

Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS/UFMA

Cadernos de Saúde da Família

Saúde do adulto e a saúde da família

Paola Trindade Garcia
Wanessa Cristina Filgueiras Fonsêca



SAÚDE DO ADULTO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS/UFMA

SAÚDE DO ADULTO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

São Luís



2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof.^a Dr.a Nair Portela Silva Coutinho

Reitora

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Vice-Reitor

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação e Inovação

Prof.^a Dr.a Ana Emília Figueiredo de Oliveira

Coordenadora Geral da UNA-SUS/UFMA

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Ricardo Zimbrão Affonso de Paula; Prof. Dr. Osvaldo Ronaldo Saavedra Mendez; Prof. Dr. Jadir Machado Lessa; Prof.^a Dr.a Arlene de Jesus Mendes Caldas; Prof.^a Dr.a Mariléia Santos Cruz da Silva; Bibliotecária Gilvane Carvalho Ferreira; Prof.^a Dr.a Mônica Teresa Costa Sousa

Projeto de design

Hudson Francisco de Assis Cardoso Santos
Marcio Henrique Sá Netto Costa
Douglas Brandão França Junior

Normalização

Edilson Thialison da Silva Reis. CRB 13ª Região nº de Registro- 764

Revisão de texto

Fábio Allex

Revisão de conteúdo

Claudio Vanucci Silva de Freitas

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA.

Saúde do adulto e a saúde da família/ Paola Trindade Garcia; Wanessa Cristina Filgueiras Fonsêca (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2016.

64 p. : il. (Cadernos de Saúde da Família n. 5)

1. Saúde pública. 2. Saúde do adulto. 3. Atenção primária à saúde. 4. UNA-SUS/UFMA.
I. Garcia, Paola Trindade. II. Fonsêca, Wanessa Cristina Filgueiras. III. Título.

CDU 614.2

Impresso no Brasil

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, microfilmagem, gravação ou no outro, sem permissão do autor.

INFORMAÇÃO SOBRE OS AUTORES

Paola Trindade Garcia: graduação em Fisioterapia pela Faculdade Santa Terezinha (CEST), especialização em Metodologias Ativas pelo Instituto SÍrio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), especialização em Saúde da Família pela CEST e em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Residência Multiprofissional em Saúde pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) e mestrado em Saúde Coletiva pela UFMA. É doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFMA e professora do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão. Possui experiência profissional na área de Saúde Coletiva e em Fisioterapia, com ênfase na Atenção Básica em Saúde e afins, bem como em educação a distância e em metodologias ativas. Atualmente é coordenadora de design instrucional da Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA) e tutora do curso de especialização em Educação Permanente em Saúde.

Wanessa Cristina Filgueiras Fonsêca: graduação bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Pós-graduação em Clínica da Atenção Primária pela Universidade Estácio de Sá, em Estratégia Saúde da Família pela UFMA e em Gestão das Clínicas nas Regiões de Saúde pelo Instituto SÍrio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP). Mestranda em Gestão de Programas e Serviços de Saúde na Universidade Ceuma. Atualmente é docente da Faculdade Fama/Pitágoras- São Luís e coordenadora de área da Saúde da Família do município de São Luís. Possui experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Pública.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADULTO	15
2.1	Contextualização	15
2.2	Rede de atenção às doenças crônicas	17
2.3	Ações de vigilância na saúde do adulto: controle de tuberculose e hanseníase e ações de saúde do trabalhador	21
2.4	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	23
2.5	O homem e os serviços de saúde	26
	REFERÊNCIAS	30
3	PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE DO ADULTO	33
3.1	Hipertensão arterial e diabetes mellitus	33
3.2	Hanseníase e tuberculose	38
3.3	Doenças sexualmente transmissíveis, HIV e Aids	39
3.4	Alcoolismo e tabagismo	41
3.5	Violência	43
3.6	Problemas mais comuns no homem	44
	REFERÊNCIAS	48
4	PLANEJANDO AÇÕES EM SAÚDE	51
4.1	A organização do processo de trabalho para a saúde do adulto	51
4.1.1	Território	54
4.1.2	Programação e planejamento	54
4.2	A programação das ações de Saúde do Adulto: acolhimento, protocolos e humanização	56
	REFERÊNCIAS	63

PREFÁCIO

A temática saúde do adulto é complexa, tanto no que se refere à diversidade de doenças existentes nessa faixa etária, como no que se refere às formas como essa população se relaciona com a sociedade (condições sociais e econômicas).

Os profissionais da saúde, em especial aqueles que atuam na Estratégia Saúde da Família, necessitam compreender a dinâmica do processo saúde/doença nessa população para que realizem intervenções mais eficazes no que se refere à promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e agravos.

Este livro busca trazer discussões sobre o perfil de saúde dos adultos, com foco na saúde do homem, as políticas de saúde que visam garantir a qualidade do acesso aos serviços de saúde, bem como alguns itens que são importante para o planejamento de ações.

Esperamos que, durante a leitura, você possa se identificar com vários elementos do seu trabalho para então aplicar esses conhecimentos em sua prática.

Prof.^a Dr.^a Judith Rafaelle Oliveira Pinho

1 INTRODUÇÃO

A população adulta representa uma parcela significativa da população que é assistida pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. Isso decorre das mudanças demográficas que vêm ocorrendo nas últimas décadas no Brasil, relacionadas à queda da mortalidade infantil e da fecundidade, ao aumento da expectativa de vida, assim como aos movimentos migratórios e de urbanização que levaram a um significativo aumento do número de adultos e idosos.

Nos capítulos seguintes, serão discutidas diferentes interfaces que tratam da temática dos principais problemas de saúde voltados ao adulto, destacando-se aquelas relacionadas à saúde do homem, com o intuito de fortalecer as ações que buscam o controle desses agravos e promover mais saúde a essa população.

Ementa: Indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde do adulto, pactos, políticas e programas de Saúde do Adulto no Brasil e no mundo. Papel dos membros da equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do adulto.

2 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADULTO

Paola Trindade Garcia, Wanessa Cristina Filgueiras Fonsêca

O objetivo deste capítulo é descrever o contexto histórico e epidemiológico de construção de políticas e programas voltados para a saúde do adulto. Deseja-se que essas informações funcionem como diretrizes básicas norteadoras das atividades relacionadas ao cuidado integral ao adulto pela sua equipe.

2.1 Contextualização

A Atenção Integral à Saúde do Adulto tem como foco principal a atuação nas condições específicas a esse público, entre os quais: hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase e a saúde do homem. A execução dessas ações se constitui como uma das iniciativas do Ministério da Saúde que priorizam condições pautadas no perfil epidemiológico desta população, com o intuito de articular ações de caráter individual e coletivo (PERALBA, 2012).

A promoção da saúde é uma estratégia que deve estar articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006).

Desse modo, promover programas educativos para doenças crônicas e degenerativas pode reduzir bastante o número de hospitalizações, melhorar significativamente as complicações agudas e crônicas, além de prevenir ou retardar o aparecimento de enfermidades.

No que tange à saúde do adulto, o cenário atual refere-se, especialmente, a formular e implementar políticas de saúde direcionadas à assistência integral à saúde do adulto, a fim de contribuir para aumento na expectativa e qualidade de vida por meio de uma rede articulada que atenda às necessidades da população. Para tanto, o Ministério da Saúde tem investido em diretrizes que orientam a reorganização das Redes de Atenção à Saúde e as linhas de cuidado às doenças crônicas, assim como orientado ações para vigilância das doenças infecciosas mais prevalentes. A efetivação de ações de Atenção à Saúde do Homem, voltadas à prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção, promoção e proteção da saúde, também tem representado um passo importante para as ações de Saúde do Adulto.

REFLETINDO!

Quais práticas e/ou ações de sua equipe estão potencializando a assistência integral à saúde do adulto, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo? Quais são os maiores desafios para essa implementação?

Vejamos como exemplo o relato de experiência de um agente comunitário de saúde:

“Aqui, em nossa equipe, temos campanhas de prevenção do câncer de próstata, atuamos em parceria com as escolas, nos fazendo presentes nas reuniões de pais. Foi uma boa estratégia para conseguirmos acesso a essa população que está sempre trabalhando. Tivemos alguns desafios para implementar nossa estratégia, como o preconceito e a “falta de tempo” das pessoas para nos ouvir, mas aos poucos estamos ganhando a confiança de todos.”

2.2 Rede de atenção às doenças crônicas

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições, que em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, sendo caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração, apresentando curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, que podem gerar incapacidades (BRASIL, 2013).

A pesquisa VIGITEL Brasil 2010 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) detectou que 6,3% dos adultos entrevistados afirmaram ter diagnóstico de diabetes mellitus (DM), e 23,3% dos adultos brasileiros afirmam já terem sido diagnosticados com hipertensão arterial (HA). Dentre as mulheres, 25,5% apresentam HA e, dentre os homens, 20,7% (BRASIL, 2011a).

REFLETINDO!

Apesar dos dados mostrarem que a hipertensão acomete mais as mulheres, será que podemos fazer essa interpretação? Historicamente, as mulheres procuram mais os serviços de saúde, e isso pode mascarar os resultados. Será que os homens são menos acometidos pela hipertensão realmente ou o diagnóstico é tardio por conta da pouca procura pelos serviços?

Muito se discute sobre o ônus que as doenças crônicas representam para sistemas de saúde por todo o mundo e como esses sistemas não gerenciam essas condições, limitando-se a tratar os sintomas dessas doenças. Estima-se que no ano 2020 essas doenças serão responsáveis por 80% da carga total em países em desenvolvimento. Estima-se que nesses países a aderência aos tratamentos chega a ser de apenas 20% (OMS, 2003).

No cenário nacional, as doenças cardiovasculares, que têm a hipertensão e diabetes como um importante fator de risco para seu desenvolvimento, representam a principal causa de mortalidade no país (OPAS, 2010).

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas, pois são responsáveis por um número expressivo de internações e também estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas, o que leva a perda significativa da qualidade de vida, aprofundando-se à medida que a doença se agrava (BRASIL, 2013).

Diante da relevância das doenças crônicas, em 2011, o Brasil elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco (BRASIL, 2011b).

Para tanto, foi proposta em 2012 a construção da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, instituída pela Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, e posteriormente redefinida pela Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Esta rede corresponde ao terceiro eixo (cuidado integral) do plano e tem como principais objetivos:

- I - Realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e
- II - fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014a).

Quadro 1 - Princípios e diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

1. Propiciar o acesso e o acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção.
2. Humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde.
3. Respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais, religiosas e hábitos locais.
4. Garantia de implantação de um modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais.
5. Articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção.
6. Atuação territorial, com definição e organização da rede nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas.
7. Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção.
8. Articulação interfederativa entre os diversos gestores, desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada.
9. Participação e controle social dos usuários sobre os serviços.
10. Autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado.
11. Equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde.
12. Regulação articulada entre todos os componentes da rede com garantia de equidade e integralidade do cuidado.
13. Formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

Quadro 2 - Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

1. Serviços de Atenção Básica/Atenção Primária: centro de comunicação da rede, tendo um papel-chave na estruturação desta, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, além de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para a organização do cuidado.
2. Serviços de Atenção Especializada: conjunto dos diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas, que incluem ações e serviços de urgência, ambulatoriais, especializados e hospitalar, sendo apoio e complemento aos serviços da Atenção Básica.
 - a) Ambulatórios especializados: conjunto de serviços e ações eletivas de média e de alta complexidade.
 - b) Hospitalar: ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de usuários agudos ou crônicos agudizados.
 - c) Serviços de Urgência e Emergência: conjunto de serviços e ações voltadas aos usuários que necessitam de cuidados imediatos nos diferentes pontos de atenção, inclusive de acolhimento aos usuários que apresentam agudização das condições crônicas.
3. Sistemas de apoio: são constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros) e pela assistência farmacêutica.
4. Sistemas logísticos: são soluções em saúde, em geral relacionadas às tecnologias de informação. Integram esse componente os sistemas de identificação e de acompanhamento dos usuários; o registro eletrônico em saúde; os sistemas de transportes sanitários; e os sistemas de informação em saúde.
5. Regulação: compreende-se a regulação como componente de gestão para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta, promover a equidade no acesso às ações e serviços de saúde e auxiliar no monitoramento e na avaliação dos pactos intersetoriais. Visa garantir o acesso às ações e aos serviços de maior densidade tecnológica.
6. Governança: é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Constituem esse componente as Comissões Intersetoriais.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

PARA SABER MAIS!

Consulte a Portaria MS/GM nº 483, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Conheça o “Documento de diretrizes para o cuidado de pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2012.

Conheça ainda o Caderno de Atenção Básica nº 35 do Ministério da Saúde: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.

2.3 Ações de vigilância na saúde do adulto: controle de tuberculose e hanseníase e ações de saúde do trabalhador

As ações de Vigilância em Saúde têm como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença das comunidades. É composta por ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, ações estas que devem estar inseridas cotidianamente na prática das equipes de saúde de Atenção Básica (BRASIL, 2008a).

O escopo das ações de Vigilância em Saúde é formado por atividades de vigilância e controle das doenças transmissíveis; pela vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; pela vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e pela vigilância sanitária (BRASIL, 2008a).

No que tange a saúde do adulto, relaciona-se a tuberculose e a hanseníase como agravos transmissíveis mais frequentes nessa população, apresentando importante magnitude e/ou transcendência em nosso país.

Tal fato demonstra a necessidade de se promover ações de prevenção e controle dessas doenças, o que refletirá a ampliação da capacidade de respostas dos serviços às doenças emergentes e às endemias.

Um importante foco da ação de controle desses agravos está voltado para o diagnóstico e tratamento das pessoas doentes, visando à interrupção da cadeia de transmissão, na qual grande parte das ações encontra-se no âmbito da Atenção Básica/Saúde da Família (BRASIL, 2008a).

Outra área que se incorpora nas ações de Vigilância em Saúde, e transversal ao cuidado ao adulto, é a saúde do trabalhador, que é compreendida como um conjunto de atividades destinado à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Abrange os seguintes aspectos:

(1) assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; (2) participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; (3) informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional (BRASIL, 2008a).

Entende-se que as ações de Vigilância em Saúde visam contemplar o cuidado integral à saúde dos adultos, e que esta deve ser efetivada por meio da promoção da saúde.

A promoção da saúde é compreendida como estratégia de articulação transversal, que incorpora outros fatores que colocam a saúde da população em risco trazendo à tona as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no país. Visa criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas.

Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde prevê que a organização da atenção e do cuidado deve envolver ações e serviços que operem sobre os determinantes do adoecer e além dos muros das unidades de saúde e do próprio sistema de saúde. O objetivo dessa política é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010).

Apresenta como ações específicas: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, além da promoção do desenvolvimento sustentável.

AGORA É COM VOCÊ!

Leia a publicação “Política Nacional de Promoção da Saúde”, publicada em 2006 pelo Ministério da Saúde.

2.4 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Com o propósito de desvelar as ações de atenção integral à saúde dos indivíduos do sexo masculino, com idade entre 20 e 59 anos, o Ministério da Saúde, em 2008, apresentou, como uma das prioridades do governo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A política situa-se alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica e está em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, privilegiando a Estratégia Saúde da Família, evitando, assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas (BRASIL, 2008b).

A PNAISH busca oferecer subsídios à reflexão dos determinantes da saúde do homem, bem como apresenta diversos elementos condicionantes para a sua saúde, resguardando a consideração da necessidade de ações de promoção e prevenção, além da recuperação. Entre seus principais objetivos, insere-se a orientação com as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção (BRASIL, 2008b).

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

**DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
DO HOMEM (BRASIL, 2008b):**

- Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado.
- Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, de acordo com as competências de cada um, garantindo condições para a execução da presente política.
- Nortear a prática de saúde pela humanização e a qualidade da assistência a ser prestada, princípios que devem permear todas as ações.
- Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde.
- Promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor de educação, como promotor de novas formas de pensar e agir.

- Reorganizar as ações de saúde, por meio 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.
- Integrar as entidades da sociedade organizada na corresponsabilidade das ações governamentais pela convicção de que a saúde não é só um dever do Estado, mas uma prerrogativa da cidadania.
- Incluir na educação permanente dos trabalhadores do SUS, temas ligados à Atenção Integral à Saúde do Homem.
- Aperfeiçoar os sistemas de informações de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão.
- Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Por meio dessas diretrizes, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem pretende 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, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

PARA SABER MAIS!

Conheça a Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

REFLETINDO!

Quais são as ações de sua unidade que estão contribuindo para o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem? Vejamos o relato de experiência de uma enfermeira da equipe de Saúde da Família:

“Além da campanha de prevenção de câncer de próstata, estamos desenvolvendo o projeto “controle-se”. Ele visa ao controle da hipertensão e diabetes nos usuários cadastrados.”

2.5 O homem e os serviços de saúde

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária. Essas modificações, por seu turno, têm imprimido importantes mudanças também no perfil epidemiológico da população, com alterações relevantes nos indicadores de morbimortalidade.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o total da população em 2011 é de 196.655.014 habitantes, sendo destes 96.745.275 homens e 99.909.739 mulheres. O mais recente Censo Demográfico (2010) do país mostra que o rendimento médio mensal dos homens com carteira profissional assinada foi de R\$ 1.392, ao passo que as mulheres foram cerca de 30% abaixo disso, atingindo R\$ 983. Homens na faixa de 25 a 59 anos correspondem a 41,3% da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil (IBGE, 2011).

Um fato interessante a se destacar é a relação existente entre homens e os serviços de saúde. É indiscutível a ocorrência de uma baixa

acessibilidade da população masculina aos serviços de saúde, especialmente os de atenção primária, o que assinala para uma vulnerabilidade desses indivíduos. O pouco acesso constitui-se em um importante problema de saúde pública, haja vista que a busca pelos serviços de saúde, quando existe, está atrelada a um quadro clínico de morbidade já cronicado com repercussões biopsicossociais para sua qualidade de vida, além de onerar, significativamente, o SUS.

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Com relação à maior vulnerabilidade e às altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção básica adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravamento da morbidade pelo atraso na atenção e maior custo para o sistema de saúde, conforme já mencionamos.

O Ministério da Saúde assegura que 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 na 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 ele cuidar menos de si e expor-se mais às situações de risco. Além disso, há o fato de o indivíduo temer a possibilidade de o médico descobrir alguma complicação com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade. Outra questão bastante apontada pelos homens para não adesão aos serviços de atenção básica relaciona-se ao horário de funcionamento das unidades de saúde. Os homens declaram que o horário do funcionamento dos serviços de saúde coincide com a carga horária do trabalho.

Para o Ministério da Saúde, todas as barreiras aqui apresentadas, bem como outras não descritas que atrapalham a inserção do homem nos serviços de atenção básica, devem ser investigadas e compreendidas na singularidade e particularidade de cada caso. A compreensão das barreiras socioculturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, que deve ser a porta de entrada ao sistema de saúde, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção (BRASIL, 2008b).

AGORA É COM VOCÊ!

Que tal fazer um checklist apontando as principais barreiras para a inserção dos homens nas atividades de sua equipe? A partir dessa identificação e investigação inicial, destaque quais estratégias estão sendo ou deveriam ser desenvolvidas para melhorar a adesão dos homens às atividades de sua equipe de Saúde da Família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As interfaces políticas e instrucionais que tratam a temática dos principais problemas de saúde voltados ao adulto, mais precisamente à saúde do homem, foram abordadas neste capítulo.

Considerando que a Atenção Integral à Saúde do Adulto tem como foco principal a atuação nas condições específicas a esse público, entre os quais hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase e a saúde do homem, trabalhou-se tais aspectos fazendo correlação com as ações de Vigilância em Saúde e com a rede de atenção às doenças crônicas.

Vimos ainda a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), sua finalidade e objetivos, e como o homem se relaciona com os serviços de saúde.

Todas essas informações e o conhecimento produzido por meio delas possibilitam desenvolvimento de ações qualificadas nos serviços de saúde atendendo os aspectos fundamentais da saúde do adulto.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2006. 38 f. (Anexo 1). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687_2006_anexo1.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2014.
- _____. _____. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 16 nov. 2015
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.
- _____. _____. _____. **Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a. 195 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).
- _____. _____. _____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.
- _____. _____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
- _____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7).
- _____. _____. _____. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.
- _____. _____. _____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.
- IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. 2011.
- LIMA, Cláudia Regina Vieira. **Políticas públicas para idosos: a realidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Distrito Federal**. 2011. 120 f.

PERALBA, Marta Pazos (Coord.). **A saúde do adulto na atenção primária**: manual do estudante: módulo 302 E. Brasília: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Escola Superior de Ciências da Saúde, 2012. 56 p.

OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, DF: OMS, 2003. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2014.

OPAS. **Linhas de cuidado**: hipertensão arterial e diabetes. Brasília, DF: OPAS, 2010.

Leitura complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. _____. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids**: manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. Portaria GM nº 371, de 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 6 mar. 2002. Seção 1, p. 88. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html>. Acesso em 16 nov. 2012.

CORREIA, Adélia Delfina da Motta S. et al. (Org.) **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família**. Campo Grande, MS: UFMS, Fiocruz, v. 1. 2010. p. 769.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc. Sci. Med.**, n. 50, p. 1385-401, 2007.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 2010.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência Saúde Coletiva**, n. 10, p. 105-9, 2005.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 3, p. 430-33, 2011.

IBGE. **Censos demográficos e contagem populacional para os anos intercensitários**: estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificados por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus. 2010.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. **I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, UNIFESP, 2007.

LAURENTI R, Mello-Jorge M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência Saúde Coletiva**, n. 10, p. 35-46, 2005.

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

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

NARDI A, Glina S.; FAVORITO, L. A. Primeiro estudo epidemiológico sobre câncer de pênis no Brasil. **International Braz J Urol**, v. 33, p. 1-7, 2007.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, n. 7, p. 687-70, 2002.

SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos et al. **Saúde do adulto**: enfermagem Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

3

PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE DO ADULTO

Paola Trindade Garcia, Wanessa Cristina Filgueiras Fonsêca

O objetivo desta unidade é discutir os agravos mais prevalentes em saúde do adulto e seu enfoque multiprofissional.

Vamos apresentar os principais agravos relacionados ao cuidado na saúde do adulto, a fim de subsidiar a programação e implementação das atividades no seu território que considerem as necessidades de saúde dessa população.

Esperamos que a partir dessas informações ocorra o desenvolvimento de ações que priorizem os grupos fatores de risco, com a finalidade de controlar ou prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças.

3.1 Hipertensão arterial e diabetes mellitus

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg), estando associada frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Dados relevam a HAS como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. No Brasil sua prevalência varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Pesquisa do Ministério da Saúde mostra que a proporção de brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial aumentou nos últimos cinco anos, passando de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010. O diagnóstico de hipertensão é maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%) (BRASIL, 2011). Esse aumento se deve ao maior acesso da população ao diagnóstico na atenção primária à saúde, pois, conforme discutimos anteriormente, as mulheres procuram mais os serviços de atenção básica (BRASIL, 2012).

O gráfico abaixo mostra a representação desses valores:

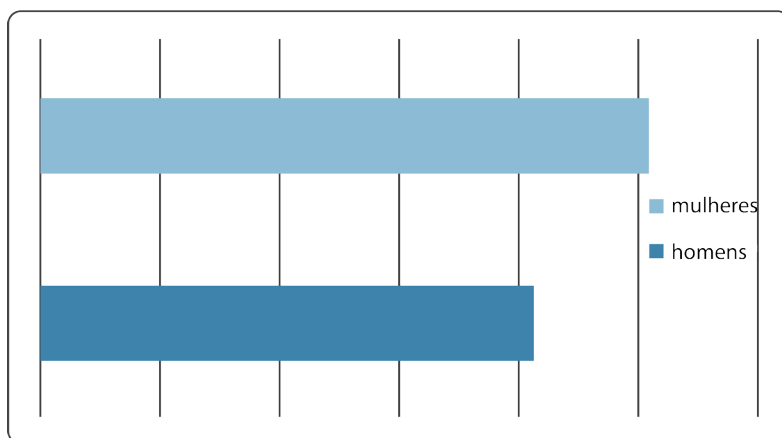


Gráfico 1 - Frequência de hipertensão arterial sistêmica entre homens e mulheres no Brasil, Brasil- 2011.

O diabetes, por sua vez, refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

Estima-se que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão

associados a esse incremento na carga global de diabetes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Tanto a hipertensão quanto o diabetes representam importante fator de risco para o desenvolvimento da doença cardiovascular, esta que é considerada a primeira causa de mortalidade no Brasil. São ainda responsáveis por grande parte das hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam mais da metade do diagnóstico primário de doença renal crônica (DRC) em pacientes submetidos à diálise. Tanto a hipertensão quanto o diabetes apresentam expressiva morbidade e impacto na qualidade de vida e produtividade da população adulta.

Destaca-se que a hipertensão arterial e o diabetes são considerados como condições sensíveis à atenção primária, estando o controle e prevenção dessas patologias sob a responsabilidade das equipes de Atenção Básica.

Há consenso sobre a importância da adoção de estratégias de atenção integral, cada vez mais precoces ao longo do ciclo de vida, focadas na prevenção do aparecimento de HAS e DM e suas complicações. Estão bem estabelecidas as ações de saúde que devem ser implementadas para um efetivo controle desses fatores de risco, com intuito de prevenir a doença e seus agravos. O principal desafio é traduzir em ações concretas de cuidado integral a indivíduos e comunidades o conhecimento científico e os avanços tecnológicos disponíveis e colocá-los no âmbito populacional ao alcance de um maior número possível de indivíduos.

Quadro 1 - Pontos de corte para anormalidades dos mais frequentes fatores de risco cardiovascular.

Fatores	Crítérios de anormalidade
1- Dislipidemias*	
• Colesterol sérico elevado indesejável	≥ 240 mg/dℓ 200 a 240 mg/dℓ
Frações do colesterol:	
• LDL colesterol	≥ 130 mg/dℓ
• HDL - homens	< 40 mg/dℓ
• HDL - mulheres	< 45 mg/dℓ
• Triglicérides	> 160 mg/dℓ
2 - HA sistêmica	
HA sistólica	PAS ≥ 130 mmHg
HA diastólica	PAD ≥ 80 mmHg
HA combinada	PAS ≥ 140 e PAD ≥ 90 mmHg
HA em diabéticos	
HA sistólica	PAS ≥ 130 mmHg
HA diastólica	PAD ≥ 80 mmHg
3- Diabetes**	
Glicemia de jejum	≥ 126 mg/dℓ em jejum de 10 h
Intolerância à glicose***	≥ 140 mg e < 200 mg/dℓ***
Glicemia de jejum anormal (disglicemia)	100 mg/dℓ a ≤ 125 mg/dℓ
Diabetes pós-sobrecarga****	≥ 200 mg/dℓ
4- Obesidade	
• Generalizada	IMC ≥ 30 kg/m ² de superfície corporal
• Central (abdominal ou central) CC ¹	
Homens	89 cm
Mulheres	84 cm
5- PCRas²	
• Baixo risco	< 1,0 mg/ℓ
• Médio risco	1 a < 3,0 mg/ℓ
• Alto risco	≥ 3 mg/ℓ
<p>*Em jejum mínimo de 12 h, sem exercícios físicos precedentes.</p> <p>** Em jejum de 10 h ou diabetes declarado, controlado e comprovado.</p> <p>***Glicemia de jejum normal ou entre 100 e < 126 mg/dl, sem tratamento para o diabetes, e entre 140 e 200 2 h pós-sobrecarga de 75 g de glicose oral.</p> <p>****Diabetes desconhecidos, sem uso de qualquer tipo de tratamento, inclusive dieta.</p> <p>¹Circunferência da cintura obtida de amostra da população adulta de Salvador.</p> <p>²PCRas - proteína C reativa de alta sensibilidade - preditor/marcador de risco coronariano e para outras doenças crônicas (obesidade, dislipidemias e diabetes).</p>	

Fonte: Adaptado de: ALMEIDA FILHO, Naomar; BARRETO, Mauricio Lima. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

REFLETINDO!

O que você e sua equipe estão desenvolvendo para combater o aumento do número de hipertensos e diabéticos em sua área?

Leia o artigo “As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial”. O texto traz importantes reflexões sobre rastreamento e reorganização da atenção hipertensão arterial e diabetes.

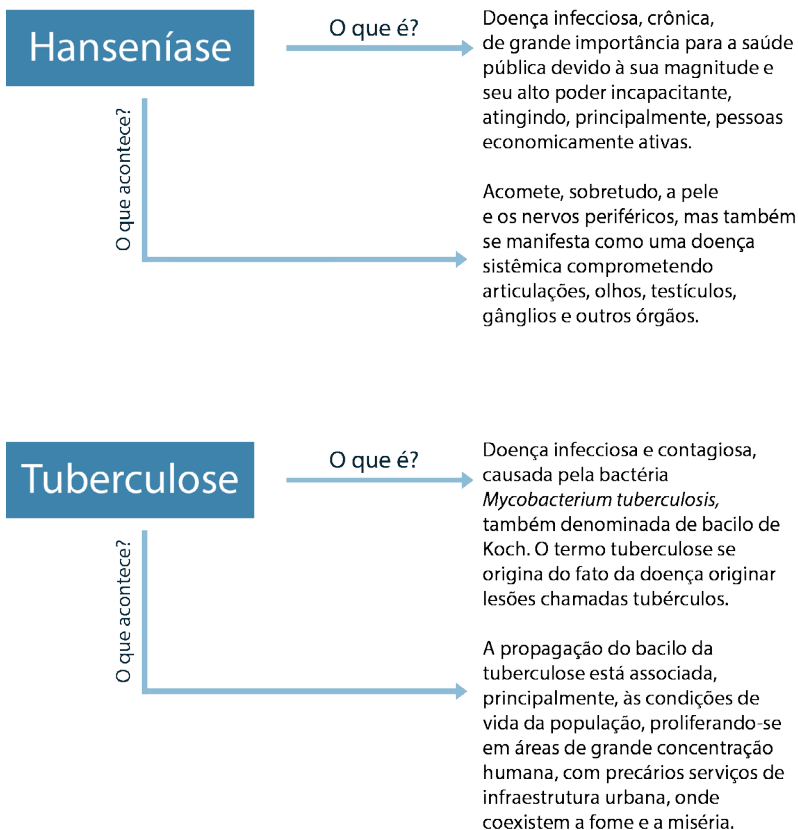
PARA SABER MAIS!

Você terá mais informações sobre esse assunto consultando o Manual de Linhas de Cuidado para HAS e DM, publicado em 2010 pela Organização Pan-Americana de Saúde e verificando ações mais diretivas, terapêuticas, diagnósticas e farmacológicas. Consulte também os Cadernos de Atenção Básica nº 37 (Hipertensão) e nº 36 (Diabetes) do Ministério da Saúde e identifique atribuições específicas e comuns aos membros da equipe da ESF.

VOCÊ SABIA?

O dia 26 de abril é o Dia Nacional de Combate e Prevenção à Hipertensão Arterial, instituído pela Lei nº 10.439, de 30 de abril de 2002, com o objetivo de conscientizar a população sobre a prevenção e controle da doença. No dia 14 de novembro, comemora-se o Dia Mundial e Nacional de Diabetes.

3.2 Hanseníase e tuberculose



O tratamento supervisionado, acompanhamento de casos, busca ativa na área e a melhoria de acesso às informações, junto com maior integração entre as equipes de vigilância e assistência da Estratégia Saúde da Família, são atividades fundamentais para o sucesso do controle de doenças, como hanseníase e tuberculose. A ESF deve ser a grande norteadora das políticas de saúde no país. No caso da tuberculose e hanseníase, por exemplo, as ações de controle dependem também do trabalho dos profissionais das equipes. As atividades na atenção básica têm apresentado bons resultados, com 70% dos casos diagnosticados e cura em 85% destes (BRASIL, 2008a).

VALE LEMBRAR!

As equipes da Atenção Básica devem desenvolver ações de vigilância em saúde. Você lembra o que é Vigilância em Saúde? De acordo com o Ministério da Saúde, o conceito inclui:

A vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária (BRASIL, 2008).

AGORA É COM VOCÊ!

Quanto pacientes com tuberculose e hanseníase existem em sua área? Você considera esse número adequado?

O sistema e-SUS possibilita a coleta de informações sobre a população cadastrada. Conheça o *“Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada – CDS”*.

3.3 Doenças sexualmente transmissíveis, HIV e Aids

As doenças sexualmente transmissíveis estão entre os problemas de saúde mais comuns em todo o mundo, apresentando importância indiscutível para a saúde pública. Entre suas principais consequências destacam-se a infertilidade feminina e masculina, a transmissão de mãe para filho, determinando perdas gestacionais ou doenças congênitas, e o acréscimo do risco para infecção pelo HIV.

As unidades de saúde da família devem estar preparadas para implementar estratégias de prevenção e pronto atendimento com intervenção terapêutica imediata, disponibilização de insumos, mantendo confidencialidade e ausência de discriminação.

VALE LEMBRAR!

Embora não haja ainda a cura para a infecção pelo HIV, é possível controlá-la por meio de ações que promovam a prevenção primária e pelo diagnóstico precoce e terapia apropriada para a pessoa portadora. As tendências recentemente apresentadas pela epidemia do HIV neste país são heterossexualização, feminização, juvenilização, pauperização e interiorização

As DSTs de notificação compulsória são: Aids, HIV na gestante/criança exposta, sífilis na gestação e sífilis congênita. Sabe-se que as estratégias de prevenção primária (uso do preservativo) e secundária (diagnóstico e tratamento) podem permitir o controle das DSTs e suas consequências. Unidades básicas de saúde resolutivas e de fácil acesso são capazes de promover um forte impacto na epidemia do HIV/Aids e na incidência das DSTs no país.

Apesar dos avanços na atenção básica nos últimos anos, muitas unidades de saúde têm restrita capacidade resolutiva e trabalham com agendamento de consultas, destinando pouco ou nenhum espaço para atendimento à demanda espontânea, não reconhecendo a DST sintomática como uma emergência. Isso restringe a acessibilidade aos serviços, levando os homens portadores de DST a continuar procurando prontos-socorros, farmácias, curandeiros ou automedicação.

A Estratégia Saúde da Família, pelas suas características, pode facilitar o acesso ao cuidado e a busca de parceiros sexuais, além de exercer papel fundamental no tratamento adequado e seguimento clínico dentro de suas especificidades.

Almeida Filho e Barreto (2013) afirmam que a Aids se transformou em uma epidemia que resulta em um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, que agrega sofrimento e morte incidente sobre as populações mais vulneráveis.

AGORA É COM VOCÊ!

Você conhece os fluxogramas de organização dos serviços para diagnóstico e assistência ao HIV, hepatites e outras DSTs do seu município?

Saiba mais sobre “*Abordagem técnica das DSTs, HIV/Aids e Hepatites Virais*” no Caderno de Atenção Básica nº 18, publicado pelo Ministério da Saúde em 2006.

3.4 Alcoolismo e tabagismo

Na população adulta, tanto o uso nocivo quanto a dependência do álcool predominam entre os homens, sendo, em média, quatro vezes mais comum do que entre mulheres. Estima-se que 25% dos adultos tenham pelo menos uma vez na vida, problemas sociais, físicos, ocupacionais, familiares ou legais relacionados ao uso de álcool. As estimativas de dependência variam de 9% a 12% da população adulta.

Analise os gráficos e veja como está a situação do alcoolismo entre a população brasileira:

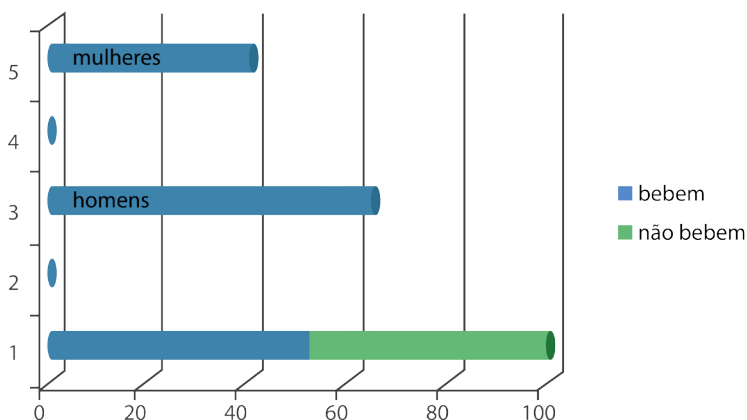


Gráfico 2 - Frequência de consumo de álcool entre a população brasileira em maiores de 18 anos, Brasil - 2008b.

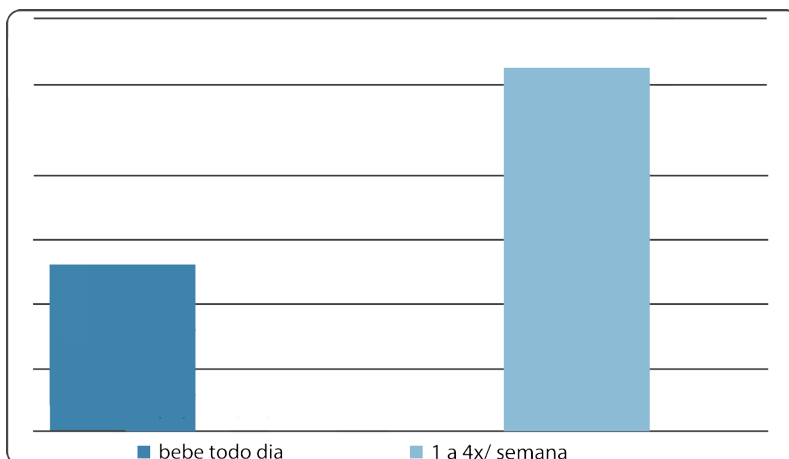


Gráfico 3 - Frequência de consumo de álcool entre homens brasileiros maiores de 18 anos, Brasil - 2008b.

De acordo com pesquisas recentes, 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem, pelo menos uma vez ao ano. Destes, 65% são homens e 41% são mulheres. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica de uma a quatro vezes por semana. Avaliar os determinantes sociais de vulnerabilidade do homem para os problemas com o álcool torna-se, assim, imperioso para a construção de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde mental desse segmento. Na medida em que o uso do álcool, como apontam diversos estudos, está sendo iniciado cada vez mais precocemente por homens e mulheres, as ações de promoção e prevenção para jovens e adolescentes também merecem mais investimento e monitoramento (BRASIL, 2008b).

Enfatiza-se também que o abuso de álcool pode trazer prejuízos aos tratamentos das doenças crônicas, muito comuns em adultos. Além dos efeitos da bebida em si, usuários que abusam de álcool costumam ter dificuldade para uso regular das medicações.

Em relação ao tabagismo, os homens usam cigarros também com maior frequência que as mulheres, o que lhes acarreta maior vulnerabilidade a doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares

obstrutivas crônicas, doenças bucais e outras relacionadas ao uso regular de cigarro. A Organização Mundial de Saúde considera, atualmente, o tabagismo a maior causa evitável isolada de morbidade e mortalidade do mundo atual. No Brasil, cerca de 200 mil pessoas morrem por ano em virtude de doenças associadas ao tabaco (BRASIL, 2008b).

PARA SABER MAIS!

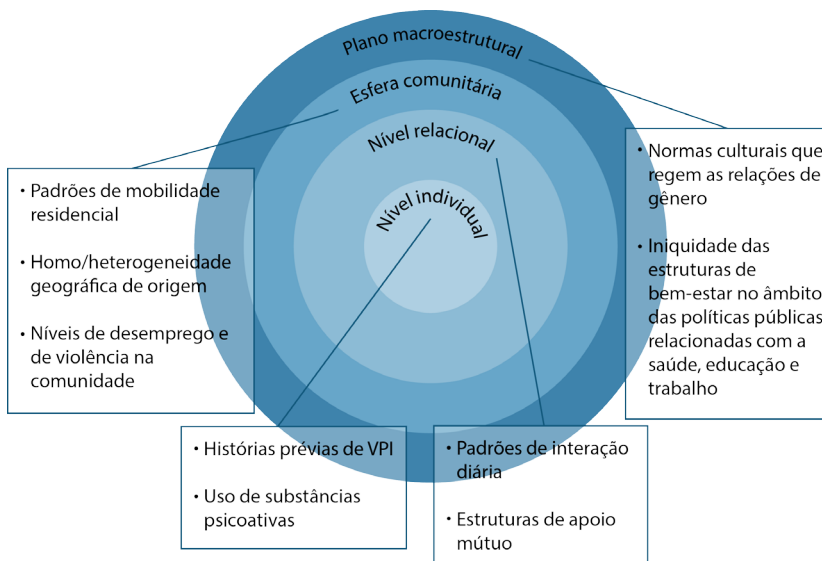
Sobre a abordagem ao indivíduo tabagista, leia o “Manual de prevenção das doenças cardiovasculares, cerebrovascular e renal” publicado pelo Ministério da Saúde.

3.5 Violência

O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido a agressões, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação em relação à sofrida pelas mulheres. A integralidade na Atenção à Saúde do Homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, requerendo a desessencialização de seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação.

A OMS sugere abordagem ecológica na apreciação de situações que propiciam a ocorrência de violência conforme a figura abaixo:

Figura 1 - O modelo ecológico para a compreensão das violências.



Fonte: Adaptado de: ALMEIDA FILHO, Naomar; BARRETO, Mauricio Lima. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

3.6 Problemas mais comuns no homem

Algumas doenças são características da condição masculina ou possuem uma incidência maior em homens. Portanto, enumeram-se os principais problemas que podem colocar em risco a saúde do homem:

Quadro 2 – Doenças mais comuns no homem.

Andropausa

A andropausa não é uma doença, mas sim uma fase em que surgem alterações na vida do homem, na faixa etária dos 50 aos 70 anos de idade. Deve-se ao fato de uma redução na produção dos hormônios masculinos, provocando alterações sexuais e físicas, como diminuição do desejo sexual e flacidez muscular. Para atravessar melhor esta fase, o homem deve ter uma boa alimentação, praticar esportes, ter um repouso adequado e, em alguns casos, um apoio psicoterápico.

Ginecomastia

Consiste no desenvolvimento excessivo das mamas nos homens. A ginecomastia pode ter outras causas, além das hormonais e glandulares. Pode ser decorrente do consumo excessivo de álcool, drogas ou certos tipos de medicamentos, como os corticoides. É também um problema comum entre os idosos, devido à diminuição da produção dos hormônios masculinos. Depois de analisadas as causas primárias desta alteração, o médico avalia a necessidade ou não de cirurgia. Em geral, é a opção mais indicada por causa dos problemas psicológicos e sociais.

Balanopostite (inflamação da glândula e prepúcio)

Balanopostite é uma inflamação conjunta da glândula e prepúcio, desencadeada por diversos fatores. Os mais comuns são consequências de fenômenos irritativos como hábitos higiênicos inadequados dos genitais, principalmente quando o paciente for portador de fimose, e excesso do prepúcio (a pele que envolve a glândula). Portanto, para prevenção desta inflamação, é recomendável uma higiene adequada do pênis e uso do preservativo.

Hipertrofia benigna da próstata (HBP)

É bastante comum em homens acima dos 50 anos, sendo que sua incidência aumenta progressivamente com a idade. Representa o crescimento nodular da próstata, causando obstrução mecânica ao fluxo da urina, o que leva à dificuldade para urinar. A urina estagnada na bexiga favorece o surgimento de infecção urinária e formação de cálculos. O tratamento da HBP pode ser clínico ou cirúrgico, dependendo da avaliação médica.

Câncer de próstata

O câncer de próstata atinge grande parcela do sexo masculino acima dos 50 anos. A consulta com o urologista, a partir dos 40 anos, é de extrema importância e deve ser feito o acompanhamento contínuo, anualmente. As taxas de PSA total devem ser inferiores a 2,5 ng/dl. Valores superiores devem ser analisados pelo seu médico. Alguns fatores podem contribuir para a prevenção do câncer de próstata e de outros tipos de câncer, como não fumar; manter uma dieta saudável, rica em frutas, legumes e cereais; evitar o consumo de carne vermelha e de alimentos gordurosos.

Disfunção erétil

É a presença do desejo sexual sem a correspondente ereção do pênis. Suas causas são diversas e, em alguns casos, o tratamento é simples. A origem da impotência pode ser hormonal, neurológica ou vascular, mas na maioria dos casos é de ordem psicológica. O alcoolismo, o fumo e o uso de drogas também podem influir neste problema. Ao contrário do que alguns pensam, a infertilidade não tem nada a ver com a impotência.

Ejaculação precoce

A ejaculação precoce é caracterizada pela incapacidade do homem em manter ereção por tempo suficiente para satisfazer-se a si e à companheira. Pode ser primária ou secundária. Também pode ser por período longo ou temporário.

Esse problema afeta, principalmente, homens na adolescência e na melhor idade. No adolescente, ela é influenciada pela inexperiência, grande ansiedade e hiperexcitação. Já no homem acima dos 60 anos, a ejaculação precoce vem associada, muitas vezes, à disfunção erétil. O tratamento baseia-se em medicamentos antidepressivos, ou psicoterapia

Orquiepididimite

É a inflamação do testículo e do epidídimo (conduto ligado ao testículo). Pode ser causada por vários agentes infecciosos ou por traumatismo. Também pode ocorrer como uma complicação da caxumba, pois o vírus causador, além de instalar-se nas glândulas salivares, pode alojar-se nos testículos. É um problema que deve ter acompanhamento médico.

Fimose

É uma anomalia comum que impede, em maior ou menor grau, a exteriorização da glândula (extremidade do pênis), impossibilitando a higiene adequada e, em alguns casos, dificultando o ato sexual. Quando necessário, o tratamento é cirúrgico e simples.

Varicocele

É o processo de dilatação das veias do testículo, semelhante àquele que ocorre nas pernas (varizes). A varicocele pode ocorrer em qualquer um dos testículos ou mesmo em ambos. A varicocele, em geral, é indolor, mas dependendo do seu volume, pode causar dor, além de infertilidade. O tratamento da varicocele é cirúrgico.

Fonte: Extraído da Cartilha Saúde do Homem da Santa Casa Saúde.

Você também pode utilizar essas informações para criar uma cartilha diretiva à saúde do homem e distribuir em seu serviço. Pense nisso!

REFLETINDO!

Como seria possível estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários na direção de ações propositivas ao cuidado da saúde do homem?

PARA SABER MAIS!

Leia o texto “Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na atenção básica e hospitalar: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência”, de Serafim Barbosa Santos Filho. O artigo discute diretrizes para orientar ações de monitoramento, avaliação e a implementação de indicadores no âmbito da Política Nacional de Humanização/PNH.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordamos aqui os principais agravos relacionados à saúde do adulto, destacando-se: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hanseníase, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, alcoolismo, tabagismo e outros problemas comuns nessa população. Essa abordagem teve como intencionalidade oferecer subsídios teóricos e reflexivos para o desenvolvimento de ações no cuidado dos homens que levem em consideração as necessidades específicas e peculiares desse grupo.

Para isso, transversalmente, destacou-se a importância do planejamento, programação e implementação de atividades que priorizem o controle dos fatores de risco associados ao aparecimento dos agravos destacados acima. Esperamos que a partir dessa discussão sejam adotadas medidas na sua unidade de saúde que contemplem a execução dessas atividades de forma integral e sistemática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar; BARRETO, Mauricio Lima. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. _____. _____. **Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

SANTA CASA SAÚDE. **Saúde do homem**. Belo Horizonte, [2013?]. 1 folder. Disponível em: < http://santacasasaudebh.com.br/userfiles/file/cartilhas/CARTILHA_SAUDE_HOMEM.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol**. vol. 95 n. 1 supl. 1. São Paulo, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of Diabetes Mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

Leitura complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids: manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. Portaria GM nº 371, de 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 mar. 2002. Seção 1, p. 88. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html>. Acesso em 16 nov. 2012.

CORREIA, Adélia Delfina da Motta S. et al. (Org.) **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família**. Campo Grande, MS: UFMS, Fiocruz, v. 1. 2010. p. 769.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc. Sci. Med.** n. 50, p. 1385-401, 2007.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 2010.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n. 10, p. 105-9, 2005.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 3, p. 430-33, 2011.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. 2011.

IBGE. **Censos demográficos e contagem populacional para os anos intercensitários**: estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificados por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus. 2010.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. **I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, UNIFESP, 2007.

LAURENTI R, Mello-Jorge M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência Saúde Coletiva**, n. 10, p. 35-46, 2005.

LUCK, M.; BAMFORD, M.; WILLIAMSON, P. **Men's health**: perspectives, diversity and paradox. London: BlackwellSciences, 2000.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

NARDI A, Glina S.; FAVORITO, L. A. Primeiro estudo epidemiológico sobre câncer de pênis no Brasil. **International Braz J Urol**, v. 33, p. 1-7, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado**: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n. 7, p. 687-70, 2002.

SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos et al. **Saúde do adulto**: enfermagem Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

4

PLANEJANDO AÇÕES EM SAÚDE

Paola Trindade Garcia, Wanessa Cristina Filgueiras Fonsêca

O objetivo deste capítulo é descrever o papel da equipe de Saúde da Família na organização e planejamento das ações de Saúde do Adulto.

Serão abordados aspectos importantes para o planejamento e organização das ações de Saúde do Adulto, a fim de contribuir para a qualificação da atenção à saúde desse público-alvo. Deseja-se que essas informações sejam norteadoras da implementação de atividades relacionadas ao cuidado integral ao adulto pela sua equipe.

4.1 A organização do processo de trabalho para a saúde do adulto

Apesar dos inegáveis avanços na organização da Atenção Básica ocorrida no Brasil na última década, sabe-se que ainda persistem vários problemas referentes à gestão e organização dos serviços de saúde que dificultam a efetiva realização das atividades desse nível de atenção, o que compromete a integralidade do cuidado (BRASIL, 2008).

O que se espera é qualificar a atenção à saúde a partir do princípio da integralidade. Para tanto, é fundamental os processos de trabalho serem planejados e organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença da comunidade.

No que tange a saúde do adulto, destacam-se as doenças crônicas como agravos mais prevalentes e que se constituem em grande desafio para as equipes, em virtude de suas características multifatoriais nas quais coexiste a associação de determinantes biológicos e socioculturais. Nesse

contexto, o Ministério da Saúde tem investido em ações que visam qualificar o cuidado integral às doenças crônicas, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças e de suas complicações, o tratamento e a recuperação, destacando-se a organização desse atendimento em rede de atenção (BRASIL, 2014).

Para a organização do processo de trabalho que alcance a qualidade da atenção, é fundamental que as equipes busquem a integralidade nos seus vários sentidos e dimensões, como: propiciar a integração de ações programáticas e demanda espontânea; articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde; trabalhar de forma interdisciplinar e em equipe; coordenar o cuidado aos indivíduos-família-comunidade (BRASIL, 2014).

Dessa forma, são necessárias ações de planejamento para qualquer atividade a ser realizada. É preciso ainda compreender que esse é um processo constituído a partir de diversos atores, assim como é preciso trabalhar em uma perspectiva de rede, descentralizada e poliárquica, conforme ilustra a figura abaixo.

Figura 1 - Organização poliárquica da rede.



Fonte: MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

A organização dos serviços e recursos em redes melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

ATENÇÃO:

Um dos sentidos atribuídos ao princípio da integralidade na construção do SUS refere ao cuidado de pessoas, grupos e coletividades, percebendo-os como sujeitos históricos, sociais e políticos, articulados aos seus contextos familiares, ao meio ambiente e à sociedade na qual se inserem (NIETSCHE, 2000 apud BRASIL, 2008).

4.1.1 Território

O primeiro passo para se qualificar a atenção a partir dos problemas locais é o conhecimento do território de atuação das equipes.

Conhecer o território de atuação, em todos os seus aspectos, é base do trabalho das equipes de Saúde da Família - ESF e é indispensável para o planejamento. O mapeamento do território de atuação, conforme a lógica das relações de vida e acesso aos serviços de saúde, é considerado fundamental por permitir a identificação de prioridades a partir das necessidades locais, o que refletirá na definição de ações mais adequadas para enfrentamento dos problemas de saúde. “Integrar implica discutir ações a partir da realidade local, aprender a olhar o território e identificar prioridades assumindo o compromisso efetivo com a saúde da população” (BRASIL, 2008).

4.1.2 Programação e planejamento

Uma vez identificadas as prioridades locais, é necessária a realização da programação e planejamento da equipe.

A programação, uma etapa das ações que envolvem o planejamento, deverá propor intervenções de saúde que levem em consideração todas as particularidades locais: sociais, econômicas, modo de vida, organização populacional etc. Um bom começo para busca dessas informações são os Sistemas de Informações de Saúde, já que permitem subsidiar o planejamento das ações e a tomada de decisão a partir das informações neles contidas.

Na programação, inclusive, é fundamental o uso de protocolos assistenciais que prevejam ações para promover, prevenir, recuperar e reabilitar, voltadas aos problemas mais frequentes da população. Esses protocolos devem indicar a continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização (BRASIL, 2008).

Além disso, a intersetorialidade é uma estratégia de grande importância na busca da integralidade da atenção, assim como garantir a constituição de canais e espaços que promovam a efetiva participação da população e o controle social (BRASIL, 2008).

Seguem sugestões de algumas estratégias que podem ser utilizadas nas ações de Saúde do Adulto:

- **Atividades de grupo para a população adulta:** grupos de promoção à saúde para portadores de HAS e DM, grupo de atividade física, grupo de saúde mental, grupo de trabalhos manuais, grupo de tabagismo e grupo de reabilitação.
- **Atividades de sala de espera:** é um espaço que possibilita práticas pontuais de educação em saúde e troca de informações.
- **Visita domiciliar:** priorizar portadores de doenças crônicas com limitação física, egressos de hospital com condição incapacitante, usuários em fase terminal, portadores de doença mental com limitação de acesso à UBS, abordagem familiar, busca ativa de marcadores do Siab/Sisab ou de doenças de notificação compulsória.

É importante conhecer as metas pactuadas em seu estado e município relativas à Saúde do Adulto, as ações programáticas de Atenção Básica ampliada e identificar a necessidade da articulação entre a organização do serviço local com as metas e as referidas ações. Além disso, não esqueça que a programação objetiva atender as necessidades da população.

4.2 A programação das ações de Saúde do Adulto: acolhimento, protocolos e humanização

A situação de saúde no Brasil, provocada pela transição demográfica e epidemiológica, exige que o sistema de saúde brasileiro responda pela “tripla carga de doenças” (FRENK, 2006). Esta é representada por:

1. Presença das doenças infecciosas e parasitárias: dengue, H1N1, malária, hanseníase, tuberculose.
2. Aumento das doenças crônicas pelo envelhecimento das pessoas e aumento dos fatores de risco (fumo, sedentarismo, inatividade física, sobrepeso e má alimentação).
3. Aumento da violência e morbimortalidade por causas externas (BRASIL, 2014).

Diante disso, percebe-se que a Saúde do Adulto possui um caráter transversal nas políticas públicas de saúde e nas ações das equipes da ESF, em que uma parte significativa da população adulta é tomada como objeto de políticas específicas, como da saúde da mulher, saúde do idoso ou saúde mental, e outra parcela é contemplada no bojo das ações das equipes para outros eixos estratégicos.

Com o intuito de contribuir para a organização e planejamento das ações de Saúde do Adulto, apresentamos alguns aspectos importantes que orientam a implementação das atividades (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014):

Programar as consultas: as consultas costumam ser divididas em consultas programáveis (por motivos previsíveis) e consultas do dia (motivos imprevisíveis). Dessa forma, a equipe de Atenção Básica deve organizar a sua agenda de modo a contemplar a diversidade das necessidades de saúde da sua população. Deve ser garantido o acesso em casos de urgência, de demanda espontânea não urgente e de cuidado continuado/

programado. Esses parâmetros, quando refletidos nas agendas e nas práticas assistenciais das equipes, estão relacionados ao melhor acesso da população aos recursos e aos serviços das unidades básicas.

IMPORTANTE!

Entende-se por **cuidado continuado/programado** aquele ofertado a usuários que apresentam condições que exigem o seu acompanhamento pela equipe de Atenção Básica. São exemplos de cuidado continuado/programado o pré-natal, a puericultura, o acompanhamento de usuários com doenças crônicas ou com problemas de saúde mental.

“Demanda espontânea” refere-se aos atendimentos não programados na unidade básica de saúde. Representa uma necessidade momentânea do usuário, podendo ser uma informação, uma condição aguda, a agudização de uma condição crônica, uma urgência ou uma emergência.

Quadro 1 - Tipos básicos de consultas/encontros entre pacientes e equipes de saúde.

	Necessidade clínica/assistencial	Necessidade administrativa
Motivo previsível	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento de pessoas com doenças crônicas Resultado de exames Segmento clínico 	<ul style="list-style-type: none"> Receita para pessoas com doenças crônicas Atestados de incapacidade temporária
Motivo imprevisível	<ul style="list-style-type: none"> Patologias agudas Reagudizações ou complicações de patologia prévias 	<ul style="list-style-type: none"> Informes e atestados Encaminhamentos para serviços (optometrista, obstetrícia, entre outros)

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

- **Recepção e acolhimento:** o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Refere-se assim à possibilidade das pessoas usufruírem dos serviços de saúde de que necessitam, no momento em que necessitam, com qualidade e equidade.
- **Uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências:** o uso de diretrizes e protocolos assistenciais pelas equipes de saúde está fortemente relacionado à melhor qualidade da assistência, resultando em diagnósticos mais precisos, em tratamentos mais adequados, em melhor uso de recursos e exames e em melhores resultados em saúde.
- **Atenção centrada na pessoa e na família:** a atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença, transforma a relação entre os usuários e os profissionais de saúde, porque aqueles deixam de ser pacientes e tornam-se os principais produtores sociais de sua saúde.
- **Atenção multiprofissional:** a equipe deve ser entendida enquanto agrupamento de profissionais que atendem uma determinada população e que se reúnem periodicamente e discutem os problemas de saúde dessa população e dos indivíduos. Nesse sentido, o trabalho torna-se efetivo na articulação de profissionais de distintos núcleos, com seus saberes e práticas específicos, no campo único de atuação para construção de estratégias conjuntas de intervenção.

- **Projeto terapêutico singular (PTS):** é uma ferramenta para qualificar o atendimento às pessoas, favorecendo a discussão de um sujeito singular em situação de maior vulnerabilidade e complexidade. “O PTS objetiva a realização de uma revisão do diagnóstico, nova avaliação de riscos e uma redefinição das linhas de intervenção terapêutica, redefinindo tarefas e encargos dos vários profissionais envolvidos no cuidado e das pessoas” (CAMPOS; AMARAL, 2007).
- **Regulação da Rede de Atenção:** envolve, necessariamente, a capacidade da ABS de ordenar os demais níveis da rede. O diálogo entre os serviços de atenção especializada e as equipes deve ser garantido e facilitado, com destaque para o matriciamento.
- **Estratificação, segundo riscos:** estratificar significa agrupar, segundo uma ordem, um critério. Significa, ainda, reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de risco/vulnerabilidade e, portanto, têm necessidades diferentes.
- **Gestão do caso:** a gestão de caso é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso, uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua família. Tem os objetivos de propiciar atenção de qualidade, humanizada, diminuir a fragmentação da Atenção à Saúde, aumentar a capacidade funcional e preservar autonomia individual e familiar.
- **Atendimento coletivo:** além dos atendimentos profissionais individuais, os atendimentos em grupo devem fazer parte da atenção à saúde. Os grupos são um dispositivo potente de educação em saúde, trocas entre os usuários e destes com a equipe de saúde. Essa abordagem deve estimular a reflexão

sobre o adoecimento e os fatores envolvidos nesse processo para, a partir disso, estimular formas de autocuidado e mudança de atitude.

- **Autocuidado:** o sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu tratamento. Uma atitude de autocuidado que leve a estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento, não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas.

PARA SABER MAIS!

Leia o Caderno de Atenção Básica nº 28, “Acolhimento à demanda espontânea”, volumes 1 e 2, publicados pelo Ministério da Saúde.

AGORA É COM VOCÊ!

Você já sabe que para qualquer ação de produção em saúde se faz necessário o planejamento, atividade crucial do processo de trabalho das equipes da ESF. Pensando nessa premissa, realize, juntamente com sua equipe, um diagnóstico situacional das condições de vida e saúde dos adultos de seu território, tendo como base as questões norteadoras abaixo:

**Questões norteadoras do diagnóstico
situacional para Saúde do Adulto:**

- Qual o número de pessoas na faixa etária entre 20 e 59 anos?
- Destes, quantos são do sexo feminino e quantos do sexo masculino?

- Quais suas principais ocupações e o que fazem para se sustentar?
- Qual é a renda mensal?
- Qual sua escolaridade?
- Quais as principais causas de morbidade dos adultos de seu território e/ou município?
- Quais as principais causas de óbito dos adultos de seu território e/ou município?
- Quantos são portadores de alguma doença crônica?
- Quais os motivos que trazem essa população para a unidade?

A partir dos dados e informações levantadas, proceda com a tabulação e apresentação deles por meio de tabelas e gráficos. Com base nesses dados e na observação do seu cotidiano, elabore um plano de atuação adequado para o diagnóstico realizado e lembre-se: estas são apenas questões norteadoras, você pode inserir novas questões e elucidá-las de acordo com sua realidade. Cada profissional da equipe deve contribuir com atividades coletivas e/ou individuais que respeitem seu campo e núcleo de atuação. Todo o processo é realizado em equipe, com contribuição de cada membro e divisão de responsabilidades, respeitando-se as atribuições e especificidades de cada profissão. Discuta essa planilha no fórum virtual e veja divergências e convergências de cada proposta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo abordamos temáticas que induzem a qualificação da Atenção à Saúde do Adulto a partir do princípio da integralidade. Enfatizou-se a importância do planejamento e organização dos processos de trabalho voltados à população adulta. Teve-se também a intenção de capacitar-lhe para o planejamento e a execução dessas ações, partindo do conhecimento dos dados da população de sua área de abrangência, para assim planejar ações de promoção, prevenção e assistência mais direcionadas e efetivas. Espera-se a adoção dessas medidas em sua unidade de forma sistemática e integrada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 195 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

_____. _____. _____. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

_____. _____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007.

FRENK, J. **Bridging the divide**: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

Leitura complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids**: manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. Portaria GM nº 371, de 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 mar. 2002. Seção 1, p. 88. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html>. Acesso em 16 nov. 2012.

CORREIA, Adélia Delfina da Motta S. et al. (Org.) **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família**. Campo Grande, MS: UFMS, Fiocruz, v. 1. 2010. p. 769.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc. Sci. Med.** n. 50, p. 1385-401, 2007.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 2010.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n. 10, p. 105-9, 2005.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 3, p. 430-33, 2011.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. 2011.

IBGE. **Censos demográficos e contagem populacional para os anos intercensitários**: estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificados por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus. 2010.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. **I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, UNIFESP, 2007.

LAURENTI R, Mello-Jorge M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência Saúde Coletiva**, n. 10, p. 35-46, 2005.

LUCK, M.; BAMFORD, M.; WILLIAMSON, P. **Men's health: perspectives, diversity and paradox**. London: BlackwellSciences, 2000.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

NARDI A, Glina S.; FAVORITO, L. A. Primeiro estudo epidemiológico sobre câncer de pênis no Brasil. **International Braz J Urol**, v. 33, p. 1-7, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado**: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, n. 7, p. 687-70, 2002.

SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos et al. **Saúde do adulto**: enfermagem Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

