomia e as competências das três esferas de gestão do SUS : União, Estados e Municípios.

Essa política, é um marco ao que cocerne saúde masculina, pois suas ações estabelecidas portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, promovem a inserção dos homens nos Serviços de Saúde.

4.1 Serviço Social no atendimento aos usuários da Unidade de Internação Cirúrgica II do HU.

A unidade de internação cirúrgica II, é composta por equipe formada por uma Assistente Social e uma residente. As principais demandas suscitadas do cotidiano do trabalho do profissional de Serviço Social referem-se a: encaminhamentos previdenciários, agendamentos de perícia médica, (quando necessário é solicitado uma perícia hospitalar), liberação de alimentação para acompanhante, orientações quanto à aquisição de meios auxiliares de locomoção, de órteses e próteses etc.

Os profissionais de Serviço Social orientam, ainda, sempre que necessário, os pacientes e familiares, sobre os trâmites administrativos para o recebimento do FTGS e PIS/PASEP, observadas as orientações e o modelo de atestado médico proposto pela Caixa Econômica Federal.

Importante apoio prestado ao setor de Serviço Social é o da Associação Amigos do HU (AAHU), que oferece doações de bens materiais, sob as formas de equipamentos, serviços, compra de medicamentos manipulados e outros (HU, 2015).

Com o objetivo de atender de forma integral aos usuários, o setor de Serviço Social do

HU realiza contra-referência com a rede de proteção social dos Municípios dos quais os pacientes são originários, com os CRAS, Unidades Básicas de Saúde possibilitando dar continuidade ao acompanhamento das condições de recuperação do estado de saúde dos usuários. O Serviço Social realiza, também, contato com as Secretarias Municipais de Saúde, para solicitar o Tratamento Fora de Domicílio (TFD)².

A todos os pacientes é resguardado o direito de ter um acompanhante no momento de sua internação e de receber visitas.

No cotidiano do trabalho do assistente social no HU, são desenvolvidas ações no âmbito assistencial, subdividas em quatro grupos:

- Ações sócio educativas: Pauta-se no esclarecimento das rotinas hospitalares, acolhimento ao paciente e seus familiares, acerca do tratamento, questões trabalhistas e previdenciárias, referência e contra-referência etc.
- Ações Sócio Emergenciais: Refere-se aos encaminhamentos aos recursos institucionais comunitários, visando atendimento através de programas vinculados a órgãos públicos e/ou ONGs. São de caráter emergencial, o atendimento a demanda imediata dos usuários e familiares, voltados ao fornecimento de passagem para o transporte coletivo em situação de alta, roupas, cestas básicas, chinelos, kit de higiene pessoal etc.
- Ações Sócio terapêuticas: Ocorrem no âmbito da relação do profissional- usuário-familiar, em situações de conflito e sofrimento emocional que possam interferir no processo de saúde.
- Ações periciais: Emissão de Laudo técnico, para a instrução de processo de curatela (idosos e inválidos/ pessoas portadoras de deficiência) tutelas, procurações para os familiares decidirem sobre as questões financeiras; para processo judicial de recebimento de medicamento de uso contínuo de alto custo, oxigenoterapia, Benefício de Prestação Continuada, órteses e próteses, aparelhos de locomoção dentre outros.

Segundo Imamoto (1992, apud CFESS, 2010):

As expressões da questão social devem ser compreendidas no seguinte contexto

² O benefício de Tratamento Fora de Domicílio consiste em disponibilizar o deslocamento e ajuda de custo para pacientes (e acompanhante, se necessário) atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS que necessitem de assistência ambulatorial e hospitalar cujo procedimento seja de média ou alta complexidade (SES, 2013, p.5).

como conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais.

Cada cidadão possui um contexto de vida social, suas particularidades, o profissional de Serviço Social a partir do seu referencial teórico-metodológicos, ético-político e sócio-histórico é o profissional apto a atender as demandas da população.

Segundo o Código de Ética do Assistente Social é fundamental o “Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (BRASIL, Lei nº 8.662, de 13 março de 1993).

De acordo com o nosso Conselho Federal de Serviço Social, o/a assistente social atende diversas expressões da questão social, uma delas se refere à saúde do trabalhador, a dimensão histórica do trabalhador e a real situação das condicionalidades do trabalho como: a precarização das condições de trabalho, o crescimento do trabalho informal, as restrições dos direitos trabalhistas que contribuem a prejudicar a saúde do trabalhador. A clínica de internação cirúrgica II atende, além do público idoso, e pessoas que ainda compõem a População Economicamente Ativa (PEA), e que adoecem por problemas produzidos ou desencadeados pelo desempenho das funções profissionais.

O serviço social do HU atua na defesa da universalização das políticas sociais, e na garantia aos direitos sociais, compreendendo a saúde no sentido ampliado, visando à melhoria nas condições de vida da população. Os profissionais utilizam-se de diferentes instrumentos da dimensão técnico-operativa, entre os mais usados estão o acolhimento e as entrevistas.

Juntamente com a equipe de residentes, acompanhamos a passagem de plantão da equipe de enfermagem, com vistas a delegar as prioridades de atendimento na clínica; realizamos a leitura dos prontuários dos usuários internados para nos apropriarmos do estado geral do paciente.

Entramos em contato com a equipe multiprofissional, ou instituições parceiras para viabilizar o atendimento da demanda apresentada e formalizar os encaminhamentos quando necessário. Acompanhamos sistematicamente os usuários que estão internados, fortalecendo vínculos, identificando demandas, realizando orientações e/ou encaminhamentos necessários.

Nas situações de alta dos usuários, articulamos com a equipe multiprofissional, contato com a Secretaria de Saúde, para viabilizar transporte para os pacientes e acompanhantes quando necessário, e prestamos esclarecimentos fornecendo as orientações necessárias, como: acesso a medicação, reforço das orientações previdenciárias, aderência ao tratamento, entre outros.

Registramos os atendimentos com a equipe de Serviço Social e o usuário no sistema de administração hospitalar com a finalidade de registrar e compartilhar as informações, intervenções e encaminhamentos realizados com a equipe multiprofissional.

Realizamos visitas domiciliares, sempre que necessário, com o objetivo de conhecer as condições sócio econômicas e a dinâmica de organização familiar dos usuários, quando identificadas fragilidades emocionais, sociais. Também contactamos a rede de apoio, quando ocorre pouca adesão ao tratamento e falta de compreensão em relação ao processo saúde/doença, entre outros. Participamos de reuniões e discussões multiprofissionais, nas unidades de internação, com intuito de discutir as situações atendidas, bem como indicar condutas/ações para o atendimento das necessidades em determinadas ações, que assegurem o tratamento à saúde mais adequado ao paciente.

4.2 A atuação do Serviço Social na Unidade de Internação Cirúrgica II, no atendimento aos Pacientes Amputados.

Os usuários que foram atendidos na UIC II para realização da cirurgia de amputação retornam ao ambulatório da vascular para realizar acompanhamento e tratamento com os médicos especialistas. As consultas com os usuários são semanais, quinzenais e mensais nos primeiros meses. Após a observação da melhora ao tratamento e cicatrização as consultas se tornam mais espaçadas, após a cicatrização total, os pacientes permanecem em acompanhamento ambulatorial com a equipe anualmente (GRAH, 2015,p.37).

O retorno ao ambulatório da vascular tem como principal objetivo acompanhar o processo de recuperação dos pacientes após sua internação, contribuindo a melhoria à saúde dos usuários. Nesta ocasião, os médicos os orientam quanto ao uso das medicações, sobre o cuidado relacionado ao tratamento da ferida, sobre a troca de curativos, entre outros. Essas orientações são essenciais no sentido de evitar a re-internação do usuário, uma vez que a falta

de cuidado a este tratamento, contribui para lesionar o local que foi acometido, comprometendo seu quadro de saúde.

Neste setor, os profissionais de Serviço Social realizam atendimento com os pacientes que retornam para consulta no ambulatório de curativos, tendo como principal objetivo verificar como está se dando o acesso à rede de proteção social, e os serviços que foram encaminhados no período em que o usuário esteve internado na UIC- II.

O atendimento aos usuários na sala de espera surgiu frente à demanda apresentada pelos próprios pacientes, na abordagem do serviço social. Constatamos, no ambulatório de curativos, que no momento da internação, os pacientes e familiares estão muito preocupados com a cirurgia, com a questão da saúde do paciente, e não prestam atenção as orientações repassadas pelo nosso setor, no momento da internação. Sendo assim, achamos por bem, abordar os pacientes na sala de espera para dialogar com os mesmos sobre possíveis dúvidas e encaminhamentos.

O processo de intervenção junto a estes usuários busca atender o que está preconizado no Art. 4º do Código de ética do/a Assistente Social, em relação as nossas competências: “compete ao Assistente Social, orientar os indivíduos e os grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos, é papel do profissional encaminhar providências, e prestar orientações sociais aos indivíduos, grupos e à população” (BRASIL, lei nº 8.662, 1993, p.1). O nosso Conselho Federal enfatiza que:

a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. A implementação do SUS, a partir dos anos de 1990, vai exigir novas formas de organização do trabalho em saúde, a partir das reivindicações históricas do movimento sanitário, que são exemplos a universalização, a descentralização e a participação população (COSTA 2000, citado por CFESS 2010).

Também na relação com a pessoa com deficiência, são inúmeras as adversidades encontradas no cotidiano destas pessoas, e o profissional de Serviço Social intervém para orientar e encaminhar no sentido de que sejam efetivados os direitos desta população, conforme o nosso projeto ético-político. Kalakun (2010, p.73) assevera que “o olhar crítico, contextualizado para a compreensão da realidade social das pessoas com deficiências, ao nível de complexidade tem demandado forte da atuação do assistente social”.

A partir de seu compromisso ético-político, técnico-operativo e teórico-metodológico nós, profissionais de Serviço Social buscamos contribuir para que as pessoas que passaram por um processo de amputação, que necessitam de longos tratamentos e que passaram a se tornar “pessoas com deficiências”, possam ter acesso a informações e ter seus direitos garantidos. O reconhecimento da importância do Serviço Social no atendimento as demandas destes usuários, se expressa na realidade do Sistema Único de Saúde, para o qual a profissão tem o aporte teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo firmado, contribuindo cada vez mais para atender as demandas dos usuários no âmbito hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Trabalho de Conclusão de Curso teve como objeto compreender o processo de cuidado relacionado à saúde do homem, que sofre de doenças crônicas. Inicialmente realizamos um aprofundamento teórico-conceitual sobre as principais doenças crônicas que levam os homens a terem que passar pelo processo de amputação seguido do cuidado do homem com relação à saúde.

Nossa pesquisa bibliográfica confirmou que, historicamente, os homens dão menos atenção à saúde do que as mulheres, e com isso acabam apresentando mais situações de doenças. Interessante constatar, que os dados apontam que as mulheres apresentam índices maiores de diabetes e hipertensão se comparado aos homens. Contudo, o número de óbitos nos homens, é superior ao das mulheres com relação a essas doenças.

Podemos concluir que esse fator ocorre, porque os homens tem mais resistência em frequentar serviços de atendimento a saúde, menos tempo, porque seu tipo de trabalho muitas vezes impede uma saída para consulta médica; além disso, não priorizam atendimento médico quando seu estado de saúde esta agravado, diferente das mulheres que procuram por atendimento de saúde, periodicamente.

Além disso, existe um forte papel destinado ao homem que o define como o provedor da família, que tem que ser forte, que não pode adoecer, e conseqüentemente não vai a médico.

Ao dialogarmos com os cinco homens entrevistados, através do instrumentas da entrevista, constatamos que a maioria deles apresentou resistência em ir ao médico, quando foram, foi constatado que suas doenças crônicas já estavam em estado avançado e que o encaminhamento era para o processo de amputação.

Contatamos também, que as principais dificuldades sentidas pelos homens que passaram pelo processo de amputação foram: necessitar de cuidados da família ou de algum setor público de atendimento a saúde; ter que deixar de fazer atividades que estavam acostumados e com as quais se identificavam profissionalmente; reconhecer que passaram a se constituir em pessoas com deficiência.

Em 2008 o Brasil criou a Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem, sendo o primeiro país da América Latina a implementar um política nacional de atenção integral ao homem, com o objetivo de facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços

de saúde, e também como resposta à observação de que as doenças que afetam o sexo masculino são um problema de saúde.

O elevado número de óbitos entre o sexo masculino chama a atenção para os setores das políticas públicas, que se pergunta: como atingir essa população no sentido de conscientizá-los da importância de recorrer aos serviços primários de saúde com regularidade, visando uma perspectiva preventiva e não só curativa.

Também concluímos que os cidadãos brasileiros têm pouco ou nenhum acesso às informações que dizem respeito aos seus direitos, quer seja enquanto pessoa que passou por um processo de amputação, quer seja quando se caracteriza como “pessoa com deficiência”.

Contudo, não basta somente o acesso à informação e a garantia dos direitos. É necessário que os homens percebam a importância de participar dos serviços saúde, que possam se livrar dos preconceitos em relação aos papéis construídos pela sociedade, de homem não pode adoecer, deve ser forte e provedor da família!

Constatamos que é um grande desafio fazê-los participar desses espaços, como foi possível verificar nas falas dos entrevistados, os homens só buscam por atendimento de saúde, quando seu estado de saúde está de tal forma agravado, ao ponto de terem que passar por um processo de amputação e ficarem impossibilitados de realizar atividades da vida diária.

Neste ponto entra a tarefa dos cuidados, atribuídos milenarmente às mulheres, que se dedicam aos mesmos deixando, muitas vezes, de realizar projetos de vida próprios, em detrimento de terem que cuidar de seus pais ou esposos que, por sua vez, não quiseram frequentar as Unidades de Saúde, por teimosia ou falta de prioridade em relação ao estado de saúde.

Nosso desafio é encontrar estratégias para facilitar que os homens portadores de doenças crônicas adentrem aos serviços de atenção primária de saúde, para que possam evitar que seu estado de saúde implique em um processo de amputação.

REFERÊNCIAS

Associação Amigos do Hu. Disponível em: <http://www.amigosdohu.org.br/principais-atividades/relatorio-anual-2014/>. Acesso em 17 de julho de 2015.

ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar. (Brasil). Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf
Acessado em 15 de junho de 2015.

ANDRADE. J. Pinheiro. NOBRE, Fernando. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf Acesso em 14 de junho de 2015.

Ansiedade, depressão e desesperança em pacientes amputados de membros inferiores
Anxiety, depression and hopelessness in lower limb amputees patients Stephanie Di Martino Sabino¹, Richelle Maitê Torquato¹, Adriana Cristina Guimarães Pardini. Disponível em: <file:///C:/Users/PC/Downloads/v20n4a09.pdf>. Acesso em 15 de junho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada. Brasília-DF 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.pdf Acesso em março de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfreamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2012. Disponível em http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf. Acesso em 27 de março de 2015.

BRASIL, Portal Cidadão, Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>. Acesso em 27 de março de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília. MS; 2008. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em março de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA. Caderno de Atenção Básica, nº 35. Brasília. 2014. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab_35.pdf Acesso em 01 abr. 2014.

BRASIL. Lei Nº8.662, de 13 de março de 1993. Código de Ética Princípios Fundamentais. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf. Acesso em 05 de abril de 2015.

BRASIL. Lei nº8.080, 19 setembro de 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>> Acesso em 01 de abril de 2015.

BPC. Benefício de Prestação Continuada. Disponível em : <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc/beneficio-de-prestacao-continuada-bpc>. Acesso em 29 de maio de 2015.

BRASIL. Lei nº8.080, 19 setembro de 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>> Acesso em: 14 nov. 2014.

BRASIL. Lei Nº8.662, de 13 de março de 1993. Código de Ética Princípios Fundamentais. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf. Acesso em 01 dezembro de 2014.

BRASIL. Altera o art. 1º da Lei n 13.707, de 2006, que dispõe sobre a isenção de ICMS na aquisição de automóveis por pessoas portadoras de deficiências físicas e seus representantes legais. Lei nº 15.455, de 17 de janeiro de 2011. Disponível em: http://legislacao.sef.sc.gov.br/Consulta/Views/Publico/Frame.aspx?x=/html/leis/frame_leis.htm. Acesso em 16 de junho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. DF. Brasília. 2011. Disponível em : http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf Acesso em 06 de julho de 2015.

BRAZ, Marlene. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.1, pp. 97-104. ISSN 1678-4561. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100016>. Acesso em 30 de maio de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/8213-plano-dcnt-ms-2011-a-2022/file.html>. Acesso em 01 de abril de 2015.

BRASIL. LEI Nº 3.298, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm. Acesso em 04 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em março de 2015.

BRITO.R.S.B. e SANTOS, D.L.A. **Percepção dos Hipertensos e Diabéticos sobre a assistência recebida em Unidade Básica de Saúde**. Revista de Eletrônica de Enfermagem. Natal, RN. 2011.

Cartilha IBDD dos direitos da pessoa com deficiência / [pesquisa e texto IBDD]. - 2.ed. [rev. e atualizada].- Rio de Janeiro: IBDD, 2009. Disponível em: <http://www.ibdd.org.br/arquivos/cartilha-ibdd.pdf>. Acesso 05 abr. 2015.

Figueiredo, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1) :105-109, 2005. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>. Acesso em 26 de abril de 2015.

GRAH, Bruno. Repercussões da Atenção em Saúde para a Família: Um Estudo com Pacientes Crônicos em Pós-Operatório de Amputação de Membros Inferiores. Trabalho de Conclusão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2015

Gomes R, Nascimento.E.F, Araújo. F.C. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0765.pdf>. Acesso em 23 de abril de 2015.

GONCALVES, Rita de Cássia and LISBOA, Teresa Kleba. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. *Rev. katálysis* [online]. 2007, vol.10, n.spe, pp. 83-92. ISSN 1414-4980. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802007000300009>. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300009. Acesso em 10 de maio de 2015.

GUTIERREZ, D.M. D e MINAYO, M.C.S. **Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família**. *Ciências e Saúde Coletiva* 15 (Supl.1): 1499-1500 2010.

Loureiro. M. F. Frota, Damasceno. M. M. C, Silva, L. Fatima, Carvalho, Z. M. F. Ser diabético e vivenciar a amputação: a compreensão psico-fenomenológica Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 6, núm. 3, diciembre, 2002, pp. 475-489, Universidade Federal do Rio de Janeiro Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127718115012.pdf>. Acesso em março de 2015.

Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MH, Fernandes APM. O Conhecimento Sobre Diabetes Mellitus no Processo de Autocuidado. Rev Latino-am Enfermagem 2006 setembro-outubro; 14(5). Disponível em:< file:///C:/Users/PC/Desktop/pt_v14n5a14.pdf> Acesso em março.2015

Santos Tavares, Darlene Mara dos; Dias, Flávia Aparecida; Rabelo Araújo, Luciana; Araújo Pereira, Gilberto Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 62, núm. 6, novembro-diciembre, 2009, pp. 825-830 Associação Brasileira de Enfermagem Brasília, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019596004.pdf> Acesso em 26 de abril de 2015.

SANTOS, D.L.A e BRITO, R.S. Atitudes de Cuidados Desempenhados por Homens Hipertensos http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7405.htm e Diabéticos com Relação à Sua Saúde.

SARTORELLI, D. S. & FRANCO, L. J..Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S29-S36, 2003. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19s1/a04v19s1.pdf>> Acesso em março. 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Manual Operativo para concessão de órteses e próteses ortopédicas não relacionadas ao ato cirúrgico e meios auxiliares de locomoção da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Florianópolis. 2014

SEPARAVICH. Marco Antonio, CANESQUI. Ana Maria. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. Revista Saúde e Sociedade. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22/v22n2a13.pdf>. Acesso em 17 de julho de 2015.

SILVA, A.M.P. Políticas Sociais Específicas. Políticas públicas de Gênero: ainda um desafio. Canoas. Ed.ULBRA, 2010, p.23.

SPICHLER, et al. Amputações maiores de membros inferiores por doença arterial periférica e diabetes melito no município do Rio de Janeiro. **Jornal Vascular Brasileiro**, Rio de

Janeiro. Vol. 3, Nº2. P. 111-122. Ano 2004. Disponível em: <http://jornalvascularbrasileiro.com.br/04-03-02/04-03-02-111/04-03-02-111.pdf>. Acesso em março de 2015.

Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e Representações em saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):320-5. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?q=sala+de+espera&btnG=&hl=ptBR&as_sdt=0%2C5. Acesso em outubro de 2015.

KALAKUN. Jacqueline. Políticas Sociais Específicas. Pessoa com deficiência. Canoas: Ed.ULBRA, 2010. P.73.

LISBOA. T.K e MANFRINI, D.M. **Gênero, Cuidado e Trajetória de Vida de Mulheres**. Florianópolis, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

LISBOA, Teresa Kleba. Gênero, feminismo e Serviço Social: encontros e desencontros ao longo da história da profissão. *Rev. Katálysis*, Florianópolis, v. 13, n. 1, June 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802010000100008&lng=en&nrm=iso Acesso em 09 de abril de 2015.

Martinelli, M.L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n107/07.pdf> .Acesso em 23 de abril de 2015.

MELO, M.K.F. Saúde e masculinidades: Desafios para a intervenção profissional. Trabalho de Conclusão de Curso. UFSC. Florianópolis, 2010. http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf.

Minayo, M. C. S. & Sanches, O. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>. Acesso em janeiro de 2015.

Minayo, M. C. S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. *Ciências & Saúde Coletiva* (17) 3: 623 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 10. Ed. Petrópolis: Vozes, 1998. Cap.III.

Ministério da Saúde. Direitos dos usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil. Legislação Federal Compilada -1973 a 2006. Brasília-DF. 2007.p324-335.

Ministério da Saúde. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Erly Moura./ Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 2012. 128p. Disponível em : <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Perfil-da-Situa----o-de-Sa--de-do-Homem-no-Brasil.pdf>. Acesso em 16 de junho de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Dados Vigitel sobre diabetes no Brasil**.

Disponível em:
http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2837:dados-vigitel-sobre-diabetes-no-brasil-sao-apresentados-coletiva-imprensa&Itemid=0. Acesso em 6 de mar. 2015.

Parâmetros da atuação do Assistente Social na saúde – CFESS/2009. Brasília

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al . Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 abr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123200200040000>

POZZATI, Rogério, BEUTER, Margrid, ROCHA, L.S, SANTOS, N.O, BUDÓ, M. De Lurdes.D, PERLINI, N.M.O.G. **O Cuidado na Saúde dos Homens: Realidade e Perspectivas**. Rev.enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2013.

WENDT, Guilherme e Equipe SIS. Saúde. **Diabetes e saúde: doença crônica e altamente incidente,pode ser diagnosticada precocemente**. Porto Alegre-RS.2012. Disponível em: <http://www.sissaude.com.br/sissaude/userfiles/diabetes%20e%20saude%20doenca%20cronica%20e%20altamente%20incidente%20pode%20ser%20diagnosticada%20precocemente.pdf>. Acesso em mar.2015.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PESQUISA: A repercussão da amputação nos membros inferiores de homens atendidos no HU/Florianópolis, no cotidiano da vida pessoal, social, e laboral: um recorte de gênero.

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PACIENTES

1. Conte-me um pouco da sua infância, onde o Senhor nasceu como foi sua infância, em quantos irmãos vocês eram? Teve uma infância feliz, brincava...?
2. Com quantos anos começou a trabalhar? Em que trabalhava?
3. Sempre morou em Florianópolis, ou onde morou antes? Há quanto tempo reside em Florianópolis? Como foi sair de sua cidade e vir para cá?
4. Com quantos anos começou a namorar? Com quantos anos casou? Teve mais de uma esposa (companheira)?
5. Quantos filhos teve? Qual a idade deles? Moram com vocês? Atualmente, quem mora na mesma casa que o S.r.?
6. Há quanto tempo o S.r. foi diagnosticado com a doença? Como ela começou a se manifestar? Quais os sintomas que se apresentavam?
7. Como foi pra você receber o diagnóstico da doença?
8. Explique com suas palavras, o que é ter com diabetes, hipertensão arterial, doenças cardíacas e insuficiência renal crônica? (Perguntar de acordo com a doença do entrevistado)
9. O Sr. levou a sério os primeiros sintomas? Começou a seguir as recomendações médicas de fazer uma dieta rigorosa, sem açúcar entre outros?
10. O que sentiu quando escutou que teria que passar pelo procedimento cirúrgico de “amputação”?
11. Depois que “passou” pelo procedimento cirúrgico de “amputação”, o que mudou na sua vida?
12. Ainda trabalha, exerce uma ocupação remunerada?
13. Como ocupa o seu tempo no cotidiano?
14. Que tipos de cuidados o Sr. necessita para conseguir ficar bem no dia a dia?

15. Que tipos de atividades (em relação aos cuidados) consegue fazer sozinho?
16. Para que tipos de atividades ou cuidados necessita de ajuda?
17. Qual é a pessoa que mais lhe ajuda em relação a esses cuidados?
18. Como passa suas horas livres? Tem amigos? Qual o tipo de lazer que mais gosta?
19. Depois que passou pelo procedimento de amputação, mudou alguma coisa no relacionamento com seus familiares (esposa, filhos)?
20. Quem você considera responsável pelo cuidado com sua saúde?
21. Você conhece seus benefícios / direitos na qualidade de amputado?



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PESQUISA: A repercussão da amputação nos membros inferiores de homens atendidos no HU/Florianópolis, no cotidiano da vida pessoal, social, e laboral: um recorte de gênero.

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada/o a participar da pesquisa de campo correspondente ao Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, da acadêmica **Elaine Cristina Mina**, cujo título é **“O cuidado relacionado ao paciente amputado e as repercussões no seu cotidiano da vida pessoal, social e laboral”**.

O objetivo da pesquisa é estritamente acadêmico, ou seja, para fins de estudo e análise, e em linhas gerais é: problematizar e analisar as questões vivenciadas pelos usuários que passaram pelo processo de amputação de membros inferiores, vislumbra-se assim analisar as repercussões trazidas após o procedimento cirúrgico no seu cotidiano pessoal, familiar e laboral.

A importância da presente pesquisa justifica-se pela necessidade de construção de elementos teóricos sobre o cuidado relacionado à saúde do homem, para orientar as ações dos Assistentes Sociais que atuam na área de saúde e na Política de saúde, pois acreditamos que a reflexão das demandas apresentadas por este campo de atuação tem fundamental importância na construção de novas ações que possam garantir os direitos sociais dos usuários e suas famílias.

Os resultados desta pesquisa poderão desencadear novos projetos no âmbito da Instituição, voltados à prevenção e ao tratamento de doenças crônicas, além de possibilitar o aprimoramento do exercício profissional dos/as assistentes sociais e dos demais profissionais que atuam na área da saúde, na medida em que mostrará as demandas e necessidades dos homens que foram submetidos à cirurgia de amputação, que são atendidos na instituição sob a qual será realizada esta pesquisa.

A participação nesta pesquisa poderá provocar a reflexão sobre a importância do cuidado ao tratamento das doenças crônicas e sobre as repercussões do processo de amputação no cotidiano da vida pessoal, social e laboral. Além disso, poderá desencadear desconforto ao relatar assuntos pessoais, arrependimentos, choro, emoções indesejáveis que causem comoção ou até mesmo constrangimento.

O Trabalho de Conclusão de Curso (incluindo a referida pesquisa) é orientado pela Professora Dra. Teresa Kleba Lisboa (Departamento de Serviço Social / UFSC), a quem poderá contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (48) 3721 6513 ou pelo e-mail tkleba@gmail.com.br.

A participação na pesquisa é voluntária, consistirá em responder um questionário relacionado à trajetória da saúde do homem, cujas informações serão confidenciais mantendo o anonimato, preservando a ética na pesquisa e o sigilo do conteúdo das respostas. Você não terá nenhum gasto ou receberá qualquer valor por participar desta pesquisa. Sua participação poderá ser interrompida a qualquer momento que desejar sem prejuízo, sanções, constrangimentos, ou quaisquer vantagens, mediante solicitação à entrevistadora.

Caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo ocorrerá indenização, conforme determina a RESOLUÇÃO 466/12:

“IV. 3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa”

Nos registros escritos das entrevistas não informaremos o nome dos entrevistados, as mesmas ficarão na sala 204, Bloco D, (NUSSERGE- Núcleo de Estudos e Pesquisa em Serviço Social e Relações de Gênero), localizada na UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA no Departamento de Serviço Social. sob os cuidados da Orientadora desta pesquisa Dra. Teresa Kleba Lisboa.

Você poderá se recusar a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal, caso sinta-se constrangido/a ou caso a resposta à pergunta lhe desperte sentimentos e emoções indesejáveis. A pesquisadora prestará todas as informações e esclarecimentos necessários, os quais também acontecerão nas etapas posteriores mesmo após a realização das entrevistas sempre que houver dúvida dos participantes.

As informações obtidas nesta pesquisa quando da apresentação dos resultados serão

apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Portanto, o seu nome não será identificado.

Caso concorde em participar da pesquisa, receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinada pelos pares, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/CEP e da Resolução 466/12.

Eu, Elaine Cristina Mina (Pesquisadora), declaro que cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares.

Eu, _____, declaro que li este termo e que recebi todas as informações necessárias sobre a pesquisa e sua importância. Estou ciente de que caso eu me sinta constrangida/o em responder alguma pergunta não precisarei respondê-la e que caso eu queira desistir da pesquisa continuarei utilizando os serviços que venho utilizando sem prejuízo da assistência que recebo. Afirmando que minha participação é voluntária e que aceitei por livre e espontânea vontade em contribuir com esta pesquisa e sei que se eu quiser desistir poderei entrar em contato com a pesquisadora, que se comprometeu em cumprir todas as normas da Resolução 466/12, que dentre outras coisas garantem que meu nome não será identificado. Declaro também que recebi uma via deste termo assinada por mim e pela pesquisadora.

Florianópolis, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do (a) pesquisador (a): _____

Contatos da Pesquisa:

*Elaine Cristina Mina Contato (48) 99207827 ou e-mail: elainemina2010@hotmail.com

*Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC endereço: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400: cep.propesq@contato.ufsc.br. Telefone: 3721-6094

*Teresa Kleba Lisboa (Orientadora): (48) 3721 6513; e-mail tkleba@gmail.com.br.

**Departamento de Serviço Social/DSS/CSE/UFSC – Campus Universitário Trindade Cx. Postal 476.
Florianópolis – SC. CEP: 88010-970. Fone: (48) 3721 9540. E-mail: <dss@contato.ufsc.br>.**

