

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
DA FAMÍLIA

IZABELLA MACEDO SILVA DA CRUZ

ATENDIMENTO A SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
ESTRATÉGIAS QUE COLABORAM PARA SUA REALIZAÇÃO

PARACATU – MINAS GERAIS

2013

IZABELLA MACEDO SILVA DA CRUZ

**ATENDIMENTO A SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
ESTRATÉGIAS QUE COLABORAM PARA SUA REALIZAÇÃO**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Angela Cristina Labanca de Araújo

PARACATU – MINAS GERAIS

2013

IZABELLA MACEDO SILVA DA CRUZ

**ATENDIMENTO A SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
ESTRATÉGIAS QUE COLABORAM PARA SUA REALIZAÇÃO**

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Angela Cristina Labanca de Araújo (Orientadora)

Prof. Edison José Corrêa (UFMG)

Aprovada em Belo Horizonte, em 21/01/2014

Dedico este trabalho:

Ao meu esposo Leandro e filha Sophya por serem fonte de amor e segurança.

Agradecimento

À Deus pelas bênçãos e pela proteção;

Aos meus pais pelo amor e pelas vezes que renunciaram aos próprios sonhos para
que os meus fossem realizados;

Ao meu esposo Leandro pelo amor, carinho e dedicação;

À minha filha Sophya pela alegria que trouxe à minha vida;

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Angela Cristina Labanca de Araújo pelos
ensinamentos que engrandeceram-me profissionalmente;

À equipe do PSF Primavera de Paracatu (MG) que sempre estarão em meu coração.

“Comece tudo o que for fazer, ou que sonha que pode fazer.
Há gênio, poder e mágica na Ousadia”.

Johann Goethe

RESUMO

O presente trabalho relata o modelo de atenção básica focado na saúde com envolvimento dos profissionais da saúde com a população, através da assistência dos serviços oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa Saúde da Família (PSF) integra, à rede municipal, equipes de saúde do homem, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo Ministério da Saúde (MS) com base em normas de direção nacional do SUS (Norma Operacional Básica - NOB/SUS – 96). Demonstra a importância da realização de novas estratégias para o atendimento à saúde do homem bem como sua influência na adesão do homem ao serviço de saúde. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada a partir da revisão de literatura nacional sobre políticas de saúde, com vistas à melhoria da performance das equipes de saúde do PSF municipal para que se tornem agentes de promoção da saúde e multiplicadores de conhecimento aos familiares sobre a saúde do homem. Desta forma, após uma análise situacional do PSF Primavera foi levantado como nó crítico o cancelamento do atendimento à saúde do homem em horário estendido pela nova gestão, reduzindo o número de atendimentos preventivos a saúde deste público alvo. De acordo com o estudo, verificou-se como a assistência à saúde do homem é percebida e realizada pelos profissionais de estratégia de saúde da família. Buscou-se apresentar a problemática relação entre os homens e o cuidado com a própria saúde quando influenciados pela concepção hegemônica de masculinidade e as dificuldades dos serviços em atender a demanda da população masculina. Diante disso, coube ressaltar algumas estratégias para realização deste atendimento como: grupos operativos de promoção, prevenção e proteção da saúde do homem, horários especiais de atendimentos e capacitação dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Saúde do homem. Enfermagem. Atenção Primária da Saúde. Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

The present work describes the model of primary care focused on health with involvement of health professionals to the population, through the assistance of the services offered by the Unified Health System (SUS). The Family Health Program (PSF) integrates the municipal teams, men's health, community health workers, or similar strategies to ensure comprehensive care, as assessed by the Ministry of Health (MS) based on the standards of national leadership SUS (Basic Operational Norm - NOB / SUS - 96 shows the importance of carrying out new strategies for the health care of the man and his influence on the adherence of man to the clinic. This is a bibliographic survey from the review of literature on health policy, with a view to improving the performance of health teams municipal PSF to become agents of health promotion and knowledge multipliers to relatives on the man's health. Accordingly, after an analysis situational FHP Spring was raised as a critical node canceling the health care of man by new management, reducing the number of preventive health care to this target audience. According to the study, it was found as assistance to human health is perceived and performed by professional family health strategy. Was sought to present the problematic relationship between the men and the care of their own health as influenced by the hegemonic conception of masculinity and difficulties of services to meet the demand of the male population. Given this, we point out some strategies to perform this service as operative groups of promotion, prevention and protection of human health, special time of services and training of health professionals.

Keyword: Men's health. Nursing. Primary Health Care. Family health program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Justificativa	12
1.2 Objetivos	13
1.2.1 Objetivo geral	13
1.2.2 Objetivos específicos	13
2 METODOLOGIA	14
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
3.1 A atenção à saúde	15
3.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	17
3.3 Valorização do trabalho dos profissionais de saúde	21
4 PLANO DE AÇÃO	23
5 CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

No modelo de atenção básica focado na saúde há um grande envolvimento dos profissionais da saúde com a população, através da assistência dos serviços oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, dentro do Programa Saúde da Família (PSF) atuam integralmente à rede municipal, equipes de saúde do homem, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo Ministério da Saúde (MS) com base em normas de direção nacional do SUS (Norma Operacional Básica - NOB/SUS – 96). Sabemos que o foco da estratégia de saúde é dar contribuição na reorientação do modelo assistencial da atenção básica, conforme os princípios do SUS; com atuação nos PSF, dessa forma as equipes de saúde têm a responsabilidade de conhecimento com a realidade local, o modo de vida familiar e comunitária, para o desenvolvimento do processo de planejamento pactuado de saúde.

A estratégia fundamental adotada alicerça suas ações e metas de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação dos agravos à saúde do homem, sobretudo nos serviços oferecidos na Rede SUS, a Política Nacional de Atenção Básica e do seu Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. A Política está em fase de implementação por meio de repasse de recurso financeiro fundo a fundo, em 26 estados, Distrito Federal e em diversos municípios brasileiros que deverão desenvolver estratégias e ações voltadas para a atenção à saúde do homem, inserindo-se em seus respectivos Planos de Saúde, respeitando as especificidades e as diversidades de cada localidade.

De acordo com o Diagnóstico Situacional realizado na área de abrangência do PSF Primavera, onde atuamos, grande parte da população da área adstrita é formada por adultos jovens e economicamente ativos, equivalente a 38% da população do bairro.

Entendendo a Estratégia de Saúde da Família como meio de prevenção aos agravos a saúde, essa população economicamente ativa, tem uma tendência a procurar os serviços de saúde quando estão doentes, por não poderem se ausentar dos seus ofícios sem comprovação por meio de atestados médicos.

A realização do atendimento médico e de enfermagem em horário estendido, das 17 horas às 21 horas, a agilidade deste atendimento e outras estratégias oportunizam o atendimento à Saúde do Adulto, sobretudo o atendimento à Saúde do Homem.

As estratégias de saúde, propostas pelo governo, foram consolidadas a partir da Constituição Federal de 88 que estabeleceu “saúde um direito de todos e dever do Estado”; e com as leis orgânicas de saúde 8.080 e 8.142 ambas de 1990, proporcionando assim, bem-estar à população brasileira. As leis orgânicas de saúde, promulgadas pelo Ministério da Saúde, regulamentam o SUS. Segundo as leis, a saúde não é somente a ausência de doenças, é também uma série de fatores condicionantes e determinantes presentes no dia a dia; e a participação da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Foram criadas também as Normas Operacionais Básicas (NOB) que é um instrumento jurídico-institucional que aprofunda e reorienta a implantação do SUS pelo Ministério da Saúde, definindo seus objetivos estratégicos, prioridades e diretrizes.

Neste contexto, surgem os Programas de Saúde da Família (PSF), passando a atuar na integralidade da assistência à saúde tratando os indivíduos e as famílias de acordo com suas necessidades reais. Os PSF são modelos assistenciais que visam atender os indivíduos e as famílias de forma integral e contínua, desenvolvendo suas ações, tendo como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu domicílio. Com apoio do Ministério da Saúde, o PSF surgiu na década de 90, refletindo a tendência de valorização da família na agenda de políticas sociais brasileiras (BRASIL, 2007).

Com isso, a Atenção Básica na saúde do homem considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade; na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde; a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável, tendo a saúde da família como prioridade em sua organização de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2007).

Desse modo, com este trabalho propõe-se focar na atuação da equipe de saúde do PSF Primavera, na programação do atendimento da demanda espontânea e programada do homem, uma vez que o atendimento desta população

era realizado por esta equipe em horário especial, no entanto o mesmo foi cancelado pela nova gestão reduzindo o número de atendimentos preventivos destinado ao cuidado da saúde do homem.

1.1 Justificativa

Esse estudo é de grande valia para a gestão do município, pois verifica a qualidade e acesso da atenção primária do município, funcionando como um balizador da atenção prestada à população, serve também como fonte de dados para se traçar estratégias específicas para diminuir as internações por causas sensíveis à atenção básica.

Para os profissionais que atuam na rede de saúde é importante por demonstrar dados que na rotina não são analisados, e que demonstram a necessidade de fortalecimento de algumas ações, mudanças na atenção em saúde prestada e também o resultado do trabalho prestado, mesmo em condições não ideais.

Além disso, segundo recomendações do Ministério da Saúde o profissional da saúde deve ter conhecimento das barreiras existentes para baixa adesão da população adulta na Unidade Básica de Saúde e propor estratégias que promova o acesso do homem a porta de entrada dos sistemas de saúde a fim de resguardar a prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2007).

Para os usuários, é importante por permitir o conhecimento das principais causas de internações e se prevenirem. Percebe-se também que existem poucas iniciativas de trabalho nos PSF, que estão dispersos e voltados apenas para alguns grupos populacionais (jovens, adolescentes, idosos, mulheres), o que demonstra a necessidade da comunidade se organizar melhor para efetivação de sua cidadania (NOTICIA SUS, 2008).

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

- Demonstrar a importância da realização de novas estratégias para o atendimento à saúde do homem bem como sua influência na adesão do homem ao serviço de saúde.

1.2.2 Objetivos específicos

- Relatar sobre a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Descrever a promoção de saúde com foco na elaboração de estratégias para aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde;
- Escrever sobre a atuação dos profissionais da saúde para o desenvolvimento de estratégias de atendimento na saúde do homem.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma proposta de plano de intervenção sobre problema de saúde considerado prioritário, tendo como base uma pesquisa bibliográfica realizada a partir da revisão de literatura nacional sobre políticas de saúde para uma fundamentação teórica na elaboração do trabalho de conclusão de curso, com vistas à melhoria da performance da equipe das equipes de saúde do PSF municipal para que se tornem agentes de promoção da saúde e multiplicadores de conhecimento aos familiares sobre a saúde do homem.

Para a busca dos artigos e demais materiais que abordavam sobre o tema saúde do homem, utilizou-se como fonte de pesquisa sites confiáveis da internet, com base nos dados obtidos do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS). Para esta revisão da literatura utilizou-se os seguintes descritores: Saúde do homem, Enfermagem, Atenção Primária da Saúde, Programa Saúde da Família.

Além do mais, pesquisou-se em manuais e portarias do Ministério da Saúde que tratam acerca da saúde do homem.

Definiu-se o período da busca das publicações a partir do ano 2007 até o ano 2013.

A partir da leitura desse material de forma criteriosa e após análise e entendimento dos textos foram selecionados os assuntos que melhor abordavam o tema.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 A atenção à saúde

De acordo com a NOB/SUS96 a atenção à saúde encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo três grandes campos, a saber:

- O da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como espaços, especialmente no domiciliar;
- O das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental;
- O das políticas externas ao setor de saúde, que interferem nos determinantes sociais, o processo saúde-doença das coletividades de que são partes importantes, questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e a disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Dessa maneira as ações de políticas setoriais em saúde, ressaltam-se também as ações administrativas como planejamento, comando e controle, fundamentais e integrantes para o contexto daquelas envolvidas na assistência se nas intervenções ambientais.

No Brasil, a Portaria Nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define Atenção Básica como: um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias

democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (NOB/SUS96).

No âmbito do SUS, as ações e serviços de saúde, em sua totalidade, são desenvolvidos em um conjunto de estabelecimentos, da rede regionalizada e hierarquizada, em cada município brasileiro com suas abrangências estadual e nacional. A SUS/NOB96 relata que a criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território.

No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais. Sabemos que a realidade de cada município é diversificada, caracterizada pelos seus modelos de organização, atividades, e disponibilidade de profissionais da saúde, configurando-se em modelos diferentes de gestão (BRASIL, 2008).

Quanto aos critérios para a alocação dos recursos financeiros da seguridade social para estados e municípios, a lei 8.080/90 estabelece em seu art. 35 que:

Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:
§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.
§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados (BRASIL, 1990, p.1).

Pela SUS/NOB96 é criada a gestão plena para os estados e municípios, que passam a responsabilizar-se não apenas pela assistência, mas pelo conjunto de ações de saúde.

A lei 8.080/90 cita em seus art. 31:

O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades; previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (BRASIL, 1990, p. 1).

É necessário ressaltar, que os órgãos financiadores como o Ministério da Saúde, alocam recursos para um determinado projeto, mobilizados somente nesta direção, independente da real necessidade de cada região, surgindo assim; as desigualdades regionais para a alocação de recursos, fazendo com que as regiões bem desenvolvidas, recebam mais recursos, por terem melhores condições de aprovação de seus projetos de investimento (BRASIL, 2007).

3.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, criada em parceria entre gestores dos SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional (NOTÍCIAS SUS, 2008).

Conforme as estatísticas do DATASUS (2007), os principais motivos de internações masculinas ocorreram pelos seguintes motivos:

- 16,7% dos homens foram internados por causas externas, como acidentes, intoxicações e outras causas externas.
- 14,8% foram internados por causa de doenças no aparelho digestivo.
- 13,2% dos homens internaram por motivo de doença no aparelho circulatório, como hipertensão por exemplo.

- 8,8% por causa de doenças no sistema respiratório.
- 5,9% devido ao aparecimento de câncer.
- 40,5% por outros motivos.

Desse modo, vários estudos comparativos entre homens e mulheres comprovam que a saúde do homem é mais vulnerável, pois os homens são mais suscetíveis a doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente do que as mulheres. Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento que rejeita a possibilidade de adoecer (NOTÍCIAS SUS, 2008).

Além disso, sabe-se que os homens não vão aos serviços de saúde com a frequência desejada. Já as mulheres e crianças utilizam os serviços de saúde com mais frequência. Diversos são os motivos que se enquadram como justificativas, desde reflexos socioculturais, como vergonha, medo, machismo, medo de ser cuidado ao invés de ser o "cuidador", papel de provedor exige que o homem seja mais saudável do que a mulher, entre outros. Também podem ser citados motivos como dificuldades no acesso aos serviços de saúde, horário de funcionamento que coincide com horário de trabalho do homem, estratégias de comunicação de massa que não privilegiam os homens (NOTÍCIAS SUS, 2008).

Dessa forma, é fundamental a existência de uma política de saúde específica para os homens, como forma de contemplar esta população nas ações de saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem, explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre os homens comprometem o acesso à atenção primária, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde (NOTÍCIAS SUS, 2008).

A mobilização da população masculina brasileira para a luta pela garantia de seu direito social à saúde é um dos desafios dessa política, que pretende politizar e sensibilizar homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e maior proveito dos direitos de cidadania masculina (NOTÍCIAS SUS, 2008).

A proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Assim, o reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis (CARRARO; RUSSO; FARO, 2009).

Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (NARDI *et al.*, 2007; COURTENAY, 2007; LUCK *et al.*, 2000).

Com isso, a despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica. Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer (NOTÍCIAS SUS, 2008).

Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso. Uma questão apontada por eles para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor. Alegam que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho. Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social, o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deve ser considerada a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são constituídas historicamente e socioculturalmente, sendo sua significação, um processo em permanente construção e transformação. Portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade explicita o

reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade vigente comprometem o acesso à atenção integral, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde.

Diante disso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é de fundamental importância a alguns eixos metodológicos, conceituais e práticos para orientação da formulação de estratégias e ações:

- Mudança do foco programático, saindo do restrito campo da “adesão a programas assistenciais de saúde” para uma perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma baseado na atenção integral; como importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas;
- A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde – e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas (BRASIL, 2007. p. 13).

Algumas estatísticas demonstraram que a expectativa de vida dos homens aumentou de 59,7 para 68,4 anos entre 1980 e 2005; e desde 1991 vem mantendo 7,6 anos abaixo da média das mulheres. Em 2005, do total de mortes na faixa etária de 15 a 59 anos, 68% ocorreram em homens (BRASIL, 2007).

O Pacto pela Vida reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas. Prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades nacionais, a partir de pactuações locais. Os estados e municípios devem pactuar as ações que considerem necessárias ao alcance das metas e objetivos gerais propostos.

Um dos referenciais da Política é o Pacto pela Vida, que define como eixo um de seus principais a saúde do homem. Na política nacional de atenção integral à saúde do homem tem como objetivos prioritários:

- Organizar rede de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais no manejo da redução da morbidade no homem, com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como porta de entrada;
- Apoiar ações e atividades de promoção de saúde para facilitar o acesso da população masculina aos serviços de saúde;
- Qualificar profissionais de saúde para atendimento dos homens;
- Incorporar o homem no planejamento reprodutivo e no compartilhamento aos cuidados de saúde familiar;
- Construir parcerias com a sociedade civil organizada para promover a saúde do homem (BRASIL, 2008, p. 15).

3.3 Valorização do trabalho dos profissionais de saúde

A estratégia Saúde da Família está condicionada pela evolução histórica e pela organização do SUS, devendo ser sustentada por um processo que permita a atuação dos profissionais de saúde nas unidades básicas, proporcionando resultados positivos nos indicadores de saúde e a qualidade de vida familiar e comunitária. O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde (NOB/SUS96).

As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (NOB/SUS96).

Desse modo, estabelece vários vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; estimulando a organização das comunidades a exercerem o controle social das ações e serviços de saúde; e utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; atuando de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidade (NOB/SUS96).

Ao adentrar este contexto, percebemos que a assistência domiciliar à saúde vem fortalecer as estratégias de saúde da família, construindo uma nova

ação profissional no ambiente onde vive os indivíduos, as famílias e a comunidade, considerando principalmente, o ambiente domiciliar das famílias.

O Ministério da Saúde tem enfatizado a necessidade de os profissionais de saúde ter um conhecimento aprofundado do território de atuação de seus serviços, como elemento fundamental para o desenvolvimento de um processo de trabalho efetivo na Atenção Primária (BRASIL, 2007).

Dessa maneira, observam-se vários fatores, dentre eles os fatores sociais (econômicos, espirituais e culturais) e os determinantes como alimentação, habitação, renda, condições de higiene, dentre outros. Cabendo ao profissional, em uma equipe interdisciplinar, atentar para todas essas questões e atuar conforme as necessidades dos indivíduos (membros) da família.

A lei 8.080/90 cita em seu art. 27:

A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (BRASIL, 1990, p. 1).

Entretanto, segundo Carrara, Russo e Faro (2009, p. 669),

[...] os homens não são captados pelos serviços de atenção primária (como ocorre com as mulheres). Sua entrada no sistema de saúde se daria principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidades, configurando um perfil que favorece o agravamento da morbidade pela busca tardia ao atendimento.

Com isso, é evidente que culturalmente, os homens buscam por serviços de saúde quando um problema já está instalado, perpetuando a visão curativa do processo saúde-doença e ignorando as medidas de prevenção e promoção da saúde disponíveis no âmbito da Atenção Primária (NOB/SUS96).

4 PLANO DE AÇÃO

Após realização do levantamento do nó crítico, que seria a causa de um problema que quando atacado é capaz de transformar o problema principal, nota-se a necessidade de um planejamento das ações para aumentar a probabilidade de sucesso no alcance dos objetivos (CAMPOS; FARIA; MAX, 2010).

Neste contexto afirma Campos, Faria e Max (2010, p.16):

Quando planejamos alcançar objetivos complexos e queremos fazê-lo de forma participativa, compartilhando diferentes saberes (interdisciplinaridade) e diferentes ações (intersectorialidade), necessariamente precisamos trabalhar com um método de planejamento.

Desta forma, após uma análise situacional do PSF Primavera em que atuamos foi levantado como nó crítico o cancelamento do atendimento à saúde do homem pela nova gestão, reduzindo o número de atendimentos preventivos a saúde deste público alvo.

Durante a construção deste Trabalho de Conclusão de Curso foi possível traçar um plano de ação com estratégias, resultados esperados, responsáveis e, ainda, definir prazos para alcance das metas conforme descrito no Quadro1.

Quadro 1- Plano de intervenção

Estratégias para alcançar os objetivos/metasp	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Realizar a promoção, prevenção e proteção da saúde do homem.	Grupos operativos na Unidade de Saúde e nas empresas da área de abrangência.	Equipamentos audiovisuais: Computador, Projetor digital e cartazes.	Política e sensibilização dos homens para reconhecimento de suas condições sociais e de saúde e exercício de sua cidadania.	Agentes de saúde, enfermeiro, Médico e Técnicos de Enfermagem.	Semestral, com início em janeiro de 2014.	Lista de Presença, dinâmicas de grupo e questionários.
Garantir maior acessibilidade do homem através de agenda com horário especial.	Solicitar a gestão, a ampliação do horário de atendimento; Funcionamento da unidade básica de saúde em horário estendido até às 19:00h uma vez por semana.	<u>Recursos humanos:</u> Médico e Enfermeira; Cartazes e panfletos informativos sobre novo horário de funcionamento da unidade.	Funcionamento da unidade das 07:00h às 11:00h e de 13:00h às 19:00h uma vez por semana; Maior número de consultas preventivas ao homem.	Gestores, médico e enfermeiro.	Fevereiro de 2014.	Prontuários e agenda de atendimentos
Utilizar linhas de cuidado propostas pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem.	Qualificar os profissionais de saúde para atendimento baseado na linha guia; Imprimir linhas guia para consulta dos profissionais durante o atendimento.	Linhas de cuidado propostas pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do homem; Equipamentos audiovisuais: Computador, Projetor digital e cartazes.	Utilização destas linhas pelos profissionais qualificados. Atendimento mais qualificado ao homem.	Médico e Enfermeiro.	Janeiro de 2014.	Lista de Presença, dinâmicas de grupo e questionários.
Mudar foco das programações, para promoção de mudanças	Utilizar serviços e estratégias de comunicação (Mídias locais: TV,	Realizar parcerias com a sociedade civil.	Sensibilização do homem para ações de prevenção a sua	Agentes de saúde, enfermeira, Médico, Técnicos	Janeiro de 2014.	Listas das programações na mídia. Número de

Estratégias para alcançar os objetivos/metapas	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
comportamentais.	Rádio, Jornais);		saúde.	de Enfermagem e sociedade civil.		atendimentos a saúde do homem.
Pactuar metas municipais para alcance de resultados.	Registrar o número de atendimentos atuais e compará-los com o número de atendimentos após realização do plano de ação. Aumentar o número de atendimento à saúde do homem.	Planilha de registro de atendimento preventivo a saúde do homem, como foco principal. Planilha de registro de atendimento emergencial.	Avaliação do registro geral de atendimentos a saúde do homem.	Auxiliar administrativo e Enfermeira.	Fevereiro de 2014.	Planilha de registro de atendimento à saúde do homem.

5 CONCLUSÃO

De acordo com o estudo, verificou-se como a assistência à saúde do homem é percebida e realizada pelos profissionais de estratégia de saúde da família. A forma como estes profissionais trabalham com as famílias em distintos enfoques, reconhecendo a realidade em que vivem, e a importância das famílias para sua atuação. Buscou-se apresentar a problemática relação entre os homens e o cuidado com a própria saúde quando influenciados pela concepção hegemônica de masculinidade e as dificuldades dos serviços em atender a demanda da população masculina. É pertinente ressaltar que o atraso no reconhecimento do Estado em relação às condições de saúde dos homens brasileiros manteve essa população afastada dos cuidados primários de saúde, justamente os que buscam a prevenção e a promoção da saúde.

No processo de transformação do modelo assistencial, vimos que o trabalho em equipe interdisciplinar e a inclusão da saúde do homem tem foco na atenção básica, ultrapassando o cuidado individualizado centrado na doença.

Neste sentido, acredita-se que os profissionais que atuam no PSF têm potencialidades como estratégia de mudanças, porém, há necessidade de flexibilizar as tarefas estabelecidas para seu funcionamento, como também a conscientização não somente dos profissionais e universidades para aprofundamento de conhecimentos no que diz respeito aos homens, mas também uma conscientização dos gestores e a população da importância da sua participação no planejamento das ações no trabalho do PSF nos municípios com as famílias e a comunidade.

Concluimos que é necessário priorizar a implantação das equipes do PSF nos municípios, qualificando os profissionais, visando o atendimento integral das famílias, mudando não apenas o local de atuação, mas principalmente, a conduta desses, no modelo assistencial pautado no compromisso ético – político.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2008. **Pacto pela Saúde – Política Nacional de Atenção Básica**. Volume 4. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em: 09 out. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil (Subchefia para Assuntos Jurídicos). Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 09 out. 2013.

BRASIL. Lei N. 8142 de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 09 nov. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DE SAÚDE. **Portaria N. 648 / GM de 28 de março de 2006**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 25 out.2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2007. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CARRARA, S.; RUSSO, J.; 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.

COURTENAY, W. H. **Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health**. Soc. Sci Med. 2000; 50:1385-401.

DATASUS. 2007. **Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

LUCK, M.; BAMFORD, M.; WILLIAMSON, P. **Men's health: perspectives, diversity and paradox**. London: Blackwell Sciences; v. 8, p. 183, 2000.

NARDI, A.; GLINA, S.; FAVORITO LA. **Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil**. International Braz J Urol, v. 33, p. 1-7, 2007.

NOTICIA SUS. INSTITUTO SALUS. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é pauta na Atenção Básica**. 2008. Disponível em: <<http://politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-do-homem-e-pauta-na-atencao-basica>>. Acesso em: 18 out. 2013.

SUS. Norma Operacional Básica do SUS. NOB/SUS96. **Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão**. Brasília, 6 de novembro de 1996. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf>. Acesso em: 09 out. 2013.