

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

TATIANE CRISTINE DE CARVALHO PEREIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO DA
POPULAÇÃO DO SEXO MASCULINO DO CENTRO DE SAÚDE
LAGOA AO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE - BELO
HORIZONTE – MG**

BELO HORIZONTE/ MG

2019

TATIANE CRISTINE DE CARVALHO PEREIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO DA
POPULAÇÃO DO SEXO MASCULINO DO CENTRO DE SAÚDE
LAGOA AO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE- BELO HORIZONTE
– MG**

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

Orientador: Professora Daniela Coelho Zazá

BELO HORIZONTE/ MG

2019

TATIANE CRISTINE DE CARVALHO PEREIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO DA
POPULAÇÃO DO SEXO MASCULINO DO CENTRO DE SAÚDE
LAGOA AO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE - BELO
HORIZONTE – MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Daniela Coelho Zazá - Unibh

Examinador 2: Ana Mônica Serakides Ivo - Faculdade Pitágoras Betim/Contagem

Aprovado em Belo Horizonte, em 30 de abril de 2019.

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo Rodrigo Pinheiro Pereira pelo incentivo e apoio ao longo dessa formação.

À equipe 4 do Centro de Saúde Lagoa – BH, que me ajudaram com os dados e me ensinaram a trabalhar em equipe.

Aos meus colegas do Programa Academia da Cidade – Vanessa e Gustavo pelo companheirismo, auxílio e incentivo durante esse tempo de estudos.

À orientadora Prof.^a Daniela Coelho Zazá pelo comprometimento, pelo exemplo de dedicação e pela paciência para acompanhar meu caminhar nesse trabalho, meu muito obrigada!

RESUMO

Após diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe 4 da Unidade Básica de Saúde Lagoa observou-se baixa adesão dos usuários do sexo masculino aos programas de prevenção e promoção à saúde. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para aumentar a adesão da população masculina da equipe 4 no Programa Academia da Saúde e nos grupos operativos de promoção à saúde. A metodologia foi executada em três etapas: realização do diagnóstico situacional; revisão de literatura e desenvolvimento de um plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: baixo nível de informação dos homens sobre a importância de mudanças de hábitos na promoção da saúde e; horário de funcionamento dos serviços de saúde não atende a maioria do público masculino. Baseado nesses nós críticos foi proposta a criação de dois projetos como forma de enfrentamento: “Mais saúde!” para aumentar o nível de informação da população masculina sobre os benefícios dos exercícios físicos na promoção e manutenção da saúde e prevenção de doenças e; “Coisa de Homem” para ampliar o horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde Lagoa visando atender a demanda dos usuários do sexo masculino que trabalham em horário coincidente com o funcionamento da Unidade de Saúde. Espera-se com este plano de ação conseguir melhorar o nível de informação da população masculina bem como a ampliação do atendimento, melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

Palavras chave: Saúde do Homem, Atenção primária à saúde, Promoção de Saúde.

ABSTRACT

After situational diagnosis of the area covered by team 4 of the Lagoa Basic Health Unit it was observed low adherence of male users to health promotion and prevention programs. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan to increase the membership of the male population of team 4 in the City Academy Program and in the health promotion operative groups. The methodology is carried out in three stages: situational diagnosis; literature review and action plan. In this study, the following critical nodes were selected: low level of men's information on the importance of changing health promotion habits and; hours of operation of health services does not meet the majority of male audience. Based on these critical nodes were proposed the following actions in order to confront: creation of projects "more health!" to increase the level of information of the male population on the benefits of physical exercises in promoting and maintaining health and preventing diseases; and "Man Thing" in order to extend the hours of operation of the Basic Health Unit Lagoa to meet the demand of male users who work at a time coincident with the functioning of the Health Unit. It is hoped that this action plan will be able to improve the level of information of the male population, and, consequently, improve their quality of life

Keywords: Men's Health. Primary Health Care. Health Promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
CRAS	Centro de referência da Assistência Social

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da equipe de Saúde da Família 4 da Unidade Básica de Saúde Lagoa, município de Belo Horizonte, MG.	16
Quadro 2- Mortalidade proporcional por grupo de causas em 2013.	22
Quadro 3 - População dos residentes de Belo Horizonte por região administrativa e sexo em 2010.	28
Quadro 4 - Aspectos demográficos da equipe 4.	29
Quadro 5 - Comparativo do número de alunos do sexo masculino por academia.	29
Quadro 6 – Operação sobre o Baixo nível de informação dos homens sobre a importância de mudanças de hábitos na promoção da saúde relacionado ao problema da Baixa adesão dos usuários do sexo masculino aos programas de prevenção e promoção à saúde na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Lagoa, do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.	31
Quadro 7 – Operação sobre o Horário de funcionamento dos serviços de saúde não atender a maioria do público masculino relacionado ao problema da Baixa adesão dos usuários do sexo masculino aos programas de prevenção e promoção à saúde na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Lagoa, do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais	32
Figura 1 – Distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade – Brasil 2010.	20
Figura 2 - Distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade – Minas Gerais 2010.	21
Figura 3 - Distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade – Belo Horizonte 2010.	21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos gerais do município de Belo Horizonte	10
1.2 Aspectos da comunidade	10
1.3 O sistema municipal de saúde	11
1.4 A Unidade Básica de Saúde Lagoa	12
1.5 A Equipe de Saúde da Família 4, da Unidade Básica de Saúde Lagoa	12
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 4	13
1.7 O dia a dia da Equipe 4	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	15
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	16
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
5.1 Dados demográficos e perfil epidemiológico dos homens	20
5.2 Saúde do homem	22
5.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	25
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	28
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	30
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	31
6.5 Desenho das operações (sexto passo)	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Belo Horizonte

Belo Horizonte é a capital do Estado de Minas Gerais, na região Sudeste do Brasil. Possui uma área de 331,401 km² e em 2010 contava com uma população estimada de 2.375.151 habitantes. A estimativa para 2017 era de 2.523.794 habitantes (IBGE, 2018).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Belo Horizonte era de 0,810, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Alto (IDHM entre 0,800 e 1) (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013).

O percentual da população de 18 anos ou mais que era economicamente ativa passou de 70,48% em 2000 para 70,87% em 2010. Dessas pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 0,49% trabalhavam no setor agropecuário, 0,65% na indústria extrativa, 9,15% na indústria de transformação, 7,02% no setor de construção, 1,01% nos setores de utilidade pública, 15,92% no comércio e 59,26% no setor de serviços (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013).

A cidade tem problemas típicos da cidade grande, como violência; tráfico e consumo de drogas, moradores de rua em situação de grande vulnerabilidade, aglomerados e alto índice de desemprego

1.2 Aspectos da comunidade

O Bairro Lagoa está localizado na periferia de Belo Horizonte, regional Venda Nova, fazendo divisa com o município de Ribeirão das Neves. Pode-se dizer que sua ocupação é recente, pois aconteceu na década de 1960 com a transformação de Venda Nova em núcleo central da região. Os terrenos são muito acidentados, não sendo favoráveis à construção de moradias. Até a década de 1980 não tinha abastecimento de água total e suas ruas estavam parcialmente ou completamente sem pavimentação. A maioria dos loteamentos era irregular. Esse bairro reúne uma população de baixa renda que, progressivamente, ocupou um grande número de lotes vagos presentes na região (ARREGUY; RIBEIRO, 2008). Na década de 2010

recebeu muitas famílias vindas de assentamento, em função de desapropriação, as quais foram alojadas em conjuntos habitacionais apelidados pelos moradores de “Casinhas”. É uma região marcada pela violência e a guerra do tráfico de drogas. O bairro recebeu esse nome devido a uma lagoa que existia na região, mas foi aterrada entre 1975 e 1980. No local existe, atualmente, um campo de futebol, onde um morador treina crianças num trabalho voluntário, e um complexo da Prefeitura, onde fica o Centro de Saúde, a Unidade Municipal de Educação Infantil (UMEI), um Centro de referência da Assistência Social (CRAS) e uma praça onde se vê o retrato do vício do alcoolismo e do uso de drogas. Após a chegada da Academia da Saúde, da Academia à Céu Aberto, a população se apropriou desse espaço e o ambiente começou a mudar. Atualmente, já se pode ver mães com suas crianças brincando na praça. No bairro existe um córrego que se chama Córrego do Capão, que se encontra sujo em função do lixo que é jogado. Existe um grupo do CRAS que faz diversas ações de conscientização nas escolas junto às crianças, sobre a importância da revitalização e do cuidado do mesmo. Existe um projeto chamado Padre Galhardo que trabalha com as crianças e adolescentes desenvolvendo oficinas de teatro, dança e artesanato, uma parceria de uma congregação religiosa com a prefeitura. No bairro Lagoa o Centro de Saúde conta com seis Equipes de Saúde da Família para atender a população local.

1.3 O sistema municipal de saúde

A rede de saúde do município de Belo Horizonte está dividida em atenção básica, atenção especializada, urgência e emergência, regulação da atenção hospitalar, regulação da alta complexidade e vigilância à saúde (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018). Belo Horizonte adotou em 2002 a Estratégia Saúde da Família, como modelo de atenção à saúde, na tentativa de organizar a atenção básica à saúde. O plano municipal de saúde (BELO HORIZONTE, 2014) mostra a divisão do município para facilitar a gestão e administração. O município é dividido em nove Distritos Sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Cada Distrito se organiza para delimitar a área de abrangência dos Centros de Saúde que atendem um território bem definido. Cada Equipe de Saúde da família se responsabiliza por parte desse território que é subdividido em microáreas, onde o agente comunitário de Saúde (ACS) irá cadastrar

as famílias residentes no mesmo. Belo Horizonte conta, atualmente, com 152 Centros de Saúde e 588 equipes de Estratégia Saúde da Família, distribuídos nos nove Distritos Sanitários (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018).

1.4 A Unidade Básica de Saúde Lagoa

A Unidade Básica de Saúde do bairro Lagoa abriga seis equipes de saúde da família. É um prédio da prefeitura construído para esse fim. Possui uma entrada com portas largas, onde há bancos para os usuários sentarem enquanto aguardam o atendimento. Possui uma recepção onde são agendadas as consultas e onde também é feita a entrega de exames. Conta com nove consultórios, um consultório odontológico com três cadeiras, uma sala de vacina, uma sala de coleta, uma sala de curativos, uma pequena farmácia, sala da gerente, uma pequena cozinha e um refeitório improvisado. Há uma sala de reunião onde acontecem as reuniões de equipe e de matriciamento e também as reuniões da Comissão Local de Saúde com ampla participação da população. Além das seis equipes de saúde da família, há três equipes de saúde bucal. A equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) que antes atendia a Unidade Básica de Saúde Lagoa e a Unidade Básica de Saúde Céu Azul, foi ampliada e hoje é exclusiva de cada UBS. Na chegada da unidade o usuário é recebido por uma auxiliar de enfermagem que faz a ficha e encaminha para a enfermeira avaliar na triagem as queixas e aplicar o protocolo de Manchester.

1.5 A Equipe de Saúde da Família 4, da Unidade Básica de Saúde Lagoa

A Equipe 4 atende as microáreas 13,14,15 e 16 e é formada pelos profissionais apresentados a seguir: LAG, Agente Comunitária de Saúde da microárea 13, que tem 173 famílias cadastradas. MFP, Agente Comunitária de Saúde da microárea 14, que tem 195 famílias cadastradas. VFG, Agente Comunitária de Saúde da microárea 15, que tem 251 famílias cadastradas. SLSS, Agente Comunitária de Saúde da microárea 16, com 183 famílias cadastradas. LMF, auxiliar de enfermagem e LAGP, auxiliar de enfermagem. MRRV, enfermeira. MAMV, técnica de Saúde bucal. MAS, auxiliar de saúde bucal. NCM, dentista e HMB, médico. Na área atendida pela equipe 4, 100% da população tem água

tratada, e 100% do lixo é recolhido. Porém, algumas famílias jogam o lixo no Córrego do Capão em uma atitude voluntária e repetitiva. Cabe aqui ações educativas. Nas microáreas 13 e 14 algumas ruas possuem esgoto encanado, porém desembocam sem tratamento no Córrego do Capão. O esgoto não tratado é despejado no córrego, caracterizando esgoto à céu aberto. Cerca de 20 famílias vivem esse problema na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 4, representando 2% das famílias cadastradas.

O NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) atende todas as equipes. É composto por profissionais de diversas áreas de atuação: TCCP (Profissional de Educação Física); LNR (Farmacêutica); SDAL (Psicólogo), ALTM (Assistente Social), NAR (Fonoaudióloga), ANAC (Nutricionista); RSP e LAFD (Fisioterapeutas).

1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde da Equipe 4

A Unidade de Saúde da Equipe 4 funciona de 7:00 às 18 horas com cobertura total pelos profissionais de saúde. O protocolo de Manchester é utilizado para o atendimento. O usuário, após fazer a ficha, é ouvido pela enfermeira que faz a classificação do atendimento quanto à prioridade. Azul: uma queixa crônica, o atendimento não é considerado urgente, será encaminhado para sua equipe agendar uma consulta. Verde: o usuário será atendido em até 4 horas, no mesmo dia. Amarelo: será atendido em 1 hora. Laranja: (sinais vitais alterados) atendimento precisa ser rápido, em até 15 minutos pelo médico, pois há risco de vida. Vermelho: (convulsionando, enfartando, desmaiado, respirando inadequadamente), prioridade máxima, pois o usuário corre risco, geralmente é realizado na sala de observação pelo médico. As cores amarelo, laranja e vermelha, tem o atendimento garantido na unidade. Se for preciso será chamada a ambulância para transferi-lo para a UPA mais próxima. Se a “demanda verde” for maior que o número de atendimentos previstos, o usuário será direcionado a UPA mais próxima, porém deverá se dirigir por conta própria, pois sua condição de saúde o permite tal deslocamento. As equipes se intercalam no atendimento do Manchester. Há uma escala organizada por semana, cada equipe sabe o dia da semana e os horários que estarão escalados, para não desorganizar a agenda. Enquanto uma equipe está no primeiro atendimento, as outras seguem com a programação prévia de consultas e outras

atividades. As equipes de saúde bucal fazem o acolhimento diário para casos agudos e uma vez por semana realizam uma escuta qualificada onde é realizado o levantamento das necessidades do usuário para então inseri-lo no tratamento.

1.7 O dia a dia da Equipe 4

Abaixo seguem as ações desenvolvidas no dia a dia da equipe 4 de acordo com os dias da semana.

Segunda feira:

07:00 às 12:00hs: Manchester.

13:00 às 16:00hs: Grupos operativos (Diabetes, Hipertensão arterial). Sempre é abordado um tema de Educação em saúde, além da realização da troca de receitas.

Terça feira:

07:00 às 10:00hs: Puericultura.

10:00 às 12:00hs: Manchester.

13:00 às 16:00hs: Visita Domiciliar programada: O médico vai para uma microárea com a ACS correspondente e a enfermeira para outra também acompanhada da ACS responsável. Normalmente o médico visita os acamados, sem condição de ir ao Centro de Saúde. A enfermeira faz as outras visitas e se achar necessário agenda nova visita com a presença do médico.

Quarta feira:

07:00 às 10:00hs: Manchester.

10:00 às 12:00hs: Puericultura.

13:00hs: Acolhimento da Equipe, esse é o momento da escuta qualificada. Também se faz entrega de exames, o usuário leva resultados dos exames para a enfermeira e/ou médico avaliar, marcação de consultas (ginecologistas, puericultura, pré-natal).

13:00 às 18:00hs: Atendimento de adultos: Hipertensos, diabéticos, usuários com queixas variadas (dores, diarreias, insônia, falta de apetite).

Quinta feira:

07:00hs: Acolhimento da Equipe, esse é o momento da escuta qualificada. Também se faz entrega de exames, o usuário leva resultados dos exames para a enfermeira e/ou médico avaliar, marcação de consultas (ginecologistas, puericultura, pré-natal).

07:00 às 12:00hs: Atendimento ginecológico (prevenção) e pré-natal.

13:00 às 14:30hs: Reunião de Equipe: médico, enfermeira, ACS's, auxiliares de enfermagem, equipe de zoonose, equipe de saúde bucal. A agenda da equipe fica fechada.

14:30 às 16:00hs: Atendimento de adultos. Observação: Na 1ª quinta- feira do mês há reunião da Comissão Local de Saúde.

Observação: 1ª Quinta feira (agenda fechada) de 07:00 às 10:00: Reunião de Matriciamento: toda ESF com equipe de saúde mental e a assistente social do centro de Saúde. Das 10:00 às 12:00hs o Matriciamento acontece com a ESF e o NASF-AB.

Sexta feira:

07:00 às 12:00hs: Atendimento de adultos.

13:00 às 16:00hs: Atendimento de Adultos.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A Unidade Básica de Saúde do bairro Lagoa localizada na regional Venda Nova em Belo Horizonte, assim como outras Unidades Básicas de Saúde, apresenta uma série de problemas. Através do reconhecimento da unidade e das conversas com as equipes foi possível relacionar as principais dificuldades, demandas e fragilidades. De acordo com o diagnóstico situacional de Saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018), através da estimativa rápida, foram identificados os seguintes problemas:

1. Baixa adesão dos usuários do sexo masculino aos programas de prevenção e promoção à saúde;
2. Alta incidência de Doenças crônico-degenerativas;
3. Estrutura física inadequada da unidade;
4. População SUS dependente muito grande, gerando uma alta demanda;

5. Rotatividade dos Profissionais da Saúde;
6. Demora para realização de consultas especializadas.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

No quadro 1 está apresentada a priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional.

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da equipe de Saúde da Família 4 da Unidade Básica de Saúde Lagoa, município de Belo Horizonte, MG.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa adesão dos usuários do sexo masculino aos programas de prevenção e promoção à saúde	Alta	6	Total	1
Alta prevalência de Doenças crônico-degenerativas	Alta	5	Parcial	2
Estrutura física inadequada da unidade	Alta	4	Parcial	3
Demora para realização de consultas especializadas	Alta	5	Fora	4
Rotatividade dos Profissionais da Saúde	Alta	4	Fora	5
População SUS dependente muito grande, gerando uma alta demanda	Alta	5	Fora	6

2 JUSTIFICATIVA

Os homens são resistentes aos cuidados com a saúde e, com isso, negligenciam a própria saúde. Essa é uma realidade que exige mudança. Por isso, o Ministério da Saúde criou em 2008 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que por sua vez está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, onde a porta de entrada do Sistema Único de Saúde é a Unidade Básica de Saúde.

“Um dos principais objetivos desta Política é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos” (BRASIL, 2008, p.3).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), as barreiras socioculturais e institucionais são as que afastam normalmente o homem da Unidade Básica de Saúde. O homem foi educado para ser forte e a doença mostra fragilidade, e isso traz consequências, faz com que eles não busquem o devido cuidado com seu corpo, com sua saúde. Além disso, as ações de saúde geralmente privilegiam a criança, o adolescente, a mulher e o idoso. A saúde do homem não pode ser esquecida, deve ser pensada e incentivada, para mudar as atuais circunstâncias. Por isso torna-se importante desenvolver um plano de ação que incentive os homens a adotarem em suas rotinas cuidados com a saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para aumentar a adesão da população masculina da equipe 4 da Unidade Básica de Saúde Lagoa no Programa Academia da saúde nos grupos operativos de promoção à saúde.

3.2 Objetivos específicos

Realizar campanhas educativas direcionadas à população masculina sobre a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis;

Ampliar os horários do Centro de Saúde e Academia da Saúde para tentar atender melhor o público masculino.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado um Diagnóstico Situacional de Saúde através da Estimativa Rápida (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018), para identificar os principais problemas da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Lagoa. Das seis equipes, o estudo foi aprofundado na Equipe de Saúde da Família 4, que cobre o atendimento aos usuários das microáreas 13, 14, 15 e 16. Isso possibilitou conhecer as causas e consequências dos problemas identificados. Entre eles a equipe priorizou aquele que necessita de solução em caráter de urgência e importância, além de ser o item que existe uma boa capacidade de enfrentamento pela equipe: baixa adesão dos usuários do sexo masculino aos programas de prevenção e promoção à saúde.

Posteriormente foi realizada uma revisão de literatura em bases de dados eletrônicas como Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). A busca de literatura foi guiada através dos seguintes descritores: saúde do homem, sedentarismo, promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção básica.

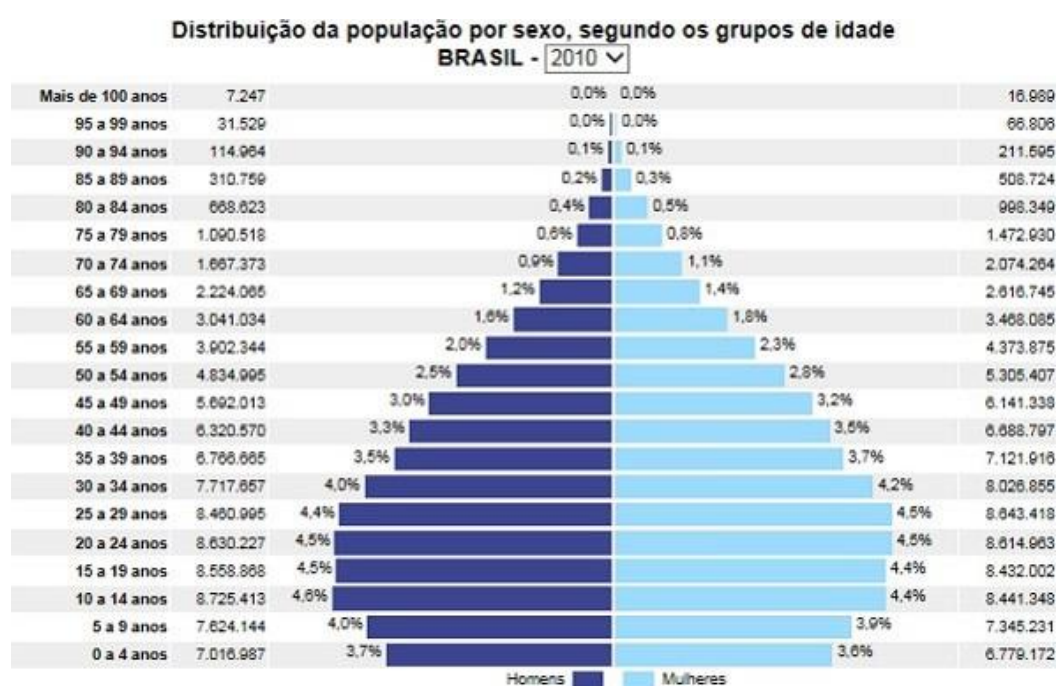
Com os dados do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação para aumentar a participação dos homens da área de abrangência da equipe 4 da Unidade Básica de Saúde Lagoa no Programa Academia da Saúde em Belo Horizonte – MG. O plano de ação foi realizado através do método Planejamento Estratégico Situacional (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Dados demográficos e perfil epidemiológico dos homens

De acordo com o Censo de 2010 (IBGE, 2010), a população masculina representa 49% da população total do Brasil (Figura 1).

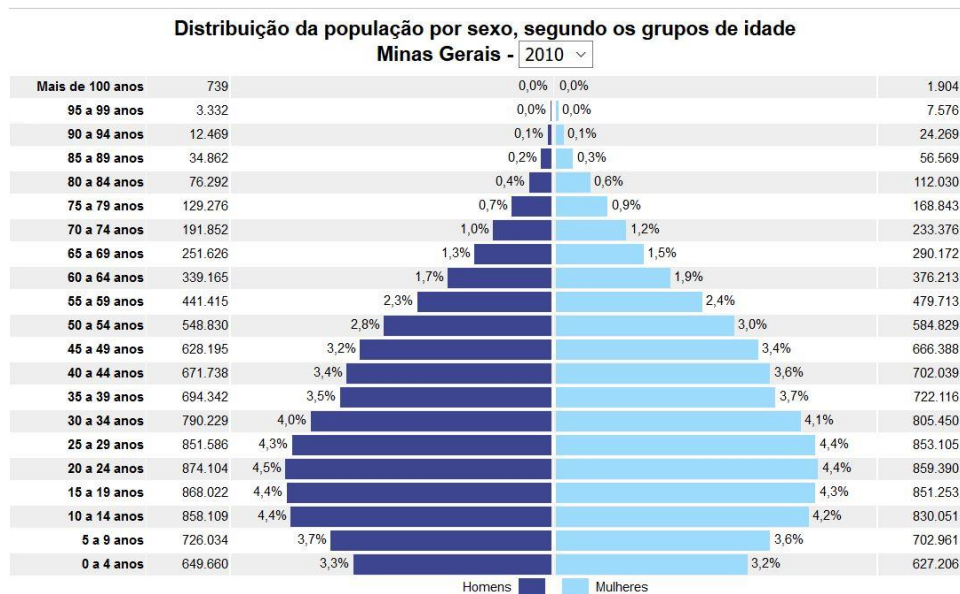
Figura 1 – Distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade – Brasil 2010.



Fonte: IBGE –Censo demográfico, 2010.

O mesmo Censo (IBGE, 2010) apresenta dados semelhantes para o estado de Minas Gerais, onde os homens totalizavam 49,2% da população do estado (Figura 2)

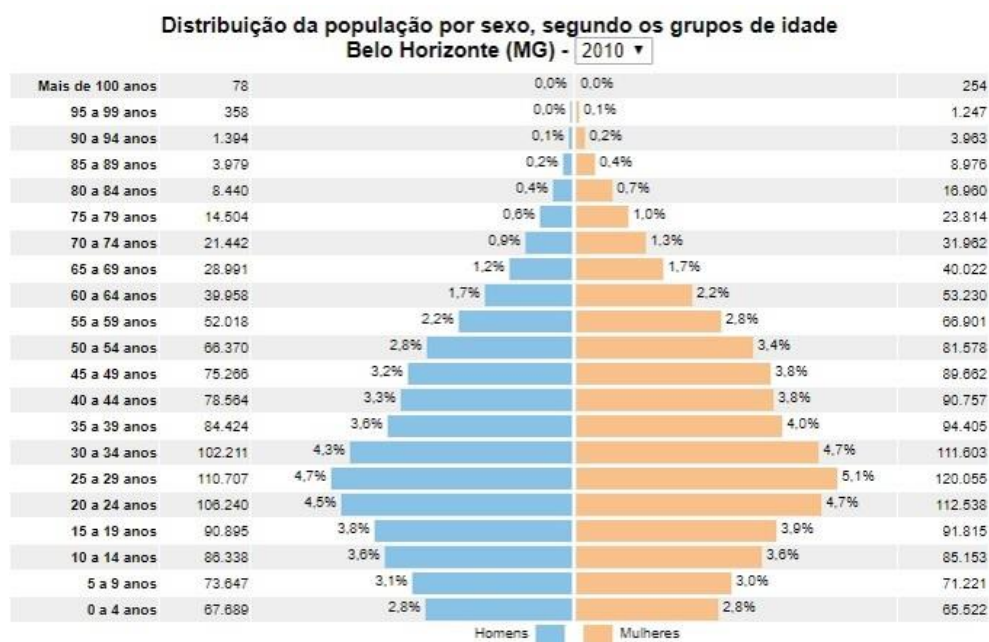
Figura 2 - Distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade – Minas Gerais 2010.



Fonte: IBGE –Censo demográfico, 2010.

Em Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, os homens representavam 47% da população do município segundo o Censo de 2010 (IBGE, 2010) (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade – Belo Horizonte 2010.



Fonte: IBGE –Censo demográfico, 2010.

O quadro 2 apresenta as causas de mortes dos homens no Brasil e em Minas Gerais.

Quadro 2- Mortalidade proporcional por grupo de causas em 2013.

Grupo de causas	Brasil		Minas Gerais	
	Total	Homens	Total	Homens
Doenças infecciosas e parasitárias	4,57%	4,62%	4,73%	4,58%
Neoplasias	17,30%	16,30%	17,55%	17,16%
Doenças do aparelho circulatório	29,83%	27,58%	29,13%	26,68%
Doenças do aparelho respiratório	12,10%	11,13%	12,50%	11,82%
Causas externas	13,32%	19,32%	12,28%	17,81%
Demais causas definidas	22,88%	21,06%	23,81%	21,95%

Fonte: DATASUS (2013)

De acordo com Moura (2012), na faixa etária entre 20 e 59 anos, a taxa de mortalidade geral no Brasil é igual a 3,5. Entretanto, é 2,3 vezes maior entre os homens do que entre as mulheres. Ainda de acordo com Moura (2012), a principal causa de óbito em homens de 20 a 59 anos de idade se refere as causas externas, seguida pelas doenças do aparelho circulatório e neoplasias.

5.2 Saúde do homem

Segundo Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2005 citado por GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007, p.565) “os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte”. Apesar disso, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que o das mulheres (FIGUEIREDO, 2005).

O aumento da morbimortalidade masculina ocorre, muitas vezes, pela inadequação do nível básico de cuidado, pois o acesso masculino às ações desenvolvidas no sistema de saúde se dá, principalmente, pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade (MOREIRA; CARVALHO, 2016).

Muitos agravos poderiam ser evitados se os homens participassem, com regularidade, das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde na atenção primária, que é o primeiro nível de atenção ao usuário, cujo objetivo é promover, prevenir, tratar e reabilitar a saúde (SANTOS, 2014). A resistência masculina à atenção primária é verdadeiramente um problema de saúde pública, pois, onera financeiramente o sistema e gera sofrimento ao próprio paciente e às pessoas ao seu redor (SOUSA; SOUSA, 2017). Tal resistência é atribuída a modelos culturais de masculinidade valorizados em nossa sociedade há séculos: “Baseando-se em argumentos fortemente arraigados à história, a população masculina percebeu o cuidado à saúde como algo que não é peculiar à masculinidade, ignorando a importância da prevenção de doenças” (CAVALCANTI et al., 2014, p.629).

A imagem do homem forte, provedor, saudável, protetor, que cuida; não combina com a fragilidade normalmente imposta pelas doenças. O sexo masculino se viu obrigado a tolerar indisposições, dores e doenças sem ajuda médica. Aceitou culturalmente esse título de “Super-Homem” porque também tinha uma contrapartida a seu favor: o homem assume o lugar de dominador e tem o poder de mandar (COELHO et al., 2018). Procurar um médico oferece um risco de descobrir alguma doença, o que pode abalar sua invulnerabilidade. Isso o retiraria do lugar de quem cuida e protege para o lugar de quem requer cuidado e atenção (MENDONÇA; ANDRADE, 2010). Um motivo que talvez seja causa dessa distância

do Centro de Saúde, é que os homens normalmente tem vergonha de se expor para outra pessoa, seja fisicamente ou para falar de suas fraquezas: “Na cultura masculina hegemônica, ser homem está associado à invulnerabilidade, dessa forma sentem-se envergonhados em procurar por serviços de saúde, uma vez que na percepção dos mesmos, seria uma demonstração de fraqueza perante os profissionais” (VIEIRA et al., 2013 citado por CAVALCANTI et al., 2014, p.632).

Outro motivo relevante é o horário de funcionamento da UBS concorrente com o horário de trabalho. Isso dificulta o acesso não só dos homens mas de todo e qualquer usuário inserido no mercado de trabalho formal, uma vez que para marcar ou ir a uma consulta, ele precisará faltar ao trabalho (MENDONÇA; ANDRADE, 2010; SILVA et al., 2012). Cavalcanti et al. (2014) reforçam essa informação acima afirmando que os homens justificam sua ausência nas unidades de saúde, principalmente em função dos horários, pois os serviços prestados na atenção básica coincidem com aqueles horários em que eles exercem suas atividades laborais.

De acordo com Figueiredo (2005) esse distanciamento masculino do serviço de saúde, se fortalece porque o tempo de espera pela consulta é incompatível à realidade masculina.

Assim, o homem opta por procurar o médico “em último caso”. Significa que só busca consulta médica depois de esgotar seus próprios recursos (automedicação, chás, compressas, remédios caseiros) e suas forças físicas. Quando chega ao Centro de Saúde, muitas vezes precisa ser encaminhado ao serviço especializado pois já existe comorbidade estabelecida e doença agravada. Moreira e Carvalho (2016) alertam que os homens não costumam ser captados pela assistência primária, o acesso masculino no sistema de saúde acontece normalmente a partir da atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade.

Moreira e Carvalho (2016) concluíram que existe uma prevalência do cuidado biomédico em detrimento da atenção voltada aos hábitos de vida saudável e às práticas de bem-estar social, relatadas pelos homens. O modelo curativista fortemente enraizado em nossa sociedade dificulta a adesão do público masculino aos serviços em saúde. Os autores afirmam também que as ações curativistas no lugar de medidas para a promoção da saúde, tornam a assistência mecanicista e focada em agravos, o que impossibilita a integralidade no cuidado ao homem

independente da idade.

Promover ações de saúde que levem informações e desmistifique esse modelo de masculinidade ainda existente é um desafio a ser enfrentado pelos profissionais de saúde. Para mudar a mentalidade da sociedade acerca de conceitos tão arraigados é preciso conscientizar as pessoas sobre a importância da prevenção de doenças e da mudança dos hábitos e estilos de vida. Cavalcanti et al. (2014) reforçam a informação acima afirmando que é importante educar e sensibilizar os homens para a importância de medidas preventivas de forma que eles se tornem seus próprios cuidadores. Por esse motivo é necessário estimular o autocuidado e motivar mudança no estilo de vida. Promover ações que visem combater o sedentarismo, alimentação inadequada, etilismo, tabagismo e a falta de adesão ao cuidado na atenção primária podem melhorar a condição de saúde da população masculina.

Em estudo realizado por Mendonça e Andrade (2010) com 35 homens usuários de um serviço de saúde constatou-se que os mesmos não acham necessário uma política específica para eles, pois acreditam que idosos, crianças e mulheres são mais frágeis e por isso necessitam de mais atenção. Isso mostra a falta de consciência dos homens sobre o cuidado com a própria saúde. Consideram que não fazem parte de um grupo vulnerável, que precisa de cuidados próprios e criar uma política específica não mudaria o comportamento masculino.

Figueiredo (2005) sugere estratégias locais para contribuir com práticas mais saudáveis por parte da população masculina. Acesso a orientação num lugar especializado onde o homem tenha liberdade de perguntar sem se sentir envergonhado ou exposto. Um programa de saúde voltado para os homens poderia minimizar tal sentimento de vergonha, pois os mesmos ficariam mais seguros ao saber que o serviço faz parte de um programa próprio para o homem. Além disso, parece relevante garantir o atendimento com um médico do sexo masculino. Isso pode tornar a consulta menos constrangedora e dar oportunidade ao paciente de se abrir, já que uma das queixas é a vergonha de expor seus problemas e necessidades para uma mulher.

5.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

A atenção primária sempre teve um olhar para o cuidado das crianças, das mulheres e dos idosos. Atualmente, se reconhece a necessidade de um olhar mais voltado para a saúde do homem (SILVA et al., 2012; CASARIN; SIQUEIRA, 2014).

Sendo assim, para minimizar as fragilidades do sistema de saúde citadas acima, o Ministério da Saúde (MS) criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH (SILVA et al., 2012). O objetivo principal dessa política é facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS (BRASIL, 2008). Além disso, outros objetivos podem ser mencionados, como por exemplo, qualificar a assistência à saúde masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade e qualificar a atenção primária para que ela não se restrinja somente à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis (SILVA et al., 2012). Casarin e Siqueira (2014) reforçam que os serviços públicos de saúde devem se organizar para acolher os homens e fazer com que os mesmos se sintam parte integrante desses serviços.

Em 2008, quando o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade vigente comprometem o acesso à atenção integral da população masculina. É um esforço do governo para atrair essa população para as unidades básicas de saúde através de estratégias de humanização, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecer ações e serviços em redes e cuidados da saúde. Um dos desafios dessa política é mobilizar a população masculina brasileira pela luta e garantia de seu direito social à saúde. Política essa que pretende tornar os homens protagonistas de suas demandas, consolidando seus direitos de cidadania.

Assim, a política específica para o sexo masculino busca uma atenção mais integral para que ocorram mudanças no comportamento que os homens adotam em relação à saúde. O propósito de qualificar os profissionais de saúde para o correto atendimento à saúde do homem, implantar assistência em saúde sexual e reprodutiva, visa orientar os homens e familiares sobre promoção, prevenção e tratamento das enfermidades que atingem o homem. Sobretudo, objetiva que os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados e, assim, incentive-os na atenção à própria saúde (MENDONÇA;

ANDRADE, 2010). Há portanto, necessidade de mudanças na organização no serviço para promover a melhoria das condições de saúde e facilitar o acesso aos serviços de assistência integral à saúde do homem com redução das barreiras institucionais. É necessário criar estratégias de enfrentamento dos fatores de risco e oferecer ações qualificadas e humanizadas, como a realização de educação em saúde visando ampliar o acesso de informações preventivas contra possíveis agravos, estas desenvolvidas por equipes multidisciplinares (MOREIRA; CARVALHO, 2016).

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem visa despertar e sensibilizar não só homens quanto também os profissionais da saúde, sobre a importância do cuidado da saúde do homem (CARNEIRO et al., 2016). Adamy et al. (2015) consideram de extrema importância que o gestor conheça a PNAISH e juntamente com a equipe técnica em saúde discuta a saúde do homem e a inclua no Plano Municipal de Saúde e nas prioridades das ações do município, estabelecendo metas e disponibilizando recursos financeiros para a execução desta política.

Não basta conhecer as necessidades de Saúde do Homem e identificar os obstáculos que impedem o atendimento dessas necessidades, é preciso apresentar as estratégias de enfrentamento para uma assistência integral e humana dessa população.

Cavalcanti et al. (2014) sugerem como estratégias: acessibilidade: através da ampliação nos horários de atendimento e resolutividade das necessidades: tecnologias dos serviços; acolhimento: através do bom atendimento; comunicação: através de informações; e formação de vínculo: através da estabilidade profissional e da visita domiciliar. Para os autores, as estratégias expostas pelos homens, estão todas relacionadas com a humanização nos serviços de saúde.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O quadro 3 apresenta a população dos residentes de Belo Horizonte por região administrativa e sexo em 2010. A população residente na região de Venda Nova é de 266.490 habitantes.

Quadro 3 - População dos residentes de Belo Horizonte por região administrativa e sexo em 2010.

Distrito Sanitário	Masculino	% masc.	Feminino	% fem.	Ignorado	% ign	Total
BARREIRO	135.815	48,06	146.369	51,80	398	0,14	282.582
CENTRO SUL	127.045	44,92	155.702	55,05	101	0,04	282.848
LESTE	109.961	46,10	128.398	53,83	180	0,08	238.539
NORDESTE	136.441	46,99	153.177	52,76	735	0,25	290.353
NOROESTE	124.085	46,29	143.819	53,66	134	0,05	268.038
NORTE	100.252	47,57	110.425	52,40	67	0,03	210.744
OESTE	144.142	46,58	163.752	52,92	1553	0,50	309.447
PAMPULHA	106.684	47,18	118.372	52,35	1054	0,47	226.110
VENDA NOVA	126.980	47,65	139.510	52,35	0	0,00	266.490
Total	1.111.405	46,79	1.259.524	53,03	4222	0,18	2.375.151

Fonte: Censo demográfico IBGE 2010 /Índice de Vulnerabilidade da Saúde 2010/ Gerência de Epidemiologia e Informação - SMSA/Dado retirado em 02/09/2014

Entre os usuários cadastrados na UBS Lagoa, 8.223 são do sexo masculino, sendo 1.253 adolescentes, 4.800 adultos e 998 idosos. De acordo com dados recolhidos junto às equipes, na UBS Lagoa as consultas de adultos do sexo masculino (considerando todos os homens acima de 18 anos) representam apenas 30% dos atendimentos realizados no mês. Esse percentual representa um número muito aquém do que deveria ser realizado, tendo em vista o número de usuários dessa faixa etária na área de abrangência da equipe.

O quadro 4 apresenta aspectos demográficos da equipe 4, da qual faço parte.

Quadro 4 - Aspectos demográficos da equipe 4.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-1 ANO	12	12	24
1-4 ANOS	70	54	124
5-14 ANOS	142	125	267
15-19 ANOS	65	132	197
20-29 ANOS	214	203	417
30-39 ANOS	178	209	381
40-49 ANOS	143	214	357
50-59 ANOS	185	169	354
60-69 ANOS	82	117	199
70-79 ANOS	44	51	95
80 ANOS E MAIS	17	29	46
TOTAL	1152	1464	3281

Fonte: Censo BH Social (2015)

A dificuldade em aderir aos programas de prevenção de doenças e promoção da saúde também é observada através do número de participantes do sexo masculino nas Academias da Saúde. No quadro 5 pode-se visualizar a baixa participação masculina nas academias da regional Venda Nova.

Quadro 5 - Comparativo do número de alunos do sexo masculino por academia (2019).

Academia	Total de Alunos	Alunos do sexo masculino	Percentual
Venda Nova	236	39	16,52%
Serra Verde	233	15	6,43%
Minas Caixa	159	16	10,06%
Risoleta Neves	59	10	16,955%
Jardim Leblom	181	18	9,94%
Santa Mônica	248	23	9,27%
Céu Azul	205	27	13,17%
CREAB	94	9	9,57%
Lagoa	184	9	4,89%
Total	1607	166	10,33%

Em toda regional Venda Nova o percentual de participação masculina nas academias da cidade é baixo.

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

Observando a quantidade de consultas de adultos do sexo masculino realizadas na UBS Lagoa e a baixa adesão masculina às aulas da Academia da Saúde, percebe-se que tanto o cuidado com a saúde quanto a preocupação com hábitos de vida mais saudáveis não fazem parte da rotina de muitos homens da nossa área de abrangência. Por isso, é necessário ter um olhar mais específico para a saúde do homem visando reduzir agravos preveníveis e evitáveis nessa população.

De acordo com relatos dos profissionais de saúde da equipe 4, os tratamentos de doenças crônicas têm menor adesão, já que exigem um grande empenho do paciente bem como uma mudança de seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento. Acontece o mesmo com as ações de prevenção e promoção à saúde que requer, na maioria das vezes, mudanças comportamentais.

A promoção da saúde tem sido estimulada persistentemente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família, com ações do Núcleo Ampliado à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Lian Gong e Academias da Cidade/ Academias da Saúde.

De acordo com dados da planilha de controle dos alunos, a Academia da Saúde Lagoa localizada no prédio do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), na área de abrangência da UBS Lagoa conta atualmente com 184 alunos acima de 18 anos, sendo que apenas 9 são do sexo masculino, ou seja 4,89%.

Acreditamos que essa baixa adesão possa estar relacionada com baixos níveis de informação da população sobre a importância de mudanças de hábitos, como por exemplo, a prática regular de exercícios físicos, mas também em função dos horários em que a maioria das atividades são oferecidas, pois coincidem com o horário de trabalho da maioria dos homens.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Foram identificados os seguintes nós críticos relacionados à baixa adesão dos usuários do sexo masculino aos programas de prevenção e promoção à saúde.

- Baixo nível de informação dos homens sobre a importância de mudanças de hábitos na promoção da saúde;
- Horário de funcionamento dos serviços de saúde não atende a maioria do público masculino.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

No quadro 6 estão apresentadas as propostas para enfrentamento do nó crítico “Baixo nível de informação dos homens sobre a importância de mudanças de hábitos na promoção da saúde”.

Quadro 6 – Operação sobre o Baixo nível de informação dos homens sobre a importância de mudanças de hábitos na promoção da saúde relacionado ao problema da Baixa adesão dos usuários do sexo masculino aos programas de prevenção e promoção à saúde na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Lagoa, do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Baixo nível de informação dos homens sobre a importância de mudanças de hábitos na promoção da saúde
Operação	Aumentar o nível de informação da população, principalmente dos homens acima de 18 anos, sobre os benefícios dos exercícios físicos na promoção e manutenção da saúde e prevenção de doenças; Informar sobre a necessidade de procurar a UBS para o controle de doenças pré-estabelecidas.
Projeto	Mais saúde!
Resultados esperados	População em geral, especialmente homens acima de 18 anos, mais informada sobre os riscos do sedentarismo para a saúde e maior possibilidade de se estabelecer uma doença crônica; e também mais informada sobre a importância do autocuidado e a responsabilidade com o próprio tratamento.
Produtos esperados	Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e dos demais profissionais envolvidos para divulgar a Academia da Saúde; Campanha de conscientização sobre prevenção de doenças e sobre o zelo com o tratamento de doenças instaladas.
Recursos	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de

necessários	comunicação e estratégias pedagógicas; Organizacional: organização da agenda dos profissionais; Político: articulação intersetorial entre Academia da Saúde e Centro de saúde; Financeiro: para financiamento dos programas e para material de divulgação dos programas e campanhas;
Recursos críticos	Político: articulação intersetorial entre Academia da Saúde e Centro de saúde; Financeiro: para financiamento do material de divulgação dos programas e campanhas.
Controle dos recursos críticos	Setor de comunicação social / Favorável Secretaria de Saúde / Favorável.
Ações estratégicas	Não é necessário
Prazo	Início das atividades em 60 dias
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeira; AC) e o Profissional de Educação Física.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reunião mensal das etapas estratégicas para avaliação do processo e possíveis adaptações para contornar os desafios e os imprevistos.

No quadro 7 estão apresentadas as propostas para enfrentamento do nó crítico “Horário de funcionamento dos serviços de saúde não atende a maioria do público masculino”.

Quadro 7 – Operação sobre o Horário de funcionamento dos serviços de saúde não atender a maioria do público masculino relacionado ao problema da Baixa adesão dos usuários do sexo masculino aos programas de prevenção e promoção à saúde na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Lagoa, do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Horário de funcionamento dos serviços de saúde não atende a maioria do público masculino
Operação	Ampliar o horário de funcionamento da UBS Lagoa para atender a demanda dos usuários do sexo masculino que trabalham em horário coincidente com o funcionamento da unidade de saúde.
Projeto	Coisa de Homem
Resultados esperados	Atender 10% a mais de usuários do sexo masculino na UBS; Aumentar o acesso desses usuários à APS.
Produtos esperados	Reorganização do quadro de horários da UBS Lagoa.

Recursos necessários	Cognitivo: elaboração do projeto de adequação; Político: decisão de aumentar os recursos para reestruturação do serviço; Financeiro: aumento da oferta de consultas.
Recursos críticos	Político: decisão de aumentar os recursos para reestruturação do serviço; Financeiro: aumento da oferta de consultas.
Controle dos recursos críticos	Prefeito Municipal / Indiferente Secretário de Saúde / Indiferente
Ações estratégicas	Apresentar projeto de reestruturação da UBS para a gerente.
Prazo	Apresentar o projeto em até 60 dias Iniciar as atividades em 120 dias
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Gerente; Enfermeira e médico.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reunião semanal para avaliação do processo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar o desenho das operações, a identificação dos recursos críticos, a análise da viabilidade e o plano operativo do projeto de intervenção, a equipe 4 do Centro de Saúde Lagoa percebeu a real necessidade do planejamento e avaliação das ações para alcançar os objetivos almejados. Diante de um problema de saúde pública: baixa adesão dos usuários do sexo masculino aos programas de prevenção e promoção à saúde, a equipe 4 através da referida UBS, projetou as intervenções necessárias para aumento nos índices de atendimento. Desta forma os profissionais atuantes na equipe acreditam que, se todo o plano de ação for executado de maneira satisfatória e efetiva, o problema enfrentado pela equipe será minimizado e a melhora da qualidade de vida desses usuários será significativa.

É preciso estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social e uma necessidade biológica do ser humano independente do sexo, raça ou classe social.

Muitas doenças poderiam ser evitadas se os homens visitassem com certa regularidade as Unidades Básicas de Saúde. Seria reduzido o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ADAMY, E.K.; et al. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: visão dos gestores do SUS. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2415-2424, 2015.
- ARREGUY, C.A.C.; RIBEIRO, R.R. **Histórias de bairros [de] Belo Horizonte: Regional Venda Nova**. Belo Horizonte: APCBH; ACAP-BH, 2008. 61 p.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013. **Perfil Municipal – Belo Horizonte /MG**. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/belo-horizonte_mg>, Acesso em 29 de mai. 2018.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017**. Belo Horizonte, 2014, p.1-275.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CARNEIRO, L.M.R. et al. Atenção Integral à Saúde do Homem: um desafio na atenção básica. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.29, n.4, p.554-563, out./dez., 2016.
- CASARIN, S.T.; SIQUEIRA, H.C.H. Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. **Esc Anna Nery**. v.18, n.4, p.662-668, 2014.
- CAVALCANTI, J.R.D.; et al. Assistência Integral à Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Esc Anna Nery**. v.18, n.4, p.628-634, 2014.
- COELHO, E.B.S. et al. **Política nacional de atenção integral a saúde do homem [recurso eletrônico]** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. 66 p.
- DATASUS. **Indicadores e dados básicos – Brasil – 2013**. Disponível em: <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/ldb2013/matriz.htm>. Acesso em 12 de Out. 2018.
- FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018, 97 p.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.10, p.105-109, 2005.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **IBGE- cidades**, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>>, Acesso: em 29 de mai. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico de 2010.** Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=00&dados=1>>. Acesso em: 19 out. 2018.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.10, p.35-46, 2005 apud GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAUJO, F.C. 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. **Caderno de Saúde Pública**, v.23, n.3, p.565-574, mar, 2007.

MENDONÇA, V.S; ANDRADE, N.A. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? **Psicologia política**. v.10, n.20, p.215-226, 2010.

MOREIRA, M.A; CARVALHO, C.N. Atenção Integral à Saúde do Homem: Estratégias utilizadas por enfermeiras(os) nas Unidades Básicas de Saúde da Família do interior da Bahia. **Sau. & Transf. Soc.**, v.7, n.3, p.121-132, 2016.

MOURA, E. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 2012. 128p.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude>>, Acesso: em 03 de jul. 2018.

SANTOS, P.H.B. **Homem invisível: a análise da saúde do homem a partir do estudo de uma unidade básica de saúde do município de Florianópolis**. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

SILVA, P.A.S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde. **Esc Anna Nery (impr.)** v.16, n.3, p.561- 568,2012.

SOUSA, J.C.O.; SOUSA, C.R.C. Resistência Masculina pela Atenção à Saúde. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. ed.9, ano2, v.7, p.5-16, 2017.

VIEIRA, K.L.D. et al. Atendimento da população masculina em Unidade Básica Saúde da Família: motivos para a (não) procura. *Esc Anna Nery*. v.17, n.1, p.120-127, 2013 *Apud* CAVALCANTI, J.R.D.; et al. Assistência Integral à Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Esc Anna Nery**. v.18, n.4, p.628-634, 2014.