

ESTRATÉGIAS PARA ESTIMULAR A PRESENÇA DOS HOMENS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE EQUIPE DA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MUNICÍPIO DO INTERIOR DO PIAUÍ

STRATEGIES TO ENCOURAGE A PRESENCE OF MEN IN THE HEALTH UNITS OF THE AREA OF THE HOUSEHOLD STRATEGY HEALTH OF THE FAMILY OF THE MUNICIPALITY OF THE INTERIOR OF PIAUÍ

Leisa Maria da Costa Silva¹
Ozirina Maria da Costa²

¹Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Comunidade (UNASUS/UFPI). Email: leisamaria.cs@hotmail.com.

²Enfermeira. Mestre em Saúde da Mulher (UFPI). Tutora do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade (UNASUS/UFPI). Email: ozirinacosta@hotmail.com

RESUMO

A atenção à saúde oferecida por municípios de pequeno porte apresenta algumas dificuldades. A equipe de Saúde da Família da Zona Rural de Jardim do Mulato cobre hoje uma população de 520 famílias, com 402 homens na faixa etária de 20 a 59 anos, a maioria trabalhadora rural. O atendimento diário resume-se a demanda espontânea e a presença masculina ainda é pouco representada na rotina do atendimento e quando ocorre são para a resolução de queixas momentâneas ou para o atendimento de urgência. Tal fato motivou a elaboração do plano de intervenção para buscar este grupo populacional e estimular o autocuidado por parte deles. Com a colaboração de toda a equipe, a contribuição do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a atualização dos profissionais, informação da população e usando como referência o sistema de informação de dados utilizado no município, o e-SUS, pretende-se aumentar a adesão masculina ao cuidado com a saúde e diminuir a incidência de agravos

de nível secundário aos quais os mesmo acabam expostos por falta de ações de prevenção á saúde.

Descritores: Atenção Básica, Saúde do Homem, Morbimortalidade.

ABSTRACT

Health care offered by small municipalities presents some difficulties. The Family Health team of the Jardim do Mulato Rural Area currently covers a population of 520 families, with 402 men in the age group of 20 to 59 years, most of them rural workers. The daily attendance boils down to the spontaneous demand and the male presence is still little represented in the routine of the service and when it occurs are for the resolution of momentary complaints or for the urgent care. This fact motivated the elaboration of the intervention plan to seek this population group and stimulate self-care by them. With the collaboration of the entire team, the contribution of the Family Health Support Center (NASF), the updating of professionals, information of the population and using as reference the data information system used in the municipality, e-SUS, intends to increase male adherence to health care and reduce the incidence of secondary diseases to which they are exposed for lack of preventive health actions.

Keywords: Primary Health Care, Men's Health, Morbidity and Mortality.

INTRODUÇÃO

Análise da situação problema

Assim como no Estado do Piauí a qualidade da atenção prestada por municípios de pequeno porte ainda possui algumas dificuldades. O município de Jardim do Mulato conta hoje com duas equipes de atenção básica compostas por médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde, a maioria funcionários públicos efetivos, e atende a uma população de pouco mais de 4000 hab

divididas entre zona urbana e zona rural. Apesar de possuir uma população pequena o território é bastante extenso.

As consultas muitas vezes são feitas de casa em casa sem que isso se configure necessariamente em visitas domiciliares, mas que precisam ser assim realizadas pela distancia entre as residências, dificuldade de locomoção das famílias e falta de local apropriado para a centralização do serviço. Em virtude do distanciamento de algumas localidades muitas delas recebem a equipe apenas uma vez no mês o que torna difícil trabalhar com prevenção, promoção da saúde e continuidade do cuidado. Toda a assistência prestada pelo município resume-se ao trabalho das equipes no nível de atenção primária e se centraliza na figura médica.

A história natural da doença e o enfoque preventivo da Atenção Primária em Saúde não estão presentes na maioria das vezes. Além disso, o conceito de coletividade e o papel do indivíduo como membro da família (no contexto econômico, cultural, de raça, religião e de valores) ficam comprometidos. Ao final podemos dizer que ainda trabalhamos com um modelo curativista.

As diversas autoavaliações realizadas permitem identificar tais problemas e constatar que as definições do modelo assistencial associado à Estratégia Saúde da Família enfrentam muitos obstáculos. Dessa forma, contemplar todos os princípios do SUS na prática assistencial diária ainda requer muitos esforços e mudanças de várias naturezas. Isso inclui mudanças de gestão, mudanças de relacionamento em equipe e mudanças inclusive no modo de pensar da população.

A equipe da zona rural, sobre a qual será feito esse trabalho, assiste aproximadamente 520 famílias numa população que gira em torno de 1500 pessoas. Destes, a maioria irrisória é do sexo masculino e a faixa etária de maior representatividade situa-se entre os 15 e 29 anos com 194 indivíduos. Hoje, temos 402 homens entre 20 e 59 anos, faixa etária contemplada nesse trabalho.¹

No atendimento diário a equipe trabalha em sua maioria com a demanda espontânea já que o agendamento é inviável em virtude da frequência de atendimento em cada comunidade. A presença masculina é pouco representada na rotina dos atendimentos.

Nesse sentido, podemos citar como problema enfrentado pela equipe o acompanhamento adequado da população masculina adulta de 20 a 59 anos. As ações de prevenção e promoção da saúde deixam muito a desejar e o atendimento fornecido limita-se à demanda espontânea, ou seja, o paciente vem ao posto por um motivo imediato ou um problema já instalado. Não são feitas atividades educativas rotineiras, a classificação de risco não existe e o acompanhamento por exames de rotina é escasso. Não existe seguimento satisfatório a este grupo.

Os sistemas de informação podem ser grandes aliados neste acompanhamento na medida em que nos fornecem relatórios sobre a realidade do serviço prestado. “Quando bem estruturados e bem utilizados pelos profissionais, proveem suporte para o planejamento e a avaliação de ações e políticas. Dessa maneira, construir instituições e processos de trabalho que gerenciem adequadamente a informação, que a utilizem cotidianamente e que a disseminem aos usuários do SUS deve ser compromisso de todos os que atuam na Estratégia Saúde da Família”²

Assim, pretende-se descrever o perfil da população masculina de 20 a 59 anos pertencente à área de atuação da equipe identificando os fatores determinantes que influenciam na ausência dessa população no serviço de saúde para que se possam planejar modos de aproximar os homens do serviço de saúde e acompanhar o estado de saúde dos mesmos inclusive através da busca ativa já realizada com os demais grupos.

Objetivos

OBJETIVO GERAL

Criar estratégias para a incorporação da população masculina na rotina do serviço.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os fatores determinantes que influenciam na ausência dessa população no serviço de saúde;

Criar grupos específicos para a população masculina adulta como forma de atrair os homens ao serviço e acompanhar o estado de saúde dos mesmos;

Verificar a eficácia da implantação da Ficha de Acompanhamento como instrumento de monitoramento dos indicadores.

REVISÃO DE LITERATURA

O Acolhimento nos Serviços De Saúde

A rotina de um serviço de saúde é bastante complexa. Dentro de um dia de trabalho vários grupos passam pela unidade e a equipe deve estar devidamente preparada para realizar a abordagem de cada um deles. O acolhimento correto e o direcionamento do indivíduo para o atendimento apropriado é o diferencial para a uma assistência de qualidade.

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que implica em mudanças na relação profissional/usuário, promovendo a reorganização dos serviços, melhorando a qualidade da assistência e tendo o paciente como eixo principal para a prestação de cuidados, passando assim a ser visto como postura, com técnica e como reformulador do processo de trabalho. Tal postura deve se dar em todos os momentos da produção do serviço de saúde, iniciando no primeiro contato com a pessoa, envolvendo a escuta, a atenção, valorização de queixas, identificação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas, tratamento de forma humanizada e reconhecimento do usuário como participante ativo do seu processo saúde-doença. Dessa forma é construída a possibilidade de ações organizadas o que exige dos profissionais o conhecimento técnico sobre o processo saúde-doença. ³

As intervenções sobre a população que não apresenta doenças, mas com fatores de risco para adoecer, precisam ser dirigidas a dar suporte e apoio às mudanças de estilo de vida e das “escolhas” determinadas socialmente. Podem ser estruturadas a populações ou a indivíduos, a

partir da estratificação de risco, para que a rede de serviços da Saúde e dos outros setores possa ofertar a atenção correta às distintas necessidades das pessoas, com custo-efetividade e qualidade assistencial. (*Apud* ROSE⁴).

Dentre as atividades a serem incorporadas destacam-se a estratificação das pessoas segundo riscos/vulnerabilidade e o apoio ao autocuidado o que está diretamente relacionado à disponibilidade de consultas de cuidado continuado e de demanda espontânea, atividades coletivas, atendimentos em grupo, procedimentos de enfermagem, exames, medicamentos, entre outros.⁴

Considerando-se que a população adstrita deve ser conhecida pela equipe e que os fatores de risco associados ao modo de vida daquela comunidade podem ser identificados, um estudo deve ser feito no sentido de planejar ações que consigam combater esses fatores e trazer melhorias ao estilo de vida das pessoas. Essas ações devem ser trabalhadas em conjunto com a gestão local que fornecerá o suporte adequado para a realização das ações programadas.

É importante lembrar que, para garantir a busca pela integralidade que considere a satisfação das necessidades da população não se pode pensar o vínculo profissional-usuário e o acolhimento como exclusivos da assistência primária à saúde. O vínculo e o bom acolhimento são necessidades que acompanham os sujeitos por toda a rede de atenção, e sua satisfação é condição para a busca pela integralidade da assistência.⁵

Homem e Saúde

A caracterização dos serviços como um espaço feminilizado apresenta uma denotação negativa, que precisa ser repensada ou pode ser explorada e potencializada para uma postura mais acolhedora e inclusiva no cuidado integral do homem, considerando suas necessidades de saúde.⁶

Não é difícil perceber que os serviços de saúde se tornaram ambientes predominantemente femininos e é na Atenção Básica onde essa situação tem maior evidência. Durante o atendimento na unidade, a presença dos homens se restringe aos atendimentos de urgência ou apenas à função de acompanhante.

O comparecimento da figura masculina para atividades de prevenção ou autocuidado é extremamente pontual. Em virtude disso quando há a necessidade de procurar o serviço médico muitas vezes o problema ultrapassa os limites de resolução do nível primário. A busca pelos serviços de saúde, pelo homem, quando existe, está atrelada a um quadro clínico de morbidade já cronificado com repercussões biopsicossociais para sua qualidade de vida.⁶

Nessa perspectiva “a dimensão sociocultural está relacionada à estrutura de identidade de gênero, na medida em que o homem é estimulado a manifestar-se como forte, viril e invulnerável, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança, o que implicaria em aproximá-lo das representações do universo feminino”. Tal fato nos leva a perceber o quanto a população masculina está ausente nas ações da atenção primária em saúde, pois não se consegue visualizar estratégias que abordem as particularidades do cuidado ao homem o que acaba dificultando a promoção de medidas preventivas à saúde masculina e implicando numa exposição maior a situações de risco, aumentando assim as taxas de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.⁶

Outra questão a ser considerada refere-se à exposição do corpo que, para as mulheres é vista como algo mais natural que para o homem. Isso faz com que a condição passiva de paciente seja percebida como algo que confronta a ideia do masculino, ou seja, pode haver uma percepção de que o masculino se feminiza ao ser tratado como passivo.⁷

Ademais, outro fator que justifica a procura deficiente do homem por atendimento de refere-se ao horário de funcionamento das unidades que em sua maioria não disponibilizam atendimento ampliado, em turnos de 24 horas, aos fins de semana ou em um terceiro turno, à noite, sendo considerados pouco aptos para absorver a demanda apresentada pelos homens. Sendo assim, com horários rígidos de expediente e sem poder se ausentar com a frequência exigida o problema de saúde acaba por ocupar um segundo plano. O horário deve priorizar as especificidades dos homens, sendo flexível e dispor de mais possibilidades de ações, sempre procurando concentrar o máximo de cuidados

nos mesmos horários e lugares, a fim de promover uma assistência de qualidade e incluída.⁸

O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção dos problemas evitáveis. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária.⁹

Outra questão refere-se ao tratamento de doenças crônicas e todos aqueles de longa duração que têm, em geral, menor adesão, visto que exigem um grande esforço de adaptação do paciente. Tal afirmação também é válida para as mudanças comportamentais requeridas pelas ações de promoção e prevenção à saúde.⁹

A Saúde do Homem deve ser pensada como no modelo integral que utiliza recursos de trabalho multiprofissional e interdisciplinar rompendo barreiras socioculturais e institucionais da não adesão do homem ao serviço de saúde.¹⁰

Dessa forma percebe-se a necessidade e a importância da promoção de um atendimento holístico ao homem, que considere sua heterogeneidade e que explore o contexto de vida do indivíduo, não o tratando apenas como um corpo doente, mas identificando as raízes do problema que o levou a procurar assistência.⁷

Ainda é necessário um conhecimento sobre as questões de gênero e a forma como estas influenciam as representações de masculinidade visto que cada indivíduo tem uma perspectiva teórica e conceitual própria sobre essas questões, baseadas em sua própria realidade e dentro da realidade em que atuam. Assim, compreender como essas questões são articuladas pelos profissionais dentro dos serviços de saúde, constitui o primeiro passo para que os problemas decorrentes das diferenças construídas entre homens e mulheres frente aos serviços sejam enfrentados.⁷

A adoção de práticas que estimulem a participação dos homens na Atenção Básica deve ser desenvolvida e priorizada nas próprias unidades básicas e/ou em ações junto à comunidade da área adstrita e desenvolvidas por meio de estratégias que consigam inserir essa população nas demais ações de

saúde. No entanto, para que o acolhimento e o vínculo aconteçam e se tornem uma marca nas práticas de saúde não depende apenas da disponibilidade dos profissionais de saúde e da atenção dada às demandas dos homens. É preciso que as práticas de saúde sejam construídas visando ampliar os produtos de atenção à saúde para esse público. Além disso, faz-se necessária a capacitação contínua dos profissionais com o objetivo de promover a atualização de conceitos para lidarem com as questões sociais e técnicas inerentes a essa parcela da população.⁸

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Do Homem

O reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população masculina estão vinculados aos princípios básicos do SUS, em especial aos conceitos de integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade, sendo norteadas pela humanização e a qualidade da assistência, princípios que devem permear todas essas ações.⁸

Para se pensar em integralidade da assistência à saúde, o sujeito que necessita dela precisa estar representado na construção diária do trabalho em saúde bem como nos âmbitos organizacionais e políticos em que as necessidades de saúde são socialmente reconhecidas.⁵

Considerando-se então que a população masculina apresenta altos índices de morbimortalidade e que os indicadores e os dados básicos para a saúde demonstram que os coeficientes de mortalidade masculina são consideravelmente maiores em relação aos coeficientes de mortalidade femininos ao longo das idades do ciclo de vida em 2009 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).¹¹

A PNAISH veio, então, com o objetivo de promover ações de saúde que colaborassem para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos, possibilitando o aumento da expectativa da vida e a redução dos índices de morbimortalidade nesta população.⁶

Também objetivos da PNAISH: oferecer e facilitar o acesso da população masculina a um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de assistência, sendo

a prioridade na saúde do homem a atenção básica, ou seja, promoção da saúde e prevenção dos agravos por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).¹⁰

Incluir os homens nos serviços de saúde para que se sintam acolhidos e parte integrante do sistema de saúde é um trabalho a ser desenvolvido na atenção básica, pois é um cenário privilegiado para o desenvolvimento de práticas, devido à sua maior proximidade com a população e à ênfase nas ações preventivas e de promoção à saúde (*Apud Pinafo*¹⁰). Por meio de ações educativas, os homens podem ser sensibilizados para a responsabilidade de cuidar de si e dos outros, o que facilita o rompimento da barreira existente entre homens e unidades de saúde (*Apud Brasil*¹⁰)

Dessa forma entende-se que são muitos os obstáculos a serem enfrentados no que se refere à saúde do homem. Não somente os gestores, mas também os profissionais devem investir esforços para que a Política se faça cumprir e para que as experiências exitosas sejam multiplicadas.

Perfil da População Masculina da Área Adscrita

A taxa de mortalidade geral no Brasil na faixa etária de 20 a 59 anos de idade é igual a 3,5, porém é 2,3 vezes maior entre os homens do que entre as mulheres, chegando a quatro vezes mais na faixa etária mais jovem o que reforça as diferenças de gênero: homens se envolvem mais em situações de acidentes e violências, levando a morte prematura (causas externas), de modo que não tem como adoecer e morrer de outras causas, como as mulheres.¹²

Os dados de morbimortalidade do município de Jardim do Mulato mostram que as causas externas, assim como no cenário nacional, são a principal causa de morte em homens adultos jovens, visto que nos anos de 2008 a 2016 essas causas responderam pela maioria das mortes nessa faixa etária correspondendo a 43,33% delas.¹³ Para os dados sobre internações hospitalares, as causas externas também se sobressaem sendo seguidas pelas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho digestivo, neoplasias, doenças do aparelho circulatório e respiratório.¹⁴

A população atendida pela Equipe II da Estratégia Saúde da Família de Jardim do Mulato é formada por 402 homens entre 20 e 59 anos. Destes 32 se declararam brancos, 33 pretos, três amarelos e 334 pardos. Do total de homens

300 são os responsáveis pelo sustento da família e destes, 205 são trabalhadores rurais. O nível de escolaridade predominante é o fundamental de 1ª a 4ª séries no qual se encaixam 181 indivíduos, seguido do ensino médio com 75 e o ensino fundamental de 5ª a 8ª com 62. Apenas 07 trabalham com carteira assinada, 46 se declararam desempregados e 184 afirmam não possuir renda fixa. Neste grupo há três deficientes físicos, sete diabéticos, 39 hipertensos, um paciente em tratamento de câncer, três sequelados de AVC (Acidente Vascular Cerebral), dois doentes mentais e dois infartados.¹

Dentro da faixa etária analisada, no que se refere aos dados de saúde gerais destacamos 65 fumantes, 95 usuários de álcool e quatro usuários de outras drogas. Com relação ao peso, 334 afirmam estar no peso adequado, 12 dizem estar acima do peso e 55 não se manifestaram. Quatro usuários são cardíacos e sete relatam ter problema renal.¹

A partir destas informações podemos perceber que a população é composta basicamente por trabalhadores rurais de baixo nível de escolaridade, responsáveis familiares que não possuem renda fixa, mas que estão sujeitos aos mesmos problemas de saúde da sociedade moderna atual.

Diferentemente do contexto urbano, a população residente no ambiente rural apresenta distintas características em relação à população urbana, tais como: baixa escolaridade e rendimento salarial, difícil acesso dos seus moradores aos serviços sociais, de saúde e comércio, assim como dos profissionais de saúde que atuam nessa área, tendo em vista as distâncias territoriais e a falta de transporte público para deslocamento, tanto dos usuários como da equipe de saúde que a eles assistem.¹⁵

Ainda há a identificação de morbidades que acometem a saúde do trabalhador rural e das suas condições gerais de saúde, mensurada por meio da autopercepção de saúde, podem revelar os determinantes e condicionantes da saúde expressos nesse ambiente e subsidiar o planejamento de cuidados à saúde a essa parcela da população.¹⁵ Ações de promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde devem ser analisadas segundo o contexto social de onde são demandas, pois trabalhadores e moradores da zona rural possuem

características distintas na sua forma de viver, trabalhar e se relacionar com o ambiente.

No período de 01/01/2018 a 31/07/2018 foram realizados apenas 115 atendimentos individuais de médico e enfermeiro na faixa etária considerada, destes, três foram atendimentos de urgência, 80 foram classificados como “consulta no dia” e apenas 32 foram atendimentos considerados de “cuidado continuado”, o que realça a afirmativa de que a procura masculina ao serviço de saúde desta área precisa de atenção.¹ Outro ponto que pode ser destacado é que não é possível afirmar quantos desses homens compareceram ao menos uma vez ao serviço neste período através desses relatórios, ou seja, foram 115 atendimentos que não significam necessariamente que foram 115 indivíduos.

PLANO OPERATIVO

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Profissionais da Equipe desinformados e percepção precária dos homens quanto a importância do cuidado com a saúde	Atualizar os profissionais e informar a população masculina sobre a importância do cuidado com a saúde	7 dias (90% dos profissionais capacitados) e 30 dias para que a comunidade seja informada do novo projeto	Semana de atualização sobre a saúde do homem e apresentação do projeto. Reunião de apresentação do projeto nas comunidades com a presença de líderes comunitários.	Equipe de AB + Equipe do NASF + Equipe de SB

PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

O acompanhamento da efetividade do plano de ação será realizado a partir da mesma fonte de dados que motivou a aplicação do mesmo. Através do sistema de informação de dados e-SUS verificou-se que dentro de um universo de 402 homens entre 20 e 59 anos, no período de sete meses, apenas 115 atendimentos foram realizados nesse público. A partir da implementação do plano operativo uma verificação será realizada trimestralmente para avaliar se as medidas adotadas estão cumprindo os objetivos propostos.

CONCLUSÃO

A saúde do Homem vem tomando destaque no cenário da Atenção Primária atual. A procura deficiente e a percepção de que este grupo procura o serviço de saúde com um problema de saúde instalado chama a atenção para o tipo de assistência oferecida a esses indivíduos. O município de Jardim do Mulato apresenta dados semelhantes aos nacionais e estaduais o que se tornou o motivo para a elaboração do plano de intervenção objetivando reverter esta realidade. Dessa forma pretende-se modificar a realidade local e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas de forma adequada a sua realidade e com o envolvimento dos profissionais que atuam na área. Muitos desafios serão enfrentados porém com a colaboração de todos os envolvidos pretende-se modificar esta realidade de forma positiva e permanente.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. E-SUS AB CDS. Relatório de cadastro individual. Dados processados em 01 out .2018c.
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância. **Epidemiologia** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadores: Antônio

- Fernando Boing; Eleonora D'Orsi; Calvino Reibnitz. - Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016
3. COSTA, P.C.; FRANCISCHETTI-GARCIA, A.P.R.; PELLEGRINO-TOLEDO, Vanessa. **Expectativa de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção primária em saúde.** Rev. salud pública. 18 (5): 746-755, 2016.
 4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
 5. STORINO, L.P.; SOUZA, K.V.; SILVA, K.L.. **Necessidades de saúde de homens na atenção básica: Acolhimento e vínculo como potencializadores da Integralidade.** Esc Anna Nery (impr.)2013 out - dez ; 17 (4): 638-645.
 6. CORDEIRO S.V.L. *et al.* **Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno.** Esc Anna Nery 2014;18(4):644-649.
 7. ALBUQUERQUE, G.A. **O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde.** Esc Anna Nery 2014;18(4):607-614.
 8. MOREIRA R.L.S.F; FONTES W.D.; BARBOZA T.M. **Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros.** Esc Anna Nery 2014;18(4):615-621.
 9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem : princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.

10. TEIXEIRA, D. C. *et al.* **Concepções de enfermeiros sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 563-576, set./dez. 2014.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Plano de Ação Nacional 2009-2011 da **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.
12. MOURA, Erly. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 2012.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informações do SUS – DATASUS. Informações em Saúde. Informações em Saúde. Estatísticas vitais: mortalidade geral. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10pi.def>>
Acesso em 19 out. 2018a.
14. _____. Ministério da Saúde. Departamento de Informações do SUS – DATASUS. Informações em Saúde. Epidemiológicas e Morbidade: Morbidade hospitalar do SUS. Disponível em: <
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrpi.def>> Acesso em: 19 out. 2018b.
15. MOREIRA J.P.L. *et al.* **A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(8):1698-1708, ago, 2015.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JARDIM DO MULATO-PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA CLÍNICA DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM

Tudo o que será respondido é sigiloso e só o profissional que atendê-lo terá acesso às informações.

IDENTIFICAÇÃO:

NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO: | IDADE:

ENDEREÇO:

NATURAL:

PROCEDÊNCIA:

RAÇA:

BRANCO NEGRO AMARELO
 PARDO INDÍGENA

NÚMERO DE FILHOS:

1 2 3 4 5
 6 7 8 OU MAIS

ESCOLARIDADE:

ANALFABETO 1º GRAU COMPLETO
 2º GRAU COMPLETO UNIVERSITÁRIO COMPLETO

ANTECEDENTES E HÁBITOS:

JÁ TEVE INFECÇÃO DE URINA: SIM NÃO SE SIM, QUANTAS VEZES?

USA CAMISINHA NAS RELAÇÕES SEXUAIS: SIM NÃO SE SIM, SEMPRE ÀS VEZES

JÁ PEGOU DOENÇA NA RELAÇÃO SEXUAL (DOENÇA VENÉREA): SIM NÃO

SE SIM, QUAL?

TRAUMA DE URETRA NO PASSADO: SIM NÃO

JÁ FOI OPERADO NO ÓRGÃO GENITAL: SIM NÃO

JÁ TEVE PEDRA NO RIM: SIM NÃO SE SIM, QUANDO E QUANTAS VEZES? _____

NA FAMÍLIA:

SE SIM, QUEM? SIM NÃO

TEM ALGUÉM DA FAMÍLIA QUE JÁ TEVE CÂNCER DE PRÓSTATA: SIM NÃO

SE SIM, QUEM?

JÁ FEZ OPERAÇÃO PARA NÃO TER MAIS FILHOS (VASECTOMIA): SIM NÃO

JÁ TEVE ALGUM PROBLEMA NOS GRÃOS (TESTÍCULOS) DO SACO ESCROTAL: SIM NÃO

SE SIM, QUAL?

TEM ALGUMA DOENÇA CRÔNICA (PRESSÃO ALTA, DIABETE E ETC.): SIM NÃO

SE SIM, QUAL?

ATUALMENTE ESTÁ USANDO ALGUM REMÉDIO: SIM NÃO

SE SIM, QUAL?

VOCÊ FUMA: SIM NÃO

SE SIM, QUANTOS CIGARROS POR DIA?

VOCÊ BEBE BEBIDAS ALCOÓLICAS: SIM NÃO

SE SIM, QUAL BEBIDA E QUANTO?

FAZ USO DE ALGUMA DROGA (MACONHA, CRACK, COCAÍNA): SIM NÃO

SE SIM, QUAL DROGA E QUANTO?

