

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

POLLYANE RAMOS CHAGAS

**INTERVENÇÃO SOBRE A BAIXA DEMANDA ESPONTÂNEA
MASCULINA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA VERA CRUZ DO MUNICÍPIO DE MONTES
CLAROS, MINAS GERAIS.**

Montes Claros / Minas Gerais

2015

POLLYANE RAMOS CHAGAS

**INTERVENÇÃO SOBRE A BAIXA DEMANDA ESPONTÂNEA
MASCULINA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA VERA CRUZ DO MUNICÍPIO DE
MONTES CLAROS, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Ana Paula Medrado de Barcellos

Montes Claros / Minas Gerais

2015

POLLYANE RAMOS CHAGAS

**INTERVENÇÃO SOBRE A BAIXA DEMANDA ESPONTÂNEA
MASCULINA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA VERA CRUZ DO MUNICÍPIO DE MONTES
CLAROS, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Estela Aparecida Oliveira Vieira

Examinador 2:

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015.

RESUMO

Este é um projeto de intervenção na área de abrangência da estratégia saúde da família (ESF) Vera Cruz, Montes Claros-MG. Partindo do problema do baixo índice de demanda espontânea masculina na unidade, o projeto pretende trabalhar visando a ampliação do acesso da população do sexo masculino às ações de saúde da equipe. Optou-se pela intervenção nas barreiras socioculturais em relação à autocompreensão do homem, sobre sua condição de vulnerabilidade às condições patológicas; na desinformação sobre medidas preventivas de saúde do sexo masculino, no rastreio de doenças crônicas e afecções específicas e na ausência de busca ativa aos pacientes com suscetibilidade. Para subsidiar conceitualmente o trabalho foi feita uma revisão da literatura utilizando os seguintes descritores: Saúde do homem; Atenção integral a saúde; Acolhimento; Atenção primária a saúde; Prevenção primária; Promoção da saúde. A partir dos nós críticos selecionados as operações propostas foram: 1) Divulgação de informações sobre saúde ao público masculino; 2) estimular a autocompreensão das condições patológicas ao qual estão expostos e co-auxílio no seu próprio tratamento; 3) Identificar homens em situação de risco, ou acompanhamento inadequado na comunidade; 4) Mudança no processo de trabalho da equipe com melhor acolhimento do público masculino. A análise de viabilidade mostrou que o projeto é viável. A elaboração deste projeto possibilita à ESF fortalecer a atenção básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.

Palavras-chave:

Saúde do homem; Atenção integral a saúde; Acolhimento; Atenção primária a saúde; Prevenção primária; Promoção da saúde

ABSTRACT

This is an intervention project in the area covered by the Family Health Strategy (FHS) Vera Cruz, Montes Claros, Minas Gerais - MG. Leaving the problem of the low rate of masculine spontaneous demand in the unity, the project intends to work when there is aiming the enlargement of the access of the population of the masculine sex for the actions of health of the team. One opted for the intervention in the barriers sociocultural regarding the self-understanding of the man, on his vulnerability condition to the pathological conditions; in the disinformation on preventive health measures and I track of specific chronic diseases and affections of the masculine sex and in the absence of active search at the patients of the masculine sex with sensitivity. To subsidize conceptually the work a revision of the literature was done using the next descriptors: health of the man; primary attention centered in the health of the man, host, masculine spontaneous demand; conditions of health of the man and of the woman. From the critical knots selected the proposed operations they were: 1) Spread of information on health to a masculine public; 2) to stimulate the self-understanding of pathological conditions to which they are exposed and I co-help in his treatment itself; 3) to identify men in risk situation, or unsuitable attendance in the community; 4) Change in the process of work of the team with better welcome of the masculine public. The viability analysis showed that the project is viable. The preparation of this project makes possible to FHS to strengthen the basic attention in the care with the man, making easy and guaranteeing the access and the quality of the necessary attention to a coping of the factors of risk of the diseases and of the injuries to the health.

Key words:

Men's health, integral attention to health care, primary health care, primary prevention, health promotion

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	6
2-JUSTIFICATIVA.....	8
3-OBJETIVOS.....	10
4-METODOLOGIA.....	11
5-REVISÃO DE LITERATURA.....	13
6-PLANO DE INTERVENÇÃO.....	16
7-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
8-REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

O Município de Montes Claros está situado na Bacia do Alto Médio São Francisco, ao Norte do Estado de Minas Gerais, Brasil. Pertence à microrregião homônima e Macrorregião do Norte de Minas, localizando-se a norte da capital do estado, distando desta cerca de 420 km e da capital do país cerca de 700 km. Ocupa uma área de 3.568,941 km², sendo que 38,7000 km² estão em perímetro urbano e os 3.530,241 km² restantes constituem a zona rural (IBGE, 2010).

É o principal centro urbano do Norte de Minas, tendo os municípios de Januária (196 km), Janaúba (130 km), Pirapora (164 km), Salinas (220 km), Grão Mogol (157 km) e Bocaiúva (44 km) como municípios limítrofes. Atualmente é formada por dez distritos, sendo que é subdivida ainda em cerca de 200 bairros e povoados (IBGE, 2010).

Em 2010 sua população foi contada pelo IBGE em 361.915 habitantes, estimada para 2013 em 385.898, sendo então o sexto município mais populoso de Minas Gerais e o 62º de todo o país. Destes, 179.442 são compostos por mulheres da área urbana, 8.224 mulheres da zona rural, 164.985 homens da área urbana e 9.264 da zona rural (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Montes Claros é considerado alto, com valor de 0,770, sendo o 227º maior de todo país.(IBGE, 2010).

A rede física municipal da zona urbana é dotada de 15 unidades de atenção primária e a rural de oito, distribuídas nos distritos: Nova Esperança, Miralta, Santa Rosa de Lima, São Pedro das Garças, Aparecida do Mundo Novo, São João da Vereda, Ermidinha, Vila Nova de Minas. (IBGE, 2010).

Para ofertar a atenção primária pelo Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente o município conta com 76 Equipes de Saúde da Família. Contempla ainda, 66 equipes de saúde bucal, sendo que dessas 59 estão na zona urbana e sete na zona rural.

Na atenção secundária e terciária dispõe de policlínicas, ambulatórios especializados, centros de atenção psicossocial (CAPS), residência terapêutica, centro de especialidades odontológicas (CEO), centros de convivências para idosos como o Lar das Velhinhas, o Asilo São Vicente de Paula.

Dentre as unidades de atenção primária, destaca-se a unidade Vera Cruz, composta pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) Alcides Rabelo e Vera Cruz, sendo esta última, foco do projeto de intervenção. A equipe de saúde da família Vera Cruz é dividida em sete microáreas e possui até o ano de 2013, 2.900 pessoas cadastradas e dimensionadas nessas microáreas. A ESF Vera Cruz é uma área de muita rotatividade de famílias devido ao grande de número de

casas alugadas. O bairro Vera Cruz é composto por uma comunidade carente e, como a maioria das comunidades de baixa renda, também apresenta inúmeras dificuldades sociais, econômicas, por exemplo, violência, entre outros.

Na comunidade, podemos identificar alguns problemas que interferem nas condições de saúde da população. Dentre eles, podemos destacar a baixa adesão ao plano terapêutico para o manejo da diabetes e da hipertensão arterial sistêmica, a pouca prática de hábitos alimentares adequados na população, baixa adesão às práticas de atividades físicas, elevado número de tabagistas na comunidade, aumento do número de gestantes na adolescência e a baixa demanda espontânea masculina na unidade de saúde em questão.

Todas essas situações apresentam-se com enorme importância no contexto da abrangência da comunidade. Porém, uma se destaca por fugir dos habituais programas desenvolvidos, por apresentar-se como intercessão de outros problemas identificados e por mostrar-se com grande potencial de intervenção: a baixa demanda espontânea masculina na equipe de saúde Vera Cruz.

Alguns nós-críticos sobre o problema foram elencados pela equipe de saúde, são eles: a desinformação do homem sobre medidas preventivas de saúde, rastreio de doenças crônicas e afecções específicas do sexo; as barreiras socioculturais em relação à compreensão de sua condição de vulnerabilidade às condições patológicas; a ausência de busca ativa pela equipe dos pacientes do sexo masculino com suscetibilidade e a pouca organização da equipe para realizar busca ativa desses pacientes. Diante disso, faz-se necessário intervir sobre o problema propiciando o desenvolvimento de estratégias que contribuam para a ampliação do acesso da população do sexo masculino às ações de saúde da equipe saúde da família Vera Cruz.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela baixa demanda espontânea masculina nos serviços de saúde, o que acarreta altos índices de morbimortalidade e representa verdadeiros problemas de saúde pública (FIGUEIREDO, 2005). É sabido que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Porém, mesmo com as altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica (BRASIL, 2008).

Caso os homens realizassem regularmente medidas de prevenção primária, muitos agravos à saúde poderiam ser evitados. Pois, essa resistência masculina aos cuidados oferecidos na atenção básica, aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, o sofrimento físico e emocional do paciente e família (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

É fundamental que os serviços de saúde busquem identificar as reais necessidades de saúde dos homens e intervir com ações preventivas e de promoção à saúde, visto que eles possuem papel fundamental de provedores de subsistência na família e corresponde a uma parte importante do mercado de trabalho do país (FIGUEIREDO, 2005).

Na equipe de saúde do Vera Cruz, é observado que a maior parcela da demanda espontânea é composta pelas mulheres do bairro. São raros os pacientes do sexo masculino que procuram atendimento na unidade de saúde, salvo os que já possuem alguma doença de base, com manifestações que prejudicam as atividades de vida diária.

Levando em comparação os atendimentos femininos e masculinos que são realizados no mês, é notória a discrepância entre os sexos na procura por atendimento médico. Essa diferença é marcante principalmente nas faixas etárias entre 18-59 anos, nas quais os pacientes são mais independentes dos cuidadores. Além disso, como se trata de uma população com nível socioeconômico baixo e na maioria das vezes é o homem o responsável pela renda familiar. Nota-se que quando o homem em idade ativa adoece ou enfrenta comorbidades crônicas que o impossibilita de trabalhar, a família como um todo é afetada, causando um desequilíbrio financeiro e emocional nos integrantes da casa. Sendo assim, torna-se necessário o aumento da demanda masculina nas unidades básicas de saúde, a fim de que as medidas de prevenções primárias, secundárias e terciárias sejam atingidas.

A prevenção primária corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, exercício físico e repouso, contenção de estresse, não ingestão de drogas ou de tabaco), para que resistam às

agressões dos agentes. Também diz respeito a ações de orientação para cuidados com o ambiente, para que esse não favoreça o desenvolvimento de agentes etiológicos. A prevenção secundária engloba estratégias populacionais para detecção precoce de doenças e isto se dá por meio de práticas clínicas preventivas e de educação em saúde, objetivando a adoção/mudança de comportamentos. Já a prevenção terciária consiste no cuidado de sujeitos com seqüelas de doenças ou acidentes, visando a recuperação ou a manutenção em equilíbrio funcional (WESTPHAL, 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Este projeto tem por objetivo propor um plano de intervenção que amplie o acesso da população do sexo masculino às ações de saúde da equipe de estratégia saúde da família Vera Cruz, do município de Montes Claros.

3.2 Objetivos Específicos

- Fazer busca ativa a pacientes do sexo masculino para consultas de rotina;
- Identificar homens em situação de risco na comunidade;
- Organizar a atenção integral à saúde do homem;
- Sensibilizar a equipe para a atenção a saúde do homem.

4 METODOLOGIA

Tendo como base os dados levantados na equipe saúde da família Vera Cruz, do município de Montes Claros, o problema priorizado foi a baixa demanda espontânea masculina na unidade de saúde. Assim, para a elaboração da proposta de intervenção, a metodologia baseia-se na análise de situação de saúde, revisão de literatura e a proposta de intervenção ao município sobre o problema em questão.

A revisão de literatura sobre o tema foi feita por meio da pesquisa e análise das bases de dados Scielo e Lilacs, utilizando-se os seguintes descritores: saúde do homem, atenção integral a saúde, acolhimento, atenção primária a saúde, prevenção primária, promoção da saúde.

Para além da consideração das determinações sociais da saúde, optou-se, estrategicamente, pela compreensão nas barreiras socioculturais em relação à compreensão do homem, sobre sua condição de vulnerabilidade às condições patológicas; na desinformação sobre medidas preventivas de saúde e rastreamento de doenças crônicas e afecções específicas do sexo masculino; na ausência de busca ativa à pacientes do sexo masculino com suscetibilidade e para consultas de rotina.

A identificação dessas operações busca não apenas sinalizar desafios para a qualificação da atenção primária, mas também o esclarecimento de medidas necessárias à resolução do contingenciamento de demandas decorrentes da não procura pela atenção à saúde antes que os agravos requeressem atenção especializada.

A análise de situação de saúde e elaboração da proposta de intervenção basearam-se no Planejamento Estratégico Situacional (PES), com a finalidade de determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações de intervenção. Esse método de planejamento tem como característica principal a análise da situação de saúde local, com o objetivo de projetar ações para mudá-las. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Desse modo, foram desenvolvidas as etapas que compreendem sua execução (momento tático-operacional), de acordo com Campos, Faria e Santos (2010), descritas sucintamente:

- **Momento explicativo:** é o momento inicial de contato com a equipe de saúde e seu território de atuação. Aqui, faz-se a análise dos limites e potencialidades da equipe e do local no qual irá atuar, identificando e selecionando seus principais problemas e entraves. Nesse momento, faz-se, também, a seleção das causas fundamentais dos

problemas identificados (nós críticos), com vistas à construção da "árvore de resultados" a partir de uma situação -objetivo definida pela equipe de saúde.

- **Momento normativo:** nesse momento, a equipe é incitada a desenhar ações/projetos concretos a serem executados em relação aos nós-críticos anteriormente identificados. Aqui, tem-se uma etapa chave na montagem do plano de intervenção, já que a partir da apreciação local é possível elaborar ações totalmente condizentes com a realidade em que se vive.
- **Momento estratégico:** esse é o momento de analisar e selecionar os atores sociais envolvidos no plano de intervenção (gestores da saúde, equipe de saúde), seus interesses (convergentes ou divergentes) e motivações. Dessa forma, pode-se em cada uma das ações/projetos previstos e cenários imaginados, definir a melhor estratégia para cada trajetória traçada.
- **Momentos tático-operacional:** por fim, nesse momento, a equipe é incitada a debater sobre a cultura organizacional do plano, de forma a garantir a execução do planejamento inicialmente traçado.

Foi realizada também, uma revisão bibliográfica sobre o tema buscada em sites de catalogação nacional e internacional utilizando os seguintes descritores: saúde do homem, atenção integral a saúde, acolhimento.

Desta forma, grande parte da fundamentação desse projeto se estabeleceu mediante um recorte estratégico da população de homens, focando homens adultos, que podem buscar o serviço de saúde espontaneamente, na área de abrangência da UBS Vera Cruz, localizada no município de Montes Claros-MG. Considerando que meninos e idosos são levados aos serviços de saúde, o recorte etário de homens na faixa de 20 a 59 anos. Apesar de não configurar restrição da população alvo da política, foi uma estratégia metodológica necessária para a consideração da problemática a ser enfrentada na atenção primária e conseqüentemente nos outros níveis de atenção.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Pinheiro (2002), os indicadores de morbimortalidade do nosso país tem traçado um perfil que se mantêm já há anos, no qual as mulheres são mais acometidas por problemas de saúde, buscam mais consultas médicas, consomem mais medicamentos e se submetem a mais exames, que os homens. No entanto, há um maior número de homens internados em situações graves, como também à procura por serviços de emergência e com maior taxa de mortalidade por causas patológicas graves entre eles. Essa discrepância entre os sexos nos dados levantados pode estar relacionada com a prevenção, uma prática não muito adotada pelo sexo masculino e que é muito utilizada por grande parte das mulheres.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) como provedoras de ações de promoção e prevenção de saúde, através de programas destinados a toda população, tem adquirido uma imagem disseminada de que seus serviços são destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos, por terem programas específicos para esse público. Como consequência, temos a pouca presença masculina na UBS (FIGUEREDO, 2005).

Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (BRASIL, 2008).

De acordo com Figueiredo (2005), há prevalência masculina na procura de serviços emergenciais, como pronto-socorros e pronto-atendimentos, pois nestes serviços poderiam expor melhor seus problemas e serem atendidos mais rapidamente. Essa busca por esses serviços de saúde se opõe ao preconizado por Brasil (2008) uma vez que a atenção básica é a porta de entrada e o principal contato dos usuários com os serviços de saúde, independente do sexo ou idade.

A população masculina geralmente é acometida por condições severas e crônicas de saúde, tendo índice de mortalidade pelas mesmas causas maior que as mulheres (LAURENTI et al, 2005). Como apontado por Scharaiber; Gomes; Couto, 2005) a população masculina não se reconhece como alvo do atendimento de programas de saúde, devido às ações preventivas serem dirigidas quase que exclusivamente para mulheres.

As principais causas de internações do gênero masculino com faixa etária entre 25-59 anos em 2007 foram por: doenças do aparelho digestivo; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; tumores; outras causas (Asma, DPOC, Pneumonia, Hipertensão arterial, coronariopatias, etc) e causas externas (acidentes e violência). Cerca de 80% das internações no Sistema Único de Saúde (SUS) entre 25 e 59 anos, são em consequência das causas externas, destacando a faixa etária dos 20 aos 29 anos, sendo os acidentes de transporte os de maior magnitude. Os acidentes coronarianos e hipertensão arterial são as principais doenças do aparelho circulatório que motivaram internações masculinas. Dentre as doenças do aparelho digestivo, destacaram-se as doenças ácido-pépticas, doenças do fígado, colelitíase e colecistite, como causas mais prevalentes nas internações, na faixa etária entre 25-59 anos (BRASIL, 2008).

Um outro estudo (BRASIL, 2008) também aponta que dentre as causas de morbidade masculina destacaram-se as doenças dos aparelhos respiratório, circulatório e digestivo. Nas doenças respiratórias destacam-se: a pneumonia, responsável por 43% das internações, seguida por outras causas: 29% por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) 12%, asma 11% e tuberculose 5% .

Entre as patologias exclusivas do homem, o câncer de próstata é o alvo das políticas públicas. Tendo altas taxas de incidência e mortalidade, o que faz deste câncer o segundo mais comum entre a população masculina, sendo superado apenas pelo câncer de pele não-melanoma (INCA, 2008).

Gomes et al. (2008) recomendam ações que sensibilizem os homens sobre a possibilidade da detecção precoce da neoplasia, além de esclarecer sobre as formas existentes de detecção, incentivando a procura pela atenção primária. Destaca-se que os exames de prevenção do câncer de próstata são disponíveis gratuitamente na rede pública de saúde. Mas a demanda é baixa, devido às barreiras construídas no imaginário masculino que os impedem a realizar tais exames (VIEIRA et al., 2008).

“ A proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção” (BRASIL, 2008, p.3), atuando principalmente nas medidas de prevenção primária. A atenção integral a saúde do homem baseia-se em ações que vão intervir nas variáveis culturais e socioeconômicas que impedem os homens de procurarem os serviços básicos de saúde. Pois estes, consideram a doença como um sinal de fragilidade, pondo em risco sua crença de invulnerabilidade; referem que o funcionamento dos serviços de saúde coincidem com a carga horária do trabalho; alegam que, para marcação de consultas, há de se

enfrentar filas intermináveis que, muitas vezes, causam a perda de um dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta (SCHARAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Os princípios e diretrizes da Política Nacional de atenção integral a saúde do homem se resumem em ações como entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família; Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde; Reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados (BRASIL, 2008).

De acordo com Gomes, Nascimento e Araujo (2007) e Braz (2005) os serviços de saúde têm uma deficiência em absorver a demanda apresentada pelos homens, proporcionada pela organização dos serviços que não estimula o acesso destes homens e, pelo fato das próprias campanhas de saúde pública não se voltarem para este segmento da população. Assim, são necessárias mudanças nas estratégias dos serviços de saúde e no enfoque relacionado ao gênero masculino. Para Gomes, Nascimento e Araujo (2007) os objetivos da atenção integral a saúde do homem são: ações como promoção da equidade na atenção da população, palestras de caráter informativo sobre a vulnerabilidade do homem à doenças e mobilização masculina para serem protagonistas da sua própria saúde.

A busca ativa de pacientes do sexo masculino para promoção da atenção integral a saúde, deve atingir principalmente àquela população masculina em situações de risco, que incluem trabalhadores vulneráveis a acidentes laborais e de percurso, tabagistas, etilistas, obesos e ainda aqueles que possuem fator de risco para neoplasias. Tendo em vista que os doentes crônicos já procuram as unidades primárias de saúde, passivamente, mesmo que pela busca de renovação de medicamentos de controle (BRASIL, 2008).

Segundo Figueiredo (2005), é necessário que os serviços de saúde considerem e enfrentem esta situação identificando as necessidades de saúde dos homens e intervindo com ações preventivas e de promoção à saúde. Para Gomes; Nascimento e Araujo (2007), o reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada, requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Para realizar o diagnóstico situacional da área de abrangência de atuação da equipe de saúde da família (ESF) Vera Cruz, foi necessário estabelecer uma metodologia de coleta de dados e informações sobre a comunidade, bem como sobre os serviços de saúde prestados até então. Para tal, foi fundamental a utilização da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de acordo com Campos, Faria e Santos (2010), pois além da identificação de problemas, essa metodologia facilitou a elaboração de estratégias e planos de intervenção.

6.1 Objetivo do plano

Propor um plano de intervenção que amplie o acesso da população do sexo masculino às ações de saúde da equipe de estratégia saúde da família Vera Cruz, do município de Montes Claros.

6.2 Definição e priorização de problemas

A comunidade do bairro Vera Cruz compõe um dos bairros mais carentes da cidade de Montes Claros e como a maioria das comunidades de baixa renda, apresenta inúmeras dificuldades sociais, econômicas, de violência, entre outros. Dentro do contexto do plano de manejo de saúde, são identificados problemas comuns dos bairros periféricos brasileiros agravados pelo déficit econômico e educacional, já que estes interferem fortemente na concepção de saúde/doença do indivíduo bem como na sua compreensão dos planos terapêuticos e de acompanhamento propostos.

A partir do conhecimento e vivência na comunidade, do contato com moradores mais antigos e participativos, de observações dos agentes comunitários de saúde, da análise dos prontuários de atendimento e interações com os demais profissionais de saúde componentes da equipe de saúde da família, foram identificados vários pontos problemáticos. Dentre eles, podemos destacar:

- Baixa adesão ao plano terapêutico para o manejo da diabetes e da hipertensão arterial sistêmica;
- Pouca prática de hábitos alimentares adequados na população;
- Baixa adesão às práticas de atividades físicas

- Elevado número de tabagistas na comunidade;
- Aumento do número de gestantes na adolescência
- Baixa demanda espontânea masculina na unidade de saúde em questão.

Quadro 01 - Priorização dos principais problemas de saúde da ESF Vera Cruz, município de Montes Claros/MG, maio, 2014.

PROBLEMA	NÍVEL DE IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA (0 a 0)	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE
Baixa adesão ao plano terapêutico para o manejo da diabetes e da hipertensão arterial sistêmica.	Alta	4	Sim
Pouca prática de hábitos alimentares adequados na população.	Alta	4	Não
Baixa adesão às práticas de atividades físicas.	Média	3	Não
Elevado número de tabagistas na comunidade.	Alta	4	Sim
Aumento do número de gestantes na adolescência.	Alta	5	Sim
Baixa demanda espontânea masculina na unidade de saúde em questão.	Alta	5	Sim

Fonte: Diagnóstico situacional. ESF Vera Cruz, Montes Claros, MG

Apesar de todas essas situações apresentarem-se com enorme importância no contexto da abrangência da comunidade uma delas se destaca: a baixa demanda espontânea de pacientes do sexo masculino na unidade de saúde. A sua escolha se justifica por fugir dos habituais

programas desenvolvidos, apresentar-se como intercessão de outros problemas e por mostrar-se com grande potencial de intervenção.

6.3 Descrição e Explicação do Problema

É notória na grande maioria dos serviços de saúde, sejam eles privados ou públicos, de atenção primária, secundária ou em serviços de urgência, que a grande maioria da clientela é composta por mulheres (FIGUEREDO, 2005). A desproporcionalidade é ainda mais evidenciada nos pontos da atenção básica, porta de entrada do sistema único de saúde (BRASIL, 2008). Essa observação é corroborada pelos demais profissionais da equipe e pelas próprias pacientes que muitas vezes referem filhos ou maridos que raramente procuram atendimento de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Em análise realizada pela equipe de saúde da família do Vera Cruz, Montes Claros-MG, para verificação de proporção de consultas médicas por sexo, a partir dos registros de atendimento médico em prontuários, durante o período de 01 (um) de Maio a dia 31(trinta e um) do mesmo mês, selecionando os pacientes entre 20-59 anos, no ano de 2014, observa-se que, do total de 300 atendimentos, 75% (n=225) correspondem a consultas médicas realizadas para mulheres da área de abrangência.

Destaca-se que não foram incluídas nessa análise as consultas de enfermagem, pois como em sua maioria são destinadas à realização de coleta colpocitológica haveria óbvia prevalência de mulheres nessa população.

Vários estudos comparativos, têm comprovado a maior vulnerabilidade dos homens às doenças, principalmente enfermidades graves e crônicas, quando comparado às mulheres. Apesar dessa maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica (BRASIL, 2008).

São aventadas várias hipóteses para explicar essa desigual procura por atenção à saúde, mas de modo geral, podem ser divididas em dois grandes grupos: as barreiras socioculturais e as barreiras institucionais (FIGUEIREDO, 2005).

O homem, baseado em suas variáveis culturais, considera a doença como um sinal de fragilidade, e não como uma condição inerente à sua própria natureza biológica. Ele se julga invulnerável, o que acaba por contribuir para que cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. Essa pouca demanda masculina na atenção primária contribui para que os homens desenvolvam patologias passíveis de prevenção e tratamento eficiente quando

diagnosticadas precocemente, porém com o diagnóstico tardio têm mal prognóstico (BRASIL, 2008).

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

É também referida por muitos homens como uma variável a impedir a procura aos serviços de saúde a característica do atendimento nas instituições, onde se perderia um dia inteiro de trabalho sem que houvesse uma resolução completa de suas demandas. Esse fato ainda é associado a organização dos serviços que não estimula o acesso destes homens e, pelo fato das próprias campanhas de saúde pública não se voltarem para este segmento da população (FIGUEIREDO, 2005).

A demanda dos homens nos serviços limita-se a ações de cunho curativo a partir de alguma doença já instalada como diabetes e hipertensão, situação que se difere de crianças, mulheres e idosos que comparecem aos serviços de saúde de forma mais preventiva utilizando os serviços de vacinação, puericultura, coleta de preventivo dentre outros (BRASIL, 2008).

6.4 Identificação dos nós críticos

Como explicitado anteriormente, a baixa procura dos homens à atenção básica pode ser explicada por diversos fatores socioculturais e institucionais. Dentre eles podemos identificar alguns pontos que poderiam ser trabalhados na atenção básica e de acordo com a capacidade operativa da equipe com objetivo de mudar essa realidade. Estes são os “nós críticos” do problema e são descritos a seguir:

- Desinformação do homem sobre medidas preventivas de saúde, rastreio de doenças crônicas e afecções específicas do sexo masculino;
- Barreiras socioculturais em relação à compreensão de sua condição de vulnerabilidade às condições patológicas;
- Ausência de busca ativa, pela equipe, aos pacientes do sexo masculino com suscetibilidade;

- Pouca organização da equipe para realizar busca ativa desses pacientes.

Quadro 02 - Seleção dos "nós-críticos" relacionados a baixa demanda espontânea masculina na unidade de saúde da ESF Vera Cruz, município de Montes Claros/MG, Maio, 2014.

Nó-crítico	Descrição do nó-Crítico
Nó-crítico 1	Desinformação do homem sobre medidas preventivas de saúde, rastreamento de doenças crônicas e afecções específicas do sexo masculino
Nó-crítico 2	Barreiras socioculturais em relação à compreensão de sua condição de vulnerabilidade às condições patológicas
Nó-crítico 3	Ausência de busca ativa, pela equipe, aos pacientes do sexo masculino com suscetibilidade
Nó-crítico 4	Pouca organização da equipe para realizar busca ativa desses pacientes

Fonte: Análise da situação de saúde da ESF Vera Cruz, maio, 2014.

6.5 Medidas de intervenção

São necessárias medidas como:

- Capacitação da equipe de saúde para enfrentar o problema e melhor ministrar palestras e grupos operativos;
- Realizar discussões mais amplas de todo o contexto no qual o homem está inserido, uma vez que o maior desafio das políticas públicas não é somente incluir o gênero masculino nos serviços de atenção primária à saúde, mas também sensibilizá-los sobre a importância do cuidado e da inexistência de invulnerabilidade.
- Fazer com que nas situações em que os homens procurem os serviços de saúde, elas sejam bem aproveitadas de diferentes maneiras para garantir que o homem crie o hábito de utilizar os serviços existentes de forma rotineira, e que diferentes meios sejam utilizados para alcançá-los através de ações de educação para a saúde dentro e fora dos serviços de saúde.
- Realizar reuniões com pacientes do sexo masculino, principalmente àqueles com faixa etária entre 20-59 anos. Serão ministrados vídeos educativos, grupos operativos,

discussão de todo o complexo saúde do homem, rastreio de doenças e afecções específicas do sexo masculino, importância da prevenção primária e do autocuidado, de forma livre e dinâmica, expondo todo o conteúdo em questão, mas também captando a opinião dos ouvintes. Haverá participação da médica da equipe e enfermeiro para ministrar o assunto e ainda a participação efetiva da equipe como um todo para colocar em prática a busca ativa por pacientes do sexo masculino.

6.6 Plano operativo

Tendo como base os dados levantados na equipe saúde da família Vera Cruz, do município de Montes Claros, o problema priorizado foi a baixa demanda espontânea masculina na unidade de saúde. Assim, foi elaborado um plano de ação para intervir sobre o problema em questão.

- Para além da consideração das determinações sociais da saúde, optou-se, estrategicamente, por minimizar as barreiras socioculturais em relação à compreensão do homem, sobre sua condição de vulnerabilidade às condições patológicas; passar informações sobre medidas preventivas de saúde e rastreio de doenças crônicas e afecções específicas do sexo masculino; fazer busca ativa à pacientes do sexo masculino com suscetibilidade, para consultas de rotina.

A identificação dessas operações busca não apenas sinalizar desafios para a qualificação da atenção primária, mas também o esclarecimento de medidas necessárias à resolução do contingenciamento de demandas decorrentes da não procura pela atenção à saúde antes que os agravos requerem atenção especializada (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Desta forma, grande parte da fundamentação desse projeto se estabeleceu mediante um recorte estratégico da população de homens, focando homens adultos, entre 20-59 anos, que podem buscar o serviço de saúde espontaneamente, na área de abrangência da UBS Vera Cruz, localizada no município de Montes Claro-MG.

Após determinada a população alvo, será feita uma busca ativa desses pacientes através dos agentes comunitários de saúde (ACS), e propagação das informações para toda a população que busca o serviço de saúde, a fim de que a notícia chegue aos conhecimentos de familiares, amigos e membros da comunidade, buscando o maior número de homens possíveis.

Após, será definida as datas para reuniões, onde serão realizados 5 planos operativos (+Saúde do Homem; Viver melhor; Busca Ativa e Saúde Aqui). Cada um desses programas possuem particularidades em seus objetivos a fim de integrar todos os mecanismos para que aumente a demanda espontânea masculina aos serviços de saúde e assim, diminua a setorialização de

serviços devido agravos da saúde que seriam evitáveis, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família.

Logo abaixo será apresentado um plano de ação no qual constarão os objetivos, as estratégias, ações, metas, indicadores e responsabilidades operacionais, detalhadamente.

Quadro 03 - Operações sobre o nó crítico "desinformação do homem sobre medidas preventivas de saúde, rastreamento de doenças crônicas e afecções específicas do sexo masculino", relacionado à baixa demanda espontânea masculina na unidade de saúde da ESF Vera Cruz, município de Montes Claros/MG, maio, 2014.

Nó crítico 1	Desinformação do homem sobre medidas preventivas de saúde, rastreamento de doenças crônicas e afecções específicas do sexo masculino
Operação	+ Saúde do Homem
Projeto	Reuniões e palestras sobre saúde do homem; Carta de apresentação dos projetos.
Resultados esperados	Divulgação de informações sobre saúde ao público masculino, com maior aproximação com o serviço da instituição, informações sobre rastreamento de doenças crônicas e afecções específicas do sexo masculino, prevenção de doenças e integralizar as ações agindo no aspecto biopsicossocial do homem.
Produtos esperados	Maior demanda específica de homens na unidade e maior participação masculina em medidas preventivas de saúde.
Atores sociais/ responsabilidades	Enfermeiros; médico; secretaria de saúde.
Recursos necessários	Estrutural: sala de reuniões, cadeiras, recursos áudio-visuais Cognitivo: Linhas-guias; protocolos clínicos; cartilhas, cartazes, banners e panfletos informativos disponibilizados pelo Ministério da Saúde; Literatura diversa (livros, artigos científicos); conhecimento interdisciplinar dos profissionais da equipe de saúde. Financeiro: recurso financeiro ou doações para custeio de brindes para sorteio. Político: nenhum
Recursos críticos	Material para divulgação (data, hora e local) dos grupos operativos assim como recursos financeiros ou doações para custeio dos panfletos, banners.

Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: médico e enfermeiro. Motivação: Viável
Ação estratégica de motivação	Distribuição de brindes durante as palestras
Responsáveis:	Médico, enfermeiro.
Cronograma / Prazo	2 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Ata de realização, posteriormente assinada por todos os participantes; lançar as atividades coletivas de educação em saúde nas fichas correspondentes no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

Quadro 04 - Operações sobre o nó crítico "barreiras socioculturais em relação à compreensão de sua condição de vulnerabilidade à condições patológicas", relacionado à baixa demanda espontânea masculina na unidade de saúde da ESF Vera Cruz, município de Montes Claros/MG, maio, 2014.

Nó crítico 2	Barreiras socioculturais em relação à compreensão de sua condição de vulnerabilidade à condições patológicas
Operação	Viver melhor
Projeto	Grupos operativos sobre vulnerabilidade do homem a condições patológicas
Resultados esperados	Mudança nos conceitos de saúde masculina. Compreensão das condições patológicas ao qual estão expostos e co-auxílio no seu próprio tratamento.
Produtos esperados	Maior demanda específica de homens na unidade e maior participação masculina em medidas preventivas de saúde; maior preocupação do homem com sua própria saúde; diminuição das barreiras culturais.
Atores sociais/ responsabilidades	Agentes comunitários de saúde, enfermeiro e o médico.
Recursos necessários	Estrutural: sala de reuniões, recursos audio-visuais e cadeiras Cognitivo: Linhas-guias; protocolos clínicos; cartilhas, cartazes, banners e panfletos informativos disponibilizados pelo Ministério da Saúde; Literatura diversa (livros, artigos científicos); conhecimento interdisciplinar dos profissionais da equipe de saúde. Financeiro: recurso financeiro ou doações para custeio de brindes para sorteio.

	Político: nenhum
Recursos críticos	Material para divulgação (data, hora e local) dos grupos operativos assim como recursos financeiros ou doações para custeio do panfletos, banners.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Médico, enfermeiro, secretaria municipal de saúde
Ação estratégica de motivação	Distribuição de brindes durante as palestras; demonstração de benefícios do autocuidado com a saúde
Responsáveis:	Médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde
Cronograma / Prazo	2 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Ata de realização, posteriormente assinada por todos os participantes; lançar as atividades coletivas de educação em saúde nas fichas correspondentes no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

Quadro 05 - Operações sobre o nó crítico "ausência de busca ativa, pela equipe, aos pacientes do sexo masculino com suscetibilidade", relacionado à baixa demanda espontânea masculina na unidade de saúde da ESF Vera Cruz, município de Montes Claros/MG, maio, 2014.

Nó crítico 3	Ausência de busca ativa, pela equipe, aos pacientes do sexo masculino com suscetibilidade
Operação	Busca ativa
Projeto	Reorganizar padrão de busca ativa de pacientes pelos ACS; disponibilização de tempo hábil para que realizem tal tarefa; Busca de conhecimento acerca do tema na literatura, bem como sua transmissão adequada para a equipe.
Resultados esperados	Identificar homens suscetíveis na comunidade, trazendo-os para realizar consultas de rotina.
Produtos esperados	Aumentar a demanda masculina em busca de atendimento na unidade, mesmo para consultas de rotina; diminuir o número de pacientes que buscam o serviço de saúde apenas em estágios mais avançados das doenças, estimular a prevenção primária de doenças.

Atores sociais/ responsabilidades	ACSs, enfermeiro e médico.
Recursos necessários	Estrutural: sala de reuniões, recursos audio-visuais e cadeiras Cognitivo: Linhas-guias; protocolos clínicos; literatura diversa (livros, artigos científicos); conhecimento interdisciplinar dos profissionais da equipe de saúde. Financeiro: recurso financeiro para capacitação de agentes comunitários. Político: nenhum
Recursos críticos	Material para capacitação da equipe de saúde
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, secretaria municipal de saúde
Ação estratégica de motivação	Mostrar os benefícios da prevenção primária e a importância da saúde do homem como subsidio de sustentação da família.
Responsáveis:	Médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.
Cronograma / Prazo	4 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Ata de realização, posteriormente assinada por todos os participantes; avaliação de impacto feita ao término das capacitações, solicitando a participação da equipe no relato de suas experiências e no compartilhamento dos saberes; lançar as atividades coletivas de educação em saúde nas fichas correspondentes no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

Quadro 06 - Operações sobre o nó crítico "pouca organização da equipe para realizar busca ativa dos pacientes", relacionado à baixa demanda espontânea masculina na unidade de saúde da ESF Vera Cruz, município de Montes Claros/MG, maio, 2014.

Nó crítico 4	Pouca organização da equipe para realizar busca ativa dos pacientes
Operação	Saúde Aqui
Projeto	Organizar fluxogramas de atendimento; Capacitar a equipe para fazer busca ativa de pacientes do sexo masculino; Conseguir autorização da secretaria para dias prioritários no

	<p>atendimento; compreensão comunitária;</p> <p>Realizar exames com menor intervalo de tempo em pacientes de maior risco</p> <p>Preparar a equipe para assistir integralmente o paciente, em caráter biopsicossocial.</p>
Resultados esperados	Mudança no processo de trabalho da equipe com melhor acolhimento do público masculino
Produtos esperados	<p>Modelo de atendimento ao público masculino com destinação de um dia na semana para atendimento exclusivo;</p> <p>Processo de trabalho construído sobre as especificidades das afecções masculinas</p> <p>Assistência integral a saúde do homem, de caráter biopsicossocial.</p>
Atores sociais/ responsabilidades	Agentes, enfermeiro e médico, prefeitura e secretaria municipal de saúde
Recursos necessários	<p>Estrutural: sala de atendimento individualizado devidamente equipada.</p> <p>Cognitivo: Linhas-guias; protocolos clínicos; conhecimento interdisciplinar dos profissionais da equipe de saúde.</p> <p>Financeiro: recursos financeiros para estruturação da unidade básica de saúde</p>
Recursos críticos	Conseguir autorização da secretaria para dias prioritários no atendimento; compreensão comunitária
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Médicos, equipe de saúde, secretaria municipal de saúde e prefeitura municipal de saúde;</p> <p>Motivação: diminuição da demanda em serviços secundários e terciários de saúde</p>
Ação estratégica de motivação	Mostrar resultados que beneficiam os outros níveis de atenção a saúde, como os níveis secundários e terciários, priorizando a prevenção de doenças.
Responsáveis:	Médicos, enfermeiros.
Cronograma / Prazo	6 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Ata de realização.

Fonte: Análise da situação de saúde da ESF Vera Cruz, maio de 2014.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto de intervenção fortalecerá a atenção básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde. Além disso, promoverá a melhoria das condições de saúde da população masculina na área de abrangência do Programa Saúde da Família Vera Cruz, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

BRAZ, M. **A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-104, jan./mar. 2005.

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

FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária**. Ciência e Saúde Coletiva, v.10, n.1, p. 7-17, 2005.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAUJO, F.C. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 565-574, mar, 2007.

GOMES, R.; REBELLO, L. E. F. S; ARAUJO, F.C; NASCIMENTO, E.F. **A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 235-246, jan./fev. 2008.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>> Acesso em: 27 jul. 2014.

INCA. **Prevenção do câncer de próstata**. 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=129>. Acesso em: 14 jun. 2014

LAURENTI, R, MELLO JORGE, M. H. P, GLOTIEB, S. L. D. **Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n 1, p. 35-46, jan./mar. 2005.

PINHEIRO, S. P. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*,v.7, n 4, p.687-707, 2002.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. **Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 7-17, jan./mar. 2005

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006, p. 635-667.

VIEIRA, L. J. E. Souza; SANTOS, Z. M. S. ARAÚJO; LANDIM, F. L. PINHEIRO; CAETANO, J. Á.; NETA, C A. SÁ. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** 13(1):145-152, 2008.