

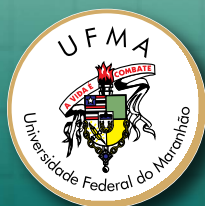
MÓDULO 7 • UNIDADE 1

SAÚDE DO ADULTO E A SAÚDE DA FAMÍLIA:

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADULTO



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



MÓDULO 7 • UNIDADE 1

SAÚDE DA CRIANÇA E A SAÚDE DA FAMÍLIA:

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADULTO

São Luís
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

COMITÊ GESTOR - UNA-SUS/ UFMA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENAÇÃO ADJUNTA

Eurides Florindo Castro Jr.

COORDENAÇÃO DE NÚCLEO PEDAGÓGICO

Deborah Baesse

COORDENAÇÃO DE NÚCLEO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins França

COORDENAÇÃO EXECUTIVA

Fátima Gatinho

COORDENAÇÃO INTERINSTITUCIONAL DO CURSO

Maria do Carmo Lacerda Barbosa

COORDENAÇÃO DE DESIGN INSTRUCIONAL

Paola Trindade Garcia

COORDENAÇÃO DE DESIGN

Hudson Francisco de A. C. Santos

COORDENAÇÃO DE JORNALISMO

João Carlos Raposo Moreira

COORDENAÇÃO DE RECURSOS AUDIOVISUAIS

Roberta Azzolini

COORDENAÇÃO DE AVA E PRODUÇÃO

Francisco Gregório Almeida Silva

SECRETARIA-GERAL DO MAIS MÉDICOS

Rosângela Almeida

SUPERVISÃO DE TUTORIA

Maiara Monteiro Marques Leite

Vanessa Maria Belo

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA.

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde
Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660
Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva.
CRB 13ª Região nº de Registro – 453

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Fábio Allex

REVISÃO TÉCNICA

Cláudio Vanucci Silva de Freitas e Judith Rafaelle Oliveira Pinho

PROJETO GRÁFICO

Douglas Brandão França Junior

ILUSTRAÇÕES

Camila Santos de Castro e Lima

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Saúde do adulto e a Saúde da Família: atenção integral à saúde do adulto/Paola Trindade Garcia; Wanessa Cristina Filgueiras Fonsêca (Org.). - São Luís, 2014.

26f. : il.

1. Saúde do adulto. 2. Atenção primária à saúde. 3. Políticas públicas. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Cláudio Vanucci Silva de. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Título.

CDU 613.9-053.2

APRESENTAÇÃO

O objetivo desta unidade é descrever o contexto histórico e epidemiológico de construção de políticas e programas voltados para a saúde do adulto.

A população adulta representa uma parcela significativa da população 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 (LIMA, 2011).

Nesta unidade, serão discutidas as interfaces políticas e instrucionais que tratam a 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 promovam mais saúde a esta população.

Deseja-se que essas informações funcionem como diretrizes básicas norteadoras das atividades relacionadas ao cuidado integral ao adulto pela sua equipe. Bons estudos!

SUMÁRIO

Unidade 1	7
1 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADULTO	7
2 REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS	9
3 AÇÕES DE VIGILÂNCIA NA SAÚDE DO ADULTO: CONTROLE DE TUBERCULOSE E HANSENÍASE E AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR.....	13
4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	15
5 O HOMEM E OS SERVIÇOS DE SAÚDE	19
REFERÊNCIAS.....	22

UNIDADE 1

1 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADULTO

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 de produção de saúde, 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).

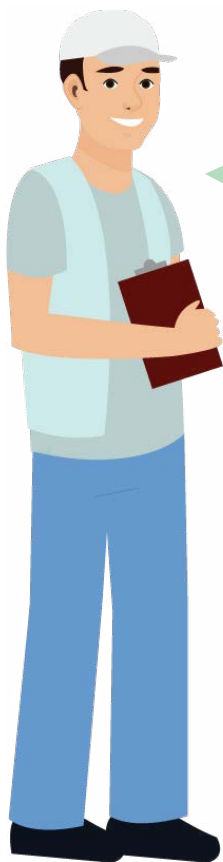
Desse modo, promover programas educativos para doenças crônicas e degenerativas pode reduzir bastante o número de hospitalizações, melhorar significativamente as complicações agudas e crônicas, além de prevenir ou retardar o aparecimento de enfermidades.

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.

REFLITA COMIGO!

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?



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 REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas, 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, 2013a).

O 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 melittus* (DM), e 23,3% dos adultos brasileiros afirmam já terem sido diagnosticados com hipertensão arterial (HA). Desses, 25,5% são mulheres e 20,7% são homens (BRASIL, 2011a).

REFLITA COMIGO!

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 elas serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 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, 2013a).

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, 2011a).

Para tanto, foi proposto em 2012, a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, instituída pela Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Esta rede corresponde ao terceiro eixo (cuidado integral) do plano e tem como principais objetivos:

- Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas;
- Garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas;
- Impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas;
- Contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2013a).

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 e religiosas e hábitos e cultura 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 da 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.

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 este 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 intergestores. 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 Intergestores.

Fonte: 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).

SAIBA MAIS!

Acesse a Portaria MS/GM nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, na íntegra, no endereço: <http://goo.gl/kP7Dp4>.

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, acessando: <http://goo.gl/vi6OjZ>.

Conheça ainda o Caderno de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, acessando: <http://goo.gl/oodGgP>.

3 AÇÕES DE VIGILÂNCIA NA SAÚDE DO ADULTO: CONTROLE DE TUBERCULOSE E HANSENIASE 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 nesta população, apresentando importante magnitude e/ou transcendência em nosso país. Tal fato de-

monstra a necessidade de se promover ações de prevenção e controle destas 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, 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 a saúde dos adultos, por meio da promoção da saúde.

A promoção da saúde é compreendida como estratégia de articulação transversal, a qual 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 vul-

nerabilidade, 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 que vão 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.

SAIBA MAIS!

Conheça a Política Nacional de Promoção da Saúde, acessando:
<http://goo.gl/3qbZgi>.

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 sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **ACESSE:** <<http://goo.gl/DaP8NK>>.

Portaria Nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. <<http://goo.gl/7lBx8a>>.

REFLITA COMIGO!

Quais são as ações de sua unidade que estão contribuindo para o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem?



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



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. Estas modificações, por seu turno, têm imprimido importantes mudanças também no perfil epidemiológico da população, com alterações relevantes nos indicadores de morbimortalidade.

FIQUE ATENTO!

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.

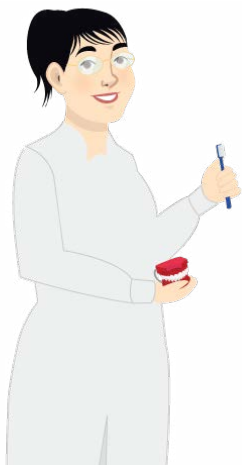
Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Com relação à maior vulnerabilidade e às altas taxas de morbimor-

talidade, 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 que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. A isto, se acresce o fato de que o homem tem medo de o médico descobrir algo que comprometa a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade. Outra questão bastante apontada pelos homens para não adesão aos serviços da atenção básica relaciona-se ao horário de funcionamento das unidades de saúde. Os homens declaram que o horário de atendimento dos serviços de saúde coincide com a carga horária de 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).



VAMOS PRATICAR?

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 são ou deveriam ser desenvolvidas para melhorar a adesão dos homens às atividades de sua equipe de Saúde da Família.

Considerações finais

Nesta unidade aprendemos as interfaces políticas e instrucionais que tratam a temática dos principais problemas de saúde voltados ao adulto, mais precisamente, a saúde do homem. Vimos 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.

Esperamos que os aspectos trabalhados nesta unidade colaborem para estruturação das ações de saúde do homem em sua unidade de saúde.

Até a próxima unidade!

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2006. 38 f. (Anexo 1). Disponível em: <<http://goo.gl/HmW67u>>. Acesso em: 3 abr. 2014.
- ____. _____. Portaria Nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 fev. 2013b. Disponível em: <<http://goo.gl/4kLXAi>>. Acesso em: 3 abr. 2014.
- ____. _____. 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, 2013a. 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, 2014. 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://goo.gl/MYRT9L>>. 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 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://goo.gl/le3aq4>>. Acesso em 16 nov. 2012.

____. _____. Portaria GM 16, de 03 de janeiro de 2002. Aprova o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus. Disponível em: <http://goo.gl/gWuhMM>.

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, 2010. v. 1. 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. **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 morbi-mortalidade 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.

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.