

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

VANESSA NOGUEIRA DE PAIVA

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTO DA ADESÃO DOS HOMENS DA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF SETTE DE BARROS II ÀS
INTERVENÇÕES DE SAÚDE**

PONTE NOVA – MINAS GERAIS

2015

VANESSA NOGUEIRA DE PAIVA

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTO DA ADESÃO DOS HOMENS DA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF SETTE DE BARROS II ÀS
INTERVENÇÕES DE SAÚDE**

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

Orientadora: Daniela Coelho Zazá

PONTE NOVA - MINAS GERAIS

2015

VANESSA NOGUEIRA DE PAIVA

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTO DA ADESÃO DOS HOMENS DA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF SETTE DE BARROS II ÀS
INTERVENÇÕES DE SAÚDE**

Banca Examinadora

Prof. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof. Selme Silqueira de Matos (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que fizeram parte da construção deste TCC. Em especial agradeço aos meus familiares e meu noivo Alessandro, pelo apoio e incentivo; agradeço a toda equipe da ESF Sette de Barros II, que me ajudou a construir este trabalho se empenhando e sempre se colocando à disposição para me ajudar no que fosse preciso; agradeço também minha orientadora Daniela Coelho Zazá que sempre se mostrou presente e solícita, me auxiliando e ensinando a produzir este trabalho.

RESUMO

A percepção entre os homens a respeito dos cuidados com a própria saúde necessita ser modificada. Após o diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Sette de Barros II, observou-se baixa participação do homem nas ações de saúde. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para aumentar a adesão dos homens da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Sette de Barros II às intervenções de saúde. A metodologia foi executada em três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: baixo nível de informação do homem sobre os cuidados com a saúde, horário de funcionamento da Estratégia Saúde da Família e processo de trabalho da equipe de saúde inadequado. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: “saúde em foco” para aumentar o nível de informação dos homens sobre os cuidados com a própria saúde; “saúde a todo o momento” para ampliar os horários de atendimento para os homens que trabalham no horário de funcionamento da Estratégia Saúde da Família e “reuniões da equipe” para capacitação de toda a equipe para melhorar o atendimento à população masculina. Espera-se com esse plano de ação aumentar o nível de conhecimento dos homens sobre a importância do cuidado com a própria saúde e a adesão dos mesmos às intervenções de saúde.

Palavras chave: Saúde do homem, Prevenção de Doenças, Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

The perception among men regarding their own health care should be modified. After the situational diagnosis of the covered area by the Family Health Strategy Sette de Barros II, it was observed low participation of men in health care. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan to improve adherence of the men of the covered area by the Family Health Strategy Sette de Barros II to health interventions. The methodology is carried out in three stages: situational diagnosis; literature review and action plan. In this study we selected the following critical node: low man information on health care, opening hours of the Family Health Strategy and inappropriate work process of the healthcare team. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: "focus on health" to increase the level of awareness of men on their own health care; "health at any time" in order to extend the consultation hours for the men who work in the opening hours of the Family Health Strategy and; "team meetings" for training all staff to improve care to the male population. It is hoped that this action plan increase men's knowledge level about the importance of caring for own health and increases their adherence to health interventions.

Keywords: Men's Health, Disease Prevention, Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Pirâmide populacional brasileira em 2010	13
Figura 2	Pirâmide populacional de Minas Gerais em 2010	14
Figura 3	Pirâmide populacional de Ponte Nova (MG) em 2010	14
Figura 4	Distribuição dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 no Brasil por sexo, exceto pele não melanoma	16
Quadro 1	Mortalidade proporcional por grupo de causas em 2013	15
Quadro 2	Priorização dos problemas identificados na área de abrangência da ESF Sete de Barros II	19
Quadro 3	Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “baixa adesão do homem às intervenções de saúde”	21
Quadro 4	Recursos críticos para a execução das operações	22
Quadro 5	Propostas de ações para motivação dos atores	23
Quadro 6	Elaboração do plano operativo	24
Quadro 7	Acompanhamento do plano de ação	25

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	JUSTIFICATIVA	10
3	OBJETIVOS	11
3.1	Objetivo geral	11
3.2	Objetivos específicos	11
4	METODOLOGIA.....	12
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
5.1	Dados demográficos e perfil epidemiológico dos homens	13
5.2	Saúde do homem	16
5.3	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	17
6	PLANO DE AÇÃO.....	19
6.1	Definição dos problemas	19
6.2	Priorização dos problemas	19
6.3	Descrição do problema selecionado	20
6.4	Explicação do problema	20
6.5	Seleção dos nós críticos	21
6.6	Desenho das operações	21
6.7	Identificação dos recursos críticos	22
6.8	Análise da viabilidade do plano	23
6.9	Elaboração do plano operativo	24
6.10	Gestão do plano	25
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
	REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

Ponte Nova é um município brasileiro do estado de Minas Gerais e localiza-se na Zona da Mata Mineira. O município possui uma área de 470,643 Km² e em 2014 contava com uma população estimada de 59.814 habitantes (IBGE, 2015). Entre as principais atividades econômicas estão a agropecuária e as indústrias, como frigoríficos, laticínios e transportadoras (PONTE NOVA, 2005).

Na área da saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para a atenção terciária de maior complexidade. Conta com dois hospitais, o Hospital Nossa Senhora das Dores e o Hospital Arnaldo Gavazza. Em relação à atenção primária, possui uma estrutura de Estratégia Saúde da Família (ESF) na zona urbana, na zona rural e distritos municipais, que atende aproximadamente 2/3 da população.

Estou inserida na equipe de saúde da família Sette de Barros II desde março de 2015. A unidade de saúde da equipe Sette de Barros II atende o bairro Triângulo Novo, que possui uma população de 2.848 moradores agrupados em 899 famílias, divididos em cinco microáreas. Entre os habitantes, 1.333 (46,80%) são homens e 1.515 (53,20%) são mulheres.

A unidade mudou-se para um prédio próprio há menos de um ano que está localizado no limite do bairro vizinho chamado Rasa. A unidade apresenta ótima infraestrutura, possui rampa de acesso, ampla recepção com cadeiras, consultórios médicos e odontológicos, sala de curativos, sala de reunião da equipe e auditório. Porém, o auditório é pequeno para o tamanho da população, assim os grupos operativos são realizados no salão paroquial da igreja do bairro. A unidade possui ainda equipamentos adequados como mesa ginecológica, sala de nebulização, glicosímetro, instrumental cirúrgico e material para curativos.

A população relata dificuldade para chegar neste novo endereço devido à falta de linha de ônibus no local. A antiga localização da unidade permitia o acesso fácil aos moradores por se localizar na rua principal do bairro.

A equipe de saúde da família Sette de Barros II é formada por cinco agentes comunitárias de saúde, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, uma médica do PROVAB, uma médica auxiliar, um médico pediatra, dois médicos ginecologistas obstetras, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de dentista, uma nutricionista, uma

psicóloga, um profissional de educação física, um fisioterapeuta e uma assistente social.

A unidade funciona de 07:00 às 17:00 horas, e fecha para horário de almoço de 11:00 as 13:00 horas. Não abrindo no turno da noite.

As atividades diárias se concentram no atendimento das consultas agendadas e demanda espontânea, além dos programas de saúde bucal, pré-natal, puericultura, “preventivo” de câncer de mama e ginecológico, realização de curativos, atendimento a hipertensos e diabéticos. Realizamos também visitas domiciliares e grupos operativos.

A equipe tem dificuldade com a referência para os demais níveis assistenciais, sendo dificultada em casos de urgência e emergência. Em relação à contrarreferência, esta não é realizada, quando o paciente se consulta com o especialista não ocorre um *feedback* com a atenção primária.

A partir da observação ativa e da entrevista com informantes chaves (agentes comunitárias de saúde (ACSs) e enfermeira da unidade), percebemos que o problema mais relevante é a baixa participação do homem nas ações de saúde. De acordo com Schraiber, Gomes e Couto (2005) incluir a participação do homem nas ações de saúde é um desafio, pois eles não reconhecem a importância do cuidado e a valorização do corpo no sentido da saúde como questões sociais do homem.

2 JUSTIFICATIVA

A saúde do homem tem sido uma temática pouco abordada e discutida (SIQUEIRA *et al.*, 2014), principalmente porque os homens buscam menos os serviços de saúde (SCHRAIBER *et al.*, 2010). É preciso mudar a percepção dos homens nos cuidados com a própria saúde, pois a maioria só procura os serviços de saúde quando já ocorreu o agravo da morbidade pelo retardamento na atenção (SIQUEIRA *et al.*, 2014).

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 (BRASIL, 2008, p.5).

Desta forma, pretende-se desenvolver um plano de ação para aumentar a adesão dos homens da área de abrangência da ESF Sette de Barros II às intervenções de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O presente estudo tem como objetivo elaborar um plano de ação para aumento da adesão dos homens da área de abrangência da ESF Sette de Barros II às intervenções de saúde.

3.2 Objetivos específicos

Aumentar o nível de conhecimento dos homens sobre a importância do cuidado com a saúde.

Capacitar os profissionais da equipe de saúde da família para melhorar o acolhimento dos homens no cuidado com a saúde.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional na área de abrangência da ESF Sette de Barros II em Ponte Nova/MG através do método de estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Para levantamento das informações foi realizada a observação ativa do local e entrevista com informantes chaves (ACSs e enfermeira da unidade). Após a realização do diagnóstico situacional a equipe priorizou a baixa participação do homem nas ações de saúde como o problema principal.

Em um segundo momento foi feita uma revisão de literatura por meio de artigos indexados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), utilizando os seguintes descritores: saúde do homem, gênero, prevenção de doenças, serviços de saúde e atenção básica à saúde.

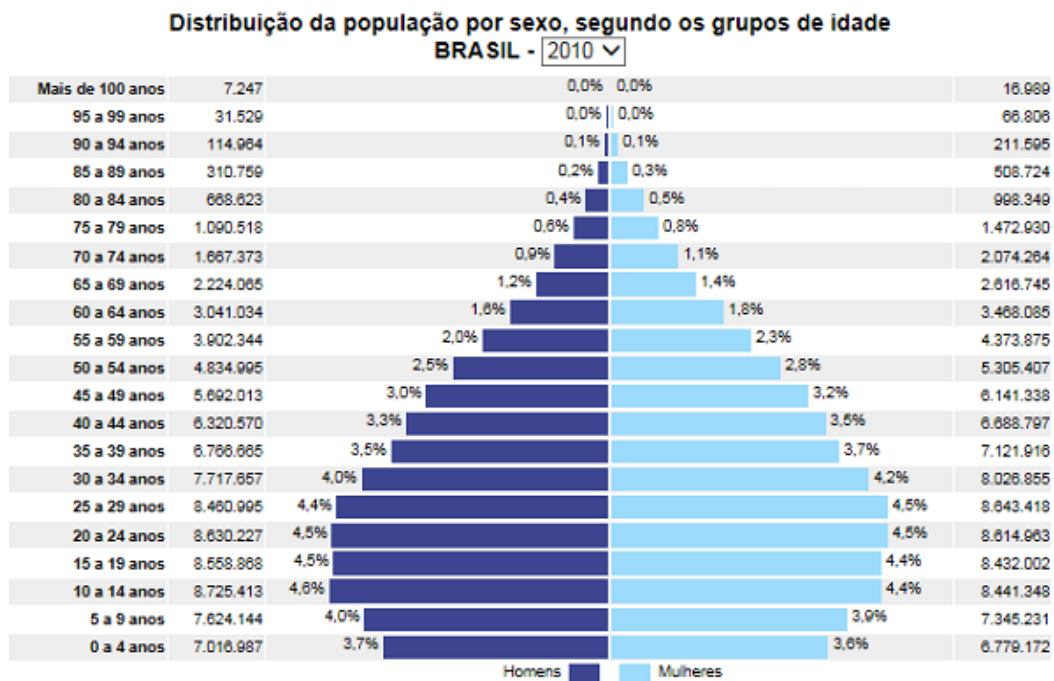
Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi apresentada a proposta de um plano de ação através do método “Planejamento Estratégico Situacional” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) para aumentar a adesão dos homens da área de abrangência da ESF Sette de Barros II às intervenções de saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Dados demográficos e perfil epidemiológico dos homens

A população brasileira, segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2011) era de aproximadamente 191 milhões de pessoas, sendo que 51% correspondiam às mulheres e 49% aos homens. A figura 1 mostra a distribuição da população brasileira em 2010 por sexo, segundo os grupos de idade.

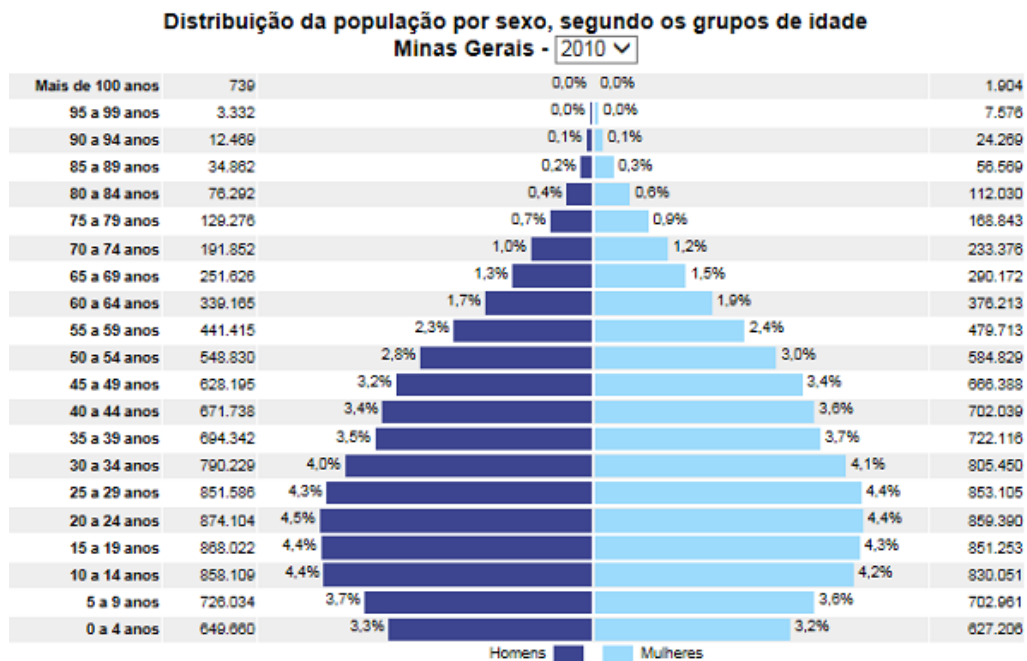
Figura 1 - Pirâmide populacional brasileira em 2010.



Fonte: Censo Demográfico de 2010

Ainda segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2011) esses dados se repetem no estado de Minas Gerais, onde os homens também representavam 49% da população total. A figura 2 mostra a distribuição da população mineira em 2010 por sexo, segundo os grupos de idade.

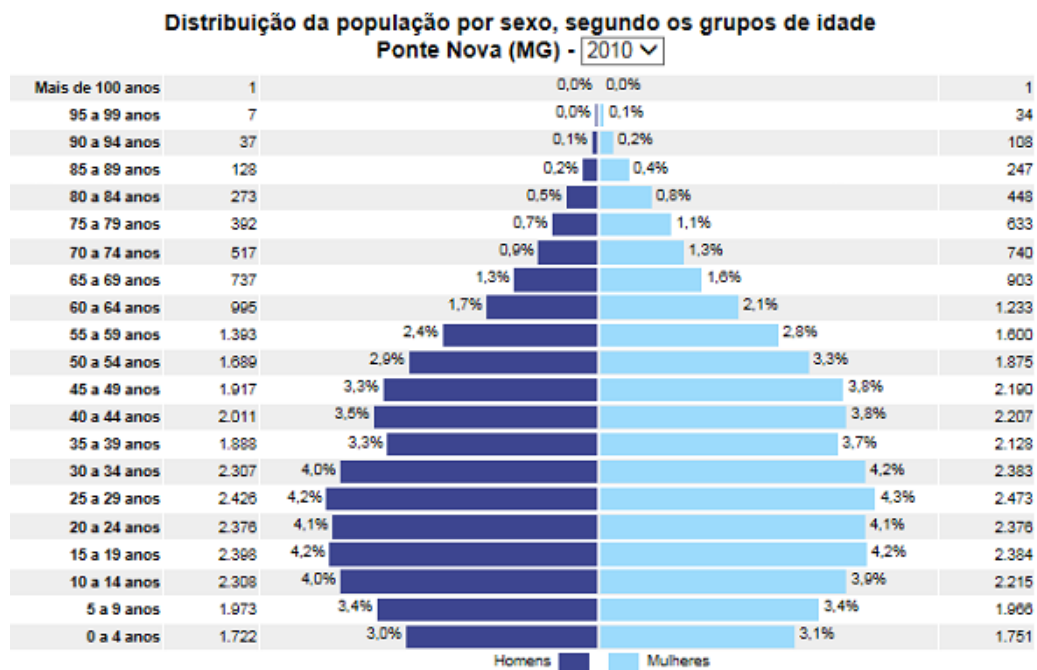
Figura 2 - Pirâmide populacional de Minas Gerais em 2010.



Fonte: Censo Demográfico de 2010

Já no município de Ponte Nova, pertencente ao estado de Minas Gerais, os homens representavam 48% da população do município segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2011) (figura 3).

Figura 3 - Pirâmide populacional de Ponte Nova (MG) em 2010.



Fonte: Censo Demográfico de 2010

A expectativa de vida ao nascer das mulheres é superior à dos homens em relação aos dados do IBGE de 2012. Os homens apresentavam expectativa de vida de 71 anos enquanto as mulheres apresentavam expectativa de vida de 78,3 anos (IBGE, 2012).

Em relação ao perfil epidemiológico foi possível verificar em estudo feito para descrever e analisar o perfil de mortalidade da população brasileira no ano de 2012 que as principais causas de morte na população foram em ordem decrescente, doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas (BRASIL, 2014).

Já na população masculina, foco deste estudo, as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de morte com um percentual de 26%. As causas externas foram a segunda causa de morte, respondendo por 19% do total das mortes e as neoplasias foram a terceira causa, com um percentual de 15% (BRASIL, 2014).

O quadro 1 mostra os percentuais da mortalidade no Brasil e no estado de Minas Gerais para a população total e para os homens.

Quadro 1 - Mortalidade proporcional por grupo de causas em 2013.

Grupo de causas	Brasil		Minas Gerais	
	Total	Homens	Total	Homens
Doenças infecciosas e parasitárias	4,57%	4,62%	4,73%	4,58%
Neoplasias	17,30%	16,30%	17,55%	17,16%
Doenças do aparelho circulatório	29,83%	27,58%	29,13%	26,68%
Doenças do aparelho respiratório	12,10%	11,13%	12,50%	11,82%
Causas externas	13,32%	19,32%	12,28%	17,81%
Demais causas definidas	22,88%	21,06%	23,81%	21,95%

Fonte: DATASUS (2013)

Os óbitos por causas externas incluem acidentes (relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e violências (agressões/homicídios, suicídios, tentativas de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos) (VALENÇA NETO *et al.*, 2015).

Os tipos de câncer mais incidentes nos homens e nas mulheres podem ser visualizados na figura 4. Os três tipos com maior prevalência na população masculina são: próstata; traqueia, brônquio e pulmão; cólon e reto (INCA, 2014).

Figura 4 - Distribuição dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 no Brasil por sexo, exceto pele não melanoma.

Homens			Mulheres		
Localização primária	casos	%	Localização primária	casos	%
Próstata	68.800	22,8%	Mama Feminina	57.120	20,8%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	5,4%	Cólon e Reto	17.530	6,4%
Cólon e Reto	15.070	5,0%	Colo do Útero	15.590	5,7%
Estômago	12.870	4,3%	Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.930	4,0%
Cavidade Oral	11.280	3,7%	Glândula Tireoide	8.050	2,9%
Esôfago	8.010	2,6%	Estômago	7.520	2,7%
Laringe	6.870	2,3%	Corpo do Útero	5.900	2,2%
Bexiga	6.750	2,2%	Ovário	5.680	2,1%
Leucemias	5.050	1,7%	Linfoma não Hodgkin	4.850	1,8%
Sistema Nervoso Central	4.960	1,6%	Leucemias	4.320	1,6%

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Fonte: INCA (2014)

5.2 Saúde do homem

Segundo Araújo *et al.* (2014) a atenção primária possui diferentes ações que contribuem para a universalidade do acesso da população aos serviços de saúde. Entretanto, para Albano, Basílio e Neves (2010) parece que as unidades de atenção primária são serviços destinados quase que exclusivamente às mulheres, crianças e idosos.

A saúde do homem é um tema de grande importância e muitas vezes negligenciado. Mas, torna-se importante enfatizar que essa negligência ocorre, principalmente pelos próprios homens e tem muitas vezes raízes culturais (MEIRELLES; HOHL 2009). Tal negligência causa não somente prejuízos no âmbito financeiro, aumentando as taxas de internações por problemas que poderiam ser resolvidos pela atenção primária, mas também sofrimento físico e emocional do homem e de sua família (BRASIL, 2008).

O foco específico na relação homem e saúde vêm ocorrendo tanto no meio acadêmico quanto no âmbito dos serviços de saúde (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). A saúde do homem passou a ser objeto de estudos e de maior preocupação (SCHWARZ *et al.*, 2012). Mas, para Meirelles e Hohl (2009) é preciso mudar o comportamento da população masculina com relação à própria saúde.

A prática efetiva de ações de proteção, promoção da saúde e prevenção de doenças pode reduzir a morbimortalidade dos homens por causas preventivas e evitáveis, contribuindo para o aumento da expectativa de vida dessa população (ALVARENGA *et al.*, 2012).

Entre as principais causas levantadas para a baixa procura do homem ao serviço de saúde encontram-se o ambiente feminilizado das unidades de saúde e a representação do cuidar como tarefa feminina; as questões relacionadas ao trabalho e o horário de funcionamento limitado ao horário comercial e; as campanhas serem quase que exclusivamente voltadas para as mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; MACHIN *et al.* 2011).

Além das causas citadas acima, existem também causas inerentes à população masculina, como os estereótipos de gênero inseridos em uma cultura patriarcal, em que a procura por atendimento médico sugere certa fragilidade, além do próprio sentimento de invulnerabilidade, o que expõe o homem a maiores situações de risco (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; MACHIN *et al.* 2011). A população masculina tende a pensar que a procura ao serviço de saúde é uma demonstração de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Em contrapartida, observa-se que determinadas características favorecem uma maior procura ao serviço de saúde. Homens casados, por exemplo, demonstram maior autocuidado, já que são estimulados pelas esposas a comparecerem à unidade de saúde (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Pensando então na reduzida presença dos usuários do sexo masculino nos serviços de atenção básica, o Ministério da Saúde organizou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (SIQUEIRA *et al.*, 2014).

5.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Um dos principais objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é promover ações em saúde que contribuam para a compreensão da realidade do homem nos contextos socioculturais e político-econômicos, permitindo o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem objetiva orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção (BRASIL, 2008).

Objetiva também promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, 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 (BRASIL, 2008).

Para cumprir esses objetivos, a política propõe as seguintes ações: melhoria do acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde, compromisso do governo e do setor privado com a saúde do homem, melhoria na educação em saúde para a sociedade, busca ativa dos pacientes para ações preventivas, capacitação aos profissionais de saúde sobre o tema, etc. (BRASIL, 2008).

Além disso, a política nacional de atenção integral à saúde do homem estabelece metas e deveres para os governos federal, estadual e municipal, fazendo com que os vários setores do governo se responsabilizem pela melhoria da saúde do homem (BRASIL, 2008).

6 PLANO DE AÇÃO

Um projeto de intervenção criado para resolver um dado problema precisa ser viável e gerenciável. É necessário conhecer os fatores envolvidos em sua gênese, para que as ações sejam focadas na transformação dessa realidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Definição dos problemas

O diagnóstico situacional da ESF Sete de Barros II evidenciou os seguintes problemas: baixa adesão da população masculina às intervenções de saúde, falta de contrarreferência pelos profissionais especialistas, grande utilização de benzodiazepínicos pelos pacientes, pedidos de renovação de receita sem a presença do paciente.

6.2 Priorização dos problemas

Entre os problemas identificados, considerou-se que todos apresentam relevante importância no contexto de assistência à saúde da população da área de abrangência. A baixa adesão da população masculina às intervenções de saúde encontra-se dentro da capacidade de enfrentamento da atenção primária, a despeito da capacidade parcial relacionada à falta de contrarreferência pelos profissionais especialistas e a grande utilização de benzodiazepínicos. Com base nisso, a equipe priorizou a baixa adesão da população masculina como alvo do plano de ação. Esses dados podem ser mais bem visualizados no quadro 2.

Quadro 2 - Priorização dos problemas identificados na área de abrangência da ESF Sete de Barros II.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa adesão da população masculina às intervenções de saúde	Alta	8	Dentro	1
Falta de contrarreferência pelos profissionais especialistas	Alta	7	Parcial	2

Grande utilização de benzodiazepínicos pelos pacientes	Alta	6	Parcial	3
Pedidos de renovação de receita sem a presença do paciente	Alta	5	Parcial	4

Fonte: Aatoria Própria (2015)

6.3 Descrição do problema selecionado

A partir da observação ativa e da entrevista com informantes chaves (ACSs e enfermeira da unidade) foram identificados os principais problemas da área de abrangência da ESF Sete de Barros II, dentre os quais a equipe priorizou a baixa participação do homem nas ações de saúde. Os mesmos só procuram o serviço de saúde quando alguma doença já está instalada. E a consequência disso é que aumenta a demanda por condições crônicas agudizadas desta parcela da população e também as internações por condições sensíveis à atenção básica.

Podemos perceber, através da observação ativa, que a maioria dos pacientes que procura o serviço de saúde é do sexo feminino. Apenas uma pequena parcela da população masculina utiliza a unidade básica de saúde. Dentre esta minoria prevalecem os homens com idade maior que 60 anos, refletindo a baixa adesão dos homens de 20 a 60 anos.

6.4 Explicação do problema

O problema da baixa adesão dos homens às intervenções de saúde pode ser explicado basicamente por três fatores: o horário de funcionamento da ESF, omissão da equipe e falta de conhecimento da população masculina sobre a sua saúde.

O primeiro fator explica em parte o problema, já que as mulheres hoje em dia também participam efetivamente do mercado de trabalho e encontram tempo para procurar à atenção primária à saúde (SCHRAIBER, 2010). Porém, ainda existem muitas famílias em que o chefe da família e provedor financeiro é o homem e este acaba colocando o serviço em primeiro plano e acaba negligenciando a prevenção e promoção de sua saúde.

Outro fator é a omissão da equipe, uma vez que ainda não há muitas campanhas e muito menos iniciativas da equipe de saúde para melhorar a adesão do homem ao serviço de saúde.

E o terceiro fator é o próprio conhecimento da população masculina, que muitas vezes não percebe a importância da prevenção à saúde, procurando apenas serviços de urgência para melhora sintomática e não da doença em si.

6.5 Seleção dos nós críticos

É fundamental identificar as causas do problema selecionado, pois para enfrentá-lo devem-se atacar suas causas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O nó crítico “é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.65).

Sendo assim, foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados à baixa adesão do homem às intervenções de saúde:

- Baixo nível de informação do homem sobre os cuidados com a saúde;
- Horário de funcionamento da ESF;
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.

6.6 Desenho das operações

Para enfrentar os nós críticos foram propostas operações específicas para cada um deles. O quadro 3 apresenta o desenho das operações para os “nós” críticos do problema “baixa adesão do homem às intervenções de saúde”.

Quadro 3 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “baixa adesão do homem às intervenções de saúde”.

Nó Crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Baixo nível de informação do homem sobre os cuidados com a saúde	Saúde em foco Aumentar o nível de informação dos homens sobre os	População masculina mais informada sobre os cuidados com a saúde Incluir atividades para essa	Grupo operativo noturno uma vez por mês realizado por equipe multiprofissional Capacitação das ACSs para	Cognitivo: Conhecimento sobre o assunto Político: conseguir o espaço na rádio local Financeiro: para aquisição de

	cuidados com a saúde	população	orientação dos homens em domicílio e para convidá-los a participarem dos grupos Divulgação na rádio local	recursos Organizacional: possibilitar infraestrutura necessária para a efetivação das atividades Divulgação dos grupos
Horário de funcionamento da ESF	Saúde a todo o momento Ampliar os horários de atendimento para os homens que trabalham no horário de funcionamento da ESF	Ampliação dos horários de atendimento da ESF	Agendamento de consultas noturnas uma vez por mês para os homens que participarem do grupo operativo noturno	Cognitivo: elaboração e gestão do projeto Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Organizacional: possibilitar infraestrutura necessária para a efetivação das atividades
Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado	Reuniões da equipe Capacitação de toda a equipe para melhorar o atendimento à população masculina	Capacitar e conscientizar a equipe da importância em melhorar o atendimento à população masculina	Reuniões mensais com toda a equipe de saúde Educação permanente da equipe	Financeiro: para aquisição de recursos Organizacional: envolvimento da equipe

Fonte: Aatoria Própria (2015)

6.7 Identificação dos recursos críticos

No Quadro 4 foram identificados os recursos críticos para a execução das operações. Todos os recursos já foram disponibilizados para a aplicação do projeto.

Quadro 4 - Recursos críticos para a execução das operações.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Saúde em foco Aumentar o nível de informação dos homens sobre os cuidados com a saúde	Político: conseguir o espaço na rádio local Financeiro: para aquisição de recursos
Saúde a todo o momento Ampliar os horários de atendimento para os homens	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Organizacional: possibilitar infraestrutura necessária para a efetivação das atividades

que trabalham no horário de funcionamento da ESF	
Reuniões da equipe Capacitação de toda a equipe para melhorar o atendimento à população masculina	Financeiro: para aquisição de recursos Organizacional: envolvimento da equipe

Fonte: Aatoria Própria (2015)

6.8 Análise da viabilidade do plano

Neste passo do plano de ação devemos identificar os atores que irão controlar as ações e a sua motivação (Quadro 5), lembrando que a motivação é sempre situacional estando sujeita a mudanças.

O ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.70).

Quadro 5 - Propostas de ações para motivação dos atores.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saúde em foco Aumentar o nível de informação dos homens sobre os cuidados com a saúde	Político: conseguir o espaço na rádio local Financeiro: para aquisição de recursos	Setor de comunicação social Secretaria de Saúde	Favorável	Não é necessária
Saúde a todo o momento Ampliar os horários de atendimento para os homens que trabalham no horário de funcionamento da ESF	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço	Prefeito Municipal Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar projeto
Reuniões da equipe Capacitação de	Financeiro: para aquisição de recursos Organizacional: envolvimento da	Secretaria de Saúde Toda a equipe	Existem profissionais favoráveis e não	Não é necessária

toda a equipe para melhorar o atendimento à população masculina	equipe		favoráveis	
---	--------	--	------------	--

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.9 Elaboração do plano operativo

O objetivo desse passo é designar os responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além do estabelecimento de prazos para o cumprimento das ações necessárias (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Sendo assim, foram designados os profissionais envolvidos em cada atividade e estabelecido um prazo de seis meses para averiguar os resultados. O Quadros 6 apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 6 - Elaboração do plano operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Profissionais Envolvidos	Prazo
<p>Saúde em foco</p> <p>Aumentar o nível de informação dos homens sobre os cuidados com a saúde</p>	<p>População masculina mais informada sobre os cuidados com a saúde</p> <p>Incluir atividades para essa população</p>	<p>Grupo operativo noturno uma vez por mês realizado por equipe multiprofissional</p> <p>Capacitação das ACSs para orientação dos homens em domicílio e para convidá-los a participarem dos grupos</p> <p>Divulgação na rádio local</p>	<p>Não é necessária</p>	<p>Vanessa - médica</p> <p>Bruna - enfermeira e coordenadora da ESF</p> <p>Todas as ACSs da equipe</p>	<p>Seis meses</p>
<p>Saúde a todo o momento</p> <p>Ampliar os horários de atendimento para os homens que trabalham no horário de funcionamento</p>	<p>Ampliação dos horários de atendimento da ESF</p>	<p>Agendamento de consultas noturnas uma vez por mês para os homens que participarem do grupo operativo noturno</p>	<p>Apresentar projeto</p>	<p>Vanessa - médica</p> <p>Bruna - enfermeira e coordenadora da ESF</p> <p>Todas as ACSs da equipe</p>	<p>Seis meses</p>

da ESF					
Reuniões da equipe Capacitação de toda a equipe para melhorar o atendimento à população masculina	Capacitar e conscientizar a equipe da importância em melhorar o atendimento à população masculina	Reuniões mensais com toda a equipe de saúde Educação permanente da equipe	Não é necessária	Toda a equipe	Seis meses

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.10 Gestão do plano

A gestão do plano foi elaborada com o objetivo de auxiliar na coordenação e acompanhamento da execução das operações traçadas, assim o Quadro 7 mostra a situação de cada operação proposta.

Quadro 7 - Acompanhamento do plano de ação.

Operação/ Projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo prazo
Saúde em foco Aumentar o nível de informação dos homens sobre os cuidados com a saúde	Grupo operativo noturno uma vez por mês realizado por equipe multiprofissional Capacitação das ACS para orientação dos homens em domicílio e para convidá-los a participarem dos grupos Divulgação na rádio local	Vanessa - médica Bruna - enfermeira e coordenadora da ESF Todas as ACSs da equipe	Seis meses	Aguardando implantação		
Saúde a todo o momento Ampliar os horários de	Agendamento de consultas noturnas uma vez por mês	Vanessa - médica Bruna - enfermeira e coordenadora	Seis meses	Aguardando implantação		

atendimento para os homens que trabalham no horário de funcionamento da ESF	para os homens que participarem do grupo operativo noturno	da ESF Todas as ACSs da equipe				
Reuniões da equipe Capacitação de toda a equipe para melhorar o atendimento à população masculina	Reuniões mensais com toda a equipe de saúde Educação permanente da equipe	Toda a equipe	Seis meses	Aguardando implantação		

Fonte: Aatoria própria (2015)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi mencionado ao longo do trabalho, a saúde do homem é um assunto muitas vezes negligenciado pelos diversos serviços de saúde. Como a atenção básica é a porta de entrada do sistema de saúde, ela deve modificar esta situação, já que com essa mudança diminuiria agudizações de doenças crônicas e preveniria diversas doenças.

A partir dessas considerações, acreditamos que o plano de ação aqui proposto contribuirá para aumentar o nível de conhecimento dos homens sobre a importância do cuidado com a saúde e a adesão dos mesmos às intervenções de saúde, melhorando a assistência ao homem e a integração do mesmo com o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBANO, B.R.; BÁSILIO, M.C.; NEVES, J.B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, v.3, n.2, p.554-563, 2010.

ALVARENGA, W.A. *et al.* Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.6, p.929-935, 2012.

ARAÚJO, M.G. *et al.* Saúde do homem: ações e serviços na estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE on line.**, v.8, n.2, p.264-71, 2014.

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, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. 28d. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010.

DATASUS. **Indicadores e dados básicos – Brasil – 2013**. Disponível em: <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/ldb2013/matriz.htm>. Acesso em: 10/09/15.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, 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**, v.23, n.3, p. 565-574, 2007.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2010** Características da população e dos domicílios. Resultados do Universo, 2011.

IBGE **Brasil: Tábua Completa de Mortalidade - Ambos os Sexos - 2012**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2012/defaulttab_pdf.shtm. Acesso em: 16/09/15.

IBGE-cidades. **Ponte Nova, Minas Gerais.** Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315210&search=minas-gerais|ponte-nova>. Acesso em 26/08/15.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2014. 124p.

MACHIN, R. *et al.* Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4503-4512, 2011.

MEIRELLES, R.M.R.; HOHL, A. Saúde masculina: tão negligenciada, principalmente pelos homens. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v.53, n.8, p.899-900, 2009.

PONTE NOVA. **Plano decenal municipal de educação de Ponte Nova**, 2005. Disponível em: www.camarapontenova.mg.gov.br/arquivos/leis/lei2.905anexo.doc Acesso em 26/08/15.

SCHRAIBER, L.B. *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.5, p.961-970, 2010.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.10, n.1, p.7-17, 2005.

SCHWARZ, E. *et al.* Política de saúde do homem. **Rev Saúde Pública**, v.46 (supl), p.108-116, 2012.

SIQUEIRA, E.L. *et al.* Atenção à saúde do homem: trabalhando a percepção do profissional enfermeiro na estratégia saúde da família. **SANARE, Sobral**, v.13, n.1, p.48-55, 2014.

VALENÇA NETO, P.F. *et al.* Tendência da mortalidade masculina por causas externas. **Rev enferm UFPE on line.**, v.9, n.5, p.7877-7886, 2015.