

# Experiência do PSF com atividade em grupo de saúde do homem na UBS Vila Teresinha – São Paulo/SP

Mauro Daniel Spina Donadio

Médico Generalista do ESF – UBS Vila Teresinha, São Paulo-SP

Setembro de 2013

**SUMÁRIO**

Introdução.....	3
Objetivos.....	5
Métodos.....	6
Resultados.....	8
Conclusão.....	10
Referências bibliográficas.....	12

## **INTRODUÇÃO**

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, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade. Considera-se que representações sociais sobre a masculinidade vigente comprometem o acesso à atenção integral, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população à situações de violência e de risco para a saúde. Mobilizar a população masculina brasileira social pela luta e garantia de seu direito à saúde é um dos desafios dessa política pretendendo tornar os homens protagonistas de suas demandas, consolidando seus direitos de cidadania (Brasil 2008).

Os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e morrem mais precocemente que as mulheres (Nardi et al, 2007; Courtenay, 2007; IDB, 2006 Laurenti et al, 2005; Luck et al, 2000). Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica (Figueiredo, 2005; Pinheiro et al, 2002). Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade mas também, e sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas.

Os principais determinantes que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde podem ser divididos em dois grupos principais, a saber: barreiras socioculturais e barreiras institucionais (Gomes, 2003; Keijzer, 2003; Schraiber et al, 2000).

Uma questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor. Alegam que o horário de funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho. Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira

importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde.

Em nossa sociedade, o “cuidado” é papel considerado como sendo feminino e as mulheres são educadas, desde muito cedo, para desempenhar e se responsabilizar por este papel (WelzerLang, 2004; Lyra-da-Fonseca et all, 2003; Tellería, 2003; Hardy e Jimenez, 2000; Medrado et all, 2005).

É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária também para esse grupo específico de usuários garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis. E o programa Estratégia Saúde da Família (ESF) permite a realização desse trabalho de forma a vencer a barreira institucional entre o homem e o serviço de saúde acima citada.

A atenção básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo reorganização da atenção básica de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), é “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados” (Levcovitz e Garrido, 1996). Promove a expansão da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis (Vasconcelos EM, 1999). É uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial,

centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social (Brasil 1997).

Para atender a demanda de cuidado integral aos diversos segmentos do território, a ESF da Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Terezinha abraçou a proposta de olhar com atenção as condições gerais de saúde e vida da população masculina.

Neste trabalho apresentamos nossa experiência de equipe multiprofissional realizando atividade em grupo focada na saúde do homem em que acreditamos ser possível promover prevenção, educação e diagnóstico de agravos de relevância epidemiológica e ao mesmo tempo acolher e vincular essa parcela da população no serviço de saúde.

## **OBJETIVOS**

Apresentar a experiência da atividade em grupo de saúde do homem realizada na UBS Vila Terezinha no sentido de acolher, vincular e melhorar a adesão desse grupo específico à atenção primária permitindo prevenção, educação e diagnóstico de agravos à saúde de relevância epidemiológica.

## **MÉTODOS**

A partir de abril de 2013 foram realizados grupos mensais com duração de uma hora para os quais foram convidados homens de idade entre 18 e 69 anos. Foram realizadas palestras discursivas por parte da equipe sendo que os temas abordados foram propostos de acordo com a demanda espontânea dos participantes e com a relevância epidemiológica específica para o grupo. Inicialmente foi abordado o atendimento à população proposto pela UBS no território, grupos disponíveis na UBS e explicação sobre as diversas instâncias da atenção à saúde e o fluxo entre elas, os assuntos abordados nestes grupos foram:

- Política de Saúde e o Sistema Único de Saúde;
- A Estratégia Saúde da Família;
- Regulação;
- Vigilância epidemiológica;
- Dengue;
- Mortalidade masculina;
- Violência e criminalidade;
- Prevenção de acidentes;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Doenças crônicas cardiovasculares e medidas higienodietéticas;
- Rastreamento de câncer de próstata;
- Saúde do trabalhador;
- Desemprego;
- Promoção á saúde (Tabaco, Álcool e Drogas)
- Papel do homem na sociedade e na família.

Em um dos encontros foi aferida a pressão arterial de todos os usuários. Em todas as reuniões foram solicitados exames laboratoriais para todos os que

compareceram e realizada orientação de como seguir no fluxo do atendimento dentro da UBS. Como material de apoio, foram distribuídos textos e gráficos referentes a alguns temas acima, retirados da revista Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT).

Em se tratando da violência especificamente, foram demonstrados gráficos de mortalidade comparando a masculina com a feminina e as causas mais prevalentes. Como uma das principais causas para mortalidade masculina é a violência, foram discutidas diversas situações perigosas em que os homens se submetem diariamente e que poderiam ser evitadas, por exemplo: estresse e imprudência no trânsito, uso de substâncias psicoativas, comportamentos socialmente reprováveis individuais ou em grupo, realização de trabalhos desprovidos de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), violência doméstica, saúde mental, acidentes, criminalidade, entre outros.

## **RESULTADOS**

Participaram dos grupos 83 homens com idade entre 14 e 81 anos com uma média de 46,25 anos. Destes, 31 possuíam exames bioquímicos com resultado pronto até o momento do último levantamento, sendo que não houve tempo hábil para que fossem recebidos os exames para 29 pacientes, referentes ao último grupo realizado. Os exames solicitados e o número respectivo de alterações encontram-se na tabela abaixo.

Exame	Nº alterações	Exame	Nº alterações
HMG	4	Glicemia	10
Uréia	0	TSH	2
Creatinina	1	Ácido úrico	7
Na	0	AST	2
K	2	ALT	2
COLT	10	Urina I	6
HDL	18	HIV	0
TRIG	13	VDRL	5
PSAT	0	HepB	3
Sangue oculto nas fezes	0	HepC	2

Através dos exames laboratoriais foram diagnosticados 25 pacientes com algum tipo de Dislipidemia (DLP), dez com algum tipo de intolerância à glicose, sete com hiperuricemia e dois com hipotireoidismo, dentre as principais doenças crônicas. Apenas um dos pacientes apresentou resultados dos exames completamente normais.

Em relação às doenças infectocontagiosas, foram diagnosticados 5 pacientes com Sífilis, 3 com Hepatite B e 2 com Hepatite C, com antecedentes de drogadição intravenosa e exposição sexual desprotegida.

Todos os pacientes que receberam os resultados dos exames aderiram ao tratamento e os que apresentaram doenças infectocontagiosas foram tratados imediatamente e encaminhados conforme a necessidade, além da notificação compulsória adequada, quando necessário.

Entre os 30 pacientes cuja pressão arterial foi medida, onze foram diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica (HAS) sem conhecimento prévio da doença.

Houve um importante retorno positivo em relação aos temas abordados com questionamentos, exposição de experiências próprias e interesse nos assuntos, principalmente em se tratando de acolhimento na UBS, regulação, rastreamento de câncer de próstata e sensibilização em relação à violência. Foram partilhadas também pelos próprios usuários situações vivenciadas de violência com uma compreensão da desnecessidade, periculosidade e inevitabilidade desses momentos, além dos danos que a violência gerou ou poderia ter gerado. No final de uma das reuniões houve um relato de ideação suicida com acolhimento, encaminhamento e seguimento pela equipe.

## **CONCLUSÃO**

A experiência mostrou que a atividade proveu vínculo e acolhimento de usuários que não tinham um espaço próprio na agenda ou nas atividades da UBS, como ocorre com outros grupos como gestantes, crianças, hipertensos ou diabéticos, quebrando a barreira institucional que atrapalha a interação

entre o usuário e o serviço de saúde. O número de pessoas cresceu progressivamente em cada reunião com atuação dos participantes como multiplicadores do convite a outros usuários, não podendo ser desprezada a cooperação das parceiras dos usuários incentivando-os também a comparecer ao grupo.

Em se tratando de uma população de menor fluxo dentro da atenção primária e de vínculo mais dificultoso, seja pela dificuldade institucional com a falta de um espaço específico ou horários compatíveis para o grupo na UBS, seja pelas limitações socioculturais que expressam menor busca no cuidado para com a saúde, a atividade realizada em nossa UBS permitiu analisar concretamente a existência de uma demanda reprimida por parte desses usuários, além de viabilizar a criação de um vínculo e acolhimento desse grupo específico antes pouco conseguido. A estratégia realizada demonstrou não só um subdiagnóstico de diversas patologias de grande importância epidemiológica como trouxe à luz da equipe de saúde demandas espontâneas, porém não antes manifestas pelos usuários: o funcionamento do atendimento em saúde disponibilizada na área e o interesse em prevenção e rastreamento de câncer de próstata. Isso permite concluir que tal população está se tornando cada vez mais autônoma no cuidado à saúde, iniciando esse processo com a preocupação de temas específicos da saúde do homem e em entender de que forma tal demanda pode ser atendida na UBS.

Chama a atenção o pequeno número de pacientes com exames completamente normais e a elevada proporção de pacientes com doenças crônicas relacionadas ao estilo de vida como HAS, DLP, Diabetes Mellitus (DM) ou pré-DM e hiperuricemia, sendo possível caracterizar em muitos casos a Síndrome Metabólica. E esses dados corroboram com a importância dos temas abordados e com a necessidade de divulgação das outras atividades oferecidas pela instituição para prevenção e tratamento daquelas doenças. Assim como as doenças crônicas citadas, as moléstias infectocontagiosas diagnosticadas através dos exames solicitados durante a atividade mostram que existe um importante subdiagnóstico de doenças de grande relevância epidemiológica e que se fazem necessárias medidas e estratégias de

abordagem aos grupos da população de menor fluxo na atenção primária, como os homens de meia idade.

Percebe-se, também, a importância de se ter um espaço para discussão da violência. Discutir dados, contar experiências, analisar comportamentos, realizar autocríticas, avaliar causas e consequências e planejar prevenção sobre violência permitiu compreender o quão importante é o tema na vida cotidiana, principalmente da população masculina. As discussões enriquecidas pelos fatos atuais têm grande capacidade de sensibilização levando os usuários a uma reflexão minimamente pragmática para mudanças e prevenção.

Esse tipo de estratégia realizada pelo PSF vai ao encontro das diretrizes do SUS, exigindo ferramentas facilmente disponíveis nas UBS e trabalha com melhora do acolhimento aos usuários, principalmente aumentando a cobertura da população além de, como já dito antes, trazer à tona importantes temas de relevância epidemiológica. Pudemos perceber que, ao final das atividades, os participantes adquiriram mais autonomia em relação ao próprio cuidado em determinados assuntos e se interessaram em retornar em atividades futuras, o que demonstra que os objetivos da atividade puderam ser atingidos de forma satisfatória.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília (DF): MS; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de Atenção Integral à saúde do homem (Princípios e Diretrizes). MS 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Plano de Ação Nacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF; nov 28. 2011

COURTENAY WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000; 50:1385-401.

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:105-9.

GOMES R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:825-9.

HARDY E, JIMÉNEZ AL. Masculinidad y género. In: Briceño-León R, Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, editors. *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 349-59.

KEIJZER B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editors. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 137-52.

LAURENTI R, MELLO-JORGE MHP, GOTLIEB SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência Saúde Coletiva* 2005; 10:35-46.

LEVCOVITZ E, GARRIDO NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. *Cad. Saúde Família*, 1996 janeiro/junho; 1: 3-8.

LUCK M, BAMFORD M, WILLIAMSON P. *Men's health: perspectives, diversity and paradox*. London: Blackwell Sciences; 2000.

LYRA-DA-FONSECA JLC, LEÃO LS, LIMA DC, TARGINO P, CRISÓSTOMO A, SANTOS B. Homens e cuidado: uma outra família? In: Acosta AR, Vitale MA, organizadores. *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo:

Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003. p. 79-91.

MEDRADO B, LYRA-DA-FONSECA JLC, LEÃO LS, LIMA DC, SANTOS B. Homens jovens no contexto do cuidado: leituras a partir da paternidade na adolescência. In: Adorno R, Alvarenga A, Vasconcelos MP, organizadores. Jovens, trajetória, masculinidades e direitos. São Paulo: Edusp; 2005. p. 241-64.

NARDI A, GLINA S, FAVORITO LA. Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil, International Braz J Urol, v. 33, p. 1-7, 2007

SCHRAIBER LB, GOMES R, COUTO MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. Ciência e Saúde Coletiva, 10(1):7-17, 2005.

SOUZA, E. R. de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 10 (1): 59-70, 2005.

TELLERÍA JM. Reflexiones autocríticas acerca de una investigación sobre la búsqueda de atención y demandas en salud de hombres en Santa Cruz de La 40Sierra - Bolivia. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editores. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 165-72.

VASCONCELOS EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

WELZER-LANG D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: Schpun MR, organizador. Masculinidades. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2004. p. 107-28.