

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SAÚDE DO HOMEM X ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM DESAFIO**

**FERNANDA JACQUELINE AGRESTE VASCONCELOS**

**FORMIGA – MINAS GERAIS**

**2012**

**FERNANDA JACQUELINE AGRESTE VASCONCELOS**

**SAÚDE DO HOMEM X ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM DESAFIO**

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

Orientador: Professor Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

**FORMIGA – MINAS GERAIS**

**2012**

**FERNANDA JACQUELINE AGRESTE VASCONCELOS**

**SAÚDE DO HOMEM X ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM DESAFIO**

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

Orientador: Professor Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

Banca Examinadora

Professor Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado - orientador

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: 28 /04 /2012

Agradeço a Deus por mais esta realização.

Aos meus pais, Catarina e Leonardo pelo exemplo de vida e família.

Ao professor Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado pelo tempo e paciência a mim dedicado.

A Equipe de trabalho do PSF São Geraldo pela cumplicidade.

Por fim, meu mais sincero agradecimento ao Alex, meu marido. Pelo carinho e companheirismo.

## RESUMO

O presente estudo aborda a questão da saúde do homem e de como este procura os serviços de saúde. A literatura utilizada para a realização deste trabalho explana de maneira enfática, a falta de cuidado que os homens têm com a própria saúde. Desta forma o que se percebe é que na verdade não há uma naturalidade por parte do sexo masculino em expor seus problemas, mesmo que sejam de saúde, para profissionais que estão aptos a prestar o atendimento necessário. Entretanto, com a criação da Estratégia de Saúde da Família, a família passou a ser foco de atenção das políticas públicas. A partir disso, passa a existir o reconhecimento de que a população masculina necessita de mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária para acessar o sistema de saúde, de maneira que, a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis. Assim, a partir de dados colhidos em um Programa de saúde da família do município de Oliveira – MG foi possível comprovar o que foi visto e estudado na literatura. Assim como o indivíduo tem direito à informação o cidadão tem o dever de se informar. As ações de educação em saúde devem contribuir, decisivamente, para transformar o dever do estado (em relação ao disposto na Constituição) em estado de dever, que é função de todos, indivíduos, instituições, coletividades e governos.

Palavras chave: Atenção à saúde do homem. Políticas públicas. Saúde da Família.

## ABSTRACT

This study addresses the issue of human health and how it seeks to health services. The literature used for this work explains emphatically, the lack of care that men have with their health. Thus what we see is that there really is a natural by men in exposing their problems, even if they are health professionals who are able to provide the necessary service. However, with the creation of the Health Strategy Family the family became the focus of public policy. From this, there is now recognition that the male population needs mechanisms to strengthen primary care and skill to access the health system so that health care is not limited to recovery, ensuring, above all, health promotion and prevention of preventable diseases. Thus, from data collected in a family health program in the municipality of Oliveira - MG was possible to prove what was seen and studied in the literature. Just as the individual has the right to information the public has a duty to inform. The actions of health education should contribute decisively to transform the duty of the state (in relation to the provisions of the Constitution) in a state of duty, which is a function of all individuals, institutions, communities and governments.

Keywords: Attention to human health. Public policies. Family Health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>12</b>
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
<b>4.1 Estratégia de ação para cuidado do homem pelo enfermeiro.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2 A saúde do homem na área de abrangência do PSF São Geraldo - Oliveira/MG</b>	<b>18</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A partir dos anos 1970, o debate sobre a atenção primária à saúde se intensifica internacionalmente, resultante dos questionamentos a respeito da organização da atenção à saúde, baseada em um modelo médico hegemônico especializado e intervencionista, com fragmentação da assistência e pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população.

De acordo com Conill (2008), a valorização do tema da atenção primária à saúde pode ser observada nos planos político e acadêmico, em âmbito nacional e internacional, nas propostas das agências internacionais e nos processos de reformas dos sistemas de saúde, ocorridos nos anos 1980 e 1990.

O termo atenção primária à saúde, segundo Vouri (1986), é analisado em diferentes dimensões, podendo variar desde uma concepção mais abrangente e estruturante do sistema de saúde, até uma concepção mais restritiva e seletiva. A implementação de determinada perspectiva está diretamente relacionada às particularidades do sistema de saúde de cada país, que são implementadas em distintas conjunturas sociais, políticas e econômicas, estando constantemente sob tensão de interesses conflitantes, característica marcante do setor saúde.

Segundo Castro (2010), apesar da execução direta de ações e serviços de atenção primária à saúde deve ser atribuição da esfera municipal, e o Ministério da Saúde tem papel relevante na determinação desta política em âmbito nacional, por ser um importante órgão formulador, regulador e financiador das políticas de saúde e pelo caráter indutor da política federal de incentivos para a atenção primária à saúde.

Com a aprovação da *Norma Operacional Básica do SUS* de 1996 (NOB-SUS 01/96), o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) foram enfatizados pelo ministério como estratégias prioritárias para o fortalecimento da atenção primária nos sistemas municipais de saúde. De acordo com Fausto (2005), o PSF trouxe incontestável relevância para a atenção primária na agenda decisória da política nacional de saúde - tema que não ocupava posição de destaque até 1995 - e tem motivado os dirigentes a persistirem nesta direção.

Dentro deste contexto, a compreensão de saúde como determinada pelo processo de produção e reprodução na sociedade, ou seja, determinada pelas condições de vida e

trabalho das pessoas suscita uma nova forma de operar o trabalho em saúde. Esse novo modo de trabalhar ainda está em processo de construção e requer tanto de trabalhadores como de usuários dos serviços de saúde uma visão ampliada do contexto social e mobilização intersetorial, visando proporcionar uma qualidade digna de vida para todos. (CAMPANUCCI, 2010).

Portanto, as necessidades de saúde atual se aproximam da idéia de que os indivíduos devem ser reconhecidos como cidadãos atuantes, que buscam seus direitos e podem gerir as políticas segundo os interesses da maioria da sociedade, privilegiando as políticas sociais.

Ao se articular o processo de saúde na Atenção Básica, passamos a ter objetivos e atuações organizadas em torno das reais necessidades de saúde dos sujeitos, ampliando as intervenções por meio do uso das tecnologias leves. Sendo assim, Gomes e Nascimento (2006) ressaltam que, as diretrizes para a atenção básica em saúde se ampliam e passam a propor uma escuta qualificada e a intensificação do diálogo entre os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços, criando assim um processo de cuidado que culmine com um plano terapêutico pactuado com o usuário, ampliando seus potenciais de cuidado no processo de adoecimento, além de estabelecer uma relação com seus modos de vida, e de fato promover a saúde.

Desta maneira, há uma ampliação das perspectivas do trabalho do profissional em saúde para além do corpo, abrangendo as dimensões da vida como um todo, fazendo com que exista uma articulação interdisciplinar entre os setores necessários na abordagem do processo saúde-doença da coletividade. Dentro dessa temática, Gomes e Nascimento (2006, p. 901) ressaltam que

A partir dos anos 90 do século XX, a temática em questão começou a ser abordada sob uma perspectiva diferenciada. A discussão passou a refletir, dentre outros aspectos, a singularidade do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos. Essa abordagem, sem perder a perspectiva relacional de gênero, veio focalizando, sobretudo, a ressignificação do masculino para buscar-se uma saúde mais integral do homem. A exemplo destaca-se publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que se voltam para as especificidades da saúde masculina ou o seu comprometimento em diferentes fases da vida. Dentro deste contexto, este trabalho analisa a evolução do trabalho em saúde na atenção básica no Brasil voltado principalmente para a saúde do homem, observando que este, dificilmente se insere nos programas de saúde para buscar atendimento.

Em 2008, com o objetivo de complementar a atenção básica, o Ministério da Saúde lançou uma proposta de política de atenção à saúde do homem, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a qual visa nortear as ações de atenção integral à saúde do homem. Busca estimular o autocuidado e, principalmente, reconhecer que a saúde é um direito de cidadania de todos os indivíduos do gênero masculino. Tal objetivo volta-se para o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis neste grupo populacional, por meio de ações que compreendam a realidade masculina em sua singularidade, nos seus diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos (BRASIL, 2008).

De acordo com Solla (2005), “acolhimento” significa humanizar o atendimento em saúde, garantindo o acesso de todas as pessoas. Escutar os problemas e responsabilizar por soluções, comprometer-se com a dor alheia.

No ato do acolhimento observa-se que a maior parte da população masculina somente procura a unidade em extrema necessidade mesmo assim, dependendo da esposa para aguardar sua vaga mesmo em consulta já agendada devido às condições de trabalho. É sempre representado por alguém no recebimento das medicações. Em situações de risco para DSTs solicita que a mulher realize o exame preventivo para depois realizar o seu tratamento. Apresenta também dificuldade de verbalizar suas próprias necessidades de saúde.

## **2 OBJETIVOS**

- 2.1 Contribuir para aumentar o vínculo de participação da população masculina, na atenção primária.
- 2.2 Mostrar que o acolhimento pode também ajudar na saúde do homem impedindo que o mesmo procure outros pontos de atendimentos.

### 3 METODOLOGIA

Neste estudo, a opção foi por uma revisão bibliográfica, utilizando os periódicos nacionais e indexados na Biblioteca Virtual em Saúde .Essa modalidade de produção, além de ser comumente a mais valorizada no conjunto da produção bibliográfica, é a mais facilmente acessada.

Os dados foram acessados em um sitio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), através do SIAB, e também junto ao cadastro de atendimentos da equipe de saúde da família do município de Oliveira–MG, os quais forneceram informações sobre:

- Quantidade de atendimentos feitos a homens e mulheres;
- As causas de internação,
- Número de mortes e suas principais causas.

#### 4 REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com Julião e Weigelt (2011) a saúde do homem não era priorizada entre as políticas públicas de saúde, mas com a necessidade de uma maior atenção a população masculina, esta passou a ser uma das prioridades do governo nos últimos anos. Pensando nisto, que o Ministério da Saúde elaborou a Política de Atenção Integral a Saúde do Homem com o intuito de atingir todos os aspectos da saúde masculina nos seus ciclos vitais.

Segundo Pereira (s.d., p. 7),

Na maioria das vezes, os homens procuram os serviços de saúde somente quando os riscos se agravam. Assim, em vez de serem atendidos no posto de saúde, perto de sua casa, eles precisam procurar um especialista, o que acarreta maior custo para o SUS e, sobretudo, sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família. Esse fato leva ao aumento da incidência de doenças e de mortalidade masculina. Números do Ministério da Saúde mostram que de três adultos que morrem no Brasil, dois são homens, aproximadamente. Dados considerando o ano de 2005. Além disso, o IBGE revela que, embora a expectativa de vida dos homens tenha aumentado de 63,20 para 68,92 anos de 1991 para 2007, ela ainda se mantém 7,6 anos abaixo da expectativa de vida das mulheres.

Gomes e Nascimento (2006) destacam que a análise da saúde do homem, no Brasil, deve levar em consideração a transição epidemiológica que atualmente ocorre em virtude do aumento da expectativa de vida, o que remete a considerar a ocorrência de patologias que surgem à medida que a população masculina alcança uma maior sobrevivência. Uma aproximação desta transição pode ocorrer observando-se os perfis de morbimortalidade que indicam agravos merecedores de atenção especial.

Julião e Weigelt (2011, p. 2) ressaltam que,

A política de atenção integral a saúde do homem é regida pelos seguintes princípios: universalidade e equidade nas ações e serviços, humanização e qualificação da atenção à saúde garantindo a promoção e proteção dos seus direitos, co-responsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida desta população, orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos das enfermidades masculinas. Além disso, a mesma orienta-se pelas diretrizes: da integralidade, organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado, da implementação hierarquizada da política com foco na Estratégia de Saúde da Família, de reorganização das ações de saúde e integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde.

A política visa incentivar homens de 20 a 59 anos a procurarem o serviço de saúde ao menos uma vez por ano, a fim de proporcionar uma mudança cultural, já que, em geral os homens só recorrem aos serviços quando estão doentes, tendo que ser atendidos por especialistas, o que gera um aumento de gastos públicos (BRASIL, 2009).

Conforme estudo realizado por Gomes e Nascimento (2006, p. 902) sobre a relação homens-saúde, foi possível identificar as seguintes considerações: os homens sofrem mais de condições graves e crônicas de saúde do que as mulheres e, em consequência disso, vivem menos do que elas; *“há uma relação entre a construção da masculinidade e o comprometimento da saúde dos homens”*. Tal construção e suas implicações na saúde devem ser interpretadas a partir da ótica relacional de gênero; a agressividade resultante da construção da masculinidade, erroneamente concebida como natural pela sociedade, pode fazer dos homens *“um fator de risco”*; e, *“devido à centralidade que o trabalho ocupa na identidade do homem como ser provedor, problemas relacionados ao desemprego podem também comprometer o bem-estar masculino e contribuir para o aumento de suicídios de jovens”*.

Para Garcia (1998), é muito raro identificar o fator responsabilidade no discurso masculino, em se tratando da temática saúde, principalmente na saúde sexual, acarretando consequências danosas devido à falta de comprometimento com sua saúde. Nesse sentido, o próprio comportamento do indivíduo é a principal causa de adoecimento e do descaso ao cuidado com a sua saúde, contribuindo para uma divergência entre a saúde e a população masculina.

Segundo Carrara, Russo e Faro (2009, p. 669),

[...] os homens não são captados pelos serviços de atenção primária (como ocorre com as mulheres). Sua entrada no sistema de saúde se daria principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, configurando um perfil que favorece o agravamento da morbidade pela busca tardia ao atendimento. Isto evidencia que culturalmente, os homens buscam por serviços de saúde quando um problema já está instalado, perpetuando a visão curativa do processo saúde-doença e ignorando as medidas de prevenção e promoção da saúde disponível no âmbito da Atenção Básica.

Segundo Campanucci (2010) a partir dos resultados de várias pesquisas e de um detalhado diagnóstico sobre a situação de saúde dos homens brasileiros o Estado reconheceu que a forma de socialização da população masculina compromete significativamente seu estado

de saúde, e que a condição de saúde dos homens no Brasil corresponde a um problema de saúde pública.

#### **4.1 Estratégia de ação para cuidado do homem pelo enfermeiro**

A experiência com atendimento a homens deve possibilitar ao enfermeiro destacar suas principais vantagens e limitações. Aumentar a visibilidade das demandas da população masculina, a partir de ações mais efetivas constitui-se em um desafio para a saúde coletiva, uma vez que as ações de prevenção e promoção à saúde dos homens estão vinculadas às especificidades de cada local e às características da equipe interdisciplinar.

Para que ocorram mudanças benéficas na atenção básica, as ações devem prever uma ampliação da visibilidade no serviço, em duas vias, ou seja, por parte dos equipamentos sociais, como é o caso da rede básica de saúde, estimulando a percepção dos profissionais em relação às demandas dos homens, e por parte da população masculina, promovendo um reconhecimento do espaço institucional como fator necessário. (FIGUEIREDO, 2005)

De acordo com Figueiredo (2005), as ações de enfermagem no atendimento a clientes do sexo masculino devem incluir os seguintes passos:

- 1 Levantamento das necessidades: nesta fase, identificam-se as necessidades sentidas pelo cliente.
- 2 Planejamento: esta fase do trabalho já mostra o desenvolvimento do atendimento. Durante o planejamento, leva-se em consideração a seleção de clientes a serem atendidos, a coleta de dados, o plano de visita e o preparo do material:
  - a. Seleção de visitas: deve levar em consideração [1] o tempo disponível; [2] o horário mais adequado para o cliente, a fim de que não perturbe sua rotina; e [3] as doenças de maior relevância e por isso, de maior prioridade.
  - b. Coleta de dados: Realiza-se um levantamento prévio por meio de fichas no momento do atendimento ou das visitas.
  - c. Plano de visita domiciliária: Procedese à identificação do cliente: endereço completo, condições sócio-sanitárias, diagnóstico, tratamento médico e assistência de enfermagem.
- 3 Execução: nessa etapa priorizam-se algumas regras: atendimento, na medida do possível, às prioridades; uso de uma linguagem clara, de acordo com o nível do cliente, a fim de que a pessoa que recebe o atendimento fale claramente dos

problemas que o aflige no seu viver diário, prestando assistência de enfermagem respaldada nos meios científicos; observação do o meio ambiente e as reações das pessoas frente aos problemas, mantendo contato discreto e amável. Ao término, realiza-se de maneira clara e global uma avaliação de como se deu a visita, anotando suas vantagens e limitações.

- 4 Registro dos dados: Descrevem as observações de enfermagem verificadas durante a visita, de maneira legível, sucinta e objetiva, no prontuário para que seja possível dar, posteriormente, continuidade ao atendimento.
  
- 5 Avaliação: Nesta fase avalia-se o plano de visitas, as observações e as ações educativas ou curativas e também os pontos positivos e negativos, se as soluções das prioridades foram realmente atingidas e se o cliente progrediu na resolução dos problemas.

Durante a execução da Visita Domiciliar, de acordo com a problemática do cliente, a enfermagem poderá solicitar o auxílio dos demais profissionais de saúde. Para que se desenvolva essa atividade, é necessária a polivalência do pessoal de enfermagem, pois há a possibilidade de encontra variados diagnósticos, necessidades e problemas. Portanto, é necessário o conhecimento prévio dessas necessidades antes de se executar uma Visita Domiciliar para que os objetivos propostos para esse fim sejam atingidos.

Segundo Campanucci (2010) deve fazer parte da rotina de trabalho do profissional: o planejamento, a estruturação dos níveis de necessidade, execução ou direcionamento para efetivação do alcance parcial ou total dessas necessidades e avaliação, que deverá ser contínua nesse processo, como forma de analisar criteriosamente as ações desenvolvidas e re-planejar, se for o caso.

Campanucci (2010) destaca que é importante ressaltar que durante as Visitas Domiciliares, algumas facilidades e dificuldades em seu emprego poderão ser detectadas:

**Facilidades:**

- A efetiva interação entre o profissional, a unidade de saúde e a população favorecem o trabalho.

- A aproximação com os clientes, que permite um conhecimento mais sólido das condições de saúde da comunidade, da prevalência das doenças, das práticas populares, do conhecimento popular sobre as doenças, permitindo a resolução de muitos problemas *in loco*, o que promove o descongestionamento das unidades de saúde.
- A interação do cliente e profissional, que permite uma maior confiança para expor os mais variados problemas, permitindo ao profissional de saúde uma imersão sobre a problemática social e de saúde no interior do ambiente familiar.
- O contato estreito entre o profissional e a população fora da UBS que permite uma troca de saberes entre o profissional e as famílias dos clientes.
- A possibilidade de reforço das ações de saúde propostas nos diferentes programas desenvolvidos pela saúde municipal.
- O vínculo entre profissional e família, que permite hierarquizar e atender de forma diferenciada segundo situações de risco individual e ou coletivo.
- A reflexão junto às famílias sobre os determinantes do processo saúde doença.
- O conhecimento das percepções da população sobre temas tais como qualidade de vida e saúde, ao mesmo tempo em que avalia a eficácia e resolutividade dos serviços de saúde (CAMPANUCCI, 2010).

**Dificuldades:**

- O horário de trabalho pode impossibilitar ou dificultar a realização da Visita Domiciliar.
- Gasto de tempo entre a locomoção e execução da visita.
- A estratégia demanda um alto custo com pessoal qualificado e com a sua locomoção.
- A falta de disponibilidade e/ou a ausência de pessoas vinculadas às famílias agendadas para serem visitadas.
- A falta de integração entre as ações realizadas nas visitas e a referência à unidade de saúde para atenção em saúde vinculada a uma especialidade médica.
- A falta de capacitação em assistência domiciliar dos profissionais de saúde.

#### 4.2 A saúde do homem na área de abrangência do PSF São Geraldo – Oliveira/ MG

A área de abrangência do PSF São Geraldo é composta por uma equipe de saúde da família, dividida em 6 micro áreas totalizando 1051 famílias cadastradas e 3955 habitantes sendo: 2051 mulheres e 1904 homens de toda a faixa etária.

Com os dados de identificação, como sexo, atendimentos, internações e mortalidade foram realizadas uma análise nas fichas de atendimento ambulatorial no sentido de possibilitar a clara avaliação da questão estudada e melhor discussão dos resultados.

Tabela 1: Perfil de atendimento do PSF São Geraldo no período de agosto a outubro de 2011

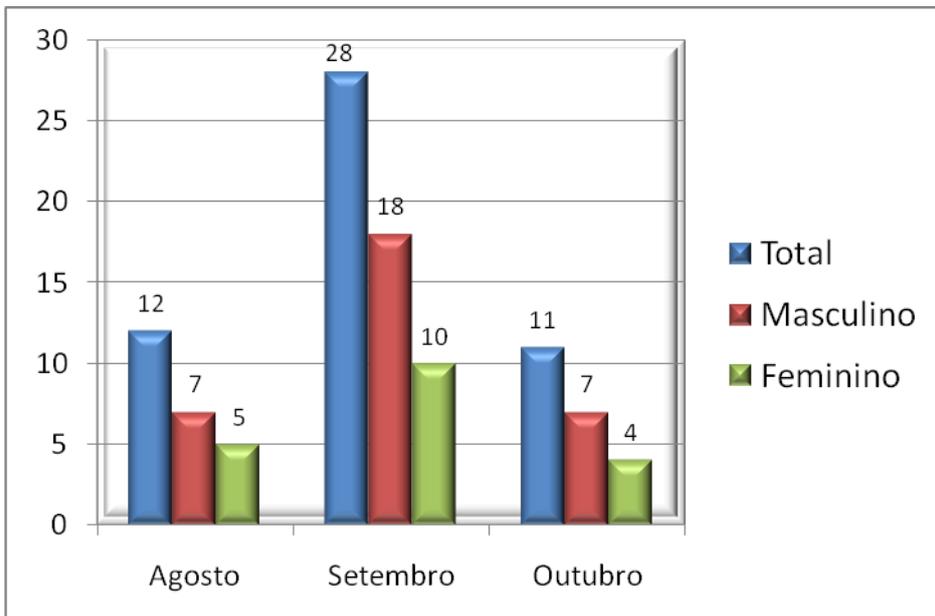
	FEMININO				MASCULINO				TOTAL
	Agendados	Urgência	Total	%	Agendados	Urgência	Total	%	
Agosto	304	644	948	77,0	115	168	283	23,0	1231
Setembro	309	503	812	66,4	165	246	411	33,6	1223
Outubro	411	626	1037	67,2	193	313	506	32,8	1543
TOTAL	1024	1773	2797	69,9	473	727	1200	30,1	3997

Fonte: Registros do PSF São Geraldo - Oliveira/MG

Os dados encontrados nos mostram estatisticamente a pouca procura dos homens do PSF São Geraldo ao serviço de saúde, (30,1%) em relação as mulheres, 69,9%. De acordo com as fichas de cadastros dos pacientes, pode-se concluir que as principais causas que levam os homens a procurarem o PSF são: crise hipertensiva, diabetes descompensada, acidentes automobilísticos e encaminhamento por especialidades para acompanhamento.

Tal fato implica na discussão de estratégia para melhorar o acolhimento das necessidades dos homens e é necessário que os profissionais de saúde tenham uma maior sensibilidade para as interações entre as concepções de gênero e as demandas trazidas pelos homens no uso do serviço.

Gráfico 1: Número de internações hospitalares, conforme sexo, dos pacientes da área de abrangência do PSF São Geraldo no período de agosto a outubro de 2011



Fonte: DATASUS – SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade / Oliveira/MG

Do ponto de vista de análise de internações hospitalares verifica-se o maior número em sexo masculino considerando a hipótese para tal fato é que, talvez, os homens se internariam em uma fase mais avançada da doença, o que prolongaria o tratamento.

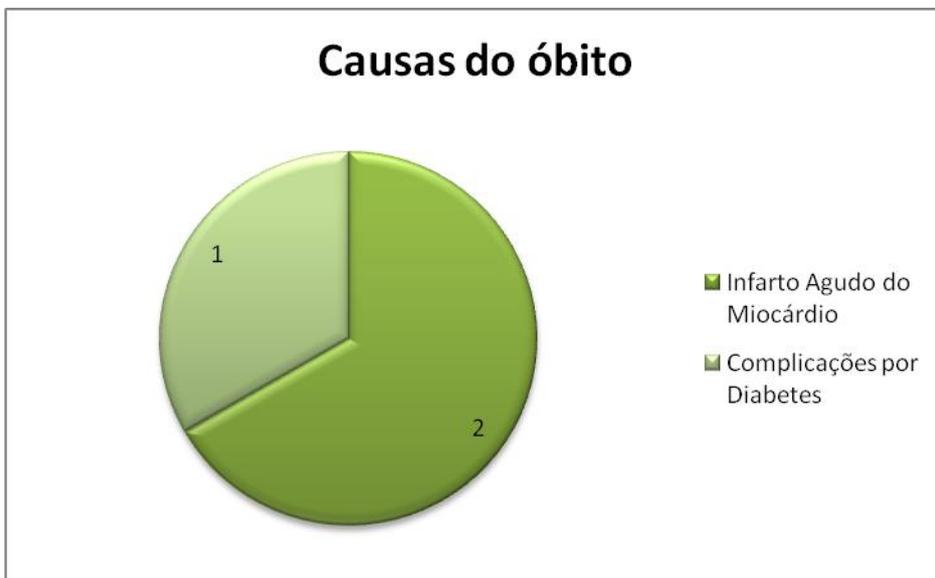
Analisando o sexo masculino, as principais causas que levam as internações são: hipertensão arterial, problemas cardíacos e diabetes. Muitas dessas causas podem ser prevenidas ou controladas por meio de intervenção e atitudes práticas cotidianas que contribuem para a ocorrência desses problemas.

Gráfico 2: Mortalidade, por sexo, dos pacientes da área de abrangência do PSF São Geraldo, no período de agosto a outubro de 2011



Fonte: Registros do PSF São Geraldo - Oliveira/MG

Gráfico 3: Causas de mortalidade de pacientes do sexo masculino da área de abrangência do PSF São Geraldo no período de agosto a outubro de 2011



Fonte: DATASUS – SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade / Oliveira/MG

A maior mortalidade masculina é observada não somente quanto aos números, mas também quanto às causas. Portanto, os diferenciais de indicadores de mortalidade entre os sexos mostram uma situação de saúde desfavorável para os homens que precisa ser considerada e enfrentada pelo serviço de saúde. As principais causas de mortalidade masculina são: Infarto agudo do Miocárdio e Diabetes descompensada.

## 5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de saúde da família é centrada na família e atende a população com acompanhamento aos agravos à saúde contando ainda com a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) considerado elo fundamental entre a comunidade e a Unidade de Saúde.

Nesse sentido, propostas e ações voltadas à população masculina poderão ser realizadas por uma equipe interdisciplinar, principalmente no ato do acolhimento, integrando modalidades educativas e assistenciais na perspectiva da atenção integral à saúde da família.

No entanto, ao trazer os homens para perto dos serviços de saúde, a identificação e reconhecimento desses agravos certamente poderão trazer benefícios concretos à sociedade, principalmente se socializados por meio de produções intelectuais, servindo de ponto de partida para o desenvolvimento de estudos específicos sobre o assunto, bem como para a formação e consolidação de políticas de saúde voltadas à população masculina.

O planejamento e a elaboração de ações que ampliem a participação ativa dos indivíduos do gênero masculino no seu cuidado pode ser o primeiro passo, de muitos, em busca de resultados positivos, pois o estudo identificou que é fundamental o processo contínuo de acolhimento, motivação e implementação de ações educativas com ênfase em mudanças no estilo de vida e estabelecimento de estratégias que possam favorecer a adesão da população masculina sendo preciso intervir seja individualmente ou em grupo para adesão a tratamentos identificando as necessidades dos homens.

Diante dos dados encontrados, e do que foi possível observar na literatura estudada proponho à Equipe de Saúde da Família do PSF São Geraldo:

- Um envolvimento da equipe de saúde para o entendimento às necessidades de saúde do homem já que a equipe é formada principalmente por profissionais do sexo feminino.
- Cada profissional deve contribuir para um melhor vínculo entre a comunidade masculina e a Estratégia de Saúde da Família impedindo que ao invés de realizarem o seu próprio autocuidado receba a assistência adequada e mantenha melhor acesso à saúde pública.

- Aproveitamento das situações em que o homem procura o serviço de saúde, garantindo que o homem crie o hábito de utilizar o serviço existente de forma rotineira e que diferentes meios sejam utilizados para alcançá-los através das ações de educação para a saúde.
  
- Grupos educativos, com objetivo de prevenção. Parceria da Estratégia de Saúde da Família a locais como a escolinha de Futebol da área de abrangência.
  
- Palestras em locais de serviço abrangendo o assunto: sexualidade, violência, DSTs e métodos preventivos.
  
- Grupo de ginástica e interação da comunidade masculina com os profissionais de saúde.
  
- Realização de sala de espera impedindo que o homem fique com a sensação de não pertencer ao espaço.
  
- Realização do mural explicativo em local específico envolvendo o homem com as estatísticas de índice de mortalidade masculina e incentivá-lo a prevenção.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

CAMPANUCCI, Fabrício da Silva. A Atenção Primária e a Saúde do Homem: uma análise do acesso aos serviços de saúde. 2010. 142. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2010.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis* [online]. 2009, v.19, n.3, p. 659-678. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a06v19n3.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2011.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad Saúde Pública** 2008; 24 Suppl 1:S7-27.

FAUSTO, M. C. R. Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira [**Tese de Doutorado**]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 5 nov. 2011.

GARCIA, S. M. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: M. Arilha, S. G. U. Ridenti & B. Medrado (Orgs.). *Homens e masculinidades: outras palavras* (pp.31-50). São Paulo: ECOS/ Editora, São Paulo, 1998.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5):901-911, mai, 2006. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/03.pdf) . Acesso em: 3 nov. 2011.

JULIÃO, Gésica Graziela; WEIGELT, Leni Dias. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. **R. Enferm. UFSM** 2011 Mai/Ago;1(2):144-152. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewFile/2400/1743>. Acesso em: 5 nov. 2011.

VOURI, H. **Health for all, primary health care and general practitioners. J R Coll Gen Pract 1986; 36:398-402.**

SOLLA, Jorge Jose Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife,v.5, n.4, p. 493-503, out/dez.2005.