

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANTÔNIO VITOR CARDOSO MAIA**

**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO HOMEM E ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA: LIMITAÇÕES E POSSIBILIDADES**

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS**

**2019**

**ANTÔNIO VITOR CARDOSO MAIA**

**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO HOMEM E ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA: LIMITAÇÕES E POSSIBILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Maura Rezende

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS**

**2019**

**ANTÔNIO VITOR CARDOSO MAIA**

**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO HOMEM E ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA: LIMITAÇÕES E POSSIBILIDADES**

**Banca examinadora**

Profª Drª Regina Maura Rezende (UFTM)

Prof. Dra. Nayara Ragi Baldoni Couto, Universidade de Itaúna (UIT)

Belo Horizonte, 24 de julho de 2019.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde coletiva e atenção básica que anseiam por novos saberes e pelo melhor atendimento ao paciente. À acolhedora população de Lagoa Dourada-MG que tanto carece de serviço público de saúde de qualidade. Aos meus familiares que sempre me apoiaram nas mais difíceis decisões. Dedico ao meu falecido pai Aristides, que como homem exemplar e trabalhador possibilitou meu ingresso à Medicina e me inspira diariamente à constante evolução espiritual e humana. À minha namorada e companheira Carolina por todo suporte, apoio e amor; sendo responsável por confortar o árduo caminho profissional da Medicina e por me ajudar a perceber e corrigir meus erros.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à toda população de Lagoa Dourada-MG, que me acolhera de forma surpreendentemente calorosa, e cultiva a exemplar valorização do profissional de saúde coletiva. Aos pares de trabalho na ESF Central, sendo essenciais na construção do saber e responsáveis por um trabalho em equipe exemplar. Aos meus familiares por todo suporte. À enfermeira Liliane por tanto contribuir e permitir que o serviço em equipe fosse tão eficiente e possibilitar o desenvolvimento deste trabalho e minha estadia no serviço. Ao meu amor, companheira de vida, Carolina Nascimento por apoiar e ser alicerce nos momentos mais difíceis. Por fim, a Deus por permitir o encontro destas tantas pessoas que engrandeceram meu saber médico, pessoal e espiritual, e assim, as levo em memória e aprendizado por toda minha vida.

*No que diz respeito ao desempenho, ao compromisso, ao esforço, à dedicação não existe meio termo, ou você faz uma coisa bem-feita ou não faz.*

*(Ayrton Senna)*

## RESUMO

Este projeto nos leva a entendermos a caracterização do processo saúde-doença da representação social masculina e sua persistente baixa adesão à medicina preventiva dentro da realidade do município de Lagoa Dourada-MG. Esta tendência se justifica por diversas barreiras socioculturais e institucionais, associadas às políticas de saúde pública ineficientes ao homem, culminando, pois, no *status* atual, em que persistem altas taxas de morbimortalidade dentre a população masculina. O trabalho, então, propõe possíveis estratégias a fim de solucionar estes problemas considerando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a população adscrita pela Estratégia Saúde da Família (ESF) Central, onde se reproduz estatísticas semelhantes às de âmbito nacional. Objetiva-se a maior adesão do público masculino à Atenção Básica de Saúde através do rompimento das amarras socioculturais que prejudicam a plena educação quanto ao autocuidado masculino. Aproximamos a esta realidade masculina através do Diagnóstico Situacional da ESF Central, sendo realizada uma revisão da literatura para o desenvolvimento de estratégias de intervenção. Sendo estas: estímulo à capacitação continuada da ESF aliada ao acolhimento integral e de qualidade desta população, inserindo-os em programas de educação e promoção de saúde e fomentando, tão logo, o vínculo longitudinal do paciente do sexo masculino dentro deste contexto loco-regional. Ao intervirmos com as estratégias alavancadas, esperamos a equalização dos indicadores de morbimortalidade entre o gênero masculino e feminino e, tão logo, melhorias na gestão dos recursos destinados à Atenção Primária, com a conseqüente economia de gastos em saúde tanto pelo setor público quanto pelo núcleo familiar.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Saúde do Homem. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

## **ABSTRACT**

This project leads us to understand the characterization of health-disease process of male social representation and its persistent low adherence to preventive medicine within the reality of Lagoa Dourada-MG city. This trend is due to several socio-cultural and institutional barriers associated with inefficient public health policies, culminating in the current situation of high morbidity and mortality rates among the male population. The study propose possible strategies in order to solve these problems considering the National Policy of Integral Attention to the Health of Man and the population assigned by Central Family Health Strategy, which reproduces similar statistics to those of national scope. The purpose is to increase the male population's adherence to Basic Health Care through the disruption of socio-cultural ties that hamper a full education regarding male self-care. We approach to this male reality through the Situational Diagnosis of the Central ESF, being realized a review of the literature for the development of intervention strategies. These are: encouragement for the continuous training of ESF allied to integral and quality host of this population, inserting them in education and health promotion programs and fostering, as soon as possible, the longitudinal link of the male patient within this regional context. When we intervene with the leveraged strategies, we expect the equalization of morbidity and mortality indicators between the male and female genders and, as soon as possible, improvements in the management of resources destined to Primary Attention, with the consequent saving of health spending by both public sector and the family nucleus.

**Keywords:** Unified Health System. Family Health Strategy. Primary Health Care. Man's Health. National Policy of Integral Attention to the Man's Health.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
COPASA	Companhia de Saneamento
DM	Diabetes Mellitus
DML	Departamento de Material de Limpeza
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETE	Estação de Tratamento de Esgoto
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PAN	Plano Nacional de Ação
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
USB	Unidade de Suporte Básico

1 INTRODUÇÃO .....	12
1.1 Breves informações sobre o município de Lagoa Dourada.....	12
1.2 O sistema municipal de saúde .....	12
1.3 A Equipe de Saúde da Família Central, seu território e sua população .....	14
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	18
1.5 Priorização dos problemas.....	19
2 JUSTIFICATIVA .....	20
3 OBJETIVOS .....	23
3.1 Objetivo geral .....	23
3.2 Objetivos específicos .....	23
4 METODOLOGIA.....	24
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
5.1 A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família .....	27
5.2 A Política Nacional de Saúde do Homem .....	29
5.3 Baixa adesão masculina aos serviços da atenção básica: porque isso acontece e como modificar essa realidade?.....	31
6 PLANO DE INTERVENÇÃO .....	34
6.1 Descrição do problema selecionado .....	34
6.2 Explicação do problema selecionado.....	34
6.3 Seleção dos nós críticos .....	35
6.4 Desenho das operações .....	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	40
REFERENCIAS.....	42

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Breves informações sobre o município de Lagoa Dourada**

A cidade de Lagoa Dourada possuía no século XVII o maior número de indígenas na nação Cataguás. A princípio a cidade ficou denominada Alagoa das Vertentes dos Cataguás, nome este devido à lagoa que realmente existiu no local, em cuja margem havia ouro. Posteriormente passou a ser conhecida como Sítio dos Cataguases, depois Alagoa Dourada e, por fim, recebeu o nome de Lagoa Dourada. Em 06/06/1912 ocorre a municipalização da cidade (BUZATTI, 2011).

Ainda segundo o autor supracitado, no dia 06 de junho é comemorado o dia da cidade, e no dia 13 de junho, o dia do padroeiro da cidade, Santo Antônio. Estas datas são consideradas feriados municipais. As pessoas nascidas no município são chamadas “lagoenses”. A cidade destaca-se pelo tradicional rocambole e pela criação de jumentos da raça *pêga* (BUZATTI, 2011).

Lagoa Dourada está situada no sudeste de Minas Gerais, no Campo das Vertentes, microrregião de São João Del Rei e na macrorregião Barbacena, fazendo divisa com os seguintes municípios: Prados, Coronel Xavier Chaves, Resende Costa, Carandaí, Entre Rios de Minas e Casa Grande. A população estimada da cidade em 2017 é de 13.056 pessoas (IBGE, 2017).

Como descreve Buzatti (2011) as principais atividades econômicas de Lagoa Dourada são as produções agropecuária e leiteira, mas, hoje em dia, vem crescendo na produção de moveis em madeira, gerando empregos e impulsionando a economia da cidade.

A política de Lagoa Dourada está relacionada a dois partidos políticos, PSDB e PMDB, que tem assumido o poder administrativo da cidade há décadas (BUZATTI, 2011). O PMDB está na administração da cidade há praticamente 11 anos.

### **1.2 O sistema municipal de saúde**

O sistema de saúde de Lagoa Dourada é composto por:

- Quatro Unidade Básica de Saúde (UBS) que abrigam as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com atendimento de saúde bucal (ESF Município Saudável, ESF Integração, ESF Florescer e ESF Central);

Uma Unidade que atende Urgência e Emergência com funcionamento 24 horas;

- Uma Base do SAMU com uma USB (Unidade de Suporte Básico);
- Uma Farmácia da Rede Farmácia de Minas.
- Um Centro de especialidades Bem Viver com atendimento de neurologia, psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional e fonoaudiologia.

O atendimento na ESF ocorre por meio de consultas agendadas e de demanda espontânea. Os atendimentos agendados visam a assistência às gestantes, puericultura, controle de doenças crônicas não transmissíveis (Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* (DM)), saúde mental e saúde da mulher. O atendimento de demanda livre visa acolher os problemas agudos de saúde. São oferecidos também atendimentos em grupo visando oferecer assistência a pessoas com doenças crônicas, saúde mental, saúde nutricional e práticas corporais.

O acolhimento ocorre no momento da triagem pela equipe de enfermagem. Os encaminhamentos para outros serviços são realizados pelos médicos via Tratamento Fora do Domicílio (TFD). No atendimento de urgência e emergência é utilizado o protocolo de Manchester.

As Unidades de saúde que abrigam a estratégia de saúde de família funcionam de segunda a sexta-feira das 07h:00min às 16h:00min, com uma hora de almoço revezada entre os funcionários, pois a unidade não fecha. Quinzenalmente, as unidades têm seu horário estendido até as 21h:00min horas para atendimentos voltados à saúde do trabalhador.

A unidade que atende urgência e emergência funciona 24 horas com plantonistas que trabalham no turno de 07h:00min às 19h:00min, e, no turno de 19h:00min às 07h:00min. A farmácia funciona das 07h:00min às 18h:00min sem fechar para horário de almoço.

As unidades de saúde possuem prédios próprios, com equipamentos e mobiliários em bom estado de conservação. É utilizado um serviço de informação terceirizado chamado ELOSIS, com envio mensal de dados ao banco nacional de dados – DATASUS – e utilização do prontuário eletrônico.

Os exames laboratoriais são realizados em um laboratório de análises clínicas que oferece serviços à prefeitura municipal. Os exames de imagem, e outros exames de alto custo, são realizados através de pactuações com outras cidades e consórcios intermunicipais.

### 1.3 A Equipe de Saúde da Família Central, seu território e sua população

A Unidade Básica de Saúde Ludgero Ferreira Lopes, que abriga a equipe da ESF Central, possui sua sede própria inaugurada em 06/06/2012. Está localizado na Rua Marieta Pires de Resende, nº 20, no bairro Novo Horizonte.

É uma unidade que atende área urbana e rural, tendo atualmente 2.714 pessoas cadastradas, descritos na Quadro 1

Quadro 1: Dados demográficos da população adscrita da Estratégia de Saúde da Família Central

População da ESF Central de acordo com sexo e idade			
<b>Faixa etária</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
0-1 ANO	21	23	44
1-4 ANOS	64	64	128
5-14 ANOS	204	174	378
15-19 ANOS	122	97	219
20-29 ANOS	231	197	428
30-39 ANOS	239	208	447
40-49 ANOS	190	158	348
50-59 ANOS	166	191	357
60-69 ANOS	120	100	220
70-79 ANOS	64	64	70
80 ANOS E MAIS	26	30	56
<b>TOTAL</b>	<b>1421</b>	<b>1293</b>	<b>2714</b>

Fonte: ELOSIS, 2018

A unidade possui uma boa estrutura física contendo: recepção, sala de reuniões, dois banheiros públicos, uma sala para imunização, uma sala de triagem, dois consultórios clínicos e um odontológico, uma sala de ginecologia, uma sala de curativos, uma sala de nebulização e observação, um “escovário”, uma sala dos ACS, uma sala de expurgo, uma sala de esterilização, DML, um almoxarifado, dois banheiros para funcionários e uma cozinha. Os mobiliários encontram-se em bom estado e a unidade dispõe de insumos e medicamentos adequados para o atendimento da população.

A comunidade assistida pela ESF Central localiza-se em duas áreas rural e o restante na área urbana. As pessoas que vivem na área rural e no Bairro Cavalhadas estão, em sua maioria, trabalhando na agricultura e pecuária, com o plantio predominantemente de feijão e milho, além da criação de suínos e bovinos, e produção de leite. Já no bairro Gamarra e Centro os empregos estão mais voltados para o comércio e construção de móveis. Observa-se também o trabalho artesanal na comunidade como fonte de renda.

O saneamento básico na comunidade, assim como em todo o município, é parcial. A água distribuída na zona urbana está sob responsabilidade da COPASA. A rede de esgotos da cidade está em construção e, em breve, terá o tratamento adequado com o término da construção da Estação de Tratamento de Esgoto (ETE).

A comunidade conta com coleta de lixo que ocorre nas terças e quintas-feiras. O lixo coletado é destinado para um aterro sanitário. Nas terças-feiras ocorre a coleta seletiva.

A comunidade mantém costumes religiosos e culturais. Todo ano são realizadas em dois bairros da área, festas juninas, e, no mês de junho, mês do padroeiro da cidade, é realizada a novena de Santo Antônio nos bairros.

Observa-se, na comunidade, problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e drogas (substâncias psicoativas), idosos que vivem em situações precárias de habitação e higiene, e, muitas vezes, sem acompanhamento familiar. É também evidente a baixa adesão aos serviços de saúde pela população masculina, destacando o predomínio das mulheres na Atenção Primária.

A equipe da ESF Central é composta pelos seguintes profissionais: 06 agentes comunitários de saúde, um auxiliar de serviços gerais, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e um médico. A unidade possui também uma equipe de saúde bucal composta por: um auxiliar odontológico, uma técnica em saúde bucal e uma cirurgiã dentista. Os profissionais que atuam na ESF Central cumprem a carga horária de 40 horas semanais.

Conforme destacado anteriormente, a Unidade funciona de segunda a sexta, das 07h:00min às 16h:00min horas sem fechar para horário de almoço. Nas segundas-feiras, a cada 15 dias, a unidade funciona até as 21h:00min, para atendimento e acompanhamento de pessoas que o horário de trabalho coincide com o horário de funcionamento da unidade. Os atendimentos ofertados na ESF Central estão organizados em atendimento de consultas agendadas de pré-natal,

puericultura, rastreio dos cânceres de mama e do colo uterino, atendimento a hipertensos e diabéticos, atendimento em saúde mental, além de atendimentos da demanda espontânea, e agravos agudos de saúde. Atualmente são oferecidos atendimentos em grupo para idosos, mulheres, hipertensos, diabéticos e um grupo de perda de peso. As maiorias dos atendimentos médicos são para atender a demanda espontânea.

São descritos na tabela abaixo alguns aspectos demográficos da área de abrangência da ESF Central

Quadro 2: Indicadores de morbidade da população da Estratégia de Saúde da Família Central de acordo com a micro área de abrangência

Estratégia de Saúde da Família Central						
<b>Indicadores</b>	<b>Micro 1</b>	<b>Micro 2</b>	<b>Micro 3</b>	<b>Micro 4</b>	<b>Micro 5</b>	<b>Micro 6</b>
Proporção de idosos. Pop. 60 anos e mais	41	63	99	96	58	35
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	45	49	66	74	36	21
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	135	127	152	165	85	46
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	67	88	100	98	60	43
Portadores de hipertensão arterial cadastrados	92	102	100	135	84	24
Portadores de diabetes cadastrados	36	21	27	35	14	08

Fonte: ELOSIS, 2018

As principais causas de óbitos na área da ESF Central são por doenças cardiovasculares, e as principais causas de internação estão relacionadas a doenças cardiovasculares e respiratórias.

Na cidade existem três escolas, sendo uma estadual onde é oferecida formação do ensino médio, e duas municipais oferecendo formação do ensino fundamental. É ofertado transporte público escolar a fim de atender os usuários que moram em áreas distantes, sendo incluída a área de abrangência da ESF Central, onde não possui escolas em seu território.

A cidade possui uma creche que atende a crianças de três a cinco anos de idade, e está sendo construída uma nova creche para melhorar o acesso das crianças à educação infantil. Tanto a que já está funcionando, quanto a que está sendo construída, estão na área de abrangência da ESF Central.

Na cidade há três igrejas católicas, nenhuma delas na área de abrangência da ESF Central. Na área há duas sedes de igrejas evangélicas.

A cidade, de forma geral, não oferece muitas opções de lazer para a população. Está sendo implantado um projeto de esportes na cidade, e que irá proporcionar além de atividade física, oportunidade de convivência e descontração para a população. Existe na área da ESF Central um clube de natação com quadras esportivas, no entanto, é um clube particular.

Funciona na área de abrangência da ESF Central uma sede da Pastoral da Criança que realiza acompanhamento mensal do desenvolvimento nutricional das crianças, sendo ofertados alimentos à comunidade. A sede da pastoral é utilizada pela ESF Central para realização de atendimento em grupo. A ESF Central tem, assim, uma parceria com a Pastoral da criança que oferece sua sede para a realização de grupos operacionais com a colaboração da equipe de enfermagem para o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento das crianças.

Juntamente com a Equipe do Núcleo Atenção a Saúde da Família (NASF), a ESF Central realiza os seguintes grupos: um grupo de idosos com encontros quinzenais; um grupo de convivência para a comunidade com encontros quinzenais; um grupo de HAS e DM com encontros mensais; um grupo de perda de peso com encontros mensais e, um grupo de mulheres com encontros quinzenais.

As reuniões de equipe ocorrem mensalmente com presença da equipe do NASF. Tão logo surjam demandas extraordinárias, novas reuniões multidisciplinares



são convocadas em caráter de urgência, a fim de resolução de problemas pontuais da população.

A unidade oferece vacinação para a população apenas durante as campanhas de vacina, devido ao número reduzido de profissional de enfermagem para aplicação. No entanto, a Secretaria Municipal de Saúde está desenvolvendo plano de ação para introduzir um cronograma semanal de vacinação na UBS Ludgero Ferreira Lopes, no intuito de facilitar o acesso aos moradores da área.

#### **1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade**

Dentro de qualquer comunidade nos deparamos com variados problemas que irão caracterizar esta comunidade. Dessa forma, é fundamental que tais problemas sejam identificados pela equipe da ESF para que as ações de prevenção de agravos e promoção de saúde sejam eficientes e eficazes. Como o trabalho da ESF é realizado por meio de uma relação de proximidade com a população da área de abrangência, torna-se mais fácil detectar os problemas vivenciados por esta comunidade assim como os possíveis mecanismos existentes para solucioná-los.

Assim, como em qualquer serviço de saúde, na área de abrangência da equipe de ESF Central deparamos diariamente com problemas que impactam diretamente na forma de realizarmos o trabalho. Dentre estes problemas, podem ser destacados: famílias vivendo em ambientes sem condições de higiene e sem infraestrutura adequada, uso abusivo de drogas e álcool, falta de envolvimento de membros da equipe com o trabalho, pouca adesão da comunidade às ações de prevenção de doenças e agravos à saúde, uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos, baixa adesão da população masculina ao serviço de atenção primária de saúde.

Tendo em vista a importância da existência de um trabalho voltado à saúde do homem, um problema existente na área de abrangência da ESF Central, é o crescente número de homens afetados por agravos crônicos que não realizam o acompanhamento ambulatorial periódico na atenção primária, sendo crescente, em paralelo, o número da população masculina, tanto vítima de sequelas e mais morbidades relacionadas, quanto de óbito.

### 1.5 Priorização dos problemas

Quadro 3: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Central, Unidade Básica de Saúde Ludgero Ferreira Lopes, município de Lagoa Dourada, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Pouca adesão do público masculino ao atendimento médico para consultas de acompanhamento na atenção primária	Alta	7	Parcial	1
Pouca adesão do público masculino nas ações de prevenção de doenças e agravos à saúde	Alta	7	Parcial	2
Falta de reuniões para discussão do processo de trabalho envolvendo toda a equipe	Alta	6	Dentro	2
Uso abusivo de drogas e álcool	Alta	5	Parcial	2
Falta de envolvimento com o trabalho de alguns membros da equipe	Alta	5	Parcial	2

## 2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista a importância do envolvimento do cidadão no cuidado da saúde, buscando minimizar os agravos e prevenir doenças, torna-se essencial o conhecimento acerca dos aspectos que envolvem o processo de saúde e doença. As ações de promoção de saúde e prevenção de doenças desenvolvidas pela equipe de saúde da família são mecanismos que contribuem de forma significativa para a obtenção de tal conhecimento.

Como descreve Pacheco (2012), a promoção da saúde depende de habilidades individuais em que são necessárias medidas que implicam no indivíduo, família, ambiente e estilos de vida, com responsabilização não apenas do serviço de saúde como também do indivíduo, sua família, do ambiente que vive e seu estilo de vida, bem como das políticas públicas, que devem ser implementadas pelo papel e compromisso do Estado.

Dentre os problemas levantados existentes na ESF Central de Lagoa Dourada, destacou-se o número cada vez maior de homens com doenças crônicas, e que não realizam o acompanhamento adequado dessas doenças, e, ainda, não participam das ações de promoção e prevenção desenvolvidas pela equipe. Este fato incide diretamente na caracterização do perfil masculino diante das altas taxas de morbimortalidade.

Conforme dados do SIH/SUS (2019), no quesito morbidade hospitalar, o número de internações hospitalares por sexo para a população de Lagoa Dourada-MG, no ano de 2018, foi de 275 homens contra 382 mulheres. Durante o mesmo período, o estado de Minas Gerais apresentou 534.953 homens e 709.053 mulheres; já no âmbito nacional, 4.838.482 homens e 6.952.125 mulheres estiveram internadas. A partir destes dados, nota-se o destaque da população feminina presente nos serviços de saúde; sendo representável o retrato epidemiológico de Lagoa Dourada para todo território brasileiro, sendo endêmico ausência da população masculina nos serviços de saúde.

Estes dados dialogam com o perfil epidemiológico de óbitos no mesmo período de tempo supramencionado. Em Minas Gerais, dentre o número de hospitalizações, constatou-se um total de 57.041 óbitos, sendo 30.643 homens e 26.398 mulheres; a mesma proporção se reflete em âmbito nacional, onde somaram-se um total de 502.592 óbitos, sendo 268.265 homens e 234.323 mulheres

(SIH/SUS, 2019). Tão logo percebe-se que o número de mortes de homens supera o número de mortes de mulheres, apesar de a proporção se inverter no quesito hospitalização; ou seja, a população masculina tem uma menor adesão aos serviços de saúde e possui uma maior taxa de mortalidade. Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM, 2019), as principais causas de óbito dentre os homens foram causas externas e doenças circulatórias, o que retrata a insuficiência da Atenção Básica de Saúde ao cumprir com a função de promover saúde, prevenir doenças e educar a população masculina em relação a estas morbidades prevalentes nesta população.

Ao traçarmos o perfil sociocultural histórico dos homens, percebe-se que a invulnerabilidade e virilidade atribuídas ao gênero masculino são causas importantes de negligência ao autocuidado, os expondo, mais que as mulheres, às situações de risco e ameaça à vida. As barreiras culturais e institucionais contribuem para a baixa adesão persistente da população masculina à atenção primária, sendo rotineiro recorrerem aos serviços de saúde somente quando o agravo gera importante sofrimento ou quando os impossibilita de trabalharem. Assim, os homens se apresentam aos serviços de saúde já doentes e em condições avançadas, se beneficiando, então, de intervenções verticais e pontuais, e não do cuidado horizontal e permanente que é promovido pela longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde.

Nesta perspectiva, a população masculina permanece mais suscetível às doenças endêmicas da região, ao agravamento das doenças já existentes e às possíveis sequelas, culminando em crescentes gastos de ordem pública e particular, sublimando sua renda familiar e depreciando sua qualidade de vida. Esses fatores, também podem ser responsáveis por sobrecarregarem de forma exponencial tanto o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009) quanto a Previdência Social.

Silva et al (2012) comentam que vários são os motivos que levam a essa baixa adesão do público masculino aos serviços da atenção básica de saúde, dentre eles podemos citar: horário de funcionamento das unidades compatíveis com o horário de trabalho, sensação de invulnerabilidade, falta de acolhimento nas UBS, a demora em conseguir atendimento, baixa adesão terapêutica, não seguimento horizontal de condições crônicas, déficit educacional no quesito saúde individual, agregando, assim, à cultura de displicência perante sua própria saúde.

Sendo o homem muitas vezes ainda, o centro do núcleo familiar, gerador de renda e culturalmente pertencente à uma sociedade extremamente patriarcal, e ser um dos principais mantenedores da casa, ele tende a recorrer menos à Atenção Primária. O receio em descobrir alguma doença grave, o constrangimento em expor seu corpo ou a insegurança quanto aos procedimentos mais invasivos, como toque retal para o rastreamento de doenças prostáticas ou coloproctológicas, contribuem para a não adesão do homem ao serviço de saúde preventiva e até terapêutica. Sendo assim, indivíduos do sexo masculino tendem a procurar atendimento quando suas atividades cotidianas são limitadas e prejudicadas (ALBURQUEQUE et al, 2014).

Logo, como descreve Lemos et al (2017), os homens estão vinculados ao papel social estabelecido de provedores da família sendo o papel do cuidado culturalmente atribuído à mulher. Dessa forma, o homem não costuma desenvolver o hábito do autocuidado uma vez que, quando criança, isso é de responsabilidade da mãe e, quando adulto, a sua esposa ou companheira acaba por assumir essa função.

Tal perfil que caracteriza o público masculino se faz presente em Lagoa Dourada-MG, e é observado nos homens da área de abrangência da ESF Central. Tendo em vista tal realidade, este trabalho foi desenvolvido visando contribuir com o processo de trabalho da ESF Central, melhorando a adesão da população masculina ao serviço de atenção básica de saúde por meio de implantação de uma estratégia que possa facilitar esse acesso aos serviços oferecidos pela equipe, e, cultivar nesta região, uma cultura de promoção à saúde, através de atividades de educação, prevenção e conscientização contínua.

A educação contínua da comunidade através da crescente presença de planos de cuidados integrais da saúde do homem se faz um grande desafio, uma vez que demanda pelo trabalho conjunto de toda secretaria de saúde municipal, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde, recepcionistas de UBS, dentistas, auxiliares e gestores, visando em longo prazo uma maior adesão de toda população masculina. O ponto chave é a educação. Através desta, atingimos a transformação de uma sociedade com a eliminação de tabus do que envolvem o gênero masculino.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

O objetivo deste trabalho é propor um projeto de intervenção para a Unidade Básica de Saúde Ludgero Ferreira Lopes, ESF Central, do município de Lagoa Dourada, Minas Gerais, para melhoria da adesão do público masculino à rede de Atenção Básica de Saúde, estimulando e promovendo de forma contínua o atendimento de pacientes crônicos, fomentando a promoção de saúde e prevenção de doenças prevalentes dentre esta população.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Absorção da população masculina pelo sistema de Atenção Básica à Saúde, através de flexibilização dos horários de acolhimento e atendimento médico pela ESF.
- Conscientizar agentes das esferas executivas e legislativas, gestores de saúde e gerentes de ESF sobre a necessidade de dar atenção à saúde da população masculina.
- Promover a educação dos homens sobre a necessidade de prevenção, rastreio e cuidado de agravos agudos e crônicos mais prevalentes nesta população.
- Incentivar a adesão de homens em grupos operacionais específicos, elevando a conscientização sobre manutenção de saúde e controle de doenças.
- Capacitar e conscientizar as ACS para busca ativa permanente de usuários de elevado risco para doenças que estejam ausentes ou infrequentes na UBS.

## 4 METODOLOGIA

Para execução deste projeto, foi utilizado o diagnóstico situacional da ESF Central, com dados obtidos por meio de reuniões com a equipe da saúde, do programa de informação utilizado na cidade e da secretaria municipal de saúde.

Outro mecanismo utilizado foi o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que possibilitou a determinação dos problemas existentes com a participação de toda a equipe da ESF Central, além da seleção dos nós críticos gerados, e das ações a serem realizadas para intervir no problema observado.

Foi realizada uma revisão de literatura, com os seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Estratégia de Saúde da Família; e, Saúde do homem.

Mecanismos que visam a maior proximidade do serviço público de saúde à população em geral devem ser desenvolvidos, de forma que se adequem à realidade das microrregiões, e às diferentes classes sociais adscritas pela ESF. Com este enfoque, várias possíveis vias compõem um plano de ação, desde a captação ativa do público pelas Agentes Comunitárias de Saúde ao acolhimento passivo e programa terapêutico pelo médico ou dentista.

Este grande espectro de ações se inicia com a capacitação do corpo de ACS como forma de melhor interpretar e perceber os potenciais indivíduos sob risco num ambiente familiar. Este contato familiar íntimo propicia uma busca ativa pela população em risco, que esteja ausente ou distante dos serviços de saúde primária, aumentando a chance de recrutamento deste público para o serviço. O acolhimento ativo ofertado pelas ACS são, muitas vezes, o primeiro contato do paciente com o serviço, e por isso é primordial que este acolhimento seja eficiente e capaz de promover a adesão contínua ao serviço. Para que as agentes figurem com excelência neste plano de ação, é importante que toda equipe trabalhe de forma integral ao estudar estratégias diante das situações identificadas. Reuniões de equipe semanais propiciam a exposição e a discussão de casos para a elaboração conjunta de estratégias para captação de pacientes. A capacitação destas agentes também deve ser priorizada pelos serviços gestores, com a promoção de cursos e treinamentos periódicos visando sempre o melhor acolhimento humanizado do

paciente. As visitas domiciliares devem obedecer a um cronograma permanente, evitando a ausência dos agentes para algumas famílias.

O acolhimento passivo feito pela enfermagem e pelos médicos ou dentistas dentro da UBS, deve ser tão eficiente quanto resolutivo e integral. Mais uma vez, a capacitação continuada destes profissionais se mostra importante para atingir este objetivo. O atendimento humanizado deve ser permanente, centrado sempre na pessoa e não na doença queixada. Ao interpretarmos a condição do paciente inserida em certo contexto social e cultural, podemos interferir nas falhas educacionais e promover o conhecimento acerca de sua saúde e a importância de manutenção do estado de plena saúde. A oportunidade de conquistarmos o paciente não deve ser negligenciada, pois é neste momento que garantimos sua permanência no serviço. A população masculina carece especialmente desta intervenção. Neste momento, criamos a oportunidade de romper com as amarras institucionais e socioculturais que cercam o gênero masculino e, então, criamos a perspectiva de promoção de consciência do autocuidado.

Este atendimento ao público masculino muitas vezes é comprometido devido ao papel social ao qual o homem é inserido, sendo muitas vezes o responsável pelas finanças e gestão do núcleo familiar. Este encargo é destaque quando o homem é trabalhador autônomo ou remunerado conforme o tempo trabalhado, não havendo tempo hábil durante o horário comercial para a busca de serviços de saúde. Sendo assim, é importante a flexibilização dos horários para atendimento deste grupo de pessoas, oferecendo horários alternativos, como de 17h:00min às 21:00 horas, pelo menos um dia da semana. Inclui-se, então, o atendimento da demanda masculina adscrita por meio da organização de agenda conforme demanda identificada pelos Agentes de Saúde, pela Assistência Social ou Vigilância Sanitária, disponibilizando o fácil atendimento médico, odontológico, e por profissionais do NASF. Desta forma, a população masculina, antes à margem da Atenção Primária de Saúde, agora poderá ser absorvida pelo sistema, possibilitando os vários trabalhos de prevenção e atendimento horizontal e integral do paciente.

Para tal, destaca-se algumas ações articuladas, a destacar:

- Em nível do poder executivo municipal, cabe a valorização dos profissionais envolvidos, atentando-se à garantia de seus direitos trabalhistas e de um ambiente seguro e protegido, uma vez que tais horários expõem toda unidade ao risco de violência devido ao isolamento geográfico da UBS e ao baixo policiamento.



- Criação de programas sociais para a comunidade que facilitem a transmissão de informações e conscientizem os homens sobre a necessidade de prevenção, rastreamento e cuidado de agravos agudos e crônicos prevalentes e endêmicos nesta população, fortaleceria os laços entre este público-alvo e os serviços de saúde preventiva.
- Lançar mão de grupos operacionais multiprofissionais específicos em horários noturnos, que propiciem o atendimento integral e multiprofissional do homem e do trabalhador, com assuntos mais relevantes à população masculina, tais como tabagismo, alcoolismo, saúde do trabalhador, rastreamento e manejo de afecções prostáticas ou saúde sexual para o homem, pode contribuir para o maior interesse deste público e aumentar sua aderência ao serviço de saúde preventiva.
- O desenvolvimento de ações sociais de conscientização para prevenção de agravos prevalentes na população masculina, como prevenção de acidentes no trânsito, tendo em vista que esta população é a mais acometida; ou a educação permanente em relação à saúde do trabalhador, sendo fornecidas orientações sobre ergonomia no trabalho ou prevenção de acidentes em ambiente laboral. Neste quesito, nota-se a importante necessidade de constante educação preventiva.
- A educação em saúde do homem deve ser permanente, sendo promovidas palestras em empresas ou demais instituições empregadoras do público masculino a fim de prevenir acidentes de trabalho ou doenças laborais. Criação de ações comunitárias para a conscientização quanto à prevenção de acidentes de trânsito, com panfletagem e palestras em ambientes públicos e de fácil acesso, expondo de forma incisiva as rotineiras negligências e suas consequências diante de um acidente.
- Parcerias entre a Secretaria Municipal de Saúde e a rádio local – veículo de informação comum e abrangente em cidades interioranas, incluindo Lagoa Dourada – como forma de emissão semanal de boletim de informações acerca da saúde do homem, esclarecendo dúvidas enviadas por ouvintes e fornecendo orientações de fácil acesso.
- A criação de perfis em redes sociais da internet pode também viabilizar este acesso à informação, estreitando o vínculo com o usuário da ESF e fomentando o aprendizado contínuo.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde (APS), como descreve Fertoni (2015), é um modelo assistencial que procura ofertar saúde para todos os níveis sociais levando em consideração a importância de se manter as práticas culturais em saúde, e utilizando formas de atenção que tragam resultados com custos que são acessíveis aos orçamentos dos diversos países.

Em 1978 foi publicada a Declaração de Alma Alta, importante acontecimento para o desenvolvimento da APS no mundo. Nessa declaração a APS é defendida como sendo o centro de um sistema de saúde, e apresenta ideias que proporcionam resultados mais eficientes, eficazes, favoráveis e igualitários em saúde, com maior satisfação do usuário (ARANTES et al, 2016).

Mendes (2015) comenta que, a partir dessa definição descrita pela Declaração Alta Alma, surgem elementos essenciais da APS, tais como a educação em saúde, saneamento básico, cuidados gerais com a criança e a mulher, valorização das práticas complementares, prevenção de endemias, cuidado correto das doenças e danos mais comuns à saúde, oferta de medicamentos prioritários, além de promoção de alimentação saudável e micronutrientes.

Figueiredo (2012) completa que a Atenção Básica é composta de um conjunto de ações de Vigilância em Saúde, e envolve os conhecimentos e práticas da epidemiologia e das ciências sociais, modificando as práticas em saúde, envolvendo as bases de promoção, proteção e assistência, para que o cuidado seja ofertado de forma integral ao indivíduo.

Como descrito, a APS surge como um modelo assistencial que visa o atendimento do cidadão em sua totalidade e de forma mais eficaz, gerando menos custos e maior satisfação ao paciente.

Figueiredo (2010) descreve que os cuidados que são oferecidos na APS são complexos por atender as necessidades de saúde individuais e coletivas da comunidade, influenciando tanto na saúde e na autonomia do cidadão, quanto nos aspectos que determinam e condicionam a saúde da comunidade.

Ainda segundo o autor supracitado, a APS é a porta de entrada do sistema de saúde e suas ações se inicia no acolhimento, escuta qualificada e resposta que

traga soluções para a maiorias dos problemas de saúde da comunidade, diminuindo os danos e sofrimentos. Para se alcançar tal resultado torna-se necessário a existência do trabalho em equipe, unindo os conhecimentos dos profissionais para fornecer cuidados eficazes aos cidadãos de territórios estabelecidos sob a responsabilidade da equipe (FIGUEIREDO, 2010).

A fim de reorganizar a Atenção Básica, garantindo a efetividade das ações oferecidas, em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), buscando superar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde garantindo a equidade da assistência (SILVA et al, 2013).

Diante de todas as características do PSF, Arantes *et al* (2016) descrevem que, por possibilitar a oferta de um serviço capaz de proporcionar a solução de variados problemas apresentados pela população, orientar a organização do serviço de saúde e contribuir para a modificação do modelo assistencial existente, o PSF passou reconhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Soratto *et al* (2015) acrescentam que a ESF se fundamenta nas propostas estabelecidas pela APS, e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Através dela o foco da assistência deixa de ser a doença e passa a ser o indivíduo, considerando o ambiente em que ele vive, suas relações coletivas e familiares. Associa os conhecimentos adquiridos por meio do vínculo com o indivíduo, do acolhimento e da autonomização aos conhecimentos científicos.

Sendo assim, a ESF segue as ideias de: integralidade e hierarquização do serviço que são organizados em níveis de complexidade; territorialização e adscrição da clientela, onde o trabalho ocorre em um território de abrangência definido, sendo a população desse território cadastrada e acompanhada pela equipe de ESF da qual pertence, tendo até 4000 pessoas cadastradas; atendimento realizado por uma equipe multiprofissional composta por no mínimo um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode compor a equipe também profissionais da área da odontologia, psicologia, dentre outros, conforme as necessidades locais; destaca-se o caráter substitutivo, onde as práticas deixam de focar na doença e passa a ser na Vigilância à Saúde (FIGUEIREDO, 2010).

A criação da ESF possibilitou a oferta dos serviços básicos de saúde para todas as áreas da sociedade, podendo contemplar os moradores de áreas periféricas e rurais, e, trouxe melhorias às práticas assistenciais nos pequenos

municípios. Além disso, potencializa as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e de educação em saúde, bem como, trouxe melhorias na assistência domiciliar, nas consultas de pré-natais e de acompanhamento e desenvolvimento da criança (ARANTES et al,2016).

Ainda de acordo com os autores supracitados, a ESF possibilita a transmissão orientações sobre o aleitamento materno exclusivo, a coleta de material para exames citopatológicos, a redução de nascidos com baixo peso, da mortalidade infantil e das internações hospitalares. Possibilita também que os portadores de doenças crônicas, tuberculose, e de doenças sexualmente transmissíveis tenham uma melhor adesão ao tratamento.

Mesmo sendo uma ferramenta importante oferecida para facilitar a adesão da população ao serviço da atenção básica de saúde, muitas dificuldades ainda precisam ser superadas. Dentre elas, pode ser citada a baixa adesão do público masculino aos serviços ofertados na APS, o que será melhor descrito no decorrer deste trabalho.

## **5.2 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**

A preocupação com a saúde masculina é algo que vem despertando a atenção dos estudiosos há algum tempo. Em 1970, os Estados Unidos dão início a estudos voltados especificamente aos problemas de saúde a acometem a população masculina (OLIVEIRA, 2016).

Oliveira et al (2015) comentam que 49 % da população no Brasil é constituída por homens, de acordo com o censo demográfico de 2010, em que a maior parte desses homens encontram-se na fase adulta, entre 25 e 59 anos. Algo que chama a atenção é que a cada três mortes que ocorrem no Brasil, duas são de homens, caracterizando cerca de 60 % dos óbitos segundo os dados epidemiológicos.

Além do fato de que a mortalidade masculina seja mais elevada que a feminina, Cordeiro et al (2014) acrescentam que os homens sofrem mais condições graves e crônicas de saúde, representando uma maior taxa de morbimortalidade que as mulheres. Em sua maioria, os homens têm o hábito de procurar os serviços de saúde quando o quadro de saúde está mais grave, dirigindo-se assim, aos serviços

de média e alta complexidade, e, apresentando um quadro crônico da doença, o que além de prejudicar sua qualidade de vida, proporciona maiores gastos ao sistema de saúde.

Outros agravos à saúde mais observados no público masculino que no feminino estão relacionados ao maior consumo (ou abusivo) de álcool, a estarem mais expostos à violência, tanto como agressor quanto como agredido, por serem os maiores usuários de cigarros, o que os deixam mais suscetíveis para desenvolver doenças cardiovasculares, pulmonares crônicas, bucais, câncer, entre outras doenças (TIRILICO et al, 2015).

Como observado, a doença e o autocuidado são muito desvalorizados pelos homens, o que faz com que eles se afastem dos serviços de saúde. Como o SUS procura criar programas de saúde para diferentes grupos, em 2008 foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), com o intuito de orientar as ações de saúde para o público masculino, além de estimular a prática do autocuidado nessa população (OLIVEIRA et al, 2015).

Brasil (2009) descreve que a PNAISH tem como foco os homens entre 20 e 59 anos e no trabalho preventivo, de promoção à saúde, baseando-se na condição de que o homem pode manter-se saudável em qualquer idade. Tem a proposta de proporcionar uma saúde aos homens de maior qualidade tendo em vista que muitos agravos podem ser evitados com um trabalho preventivo efetivo.

Assim, os objetivos da PNAISH estão voltados para a qualificação da atenção à saúde dos homens, respeitando a integralidade da atenção e respeitando os níveis de desenvolvimento diferenciados e a organização locais do serviço de saúde. Para a implantação da PNAISH, foi criado o Plano Nacional de Ação (PAN), que propõe: 1. Implantar a política, promover o aumento da demanda masculina aos serviços de saúde, sensibilizar os homens e seus familiares a respeito da importância do autocuidado e dos hábitos saudáveis; 2. Associar ações governamentais com as da sociedade; 3. Fortalecer a atenção básica e melhorar o atendimento; 4. Proporcionar a qualificação dos profissionais de saúde; 5. Adquirir recursos que possibilitem a oferta de um serviço apropriado ao público masculino; 6. Melhorar e qualificar os sistemas de informação destinados aos homens e buscar formas de monitorar a política, possibilitando a melhoria das ações por ela ofertada (SCHWARZ et al, 2012).

A PNAISH foi um importante passo para modificação da situação de saúde do homem, com ações que buscam a melhor compreensão masculina acerca do cuidado de si, e da importância de tomar medidas que proporcionem a diminuição da incidência de doenças preveníveis. No entanto, ainda pode ser observada uma grande dificuldade do homem em aderir aos serviços da atenção básica que são ofertados.

### **5.3 Baixa adesão masculina aos serviços da atenção básica: porque isso acontece e como modificar essa realidade?**

Como foi descrito, o índice de morbimortalidade masculino é mais elevado, e os homens estão mais expostos aos fatores de risco que desencadeiam as doenças e tendem a buscar os serviços de saúde quando o quadro da doença está mais grave. A PNAISH foi criada para tentar modificar esse quadro, através da qualificação da assistência e oferta de ações de prevenção e promoção de saúde voltadas para o público masculino, no entanto não são observadas mudanças significativas na adesão do homem nos serviços da Atenção Básica.

Cordeiro et al (2014) comentam que a baixa procura masculina aos serviços de saúde é algo que tem sido discutido em muitos estudos e que as barreiras socioculturais e institucionais são as desencadeadoras dessa baixa adesão do público masculino à atenção primária de saúde.

A autonomia, força, racionalidade, sucesso e poder, além do controle das emoções, são características culturalmente atribuídas ao homem. Sendo assim, o homem é colocado em uma situação em que ao realizar suas necessidades, pode passar por ter sua masculinidade diminuída perante a sociedade, ou para garantir essa masculinidade colocam-no, muitas vezes, em situações que prejudicam sua saúde (LEMOS et al, 2017).

Luizaga e Gotlieb (2013) comentam que a adoção de comportamentos que aumentam o risco de adoecimento é mais cometida pelos homens, tais como o uso do tabaco, o consumo de álcool e outras drogas, alimentação rica em gorduras, bem como uma menor preocupação em geral com sua saúde.

Os homens tendem a procurar menos as unidades básicas de saúde também por medo de descobrir alguma doença grave, e que possa expor sua fragilidade, o que, para eles, é algo impossível, tendo em vista que se vêem como sendo

invulneráveis. Assim, os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, mantendo a ideia de que não estão sujeitos ao adoecimento (BRASIL, 2009).

Conforme anunciado anteriormente, por ser culturalmente o homem responsável por manter financeiramente sua família, ele tende a procurar menos os serviços de saúde na atenção primária, também devido ao horário de atendimento coincidir com o da jornada de trabalho, tendo que se ausentar de seu trabalho para cuidar de sua saúde (SILVA et al, 2012). Também cabe destacar, que o fato de um trabalhador ter que se ausentar do ambiente de trabalho para cuidados da saúde, pode ser algo que coloque em risco sua estabilidade, ou permanência no trabalho.

Sendo assim, Lemos et al (2017) completam que tal incompatibilidade de horários faz com que os homens procurem mais os serviços de alta e média complexidade que os serviços oferecidos na atenção primária de saúde. Com isso, os homens procuram os serviços de saúde ou quando a dor se torna insuportável, ou quando seu estado de saúde o impossibilita de desenvolver suas atividades laborais.

Outros fatores que dificultam a adesão aos serviços da atenção básica, descritos por Silva et al (2012), são o longo tempo de espera para o atendimento, desde seu agendamento até sua efetivação, além do acolhimento falho por parte dos profissionais.

Ferreira (2013) descreve que para melhorar a adesão masculina à atenção primária de saúde podem ser realizadas atividades nos locais mais frequentados por eles como no ambiente de trabalho, estádios, entre outros, buscando motivá-los a realizar o autocuidado, e fornecendo informações sobre as patologias e agravos à saúde.

Além dessa alternativa, Vieira et al (2013) apresentam outras ações que podem melhorar essa adesão como oferecer um horário diferenciado para atendimento nas unidades básicas de saúde, com mais profissionais capacitados para atender ao público masculino.

É essencial que os profissionais envolvidos nos serviços da atenção primária se atentem ao público masculino, realizando uma escuta atenta e técnica, além do conhecimento dos problemas aos quais eles estão mais vulneráveis, para que possam pensar em alternativas para o atendimento de suas necessidades de saúde. Para tal, torna-se necessária uma sensibilização dos profissionais, e que eles sejam incentivados a renovar seus conhecimentos, além do interesse político e

desconstrução das questões culturais relacionadas aos homens, e que interferem no seu cuidado com a saúde (SILVA et al, 2012).

Como observado, a não adesão masculina aos serviços oferecidos na atenção primária pode estar relacionada a fatores impostos pela cultura, sociedade, mercado de trabalho e pelas instituições. Para modificar esse cenário é necessário que haja uma mudança na forma que o próprio homem se enxerga, assim como na prática e modelo assistencial que as instituições e os profissionais que fazem parte delas estão oferecendo a esse público, e que necessita de um olhar diferenciado para ter uma melhor integralidade do serviço oferecido.



## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “número cada vez maior de homens com doenças crônicas que não realizam o acompanhamento adequado dessas doenças, e não participam das ações de promoção e prevenção desenvolvidas pela equipe”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do PES.

### **6.1 Descrição do problema selecionado**

Tendo em vista a importância do envolvimento do cidadão no cuidado da saúde, buscando minimizar os agravos prevalentes e prevenir novas doenças, torna-se essencial o conhecimento acerca dos aspectos que envolvem o processo de saúde e doença. As ações de promoção de saúde e prevenção de doenças desenvolvidas pela equipe de saúde da família são mecanismos que contribuem de forma significativa para a obtenção de tal conhecimento.

Dentre as questões que foram levantadas e consideradas desencadeadora do aumento de morbidade e mortalidade do público masculino, destaca-se a baixa adesão dos homens às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças desenvolvidas pela equipe, assim como as consultas ambulatoriais de rotina, conforme idade e diagnósticos prévios, para acompanhamento do seu estado geral de saúde.

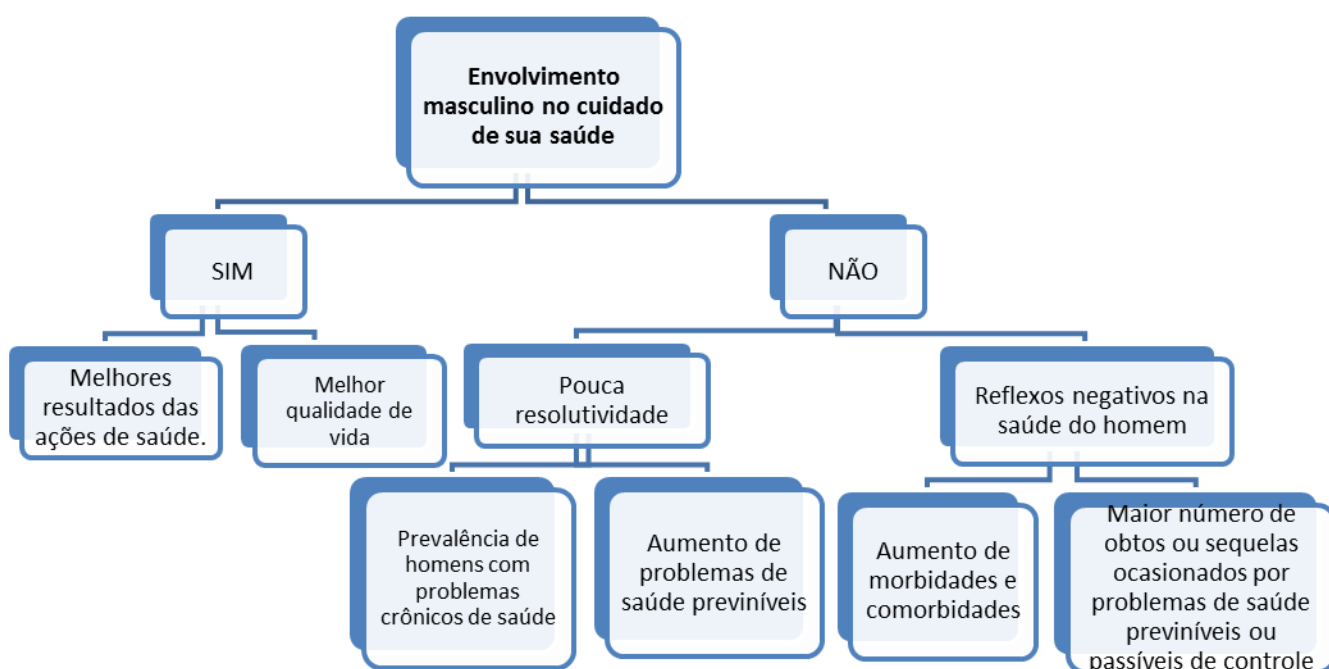
### **6.2 Explicação do problema selecionado**

O envolvimento do público masculino no processo de cuidado com sua saúde proporciona um melhor autoconhecimento e melhor qualidade de vida. É essencial que o homem tenha conhecimento sobre as doenças, além das suas formas de prevenção ou de controle.

Conforme destacado, vários são os motivos que levam os homens a não se envolverem com o serviço oferecido na atenção básica, como horário de funcionamento das unidades, fatores culturais, acolhimento ineficiente, falta de ações que sejam atrativas para este público.

Com a baixa adesão dos homens aos serviços oferecidos, sejam eles preventivos ou de controle das doenças e agravos, o público masculino se encontra cada vez mais suscetível ao desenvolvimento de doenças previsíveis, ou às complicações do estado de saúde devido ao controle ineficiente das patologias já existentes.

O fluxograma a seguir demonstra as implicações do envolvimento do homem no cuidado de sua saúde, com reflexos não só na sua saúde como também no serviço de saúde.



Fonte: Autoria própria, 2019.

### 6.3 Seleção dos nós críticos

1. Falta de organização de uma agenda que atenda às necessidades do público masculino.
2. Reduzido apoio da gestão municipal para atendimento ao público masculino.
3. Baixa adesão masculina aos serviços de prevenção de doenças e promoção da saúde.
4. Falta de educação permanente da equipe da ESF Central.
5. Baixo entrosamento e envolvimento dos membros da equipe multidisciplinar.

## 6.4 Desenho das operações

Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “número cada vez maior de homens com doenças crônicas que não realizam o acompanhamento adequado dessas doenças, e não participam das ações de promoção e prevenção desenvolvidas pela equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Central, do município de Lagoa Dourada, estado de Minas Gerais.

<b>Nó crítico 1</b>	Falta de organização de uma agenda que atenda às necessidades do público masculino
<b>Operação</b>	PROGRAMAR
<b>Projeto</b>	Realizar a atendimentos em horários alternativos para atender ao público masculino.
<b>Resultados esperados</b>	Programar a agenda da equipe a fim de obter condições de realizar atendimentos individuais e em grupo aos homens.
<b>Produtos esperados</b>	Maior adesão do público masculino ao serviço oferecido pela ESF Central.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: reformulação da agenda dos profissionais para realizar atendimentos semanais em horários diferenciados.
<b>Recursos críticos</b>	Cognitivo: reformulação da agenda dos profissionais para realizar atendimentos semanais em horários diferenciados.  Político: tempo hábil comum para todos indivíduos das equipes, representatividade multicêntrica.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Enfermeira, gestora de saúde.
<b>Ações estratégicas</b>	Reformulação da agenda das equipes da ESF Central.
<b>Prazo</b>	30 dias
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Enfermeira, médico e profissionais do NASF
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Enfermeira

Fonte: Autoria Própria, 2019

Quadro 5: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “número cada vez maior de homens com doenças crônicas que não realizam o acompanhamento adequado dessas doenças, e não participam das ações de promoção e prevenção desenvolvidas pela equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Central, do município de Lagoa Dourada, estado de Minas Gerais.

<b>Nó crítico 2</b>	Pouco apoio da gestão municipal para atendimento ao público masculino
<b>Operação</b>	CONSCIENTIZAR
<b>Projeto</b>	Conscientizar os gestores de saúde sobre a necessidade de dar atenção à população masculina.
<b>Resultados esperados</b>	Maior envolvimento da gestão municipal para garantir aos profissionais da equipe que estão trabalhando em horários alternativos todos seus direitos trabalhistas, além de maior segurança.
<b>Produtos esperados</b>	Possibilidade de ofertar um atendimento em horários diferenciados, mantendo a segurança e valorização dos profissionais envolvidos.
<b>Recursos necessários</b>	Político: Contratação de segurança para atuar no horário de atendimento noturno e melhorar o policiamento na área.  Cognitivo: Oferecer possibilidade de descontar o horário trabalhado no turno noturno ou pagamento de horas extras.
<b>Recursos críticos</b>	Político: Contratação de segurança para atuar no horário de atendimento noturno e melhorar o policiamento na área.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Gestão municipal
<b>Ações estratégicas</b>	Contratar vigia, aumentar policiamento e garantir direitos trabalhistas.
<b>Prazo</b>	Médio prazo.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Gestão municipal de saúde, equipe da ESF
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Gestão municipal de saúde

Fonte: Autoria Própria, 2019

Quadro 6: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “número cada vez maior de homens com doenças crônicas que não realizam o acompanhamento adequado dessas doenças, e não participam das ações de promoção e prevenção desenvolvidas pela equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe Saúde da Família Central, do município de Lagoa Dourada, estado de Minas Gerais.

<b>Nó crítico 3</b>	Pouca adesão masculina aos serviços de prevenção de doenças e promoção da saúde.
<b>Operação</b>	CRIAR
<b>Projeto</b>	Criar programas sociais que facilitem a transmissão de informações e conscientizem os homens sobre a necessidade de prevenção, rastreamento e cuidado de agravos agudos e crônicos prevalentes na população masculina e endêmicos na região.
<b>Resultados esperados</b>	Maior participação masculina nas ações de prevenção e controle de doenças e promoção de saúde.
<b>Produtos esperados</b>	Maior qualidade de vida para a população masculina, com menor incidência de morbimortalidade.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: criação de grupos operacionais em horários e locais diferenciados Político: criar perfis em redes sociais para fornecer informações de forma mais acessível a esse público e realizar parceria com a rádio municipal.
<b>Recursos críticos</b>	Cognitivo: criação de grupos operacionais em horários e locais diferenciados compatíveis com o cotidiano masculino
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Enfermeira, Médico, NASF
<b>Ações estratégicas</b>	Criação de grupos operacionais e parcerias com a rádio local
<b>Prazo</b>	30 a 60 dias
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Enfermeira, médico e equipe do NASF
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Enfermeira

Fonte: Autoria Própria, 2019

Quadro 7: Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “número cada vez maior de homens com doenças crônicas que não realizam o acompanhamento adequado dessas doenças, e não participam das ações de promoção e prevenção desenvolvidas pela equipe I”, do município de Lagoa Dourada, estado de Minas Gerais.

<b>Nó crítico 4</b>	Falta de educação permanente da equipe da ESF Central
<b>Operação</b>	Envolver
<b>Projeto</b>	Envolver os profissionais da equipe da ESF em um projeto de educação permanente
<b>Resultados esperados</b>	Equipe mais qualificada
<b>Produtos esperados</b>	Oferta de um atendimento mais qualificado e humanizado otimizando a relação do profissional com o paciente facilitando a adesão da população ao serviço
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: organização de reuniões voltadas para a educação permanente da equipe Político: horário protegido para a realização das reuniões de educação permanente da equipe possibilitando a participação de todos os funcionários
<b>Recursos críticos</b>	Político: horário protegido para a realização das reuniões de educação permanente da equipe possibilitando a participação de todos os funcionários
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Gestão Municipal de Saúde
<b>Ações estratégicas</b>	Organizar reuniões de educação permanente
<b>Prazo</b>	30 dias
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Enfermeira
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Gestor de Saúde e Enfermeira

Fonte: Autoria Própria, 2019

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao lidarmos com as desfavoráveis estatísticas de morbidade e mortalidade da população masculina brasileira, atreladas aos baixos índices de adesão masculina aos serviços de saúde, em especial aqueles que ofertam atenção primária, notamos uma importante dificuldade para aplicação dos princípios do SUS e da Atenção Básica em meio à realidade deste grupo social, sendo endêmico a ausência de humanização do atendimento, universalidade, equidade, integralidade e horizontalidade do cuidado.

Este projeto de intervenção, então, expõe as nuances da caracterização do perfil sociocultural masculino e as barreiras institucionais presentes na sociedade e no sistema de saúde que dificultam diariamente o acesso desta população aos serviços de saúde primária, prevalecendo preferencialmente a adesão aos níveis secundários e terciários de atenção. Esta preferência se dá, em parte, à ineficiência dos programas de promoção à saúde e de prevenção às doenças. O conceito de saúde é defasado dentre esta população, sendo que saúde se torna um estado de não doença aguda e a ausência de sintomas debilitantes não os levam a buscar unidade de atenção primária. Persistindo, então, a busca pelos centros de saúde somente quando os sintomas os debilitam, especialmente quando os impedem de trabalhar.

Diante deste contexto, os serviços de atenção primária se mostram pouco efetivos devido aos diversos motivos levantados. A estrutura do processo de trabalho de uma ESF se apresenta pouco convidativa à população masculina, e, incapaz de romper os paradigmas sociais prevalentes nesta população. Desta forma, toda cadeia de processo de trabalho se mostra ineficaz diante do desafio de captar o paciente do sexo masculino, e conquistá-lo para o cuidado continuado. Falhamos em identificar potenciais pacientes sob riscos de saúde, e não os captamos de forma eficiente por meio da busca ativa pelas ACS. Realizamos, majoritariamente, atendimentos médicos centrados na doença e não na pessoa, tornando o acolhimento pouco resolutivo, na contramão da proposta do atendimento humanizado. Considerando também a elevada carência de educação em saúde preventiva dentre a população masculina, se destaca a ausência de programas de educação voltados ao autocuidado e preservação da saúde como importantes contribuintes para o viés de baixa captação do paciente. Por fim, observamos o

prejuízo no atendimento desta população com a fixação do horário de atendimento pelas ESF durante o horário comercial, de 7h00 às 16h00, sendo este um importante fator de desmotivação para a busca ao serviço de saúde pelo homem trabalhador.

A percepção desta problemática aparece como prioridade pelo Ministério da Saúde com a apresentação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem em 2008. Amparada pelos princípios e diretrizes do SUS, se mostrou pouco aplicável diante da realidade dos municípios, sendo, tão logo, pouco efetiva desde sua publicação. Hoje, o caminho ainda se mostra tortuoso ao encarmos tantos problemas fundamentalmente relacionados a tabus e paradigmas machistas.

Este projeto mostra possibilidades para a aplicação de mecanismos que vão de encontro a este hiato entre a população masculina e atenção primária, rompendo as barreiras técnicas e socioculturais inerentes ao sistema. A capacitação contínua do pessoal da equipe de saúde para o pleno atendimento humanizado ao paciente do sexo masculino, educação permanente da população quanto ao verdadeiro conceito de saúde e a divulgação de vias para atingi-la, e, assim, maior acessibilidade ao sistema através de organização de cronogramas para atendimentos noturnos. Resume-se, então, um tripé de ações para efetivar as mudanças necessárias: educação permanente da população, capacitação contínua da equipe profissional e acessibilidade ao sistema.

Para atingirmos todos estes objetivos, torna-se imprescindível o entrosamento de toda equipe de trabalho, promovendo um atendimento integral e resolutivo, condicionado ao poder de mudança das esferas executivas e gestoras de saúde. Um esforço conjunto deve ser permeado para que de fato consigamos atingir a mudança desta realidade.

A partir deste escopo de estratégias intervencionistas, preparamos a população para o amadurecimento em concepção de saúde, melhorando significativamente os indicadores de saúde pública dentre o público masculino. Assim, espera-se melhoras progressivas em índices de morbimortalidade, atenuando gastos públicos e privados, e, assim, aumentando a qualidade de vida de toda a população.



## REFERENCIAS

ALBUQUERQUE G. A., *et al.* **O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde.** *Esc Anna Nery*, v. 18, n.4, p. 607 – 614, 2014.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E. M. **Contribuições e desafios da estratégia saúde da Família na Atenção Primária à saúde no Brasil: revisão da literatura.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n.5, p.1499-1509, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>. Acesso em: 19/03/2019.

BUZATTI, D. J. **Lagoa Dourada 300 anos -Síntese Histórica.** 1ª Edição Limitada do Autor. Belo Horizonte, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude\\_do\\_homem.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf). Acesso em: 16/03/2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades @.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=313740&idtema=16&search=||s%EDntese-das-informa%E7%F5es>. Acesso em 02/11/2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de informação sobre morbidade hospitalar do SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrbr.def>. Acesso em: 26/04/2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de informação sobre morbidade hospitalar do SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>. Acesso em: 26/04/2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de informação sobre morbidade hospitalar do SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrmg.def>. Acesso em: 26/04/2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de informação sobre morbidade hospitalar do SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10MG.def>. Acesso em: 26/04/2019.

CAMPOS, F.C.C; Faria, H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CORDEIRO, S. V. L. *et al.* **Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno.** *Escola Anna Nery*, v.18, n.4, p. 644- 649, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127732789013.pdf>. Acesso em: 26/03/2019.

ELO Assessoria e Sistemas LTDA (ELOSIS). Disponível em:  
<https://www.elosis.com.br/lagoadourada>. Acesso em: 19/03/2019

FARIA H.P. et al. Processo de trabalho em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. Disponível em:  
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3933.pdf>. Acesso em: 24/11/2018.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>. Acesso em: 19/03/2019.

FERREIRA, M. C. **Desafios da política de atenção à saúde do homem: análise das barreiras enfrentadas para sua consolidação**. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, v.4, n.1, p.1833 - 1847, 2013. Disponível em:  
<http://periodicos.unb.br/index.php/rqs/article/viewFile/23011/16>. Acesso em 10/10/2018.

FIGUEIREDO, E. N. *Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos*. Módulo Político Gestor; 2010. Disponível em:  
[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_5.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf). Acesso em: 19/03/2019

FIGUEIREDO, E. N. *A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS*. 2ª ed. São Paulo: UNA-SUS/UNIFESP, 2012. Disponível em:  
[www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf). Acesso em: 19/03/2018.

LEMOS, *et al.* **Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde**. *Rev. Enferm. UFPE on line*, v.11, supl. 11, p. 4546 - 4553, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231205/25206>. Acesso em: 06/04/2019.

LUIZAGA, C. T. M.; GOTLIEB, S. L. D. **Mortalidade masculina em três capitais brasileiras, 1979 a 2007**. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 16, n. 1, p. 87-99, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0087.pdf>. Acesso em 06/04/2019.

MENDES, E.V. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em:  
<http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>. Acesso em 20/03/2019. Acesso em: 20/03/2019.

OLIVEIRA, A. B. B. **Saúde do homem: mortalidade e morbidade, sua relação com a política nacional de atenção integral à saúde do homem**. 2016, 72f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Pública) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2016. Disponível em:  
[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/13904/1/2016\\_AdrianaBarbosaBorgesdeOliveira.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/13904/1/2016_AdrianaBarbosaBorgesdeOliveira.pdf). Acesso em: 20/03/2019.

OLIVEIRA, M. M. *et al.* **A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 1, p. 273- 278, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt\\_1413-8123-csc-20-01-00273.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00273.pdf). Acesso em: 26/03/2019.

PACHECO, A. E. **Motivação para o auto-cuidado na atenção primária em saúde.** Universidade Federal de Minas Gerais. 2012, 29f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Formiga, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3235.pdf>. Acesso em 12/12/2018.

PAULA, R. A. **Relação multiprofissional do Trabalho em Equipe na Atenção Básica de Saúde.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. São Sebastião do Paraíso, 2009. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0296.pdf>. Acesso em 24/11/2018.

SCHWARZ, E. *et al.* **Política de saúde do homem.** *Rev Saúde Pública*, v. 46(Supl), p.108 -116, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2012nahead/co4221.pdf>. Acesso em: 15/03/2019.

SILVA, L. A., CASOTTI, C. A., CHAVES, S. C. **A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf>. Acesso em: 23/03/2019.

SILVA, P. A. S., *et al.* **A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde.** *Esc Anna Nery*, v. 16, n.3, p. 561 – 568, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/19.pdf>. Acesso em 10/01/2019.

SORATTO, J. *et al.* **Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf). Acesso em: 23/03/2019.

TRILICO, M. L. C. **Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem.** *Trab.Educ.Saúde*, v.13 n.2, p.381-395, 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n2/1981-7746-tes-sip00015.pdf>. Acesso em: 20/03/2019.

VIEIRA, K. L. D., *et al.* **Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura.** *Esc Anna Nery*, v. 17, n.1, p. 120 – 127, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127728366017.pdf>. Acesso em 06/04/2019.