

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**



TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**PROVAB E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPERIÊNCIA EM
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ANANINDEUA – PARÁ DE
NOVEMBRO DE 2016 A JUNHO DE 2017.**

Professor – orientador: Professora Dra. Ivone Andreatta Menegolla.

Discente: Thays Reejane Balbino Lima de Oliveira

BELÉM – PARÁ

2017

THAYS REEJANE BALBINO LIMA DE OLIVEIRA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**PROVAB E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPERIÊNCIA EM
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ANANINDEUA – PARÁ DE
NOVEMBRO DE 2016 A JUNHO DE 2017.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação da Professora Dra. Ivone Andreatta Menegolla.

BELÉM-PARÁ

2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. (Nome do orientador)

Afiliações

Prof. (Nome do professor avaliador)

Afiliações

Prof. (Nome do professor avaliador)

Afiliações

SUMÁRIO

1 Atividade 1 do Portfólio - Introdução	1
2 Atividade 2 do Portfólio - Estudo De Caso Clínico	3
3 Atividade 3 do Portfólio - Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças	9
4 Atividade 4 do Portfólio - Visita Domiciliar	12
5 Atividade 5 do Portfólio - Reflexão Conclusiva	17
6 Referências Bibliográficas	19
7 Anexo 1 – Projeto de Intervenção	20

1 ATIVIDADE 1 DO PORTFÓLIO - INTRODUÇÃO

Meu nome é Thays Reejane Balbino Lima de Oliveira, sou médica e trabalho no programa de valorização da atenção básica em Ananindeua Pará, (PROVAB).

A unidade onde desenvolvo minhas atividades em Ananindeua fica no bairro do Jaderlândia, trata-se de uma unidade mista de saúde, onde funciona serviço de urgência e emergências que dispõe de ambulância e salas para observação de pacientes que necessitem de atendimento de urgência, também há serviços de atenção básica, como consultórios médicos e de enfermagem, sala de vacinação, teste do pezinho, sala de coleta de preventivo, curativos, sala de pré-atendimento médico onde a enfermagem realiza as medidas antropométricas e de sinais vitais dos pacientes, há também farmácia, laboratório e RX que nem sempre possuem matéria prima suficiente para equipe trabalhar mas ninguém falta ao serviço, além de todos esses serviços funciona uma equipe de PACS- programa de agentes comunitários de saúde que é chefiada pela Enfermeira Rosana e sua equipe de agentes comunitários de saúde que contam com nosso apoio para dar suporte de atendimento médico aos seus pacientes por não dispor de médico e funciona logicamente minha unidade de estratégia de saúde da família, que se chama: USF-Alvorada, formada por mim, Enfermeira Keyla e eram 6 ACS (agentes comunitários de saúde) que foram expandidos para oito (chegaram mais dois atualmente), também chegaram a equipe uma técnica de enfermagem e uma agente administrativo que não tinha antes na equipe e agora já compõem a mesma, facilitando e ajudando em todas as tarefas diárias.

A USF-Alvorada fica numa área estratégica do bairro do Jaderlândia em Ananindeua, próximo de uma feira, digo, da principal feira do bairro, tendo próximo a ela igreja, delegacia, supermercado, escolas ...trata-se de uma área parte de risco social por possuir áreas de muita pobreza e sem saneamento básico até áreas que dispõe de tal serviço. Infelizmente são constantes os assaltos próximos e até dentro da unidade de saúde, onde várias vezes já foram feitos boletins de ocorrências por médicos plantonistas por terem seus pertences roubados em plena consulta médica na urgência ou seus carros arrombados. Graças a Deus em nossa equipe não houve nenhum incidente desse tipo.

Atendemos diariamente em sua maioria casos de hiperdia (hipertensos e diabéticos), em sua maioria idosos, também saúde mental, puericultura, pré-natal, atendimentos básicos em clinica medica também, temos pacientes do programa de MH-Hanseníase e Tuberculose, inclusive um paciente com quadro de tuberculose multirresistente, entre outras coisas; A grande maioria dos pacientes são do programa de hipertensos e diabéticos.

Escolhi o tema: O Papel de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família com Médico do Provac no aumento da adesão aos serviços de saúde do Homem no município de Ananindeua Pará: construindo saúde e confiança, porque o único agente comunitário de saúde do sexo masculino da unidade reclamou que os homens não compareciam as consultas médicas porque não entendiam a importância de estar ali, não sabiam os exames básicos que deveriam fazer, não se cuidavam e não conheciam seu próprio corpo, embora termos feito uma votação na USF entre os ACS para saber qual tema eu abordaria no TCC o tema envolvendo saúde do homem ganhou porque fui observando mesmo que a quantidade de homens que procuram os serviços no posto de saúde é imensamente inferior a das mulheres e estes quando o fazem somente aparecem quando o quadro de saúde está bastante grave. O meu TCC constara nos anexos do portfólio. Como a maioria dos casos são de hipertensos e diabéticos do Programa Hiperdia vou abordar este tema no portfólio.

2 ATIVIDADE 2 DO PORTFÓLIO - ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Os casos mais prevalentes na minha estratégia de saúde da família são os de Hipertensão arterial e diabetes mellitus. São vários os pacientes com as duas morbidades ou com as mesmas isoladamente. Fazemos consultas médicas várias vezes na semana para esses grupos, embora tenhamos a segunda feira pré-definida para o atendimento dos hipertensos e diabéticos.

O caso que utilizarei será o de dona Thatiana, 36 anos, do lar, casada com o sr. Evaldo, em base ao caso Vera número 01, da especialização em saúde da família.

Dona Thatiana mora com o esposo, o sr. Evaldo e com as duas filhas, Thayssa e Evellyn, numa casa de alvenaria, com sala, cozinha, dois quartos e um banheiro. Rua asfaltada, com rede de água e esgotos e recolhimento regular de lixo.

O Sr Evaldo é representante comercial e vende lingerie e, portanto, passa o dia realizando vendas.

A dona Thatiana é do lar e cuida das duas filhas, Thayssa de 12 anos de idade e Evellyn de um ano de idade. Thayssa estuda e está no sexto ano do fundamental.

Dona Thatiana comparece ao consultório com história de cefaleia contínua, associada a tontura, mal-estar, astenia e por vezes vômitos. No momento da consulta observei que a mesma havia aferido a pressão arterial e estava com pico hipertensivo (PA 160-110mmHg), era a paciente Thatiana Oliveira, que havia passado pela pré-consulta antes, chamada triagem, com a técnica de Enfermagem Raquel e também pela Enfermeira Keyla e nos informou não fazer uso de anti-hipertensivos.

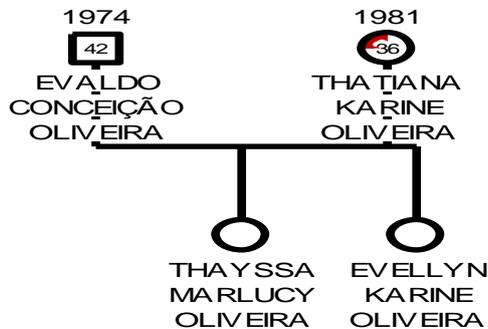
Orientei a mesma:

- 1- Realizar MAPA com aferições diárias da pressão arterial, orientando sobre como verificar e os cuidados.
- 2- Solicitei exames laboratoriais para conhecer perfil lipídico da mesma além de glicemia e exame da tireoide, sem falar no PCCU.

- 3- Orientei com relação a dieta.
- 4- Marquei retorno da consulta.

Na consulta médica realizamos o Genograma da família da senhora Tathiana a partir de informações fornecidas pela mesma e por seu esposo e pelo agente comunitário de saúde, que da área da mesma é o ACS Clodoaldo:

FIGURA 1- Genograma da família Oliveira: Relações Familiares X Morbidades:



Deixamos uma marcação na senhora Thatiana no genograma sinalizando uma possível hipertensão arterial.

Considerei importante realizar o mapa antes de iniciar o tratamento pois é o recomendado na literatura médica e foram realizados os exames para conhecer o perfil lipídico e avaliar risco cardiovascular.

Dona Thatiana é hipertensa e nos fala que foi difícil aceitar o diagnóstico, mas por medo das sequelas e de por isso ter dificuldade em cuidar de suas filhas realizaria o tratamento correto agora. Informou que há alguns anos, não sabe informar quanto tempo exatamente, já havia sido prescrita antes, mas não tomava regularmente os remédios. Que durante a gravidez da segunda filha chegou a apresentar alguns picos hipertensivos para os quais foi prescrito Metildopa de 250 mg das vezes ao dia e a mesma tomou corretamente por medo de complicações relacionadas a hipertensão e gravidez, mas que com o nascimento da filha havia suspenso o uso por conta própria.

Dona Thatiana é maranhense, mas mora no Pará há 15 anos, foi onde conheceu o senhor Evaldo e teve suas duas filhas. A mesma é do lar, mas sonha em um dia trabalhar para complementar a renda do esposo e ajudar no sustento da família.

Devido ao quadro de cefaleia contínua resolveu procurar a unidade de saúde, lembrando que já era diagnosticada com hipertensão arterial, mas não tomava os remédios. Devido abandono anterior do tratamento de hipertensão arterial e aos riscos inerentes a falta de tratamento da mesma foi solicitada ao ACS Clodoaldo que realizasse um acompanhamento maior com dona Thatiana para adesão ao tratamento.

O ACS relatou que a cliente é de difícil controle pois se recusa a comparecer as consultas médicas marcadas pois alega dificuldade em deixar as filhas com algum parente, além de sempre informar não ter condições financeiras para realizar os exames solicitados pelos médicos pois no laboratório da unidade não está sendo feito.

Na consulta médica de retorno da dona Thatiana ao exame físico:

- Exame físico da paciente: consciente, orientada, eupneica, afebril, normotensa.
- AP: MV PRESENTES, AUSENCIA DE RA. (ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente sem ruídos adventícios)
- AC: BCNF-2T-RR-SS. (ausculta cardíaca, bulhas cardíacas normofonéticas e dois tempos sem sopros;)
- Pressão Arterial (PA): 160x100 mmHg;
- Índice de Massa Corpórea (IMC): 24.
- Ausência de edema de MMII. Cacicifo negativo. Tireoide de consistência fibroelástica.
- Abdome: globoso, flácido, indolor, sem visceromegalias, DB negativo. Diurese e evacuação sem alterações.
- Foi prescrito para Dona Thatiana, Hidroclorotiazida (um diurético tiazídico) na dose de 25 mg, em uma tomada diária e de Losartana 50 mg 12-12 hs, (antagonista do receptor da angiotensina), em duas tomadas (VII Diretrizes Brasileira de hipertensão,2016).

- Perguntei a dona Thatiana quais suas dificuldades e dúvidas com relação ao tratamento para hipertensão arterial e a mesma informou as mesmas que havia citado ao agente comunitário de saúde e que naquele dia da consulta não havia tomado o medicamento ainda porque havia acordado muito cedo e havia esquecido devido ansiedade para consulta.

Nesse retorno com exames e MAPA a paciente apresentou valores compatíveis de hipertensão arterial, conforme diretriz de hipertensão arterial, pressão arterial constantemente elevada e mantida em PA 160-100 MMHG.

Com relação a decisão de tratamento iniciamos o anti-hipertensivo, pois os valores são compatíveis com a indicação de tratamento pela diretriz de hipertensão arterial.

A paciente ficou usando regularmente a hidroclorotiazida e losartana 50 mg 01 cp 12-12 hs, e orientei quanto a dieta, perda de peso, abolição de práticas de etilismo e tabagismo, a importância de consultas médicas regulares, solicitei eletrocardiograma e RX de tórax.

- O Senhor Evaldo Oliveira, 42 Anos, negro, hígido, sem comorbidades. Mantem-se regular e perfil lipídico dentro da normalidade. Normotenso e normoglicêmico.

- A filha Thayssa, 12 anos, adolescente, sendo acompanhada para manutenção e promoção saúde e prevenção agravos. Vacinação em dia (atualizada)

- A filha Evellyn, 10 meses, menor com vacinação atualizada, em acompanhamento puericultura, com peso adequado, desenvolvimento neuro-psico motor adequado, vacinação em dia, atualizada, altura adequada a idade e em aleitamento materno misto. Sem alterações.

Essa é uma exemplificação dos diversos casos clínicos que recebo em minha unidade de saúde. Infelizmente ao assumir a vaga do Provab fiquei sabendo que anteriormente não havia médico na equipe e muitos pacientes do programa

hipertensão evoluíram com insuficiência renal, onde alguns graças a deus e a melhora da cobertura medicamentosa e clínica tiveram melhora de seus quadros.

A hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública em todo mundo, e a mais frequente das doenças cardiovasculares. Apresenta-se na maioria das vezes assintomática, sendo também o principal fator de risco para as complicações potenciais de órgãos alvos, potencializando o risco de vida ao portador (SANTOS et al).

Também é sua importância considerar o impacto na qualidade de vida das pessoas visto que, para consegui-lo, é necessária a adoção de medidas individuais como as mudanças nos hábitos de vida; medidas coletivas como apoio da família e agregados para a manutenção do regime terapêutico e enfim, um conjunto de condições convergentes para a promoção de saúde do cliente hipertenso (SANTOS et al).

A avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial sistêmica (HAS) inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco CV. As lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas também devem ser investigadas. Fazem parte dessa avaliação a medição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial. Propõem-se avaliações gerais dirigidas a todos e, em alguns casos, avaliações complementares apenas para grupos específicos. Medição da PA No consultório A PA deve ser medida em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde devidamente capacitados (VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial).

A PA fora do consultório pode ser obtida através da medição residencial da pressão arterial (MRPA), com protocolo específico, ou da MAPA de 24 horas.^{9,10} As medições da PA fora do consultório devem ser estimuladas, podendo ser realizadas por equipamento semi-automático do próprio paciente ou dos serviços de saúde. As principais vantagens da medição da PA fora do consultório são o maior número de medidas obtidas, refletir as atividades usuais dos examinados, abolição ou redução do efeito de avental branco (EAB), e maior engajamento dos pacientes com o diagnóstico e o seguimento. A MAPA e a MRPA são os métodos habitualmente utilizados para realizar as medições fora do consultório. Ambas fornecem

informações semelhantes da PA, porém só a MAPA avalia a PA durante o sono. Ambas, entretanto, estimam o risco CV, devendo ser consideradas aplicáveis para a avaliação da PA fora do consultório, respeitando-se as suas indicações e limitações (VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial).

O Plano de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes e a implantação do Hiperdia são importantes iniciativas para o conhecimento da magnitude dessas doenças, o planejamento da aquisição de medicamentos e a capacitação profissional na rede de saúde brasileira (RIBEIRO et al).

Os principais fatores ambientais modificáveis das doenças cardiovasculares (DCV) são os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo e a obesidade, associados às mudanças no estilo de vida como a cessação do tabagismo e o controle estresse psicoemocional. Dentro da prevenção, o monitoramento da prevalência dos fatores de risco para DCV, especialmente os de natureza comportamental, permitem, por meio das evidências observadas, a implementação de ações preventivas com maior custo-efetividade (RIBEIRO et al).

Como citado, procuramos sempre envolver toda equipe nas abordagens terapêuticas, médico, enfermeiro, agentes administrativos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde pois assim toda equipe participa de todas as fases do cuidar. O agente é quem serão os olhos do médico e da equipe na comunidade, o técnico de enfermagem e agente administrativo é quem fará o acolhimento do paciente, o enfermeiro ficará com a pré-consulta e consulta de enfermagem que envolvem diversos momentos, desde a prevenção até a promoção a saúde, assim como o médico que além de todas essas fases participa do diagnóstico e tratamento adequados. Reunir a equipe e destacar papéis e responsabilizar a todos pelo sucesso das práticas de promoção a saúde torna o ambiente de trabalho e a equipe mais coesa e as ações fluem com mais naturalidade e com melhores resultados.

3 ATIVIDADE 3 DO PORTFÓLIO - PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Os casos mais frequentes da minha unidade são os casos de hipertensão arterial e Diabetes, por isso resolvi continuar com o caso relacionado a Família Silva que fala de DHEG.

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é o distúrbio mais comum na gestação. Caracteriza-se por hipertensão acompanhada de proteinúria e/ou edema, sendo estes chamados de tríade da DHEG. Classifica-se a DHEG em duas formas básicas: pré-eclâmpsia (forma não convulsiva marcado pelo início da hipertensão aguda após a vigésima semana de gestação) e eclampsia, que é um distúrbio hipertensivo gestacional que se caracteriza pelos episódios convulsivos frequentes, efeitos cerebrais profundos da pré-eclâmpsia. A Síndrome de HELLP é uma grave complicação da gestação caracterizada por: (H) hemólise, (EL) enzimas hepáticas elevadas e (LP) baixa contagem de plaquetas (Ricardo, 2014).

Devemos entender a fisiopatologia, os fatores de risco e como diagnosticar;

Como fatores de risco temos primeira gestação, gestação na adolescência ou após os 35 anos, nível sócio econômico, acesso aos serviços de saúde, estado nutricional, pré-eclâmpsia em familiares, raça negra, obesidade, comorbidades como diabetes ou hipertensão arterial (MS- Ministério da Saúde).

Lembrar sempre de fazer diagnóstico diferencial, solicitando exames para diferenciar a pré-eclâmpsia da hipertensão arterial crônica. Sempre avaliar progressão ou gravidade da pré-eclâmpsia.

Felizmente não tivemos nenhum caso de eclampsia ou pré-eclâmpsia na unidade onde trabalho, espero que não tenhamos, portanto continuamos como nossas orientações e realização de pré-natal.

Como não tivemos nenhum caso, procuramos fazer contato, feedback com os agentes comunitários de saúde e a Enfermagem. Além da demanda espontânea temos a demanda apontada, mas não conseguimos montar grupos de gestante porque não são tantas assim e algumas trabalham e informam não poder participar e

as que restam acabam por alegar cuidados com os filhos e a casa para não comparecer às reuniões. Mas as consultas não há faltas e também temos ginecologista na unidade que nos apoia em nossos atendimentos de pré-natal. Também notamos que a baixa adesão ao pré-natal era relacionada a falta de informação da importância do mesmo, com isso em cada consulta médica e de enfermagem procuramos enfatizar a relevância do pré-natal para uma gravidez e respectivamente parto e bebês e mães saudáveis.

Como estamos na atenção básica temos que ser o elo da gestante com essas informações de promoção a saúde e prevenção de agravos, objetivando a orientação das mesmas para deixá-las menos vulneráveis além de educar a equipe, ampliando seu conhecimento e trabalhar num plano de ação que envolva as mesmas com a equipe de saúde e os cuidados do pré-natal. Se não houver esse vínculo de responsabilização da equipe com a gestante não se consegue estabelecer um plano de cuidados promissor e observamos isso, além do que as chances de complicação são maiores. Observamos também que envolver a família no processo do cuidar é vantajoso e gera mais adesão ao pré-natal. Orientar a equipe e deixar ela atenta as possíveis complicações também se mostra de extrema importância pois assim podemos diagnosticar precocemente problemas relacionados a DHEG.

Estamos sempre orientando toda a equipe de que a DHEG é passível de prevenção e o acolhimento da gestante, sua captação precoce e a realização de um pré-natal adequado podem representar esse benefício.

Listaria o que realizamos em nossa equipe de saúde da família nesse sentido: aumento do nível de informações as gestantes sobre a importância da realização de um pré-natal de qualidade, melhoramos os atendimentos as gestantes facilitando seu acesso as consultas, realizamos capacitação da equipe e discutimos nossas dúvidas e condutas e realizamos visita domiciliares junto aos ACS quando necessário.

A assistência pré-natal é o primeiro passo para parto e nascimento saudáveis. Corresponde a promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo da gravidez. É rico em informações para a mãe sobre os cuidados tanto relacionados a gravidez e ao parto, prevenindo morbidades graves relacionadas.

O fluxo em minha unidade de saúde funciona da seguinte maneira: as orientações de promoção a saúde durante o pré-natal são dadas durante toda gestação, as consultas de início de pré-natal geralmente são com a enfermeira da unidade, que solicita os exames iniciais e dá as primeiras orientações, temos alunos de faculdade de Enfermagem em nossa unidade que participam dessas consultas, as vezes quando necessário a paciente já na primeira consulta após falar com a enfermeira o paciente vem comigo, para tomarmos alguma conduta ou realizar algum tipo de medicamento.

O grande problema que enfrentamos na unidade é a demora no início do pré-natal, muitas acham desnecessário, principalmente se já engravidaram antes e não realizaram e não tiveram grandes complicações. Mesmo assim continuamos insistindo e orientando os agentes comunitários de saúde para busca ativa das gestantes que não estão realizando o pré-natal e das faltosas, mas temos tido bons resultados com nossos atendimentos nesse sentido, não temos casos de prematuridade, de eclampsia ou pré-eclâmpsia, de abortamentos.

4 ATIVIDADE 4 DO PORTFÓLIO - VISITA DOMICILIAR

O Programa Saúde da Família (PSF), também denominado Estratégia Saúde da Família, vem desempenhando papel estratégico para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), favorecendo a equidade e universalidade da assistência por meio de ações inovadoras no setor. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início, no Brasil, em junho de 1991, sendo, portanto, precursor do PSF. Em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes do PSF compostas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, tendo sido o Ceará o primeiro estado a implantar o PSF e o PACS (ALBUQUERQUE, Adriana e BOSI, Maria-2009.)

A visita domiciliar no âmbito do PACS e PSF passou a ser concebida como parte de um processo de atenção continuada e multidisciplinar, no qual se realizam práticas sanitárias, assistenciais e sociais, perpassadas pelo olhar da integralidade. O PSF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares (ALBUQUERQUE, Adriana e BOSI, Maria-2009.)

A visita domiciliar (VD) configura-se como uma oportunidade diferente de cuidado: visando à promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico, a ação desenvolve-se em um espaço extraunidade de saúde. Na prática, entretanto, o que se tem observado com maior frequência é a realização da VD para intervir ou minimizar o processo saúde-doença (ALBUQUERQUE, Adriana e BOSI, Maria-2009.)

A VD é considerada a atividade externa à unidade de saúde mais desenvolvida pelas equipes de saúde. Ela se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, ampliando o acesso da população às ações da Saúde em um dos pontos de sua rede de atenção: o domicílio, a unidade residencial de determinada família (ANDRADE, Ademilde et al-2014).

No Brasil, a denominação visita domiciliar remete à Estratégia Saúde da Família (ESF), que viabiliza a Atenção Primária à Saúde no Brasil e assume papel fundamental na organização do trabalho de suas equipes. Para a realização dessa atividade, são necessários planejamento, execução, registro de dados e avaliação. O registro é considerado um critério de avaliação da assistência prestada nos serviços de saúde, aspecto relevante da informação sobre o processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais (ANDRADE, Ademilde et al-2014).

A visita domiciliar é uma das mais importantes atividades a ser realizada no âmbito da Estratégia de saúde da família a meu ver, como falado precisa ser planejada, para que gere os benefícios para os quais é projetada. Ela precisa ser registrada em prontuário, e assim se constituirá num dos instrumentos mais indicados na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, sua família e comunidade. Esse registro de dados é importante, pois nele pode-se listar todos os aspectos observados na visita domiciliar, os cuidados e orientações prestadas, podendo até utilizar o SOAP nesse registro da visita. Ela deve ser ter objetivos definidos, ser nos princípios da eficiência, objetivando favorecer o restabelecimento da independência e a preservação da autonomia do usuário.

Essa visita domiciliar, assim como todas as demais ações de saúde, além de ser registrada nos prontuários, deve alimentar os sistemas de informações em saúde, fundamentais para o planejamento e avaliação dessas ações de saúde, embora o que se observe, segundo a literatura, é apenas a quantificação de visitas domiciliares realizadas e seu registro no sistema de informações, o que, em realidade, revela uma lacuna com relação ao levantamento de informações sobre os usuários que as recebem. Essa fragilidade, possivelmente, ocorre pela inexistência de uma ficha de registro padronizada para as visitas realizadas e aquelas a serem

efetivadas. No Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), há fichas de acompanhamento de gestação na mulher, hipertensão, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase, todas utilizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS); porém, inexistente uma ficha específica a ser utilizada pelos demais profissionais da equipe, para o acompanhamento das famílias na visita domiciliar.

Em nossa estratégia de saúde da família planejamos as visitas domiciliares em conjunto, com toda equipe, e para isso separamos um dia da semana exclusivo para essas visitas domiciliares, sendo este a quarta-feira, onde evitamos marcar consultas médicas ou atendimentos de enfermagem para nossa atenção estar toda voltada para a visita domiciliar, embora algumas vezes acabe ocorrendo uma consulta ou outra por demanda espontânea de usuários a unidade.

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem.

Planejamos sempre no início do mês as visitas que serão realizadas, sentamos, toda a equipe e os agentes comunitários de saúde vão determinando suas prioridades, quais usuários estão mais necessitados, quantas visitas realizaremos em cada quarta-feira, que horas iniciaremos e com qual ACS iremos sair em cada dia estipulado, até roteiro de viagem fazemos, para não perdermos tempo ao ir de uma casa a outra. Após a seleção de usuários que irão receber a visita domiciliar, que pressupõe os acamados, idosos, pacientes de saúde mental, diabéticos ou hipertensos de difícil controle, grávidas ou crianças em situação de risco e as respectivas datas, passamos a seleção dos prontuários dos mesmos, pois levamos nas visitas domiciliares, na maioria das vezes os prontuários detêm informações relevantes que precisamos na hora da visita.

Outra parte importante da visita domiciliar é a seleção dos impressos a levar numa pasta, onde deve conter fichas em branco de prontuário médico, receituários, fichas de referência e contra referência entre outros.

Uma problemática no município é não termos transporte para as visitas domiciliares, as casas em sua maioria são distantes, visitamos em um dia um total de 4 a 6 famílias, indo juntos Médica, Enfermeira, Técnica de Enfermagem e agente comunitário de saúde, e não tem como irmos todos em uma bicicleta, carro próprio se torna perigoso pois qualquer atitude de roubo não seremos ressarcidos, geralmente pagamos taxi para irmos juntos ou até mesmo mototáxi, sendo esta a última opção devido meu medo pessoal como médica de acidentes. Mesmo que demore tentamos ir de uma casa a outro caminhando mesmo, por que caso contrário pagar-se-á as corridas do táxi apenas por mim que sou a médica, o que é muito oneroso. Não suspendemos as visitas devido a importância da mesma.

No final das visitas retornamos à unidade e evitamos deixar para outro dia o registro das informações das visitas, pois pode-se perder pelo esquecimento alguma informação relevante. Cada um faz seu registro e discutimos o que foi realizado nas visitas, como podemos intervir junto aquelas famílias ou qualquer outro assunto que se mostre relevante. No final do mês não esquecemos de lançar em nossa produção a quantidade de visitas realizadas.

Como falei anteriormente, em minha opinião a visita é de suma importância e é um dos momentos que mais gosto da semana na minha estratégia de saúde da família, vejo nos olhos das pessoas que não podem se dirigir ao posto de saúde a alegria quando a equipe chega e dependendo da segurança e exatidão das informações que são repassadas, o que deve ser feito de maneira objetiva, clara e simples, observamos melhoras na realidade de saúde das famílias visitadas; Em algumas visitas domiciliares que realizei já me deparei com realidades difíceis, mais de cunho social que acabavam por prejudicar a saúde das pessoas e sem as visitas aquilo não seria identificado pois as famílias nem os agentes comunitários de saúde não comentavam. Enfim, o que falta é mais apoio das secretarias municipais de saúde para realização dessas visitas pois muitos não as tem com bons olhos, só pensam como gasto de combustível e chegam a achar as mesmas desnecessárias, mas espero que essa realidade mude, pois como diz num dos trabalhos que usei

como referência, a família está aguardando aquele momento, ansiosa, pois sabe que na maioria das vezes com a visita do médico as coisas tenderão a melhorar, a visita da equipe, é percebida como via para a garantia de direitos, além de facilitar o acesso a técnicas de diagnóstico e tratamento conforme diz a citação abaixo:

Aspectos relacionais da visita

A primeira dimensão do primeiro tema - percepção da relação profissional-usuário - se expressa em múltiplos significados revelados nos depoimentos dos sujeitos. Nas falas, emergem palavras que traduzem sentimentos favoráveis à natureza da ação, tais como: felicidade, esperança, costume.

"É bom, porque quando (a equipe) vem, a gente tem aquela esperança que aquela pessoa vai passar algum remédio, vai dar algum conforto, né?" (E5).

"(...) A família que eu tenho são meus médicos, porque é com quem eu converso e com quem (...) realmente (...) eu encontrei apoio, mais de que na minha família. Eu sou mais cuidada por eles do que pela minha família.

Eu me sinto bem no dia em que eles vêm... eles conversam comigo. Por isso que, às vezes, eu digo que a família que eu tenho são eles, e eles disseram que, enquanto eu não morrer, eles estão me dando força (...) é a família que eu tenho" (E1, grifos nossos).

(ALBUQUERQUE, Adriana e BOSI, Maria-2009.)

5 ATIVIDADE 5 DO PORTFÓLIO - REFLEXÃO CONCLUSIVA

Iniciamos as atividades no PROVAB e ficamos ansiosos pela especialização e em como ela será e de que forma ela poderá nos auxiliar em nossa vida profissional.

Começamos pelo Eixo 1 que aborda temas relacionados ao nosso dia a dia na unidade de saúde da família, falando sobre a história das políticas de saúde relacionando a atualidade nos levando a entender como ao longo da história os nossos governantes foram se adaptando aos desafios da saúde pública em nosso país, estudamos modelos de atenção à saúde, atenção primária, planejamento e gestão, vigilância em saúde, epidemiologia, os sistemas de informação em saúde, enfim tantos temas até chegarmos ao módulo eixo 2, onde estudamos os casos complexos que nada mais são os mesmos casos que atendemos no nosso posto mas que aqui são abordados com outra ótica, com cuidado e maestria, com embasamento teórico, não que não usemos todos esse arsenal em nosso dia a dia, é que agora mudamos nossa maneira de ver a atenção primária e nos sentimos mais fortalecidos e preparados.

Antes relacionávamos a saúde pública com nosso conhecimento acadêmico que foi muito sucinto a respeito desse tema tão relevante, a saúde da família, que eu particularmente achava monótono, mas que agora depois da especialização passei a ver seu real valor e como é importante para que os outros níveis de atenção à saúde funcionem, pois trata de todos os problemas de saúde que podem ser encontrados no âmbito familiar, seja para curar, prevenir, tratar ou apenas diminuir o sofrimento.

Os conhecimentos adquiridos com a especialização em Saúde da família foram essenciais para melhor do atendimento em minha unidade, para o planejamento e avaliação das minhas atividades e da minha equipe. Usar o portfólio para mim não foi tão simples, tive muita dificuldade, precisei muito da ajuda das minhas tutoras, pois as vezes não entendia e nem conseguia cumprir o comando da questão, mas a tutora sempre fazia feed back orientando como melhorar e corrigir as questões. Gravei todos os artigos do menu recursos, pois são atualizados e ricos em informações.

Enfim, essa especialização só veio somar e melhorar meus conhecimentos a respeito do tema saúde da família para o qual ainda tenho muito o que aprender e estudar, mas que só foi fortalecido com esta especialização. Modificamos e melhoramos nosso atendimento e nosso relacionamento com a comunidade ao colocar em prática os conhecimentos aqui adquiridos, organizar agenda, fazer reuniões para avaliar em equipe nossas atividades, utilizar o genograma para conhecermos melhor as famílias, que inclusive era uma ferramenta que não conhecia e passei a usar e que tem me ajudado muito foram alguns dos benefícios da especialização. Muito obrigada a toda equipe de professores e tutores, parabéns pelos vídeos e materiais utilizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Adriana e BOSI, Maria. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil.** Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil. Artigo original Cad. Saúde Pública vol.25 no.5 Rio de Janeiro May 2009.

ANDRADE, Ademilde et al. **Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias.** Artigo original Epidemiol. Serv. Saúde v.23 n.1 Brasília mar. 2014.

DIAS, Ricardo. **A importância do pré-natal na atenção básica. Curso de Especialização em atenção básica em saúde da família;** Minas Gerais, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Pública. **Manual Técnico – Gestão de Alto Risco.** 2012.

VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro, 2016.

SANTOS, Adriana. Et al. **Importância da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Projeto de intervenção realizado no Programa de saúde da família.**

(PSF) IV CAIC, localizado na Rua Horto Florestal S\N bairro Cascalheira na cidade de Barreiras-Ba, 2011.

RIBEIRO, Amanda. Et al. **A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares**. 2012

Anexo 1 – Projeto de Intervenção



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Thays Reejane Balbino Lima de Oliveira

O Papel de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família com Médico do Provac no aumento da adesão aos serviços de saúde do Homem no município de Ananindeua Pará: construindo saúde e confiança

Ananindeua
Setembro-2016

Resumo

Este projeto de intervenção visa atender a necessidade, observada pela equipe da Estratégia de Saúde da Família do bairro do Jaderlândia, em Ananindeua-Pará, de inserir os homens nas atividades de promoção a saúde e prevenção de agravos, devido ausência deste, ou na maioria das vezes, relutância em comparecer as consultas ou palestras realizadas na unidade, além de orientar a comunidade em geral, sobre a Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem (PNAISH), e capacitar profissionais em saúde do homem, para que sejam multiplicadores de conhecimento e cuidado. Objetiva também, com apoio da comunidade, dos homens e suas famílias, listar e modificar as dificuldades encontradas no acompanhamento desses pacientes e apresentar o tema do projeto de intervenção e a Política nacional de saúde do homem. Com isso, procuramos inserir os homens nos serviços prestados na unidade além de incentivar auto cuidado, estreitando laços com a equipe.

Palavras-chave: saúde do homem. Política nacional de atenção integral a saúde do homem. Auto cuidado.

Sumário

1 Introdução	1
2 Problema	3
3 Justificativa	4
4 Objetivos	5
4.1 <i>Objetivo geral</i>	5
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	5
5 Revisão de Literatura	6
6 Metodologia	12
7 Cronograma	13
8 Recursos necessários	14
9 Resultados esperados	15
10 Referências bibliográficas	16

1 - Introdução

A demanda por parte dos homens, aos programas de saúde tem se mostrado bastante reduzida ao longo dos anos, quando comparada à procura por serviços oferecidos a saúde da mulher e da criança, apesar dos constantes esforços dos profissionais de saúde e do Ministério da Saúde para inserir este no processo do cuidar, com o desenvolvimento inclusive das políticas de saúde voltadas especificamente ao homem. Na unidade do Jaderlândia em Ananindeua Pará esta problemática também se faz presente, tendo sido observada por todos os profissionais que desenvolvem atividades diretamente ligadas a Estratégia de Saúde da Família, inclusive e principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Este projeto de intervenção visa avaliar a adesão dos homens aos serviços de saúde desenvolvidos na Unidade de Estratégia de Saúde da Família- Alvorada, localizada no bairro do Jaderlândia, no Município de Ananindeua, Estado do Pará, estabelecendo também estratégias para inserção desta população nos processos de prevenção e promoção a saúde desenvolvidos na unidade.

A precária adesão dos homens aos serviços de saúde tem gerado aumento da demanda de consultas com especialistas, cuja marcação é demorada e até mesmo aumento no número de internações ou sequelas relacionadas a este comportamento de risco.

Este projeto de intervenção será realizado na Unidade Municipal de Saúde do Jaderlândia em Ananindeua Pará com homens cadastrados e acompanhados na Estratégia de Saúde da Família Alvorada que funciona nesta Unidade, no período compreendido entre outubro de 2016 e Janeiro de 2017. Com intuito de inserir o agente comunitário de saúde nas ações deste projeto, eles participarão de todas as estratégias de intervenção, realizando também busca ativa de usuários para participarem. Os temas de saúde do homem serão abordados em palestras na ESF- Alvorada, contando com pessoas da comunidade e profissionais que exercem suas atividades na ESF- Alvorada, na sala de reuniões da Unidade, além de enfatizadas nas consultas Médicas e de enfermagem e durante as visitas dos agentes comunitários de saúde na área.

2 - Problema

Pouca adesão dos homens aos serviços de saúde oferecidos. Identificar e quantificar homens, inscritos na Estratégia de Saúde da Família do Jaderlândia em Ananindeua-PA, que não comparecem as consultas e não são acompanhados pela equipe e aumentar a interação entre Médico, Enfermagem, Agentes comunitários de saúde e comunidade na busca dessa população, contribuindo para diminuir a ausência dos homens nas consultas e as consequências dessa atitude.

3 - Justificativa

A precária adesão dos homens aos serviços de saúde tem sérias consequências, entre as quais pode-se citar aumento do número de casos de doenças preveníveis e agravamento de morbididades existentes, relacionadas a idade e a condição de homem. Estas deveriam ser acompanhadas na estratégia de saúde da família, e esse comportamento de alguns homens tem gerado aumento da demanda de consultas com especialistas, cuja marcação é demorada, ou aumento no número de internações ou sequelas relacionadas a este comportamento de risco.

Entre os problemas citados como relacionados a essa baixa adesão tem-se o déficit de comportamento de autocuidado, sentimentos de temor vinculado ao trabalho, precária capacitação dos profissionais em saúde do homem e no conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem (PNAISH), feminilização desses serviços acompanhado de preconceito por parte de alguns homens, além de incompatibilidade de horários (SEPARAVICH 2013).

O acesso dos homens, atualmente, ocorre em pequenas demandas, na maioria das vezes apontada e dificilmente espontânea, e inserir a comunidade como incentivadora desse cuidar junto à equipe de saúde da família, ressaltando a problemática citada, mas procurando soluções que viabilizassem essa inserção do homem nos programas de saúde desenvolvidos na unidade. Estes atores sociais tem importante papel no aumento do autocuidado, pois ao serem informados sobre os meios de prevenção ou tratamento poderão participar mais das ações desenvolvidas na unidade (PNAISH 2008).

4 Objetivos

4.1 Objetivo geral

☐ Incentivar nos homens cadastrados ESF-Alvorada, no bairro do Jaderlândia em Ananindeua-Pará, a buscar por atendimento médico na unidade de atenção básica, aumentando a adesão aos programas de saúde voltados ao homem desenvolvidos na unidade, objetivando a diminuição de agravos preveníveis ou controláveis através da atenção primária a saúde.

4.2 Objetivo específico

☐ Apresentar à comunidade os serviços oferecidos, voltados a saúde do homem na ESF-Alvorada.

☐ Implementar o protocolo do Ministério da Saúde voltado a saúde do homem na Unidade.

☐ Capacitar o agente comunitário de saúde para atuar facilitador das ações de promoção e prevenção a saúde do homem, garantindo acesso do mesmo às informações e principais políticas de saúde voltadas ao homem desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

☐ Facilitar o acesso dos homens que necessitem à avaliações com especialistas nas mais diversas especialidades, incentivando o retorno e contra-referência para manutenção da horizontalidade do cuidar.

☐ Realizar palestras com a comunidade para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas a saúde do homem.

☐ Realizar constante reavaliação das ações desenvolvidas para aumentar a adesão dos homens aos serviços de saúde em reuniões conjuntas com toda equipe de saúde e comunidade.

5 - Revisão de Literatura

Dissemina-se a idéia de que as unidades básicas de saúde (UBS) são serviços destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos, sendo muitas as suposições e/ou justificativas para pouca presença masculina na atenção primária. Entre as causas associadas à ausência dos homens ou sua invisibilidade, nesses serviços, cita-se a própria característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização, que estaria ligada à desvalorização do auto-cuidado e à preocupação incipiente com a saúde, além do que, afirma-se que na verdade, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas, pois nestes seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade (MOREIRA et al, 2016).

Além do que seria centrado no próprio do comportamento dos sujeitos do sexo masculino, há também outras visões que reconhecem as UBS como sendo a causa da dificuldade do acesso dos homens ao serviço, pois estes sentiriam mais dificuldades para serem atendidos, seja pelo tempo perdido na espera da assistência seja por considerarem as UBS como um espaço feminilizado, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Tal circunstancia provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço (MOREIRA et al, 2016).

Por este motivo é necessário compreender que a ausência dos indivíduos do sexo masculino nas UBS não deve ser pensada exclusivamente como uma falta de responsabilidade dos homens com sua saúde nem especificamente como uma falha na organização dos modelos de atenção primária à saúde, mas um conjunto interligado dos dois problemas. Nessa complexa teia de relações que envolve este tema, deve-se entender e relacionar os homens na qualidade de sujeitos confrontados com as diferentes dimensões da vida, os serviços na maneira como eles se organizam para atender os usuários considerando suas particularidades e os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços e vice-versa (MOREIRA et al, 2016).

Argumentava-se ainda, que os homens não procuram as UBS porque estas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina, o que levava a crer que parece existir uma dificuldade de

interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde das unidades de atenção primária, embora sejam escassos estudos sobre essas questões na literatura.

A atenção à saúde do homem por muitos anos foi negligenciada pelos diferentes setores da saúde, dos diversos níveis governamentais, mas atualmente, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, verifica-se a ocorrência crescente de discussões que envolvem o processo saúde-doença da clientela masculina. Nessa política de saúde voltada ao homem, encontram-se, de um lado, os desafios a serem enfrentados por gestores e profissionais da saúde, especialmente, e por outro, a urgência de ser viabilizada em todo território nacional, por representar uma necessidade que precisava ser contemplada para a referida população e pelo reconhecimento dos agravos à saúde desta, que se constituem em um magno problema de saúde pública (NOGUEIRA 2013).

Diante dessa problemática intensificou-se fóruns de discussões sobre saúde e autocuidado da população masculina, tanto em meios acadêmicos quanto no âmbito gestão dos serviços de saúde local e nacional, destacando-se nestas discussões, investigar os fatores que, em maior ou menor grau, levam os homens a distanciar-se dos serviços de atenção básica à saúde, a necessidade de adequação desses serviços, de instrumentalização dos profissionais da área, e as estratégias para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem definida em 2008 pelo Ministério da Saúde, cujos objetivos permeiam a promoção da saúde e prevenção de doenças (REBELLO 2012).

A partir do reconhecimento desse cenário, que representa importante problema de saúde pública e da criação pelo Ministério da Saúde do Brasil da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com o propósito de qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado resguardando a integralidade da atenção, o fortalecimento e qualificação da atenção primária para garantir a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis a esta população, intensificou-se a inclusão dos homens na atenção primária à saúde, o que representa um desafio às políticas públicas, pois estes não reconhecem a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças como questões associadas a sua saúde. O cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, não são questões colocadas na socialização dos homens, portanto, pode-se

afirmar que esta construção sociocultural do ser humano tem produzido comportamentos e atitudes que influenciam negativamente nos seus determinantes do processo saúde-doença (REBELLO 2012).

A política nacional de saúde do homem está pautada no reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população masculina, estando ligada aos princípios básicos do SUS, que são integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade, sendo norteadas pela humanização e a qualidade da assistência, princípios que devem permear todas essas ações. A concepção e a construção da masculinidade influenciam diretamente na vulnerabilidade às doenças graves e crônicas e, sobretudo, à morte mais precoce, e com relação a esta vulnerabilidade e altas taxas de morbidade, morrem mais homens do que mulheres durante o ciclo evolutivo de vida e muitas dessas mortes preveníveis, se não fosse à resistência masculina diante da procura pelos serviços de saúde, particularmente da atenção básica, pois quando ocorre geralmente é nos níveis secundário e até mesmo terciário (GONZAGA, 2016).

Infelizmente, os homens acessam os serviços de saúde por meio da atenção terciária, quando já existe um quadro clínico de morbidade instalado, às vezes cronicado, demandando altos custos sociais, particularmente, para os homens, e econômicos para o estado (REBELLO 2012).

Entre os indicadores de morbidade e mortalidade que contribuíram para definir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em 75% dos casos, incidem em cinco grupos principais de entidades mórbidas, envolvendo: Causas Externas; Doenças do Aparelho Circulatório; Tumores; Doenças do Aparelho Digestivo e as Doenças do Aparelho Respiratório. Ressalta-se que as Causas Externas, os Acidentes de transporte, as lesões autoprovocadas voluntariamente e as agressões são responsáveis por uma grande porcentagem de óbitos na população masculina, sendo que os óbitos por causas externas constituem a primeira causa de mortalidade no grupo populacional dos 25 aos 59 anos (GONZAGA 2016).

Segundo dados do Inca (2016), em 2013 ocorreram quase 14 mil mortes por câncer de próstata no Brasil e estimam-se para 2016 incidências de cerca de 61.200 novos casos da doença no país, com os casos de neoplasias prostáticas com maior incidência entre os homens em todos os estados do país, com distribuição de aproximadamente 29,50/100 mil na região Norte, embora seja esperado um

aumento de cerca de 60% no número de casos câncer de próstata por conta da elevação da expectativa de vida.

Objetivando reduzir as dificuldades e fragilidades encontradas no sistema de saúde, o Ministério da Saúde (MS) criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), o que representou um grande passo para o aprimoramento do atendimento à saúde da população masculina, embora essas mudanças tenham sido imperceptíveis no SUS, pois ainda observa-se ausência dos homens nos serviços de saúde, e não se sabe se esta é relacionada à inexistência de programas específicos, a uma visão fragmentada da atenção básica ou ao horário de funcionamento do serviço. (GOMES et.al., 2011).

De Paiva et al (2011) relata que o aumento do número de casos diagnosticados, estão relacionados com a detecção precoce, uma vez que o sistema público de saúde passou a facilitar o acesso ao exame de PSA, possibilitando a descoberta da doença na sua fase inicial, aumentando assim as probabilidades de prognóstico e cura, sendo isto trabalhado na atenção primária a saúde.

A Atenção Primária a Saúde (APS) é tida como a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, sendo responsável por ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, estabelecimento de diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, para a promoção de uma atenção integral ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), melhorando desta forma a qualidade de vida da população (BRASIL, 2012). Infelizmente, constata-se, na história do SUS, que foram poucas as ações relacionadas a formulação de políticas e programas específicos voltados para a atenção à saúde do homem, e essa deficiência histórica torna-se perceptível diante das elevadas taxas de morbidade e mortalidade da população masculina.

Esse programa orienta ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, relacionando fatores que expõem o homem a riscos de saúde, ou que interferem no acesso do mesmo à Atenção Primária à Saúde (APS), propondo uma mudança cultural sobre o processo de prevenção de agravos enfatizando, para isso, uma mudança no paradigma perceptivo masculino em relação a seus cuidados com a saúde, promovendo uma melhor compreensão do universo masculino a partir das motivações e empecilhos enfrentados diante da prevenção de doenças (ALVES et al., 2011).

Os estabelecimentos que compõem os serviços da Atenção Primária à Saúde no Brasil, não tem conseguido absorver a demanda apresentada pelos homens, devido a vários fatores, entre eles a falta de estímulo ao acesso, gerado pela sua própria organização e pelo fato de que historicamente as campanhas de saúde não enfocam a população masculina (CARVALHO 2013). Outros fatores também elencam esse problema como rotinas estabelecidas de agendamentos que privilegiam as consultas de pediátricas, o pré-natal e a realização do exame ginecológico (DUARTE et al, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) enquanto instrumento de prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida, é um importante meio de implantação e implementação da PNAISH, por ser a porta de entrada do serviço de saúde pública da Brasil, geralmente o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, de forma que cabe a ESF implementar ações que contribuam para o sucesso do alcance das suas metas estabelecidas, em que o enfermeiro é peça fundamental nesta pratica, uma vez que exerce o papel de promotor da saúde (AGUIAR, et al, 2012).

6 - Metodologia

Este estudo é clínico intervencional, onde serão incluídos homens, que estejam alocados na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Alvorada em Ananindeua Pará, que nunca tenham realizado consultas médicas na Unidade, os que o fazem pouco ou até mesmo os que sempre o fazem, para aumentar a demanda aos serviços prestados.

A identificação desses homens se dará por demanda apontada, pelos Agentes comunitários de saúde e através da análise dos prontuários na Unidade de saúde. Após identificar os homens pertencentes ao grupo de risco que se enquadram no perfil do trabalho em questão, e até mesmo alguns entre os que sempre procuram a unidade, realizaremos palestras com abordagem multiprofissional, com participação da Enfermagem, Médico do Provac e Agentes comunitários de saúde, no intuito de sensibilizar o público alvo, orientando sobre a importância das consultas e acompanhamento rotineiro junto à equipe de saúde, apresentando aos mesmos a política nacional de saúde do homem do Ministério da Saúde, incentivando nessa clientela a busca por atendimento médico na unidade de atenção básica, aumentando a adesão aos programas de saúde voltados ao homem desenvolvidos na unidade e mantendo-o inserido nas atividades da Unidade.

7 - Cronograma

CRONOGRAMA					
ATIVIDADES	MESES				
	ULHO	A GOSTO	SET EMBRO	O UTUBRO	NOV EMBRO
ESCOLHA DO TEMA					
APRESENTAÇÃO PROJETO A EQUIPE					
IDENTIFICAR PACIENTES E REALIZAR PALESTRAS		X	X		
AVALIAÇÃO PROJETO PELA EQUIPE				X	
ENTREGA					X

8 - Recursos Necessários

*Sala de Palestras:

- Mesa.
- Cadeiras.
- Computador.
- Retroprojektor.
- Papel A4.
- Cesto de lixo
- Canetas.
- Folders / Banner com imagens alusivas a saúde do homem.
- Computador
- Lápis grafite ou preto nº 2

9 - Resultados Esperados

- Aumentar a demanda de homens aos serviços oferecidos na Estratégia de saúde da família.

- Utilização do protocolo de atendimento do PNAISH de acordo com a necessidade de cada paciente, estabelecendo um cuidado continuado, satisfatório e permanente, com o mínimo de evasões.
- Melhora no acompanhamento dos Homens na área coberta pela estratégia, tendo impactos positivos sobre o perfil de morbimortalidade dos pacientes;
- Aumentar os conhecimentos dos ACS acerca da saúde do homem.
- Criação de um espaço para discussão e troca de experiências entre os usuários e equipe;
- Sensibilização dos pacientes quanto ao autocuidado e à adoção de hábitos de vida saudáveis;
- Despertar nos pacientes o sentimento de auto responsabilidade por seu tratamento e pela sua saúde, tornando a equipe de saúde uma parceira do mesmo;
- Fortalecer e estimular a participação da comunidade;
- Acompanhar um maior número de pacientes homens, com ganhos sobre qualidade de vida dos mesmos.

Referências

AGUIAR, M. C.; ALMEIDA, O. S. **A implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem no Brasil: um desafio para a saúde pública.**

Diálogos e Ciência, v. 30, p. 144-7, 2012.

ALVES, R. F. et al., **Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate.** Psicologia: teoria e prática, v. 13, n. 3, p. 152-166, 2011.

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

CARVALHO, F.P.B. et al. **Conhecimento acerca da política nacional de atenção integral à saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família.** Rev. APS, v. 16, n. 4, 2013.

DUARTE, S. J. H.; OLIVEIRA, J. R.; SOUZA, R.R. **A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde.** Gestão e Saúde, v. 3, n. 1, p. pag. 520-530, 2012.

DE PAIVA, E. P. et al. **Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer próstata:** v19, n. 1, p. 73-80; 2011.

GOMES, R. et al. **Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária.** 2011.

GOMES, R. et al. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior.** 2007.

GONZAGA, J. et al, **Câncer de próstata: ações preventivas na atenção primária - uma revisão bibliográfica.** Aracaju: 2016. 17

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância.

Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

MOREIRA, R. et al. **Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros.** 2016.

MINISTÉRIO SAÚDE. **Política Nacional de atenção integral a saúde do homem,** PNAISH. 2008.

NOGUEIRA, P. et al. **A política de atenção do homem no Brasil e os desafios da sua implantação: uma revisão integrativa.** 2013.

REBELLO, Lucia. **Saúde do Homem em Debate.** Caderno de Saúde Pública. Vol 28, n 6, Rio de Janeiro, 2012.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. **Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica.** Saúde e Sociedade, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013.