

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GEOVANE LUIZ ALVES SANTOS

SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

MONTES CLAROS/MINAS GERAIS

2014

GEOVANE LUIZ ALVES SANTOS

SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Daniel Xavier Lima

MONTES CLAROS/MINAS GERAIS

2014

GEOVANE LUIZ ALVES SANTOS

SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Daniel Xavier Lima

Banca examinadora:

Prof. Prof. Daniel Xavier Lima

Prof. Christian Emmanuel Torres Cabido

Aprovado em Belo Horizonte, em ____/____/____

RESUMO

É notório na grande maioria dos serviços de saúde sejam eles privados ou públicos, de atenção primária, secundária ou em serviços de urgência que grande parte da clientela é composta por mulheres. A desproporcionalidade é ainda mais evidenciada nos pontos da atenção básica, porta de entrada do sistema único de saúde. Os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica o que leva tanto a sobrecarga financeira da sociedade, como também ao sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, menor adesão a tratamentos crônicos e a ações de prevenção e promoção de saúde. A comunidade do Bairro Vera Cruz na cidade de Montes Claros - MG, local de atuação da ESF homônima é composta em sua maioria por moradores de baixa renda e que têm dependência quase exclusiva do Sistema único de Saúde. Mas apesar disso a maior demanda de atendimento da equipe é destinada ao público feminino, evidenciando um grande déficit de acompanhamento à saúde do Homem. Tal problema levou ao desenvolvimento deste Projeto de Intervenção com vistas a aproximar o público masculino das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde.

Palavras-chave: Saúde do homem. Atenção primária à saúde. Sistema único de saúde

ABSTRACT

It is evident in the vast majority of health services both private and public, primary, secondary or emergency services that the large part of the clientele it's composed of women. The disproportionality is even more evident in sections of primary care, gateway to the public health care system. Men do not seek, as women, primary care services, which takes both the increase of financial burden of society, but also to the physical and emotional suffering of patients and their families, lower adherence to chronic treatment and actions of prevention and promotion health. The community of neighborhood Vera Cruz in the city of Montes Claros - MG, place of work ESF namesake is composed mostly of low-income residents and have almost exclusive reliance on public Health System. However, the higher demand of health team is destined to a female audience, showing a large deficit of monitoring the health of man. This problem led to the development of this Intervention Project with a view to bringing the male audience of the activities developed by the health team.

Key Words: Men's health. Primary Health Care. Unified Health System

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 PROBLEMA	09
4 OBJETIVOS	10
4.1 Objetivo geral	10
4.2Objetivos específicos	10
3 METODOLOGIA	11
5 REVISÃO DE LITERATURA	13
6 PLANO DE AÇÃO	15
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
8 REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

É notório na grande maioria dos serviços de saúde sejam eles privados ou públicos, de atenção primária, secundária ou em serviços de urgência que grande parte da clientela é composta por mulheres. A desproporcionalidade é ainda mais evidenciada nos pontos da atenção básica, porta de entrada do sistema único de saúde (BRASIL, 2008).

A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica o que leva tanto a sobrecarga financeira da sociedade, como também ao sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, menor adesão a tratamentos crônicos e a ações de prevenção e promoção de saúde (BRASIL, 2008).

Essa situação também é observada na comunidade onde é visível o grande déficit de acompanhamento de pacientes masculinos em comparação às mulheres.

Contexto do Município e da Comunidade

Montes Claros ocupa destacada posição de pólo político e financeiro da região norte do Estado de Minas Gerais, sendo também referência da rede de saúde em procedimentos de média e alta complexidade. Ao mesmo tempo é retrato de uma região com gravíssimos problemas de distribuição de renda. No último Censo do IBGE em 2010 a população do município era de 361 971 habitantes. Além de ser um das maiores cidades do estado, Montes Claros tem grande importância com referência financeira, política, e de serviços de saúde de toda região norte - mineira e até da região sul da Bahia (Censo, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Montes Claros é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Seu valor é de 0,783, sendo o 101º maior de todo o estado de Minas Gerais (em 853 municípios). Apresenta uma taxa de urbanização da ordem de 90 %. Em 2000, 92,77% dos domicílios eram atendidos pela rede geral de abastecimento de água e 85,52% das residências possuíam rede geral de esgoto ou pluvial (LEITE; PEREIRA, 2005).

A tabela 1 traz dados do Censo de 2010 na cidade de Montes Claros:

Tabela1: Distribuição demográfica por idade em Montes Claros – MG no ano de 2010

Nº de Indivíduos	>1	1 – 4	5 a 9	10 a 14	15 - 19	20 - 25	25 - 39	40 - 59	60 e +	Total
	5170	20523	27637	31553	34143	37278	35505	68301	101805	361915
Área Urbana: 34442										
Área Rural: 17488										
Total: 361915										

Fonte: Censo 2010

A base econômica do município tem o setor de serviço como destaque, pois, emprega grande parte dos habitantes da cidade. A população ocupada por setores da economia está distribuída da seguinte forma: 48,3% no setor de serviços, 23,3% no setor industrial, 20,9% no setor de comércio e 7,5 % no setor agropecuário (IBGE, 2010). O salário médio mensal é de 2331 reais segundo o Censo de 2010.

Montes Claros é pólo macrorregional por oferecer os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade e polariza regiões e/ou microrregiões de saúde. Considerando o Plano de Regionalização de Minas Gerais (2006), a Região Assistencial de Montes Claros está organizada territorialmente em 09 microrregiões, abrangendo 87 municípios e uma população de 1.609.862 habitantes (MONTES CLAROS, 2011).

Montes Claros é pólo microrregional pelo nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza 11 municípios da microrregião, a saber: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Dolabela, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos d'Água (MONTES CLAROS, 2011).

A comunidade do bairro Vera Cruz está inserida dentro do contexto da maioria dos bairros periféricos de Montes Claros-MG. Há evidente desigualdade social em comparação aos bairros nobres e centralizados. Muitos dos moradores do bairro são analfabetos, e desses a maior parte é de idosos oriundos da zona rural (LEITE; PEREIRA, 2005). Há fornecimento de água e esgoto por toda a extensão do bairro, porém este é limitado por um córrego que recebe lixo e entulho às suas margens. Boa parte das ruas não tem asfaltamento e calçadas. Abriga uma escola de nível fundamental e médio além de 01 creche que atende à população.

A ESF Vera Cruz, responsável pela cobertura de toda população do bairro, encontra-se albergada em uma das salas do Centro de Saúde e por isso obviamente não possui estrutura adequada para atendimento. Os prontuários e documentos da unidade dividem espaço com os agentes comunitários e uma improvisada sala de procedimentos de enfermagem. Por não possuir consultório próprio a ESF acaba tendo suas atividades limitadas pela disponibilidade das salas de atendimento do centro de saúde. Conta com oito profissionais sendo 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem e 06 ACS.

2 PROBLEMA

Pequena proporção de pacientes masculinos acompanhados na ESF do Bairro Vera Cruz. Tal situação expõe os homens a maiores riscos de desfechos negativos como óbitos e sequelas graves em relação ao público feminino.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Alcançar um maior percentual de homens com acompanhamento regular de saúde na ESF do bairro Vera Cruz.

3.2 Objetivos específicos

- Propor intervenções que possam levar a melhoria do atendimento na atenção básica no contexto da realidade da comunidade, especificamente ao público masculino
- Levar maior conhecimento aos moradores acerca de demandas de saúde específicas do homem.
- Quebrar resistências socioculturais que possam impedir o correto acompanhamento dos homens na atenção básica
- Criar maior vínculo dos pacientes masculinos com a ESF, propiciando melhor acompanhamento de suas demandas de saúde.

4 METODOLOGIA

A metodologia para o desenvolvimento do Plano de Ação foi baseada no Planejamento Estratégico Situacional (PES). Dentro desse processo são considerados que todos os “atores” envolvidos são importantes na elaboração estratégica de um planejamento frente aos obstáculos apresentados. No contexto da Equipe de Saúde da Família do Vera Cruz podemos identificar como “atores” tanto os profissionais de saúde da equipe, os agentes comunitários, os agentes políticos (leia-se secretaria de saúde e seus componentes), além dos próprios moradores e usuários.

Para a determinação dos problemas mais importantes da comunidade foi realizada a Estimativa Rápida realizada através de questionamentos a usuários-chave (moradores mais participativos e inteirados dos problemas da comunidade), observação e análise de prontuários médicos, observação dos profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde, bem como as experiências da própria vivência na comunidade ao longo desse período.

Após estipulados os problemas estes foram pontuados de acordo com sua relevância para a comunidade, o impacto social e de saúde para os moradores, capacidade de intervenção da equipe frente ao problema e observação de recursos financeiros, técnicos e funcionais. A partir dessa pontuação chegou-se ao tema proposto sendo iniciadas então as demais fases do projeto: descrição do problema, explicação do problema (obtendo suas causas e consequências) para, por fim, chegarmos à seleção de “nós críticos”, ou seja, situações que quando atacadas possuem maior capacidade de determinar mudanças e transformações no problema atacado.

Dentro desse processo foi então realizada pesquisa direcionada nos prontuários de atendimento médico, sendo investigada a frequência proporcional de atendimento à pacientes do sexo masculino. Optou-se por determinar o período de 02/05/13 a 20/05/13 como referencial para futuras análises.

A partir da definição temática foi realizada pesquisa bibliográfica em banco de dados eletrônico nas bases LILACS (Licença Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), dentre outras. Foram consultadas ainda publicações do Ministério da Saúde referentes ao tema.

Optou-se pela revisão narrativa, pois, esta se constitui em uma avaliação não sistematizada de algumas publicações sobre o tema escolhido sendo mais pertinente para o uso neste trabalho.

4 REVISÃO DE LITERATURA

É notória na grande maioria dos serviços de saúde sejam eles privados ou públicos, de atenção primária, secundária ou em serviços de urgência que grande parte da clientela é composta por mulheres. A desproporcionalidade é ainda mais evidenciada nos pontos da atenção básica, porta de entrada do sistema único de saúde (BRASIL, 2008).

Segundo estimativa do SUS, para cada oito consultas ginecológicas realizadas em 2007, ocorreu somente uma urológica. Enquanto quase 17 milhões de mulheres foram ao ginecologista em 2007, apenas 2,6 milhões de homens procuraram um urologista no Brasil (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009). Indicações de rastreio de câncer de próstata à parte, tais números refletem o grande déficit de atendimentos médicos ao público masculino.

Utilizando recortes etários e de sexo, estudos demonstram que, em termos da auto avaliação do estado de saúde, 23,5% das mulheres e 18,2% dos homens referem seu estado de saúde como deficiente. Apontam também para marcadas diferenças por sexo quanto ao motivo da procura de serviços de saúde, mesmo quando excluídos os partos e os atendimentos de pré-natal. As mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção (40,3% mulheres e 28,4% homens), enquanto os homens procuram mais serviços de saúde por motivo de doença (36,3% homens e 33,4% mulheres) (COUTO, 2010).

Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, principalmente no que se refere às doenças graves e crônicas, e que conseqüentemente morrem de maneira mais precoce que as mulheres (NARDI; GLINA; FAVORITO, 2007; COURTENAY, 2007; LAURENTI; MELLO-JORGE, 2005).

A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica o que leva tanto a sobrecarga financeira da sociedade, como também ao sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, menor adesão a tratamentos crônicos e a ações de prevenção e promoção de saúde (BRASIL, 2008).

São aventadas várias hipóteses para explicar essa desigual procura por atenção à saúde, mas de modo geral, podem ser divididas em dois grandes grupos: as barreiras socioculturais e as barreiras institucionais. As primeiras estão arraigadas no ficcional estereótipo de gênero, onde a doença é vista como um sinal de fragilidade e não da sua própria condição biológica. Manter tal ideal é um grande fator de risco para os homens. Há

um “silenciamento” sobre o ônus de sustentar este ideal heróico. Isto pode ser visto na dificuldade em procurar ajuda ou cuidados médicos, enfim, em ser assistido já que foram criados para assistir e prover. “Pode também ser ressaltado que o modo de socializar as mulheres, ao colocá-las como as provedoras de cuidados, implica um contato estreito com os serviços de saúde” (BRAZ, 2005).

É também referida por muitos homens como uma variável a impedir à procura aos serviços de saúde a característica do atendimento nas instituições, onde ‘se perderia um dia inteiro de trabalho’ sem que houvesse uma resolução completa de suas demandas. Há de se destacar também a ausência na maioria dos serviços de ações e atividades de prevenção e promoção de saúde específicas para o público masculino.

Observada a grande carência de planejamento de ações de saúde voltadas especificamente ao público masculino, este trabalho tem por objetivo desenvolver um plano de ação para enfrentamento do problema listado.

6 PLANO DE AÇÃO

Definição e priorização de problemas

Através do método de estimativa rápida foi realizado o diagnóstico situacional da comunidade, para tanto foram utilizados o conhecimento e a vivência na comunidade, o contato com moradores mais antigos e participativos, as observações dos agentes comunitários de saúde, a análise dos prontuários de atendimento e interações com os demais profissionais de saúde componentes da equipe de saúde da família e do centro de saúde.

Dentre os problemas de maior relevância encontrados na comunidade podemos destacar a baixa adesão ao plano terapêutico para o manejo da diabetes e da hipertensão arterial sistêmica, o pequeno índice de moradores com hábitos alimentares e de práticas esportivas adequadas, grande déficit de acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, elevado número de tabagistas na comunidade e o diminuto índice de atendimentos por parte da equipe de saúde à pacientes do sexo masculino.

Apesar de vários problemas da atenção à saúde apresentarem-se como pontos de enorme importância no contexto da abrangência da comunidade, um se destaca por fugir dos habituais programas desenvolvidos, por apresentar-se como intercessão de outros problemas e por mostrar-se com grande potencial de intervenção: à atenção à saúde do homem.

Em análise de prontuários foi identificado que apenas 27% das consultas médicas eram destinadas aos homens, ratificando uma grande defasagem de acompanhamento, já que a população de Montes Claros – MG possui 174249 homens o que demonstra uma representatividade em torno de 48% da população residente (IBGE, 2010).

A tabela 2 demonstra em números absolutos os atendimentos realizados.

Tabela 2: Número de Consultas do período de 02/05/13 a 20/05/13

SEXO MASCULINO	SEXO FEMININO	TOTAL
58	160	218

Fonte: Prontuários da ESF Vera Cruz

Descrição/Explicação do problema/Seleção dos “nós críticos”

A baixa procura do público masculino por atendimento nos pontos da atenção básica é descrita e exemplificada com maiores detalhes no tópico Revisão da Literatura. A partir desta análise podemos identificar causas de um problema que se atacas podem determinar a resolução destes, os chamados “nós críticos”. Dentre eles podemos identificar alguns pontos

que poderiam ser trabalhados na atenção básica e de acordo com a capacidade operativa da equipe com objetivo de mudar essa realidade. São descritos a seguir:

- Barreiras socioculturais em relação à autocompreensão de sua condição de vulnerabilidade a condições patológicas.
- Desinformação sobre medidas preventivas de saúde e rastreio de doenças crônicas e afecções específicas do sexo masculino.
- Ausência de busca ativa à pacientes do sexo masculino com suscetibilidade.
- Estrutura dos serviços de saúde/Processo de trabalho da equipe.

Desenho das ações

O enfrentamento dos nós críticos apresentados anteriormente necessita de grandes mudanças nas práticas de acolhimento e atendimento das demandas de saúde na equipe, com mudança na visão e abordagem do problema bem como disposição política para buscar a sua resolução.

Como os projetos “+ saúde do Homem” e “saúde xy” visam, primordialmente, transmitir informações de saúde e quebrar mitos e preconceitos acerca do cuidado masculino espera-se como resultado imediato o incremento percentual e absoluto no número de pacientes do sexo masculino que passarão a ser acompanhados com maior proximidade e constância pela equipe de saúde da família do Bairro Vera cruz.

Dessa forma espera-se a médio e longo prazo uma diminuição do número de casos de doenças preveníveis por hábitos de vida mais saudáveis como: hipertensão arterial, diabetes melitus tipo 2 e obesidade, bem como o diagnóstico mais precoce e introdução de terapia adequada a doenças de rastreio indicado na literatura médica. Da mesma maneira objetiva-se também a diminuição do número de sequelas graves por falta de acompanhamento médico adequado.

Os projetos “busca ativa” e “saúde aqui” são propostas de reestruturação da unidade e do formato de atendimento ao público masculino. Desta forma busca-se aproximar os homens do atendimento de saúde primária, criando um maior vínculo desse público com os profissionais da equipe de saúde. Essas ações visam, a médio e longo prazo, criar na comunidade uma mentalidade de procura precoce da unidade básica para suas demandas de saúde e conseqüentemente evitarem-se desfechos patológicos desfavoráveis.

O quadro 1 apresenta as ações propostos sobre cada “nó crítico”:

Quadro 1- Desenho das operações para os “nós críticos”

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Desinformação sobre medidas preventivas de saúde e rastreio de doenças crônicas e afecções específicas do sexo masculino	“+ Saúde do Homem”	Divulgação de informações sobre saúde ao público masculino, com maior aproximação com o serviço da instituição.	Maior demanda específica de homens na unidade e maior participação masculina em medidas preventivas de saúde	-Organizacional: para organizar campanhas, cartazes e folders; -Cognitivo: preparo e informação sobre o tema; -Político: novos espaços para campanhas e aumento Do nº de exames; -Financeiro: aquisição e confecção de cartazes e mais exames;
Barreiras socioculturais em relação à autocompreensão de sua condição de vulnerabilidade a condições patológicas.	“Saúde XY”	Mudança nos conceitos de saúde masculina.	Maior demanda específica de homens na unidade e maior participação masculina em medidas preventivas de saúde	-Organizacional: criação de campanhas a serem vinculadas nas instituições e rádios locais; -Política: apoio do secretariado de saúde para desenvolvê-las e obter parcerias com rádios locais;
Ausência de busca ativa à pacientes do sexo masculino com suscetibilidade.	“Busca ativa”	Identificar homens em situação de risco, ou acompanhamento inadequado na comunidade	Aumentar a demanda masculina à busca de atendimento na unidade aproximando à prevalência de homens na cidade que é de aproximadamente 48%.	-Organizacional: treinamento e organização do trabalho de ACS; -Técnico: transmissão de conhecimento aos ACS; -Político: compreensão da comunidade a respeito do tema;
Estrutura dos serviços de saúde e Processo de trabalho da equipe	“Saúde aqui”	Mudança no processo de trabalho da equipe com melhor acolhimento do público masculino	- Um dia na semana para atendimento exclusivo; - Processo de trabalho construído sobre as especificidades das afecções masculinas	-Organizacional: compreensão sobre a necessidade do trabalho; criação de processo de trabalho específico; -Político: compreensão da comunidade

Identificação de recursos críticos

Cada operação demanda consumo, de maior ou menor intensidade, de algum tipo de recurso. A análise de recursos críticos é de grande importância para a determinação da viabilidade dos projetos a serem instituídos.

No quadro 2 são identificados os recursos críticos de cada operação.

Quadro 2 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações

Operação/ Projeto	Recursos necessários
“+ Saúde do Homem”	Organizacional → Organizar campanhas e cartazes; Político → Conseguir novos espaços para campanhas;
“Saúde XY”	Político → Conseguir novos espaços para campanhas; Negociar maior cota de exames laboratoriais com a Secretaria de saúde para o público masculino; Financeiro → Maior disponibilidade de exames laboratoriais
“Busca ativa”	Organizacional → Reorganizar padrão de busca ativa de pacientes pelos ACS; disponibilização de tempo hábil para que realizem tal tarefa; Técnico → Busca de conhecimento acerca do tema na literatura, bem como sua transmissão adequada para a equipe.
“Saúde aqui”	Organizacional → Organizar fluxogramas de atendimento; Político → Conseguir autorização da secretaria para dias prioritários no atendimento; compreensão comunitária; Financeiro → Para se realizar exames com menor intervalo de tempo em pacientes de maior risco

Análise da viabilidade do plano: Atores e motivadores.

Foram propostas operações específicas para cada um dos nós críticos selecionados objetivando-se o enfrentamento desses problemas na comunidade. Tais operações carecem de recursos particulares, sejam financeiros, políticos ou organizacionais que são oriundos tanto dos próprios funcionários da unidade quanto da comunidade e do poder executivo local.

Através da análise da motivação dos “atores” que controlam os recursos críticos necessários para cada projeto apresentado é encontrada a viabilidade de cada operação. A partir desse ponto foram aventadas ações estratégicas específicas para motivar os indivíduos envolvidos em cada processo.

O projeto “+ saúde do homem” necessita do apoio organizacional e político dos integrantes da unidade e dos moradores locais. Como se baseia em reuniões de disseminação de conhecimento sobre saúde o principal recurso necessário será a divulgação dentro da

comunidade. O que torna esse ponto do projeto de intervenção bastante factível já que há uma predisposição natural dos moradores e profissionais de saúde a contribuir com a operação.

A operação “saúde xy” objetiva angariar maior cota de exames laboratoriais aos homens da comunidade através de parceria com a secretaria de saúde local. Esse ponto do projeto é um dos mais delicados pela necessidade financeira oriunda do poder público, o que obviamente requer uma vontade política que independe das ações da comunidade e dos funcionários da comunidade.

O projeto “saúde aqui” requer uma reestruturação organizacional no modelo de atendimento na unidade de saúde. Este processo inicialmente demandará reuniões com todos os funcionários da unidade e não apenas da equipe de saúde para enfatizar a necessidade dessa maior proximidade com o público masculino da comunidade propiciando um maior vínculo com a ESF.

O projeto “busca ativa” também requer uma reorganização na estrutura de cuidado do usuário em relação à unidade. Nessa ação os integrantes da ESF, em especial, os Agentes Comunitários de Saúde obteriam maior conhecimento em relação às peculiaridades da saúde do homem através de palestras ministradas pelo médico e enfermeiro da equipe. Com esse conhecimento absorvido estariam aptos a realizar busca ativa na comunidade por pacientes masculinos com acompanhamento precário. Tal processo demanda tempo e várias reuniões de cunho administrativo para organizar o atendimento sem prejudicar a atenção aos demais usuários.

O quadro 3 apresenta os atores e sua motivação em cada ação estratégica.

Quadro 3 – Propostas de ação para motivação dos atores

Operação/ Projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
“+ Saúde do Homem”	- Organizacional: Organizar campanhas e cartazes; -Político: Conseguir novos espaços para campanhas;	Integrantes da unidade; Associações do bairro e escolas.	Favorável Favorável	- Não é necessária ação específica.
“Saúde XY”	Político → Conseguir novos espaços para campanhas; Negociar maior cota de exames laboratoriais com a Secretaria de saúde para o público masculino;	-Associações do bairro e escolas. -Secretário de saúde -Secretário de	Favorável Indiferente	-Carta de apresentação dos projetos -Mostrar que já existem projetos de

	Financeiro → Maior disponibilidade de exames laboratoriais	saúde.		incentivo e buscar parceiros para viabilização.
“Saúde aqui”	Organizacional → Organizar fluxogramas de atendimento;	Integrantes da unidade;	Favorável	-Reuniões e ambiente descontraído.
	Político → Conseguir autorização da secretaria para dias prioritários no atendimento; compreensão comunitária;	Secretário de saúde.	Indiferente a favorável.	-Carta de apresentação demonstrando benefícios.
	Financeiro → Para se realizar exames com menor intervalo de tempo em pacientes de maior risco	Secretário de saúde e laboratórios particulares.	Indiferente	-Carta de apresentação demonstrando benefícios.
“Busca ativa”	Organizacional → Reorganizar padrão de busca ativa de pacientes pelos ACS; disponibilização de tempo hábil para que realizem tal tarefa;	Integrantes da unidade;	Favorável	- Não é necessária ação específica.
	Técnico → Busca de conhecimento acerca do tema na literatura, bem como sua transmissão adequada para a equipe.	Parceiros e Integrantes da unidade;	Favorável	

Plano operativo

Dentro da elaboração do Plano de ação a elaboração do plano operativo objetiva designar a cada integrante da equipe de saúde da família a responsabilização sobre determinados aspectos dos projetos de intervenção propostos.

No quadro 4 são dispostos os resultados e produtos esperados, as ações estratégicas, os responsáveis e os prazos estabelecidos.

Quadro 4 – Plano Operativo

Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
“+ Saúde do Homem”	Divulgação de informações sobre saúde ao público masculino, com maior aproximação com o serviço da instituição.	Maior demanda específica de homens na unidade e maior participação masculina em medidas preventivas de saúde	Reuniões em ambiente descontraído; Carta de apresentação dos projetos.	Agentes, enfermeiro e médico.	Início das reuniões com a equipe de imediato, confecção da carta de apresentação. Início das campanhas com dois meses.

“Saúde XY”	Mudança nos conceitos de saúde masculina.	Maior demanda específica de homens na unidade e maior participação masculina em medidas preventivas de saúde	-Carta de apresentação dos projetos -Reuniões em ambiente descontraído -Demonstrar benefícios	Enfermeiro e o médico.	Início das campanhas em dois meses.
“Busca ativa”	Identificar homens em situação de risco, ou acompanhamento inadequado na comunidade	Aumentar a demanda masculina à busca de atendimento na unidade aproximando à prevalência de homens na cidade que é de aproximadamente 48%.	Organizacional → Reorganizar padrão de busca ativa de pacientes pelos ACS; disponibilização de tempo hábil para que realizem tal tarefa; Técnico → Busca de conhecimento acerca do tema na literatura, bem como sua transmissão adequada para a equipe.	Agentes comunitários de saúde	Início imediato
“Saúde aqui”	Mudança no processo de trabalho da equipe com melhor acolhimento do público masculino	-Destinar modelo de atendimento ao público masculino com destinação de um dia na semana para atendimento exclusivo; -Processo de trabalho construído sobre as especificidades das afecções masculinas	Organizacional → Organizar fluxogramas de atendimento; Político → Conseguir autorização da secretaria para dias prioritários no atendimento; compreensão comunitária; Financeiro → Para se realizar exames com menor intervalo de tempo em pacientes de maior risco	Agentes, enfermeiro e o médico.	Confecção da carta de apresentação. Início da distribuição das cartilhas com três meses.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do que o senso comum sugere a saúde do homem apresenta igual ou maior fragilidade do que a feminina. Essa situação é ainda mais preocupante considerando-se que barreiras e mitos socioculturais acabam por levar a um atraso na busca por atendimento adequado por parte desses indivíduos. Em última análise todo esse quadro acaba por promover sobremortalidade e maior morbidade dos homens em relação às mulheres.

Além de ações de cunho informativo é necessário que ocorra uma reestruturação dos serviços de atenção básica para oferecer melhor acolhimento e acompanhamento das demandas de saúde masculinas. Tal processo requer uma ação conjunta e bem estruturada envolvendo os profissionais de saúde, membros da comunidade e poder público para chegar-se a resultados satisfatórios.

8 REFERÊNCIAS

1. **Censo 2010**. <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados> <acessado em 27/05/2013>
2. **Módulo 2013/1 Planejamento e avaliação das ações de saúde – MC2**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família / UFMG.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
4. BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005.
5. CARRARA, S; RUSSO, J. A.; FARO, L. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino**. *Physis* [online]. 2009, vol.19, n.3, pp. 659-678. ISSN 0103-7331.
6. COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, June 2010 .
7. LEITE, M. E.; PEREIRA, A. M. **Expansão territorial e os espaços de pobreza na cidade de Montes Claros**. Observatório Geográfico America Latina. 2005.
8. MONTES CLAROS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Montes Caros: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.
9. NARDI, A.; GLINA, S.; FAVORITO, L. A. **Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil**. *International Braz J Urol*. 2007, vol. 33, pp 1-7.
10. COURTENAY, W. H. **Constructions of masculinity and their influence on men's welling: a theory of gender and health**. *Soc Sci Med*. 2000. vol. 50. pp:1385-401.
11. LAURENTI, R.; MELLO-JORGE M. H. P. **Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina**. *Ciência Saúde Coletiva*. 2005. vol. 10. pp 35-46.

