

ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: À SAÚDE DO HOMEM: UM DESAFIO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Daniela de Lima Venâncio¹, Diana Alves Prates Simões², Kênia do Carmo Marinho Borges¹, Valquíria dos Santos Bretas¹

¹ Acadêmica do 9º período do curso de Graduação em Enfermagem da PUC Minas Betim. danielavenancio@gmail.com; kenia@live.com; valbretass@yahoo.com.br.

² Enfermeira, docente do curso de Graduação em Enfermagem da PUC Minas Betim. dianaaprates@hotmail.com.

RESUMO

A assistência multiprofissional à saúde do homem é um desafio para atenção primária, uma vez que os homens são mais vulneráveis às doenças crônicas. E um dos motivos relacionados a essa disparidade é a pouca procura pelos serviços de saúde disponíveis quando comparados ao das mulheres. Trata-se de um estudo que contempla ações preventivas voltadas para esse público diferenciado, sendo realizado por meio da busca ativa em uma empresa privada na área de abrangência da Unidade Básica Saúde Família - Jardim Petrópolis. O objetivo foi identificar os prováveis riscos que podem predispor os a patologias coronarianas. Assim, mesmo sendo considerado um desafio, intervenções voltadas à saúde do homem são necessárias para aproximá-los do serviço de saúde. Sendo que a estratégia de intervenção permita modificações no programa de saúde da família a fim de contemplar integralmente este público diferenciado.

Palavras-chaves: Saúde do Homem. Atenção Primária. Risco Coronariano.

ABSTRACT

The multidisciplinary care men's health is a challenge for primary care, since men are more vulnerable to chronic diseases, and one of the reasons the low demand for health services available when compared to women. This is a study that includes preventive measures aimed at this audience differently, being performed by active search in a private company in the area covered by the Basic Health Unit Family - Garden Petropolis. The aim was to identify the probable risks which may predispose them to coronary pathologies. So even being considered a challenge, interventions focused on human health are necessary to bring them into the health service. Since the intervention strategy allows changes in family health program in order to address this fully differentiated audience.

Keywords: Men's Health. Primary. Coronary Risk

1. INTRODUÇÃO

Segundo o dicionário Aurélio (2008), a palavra homem significa “animal racional, bípede e mamífero, que ocupa o primeiro lugar na escala zoológica; ser humano”. Mas afinal, o que em nossa sociedade a palavra homem nos traz? Para Batista (2008), a masculinidade é

uma configuração na estrutura de relações de gênero, uma vez que ele é representado por um ser viril e dotado de várias habilidades.

Em relação aos indicadores de saúde das mulheres em comparação com os da população masculina observou-se, por meio do diagnóstico situacional e análise swot da Unidade Básica de Saúde

da Família (UBSF) Jardim Petrópolis, realizado em fevereiro deste ano, a ausência de ações de saúde voltadas para o homem, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. A importância de trabalhar esse tema justifica-se pela necessidade de ações que contemplem a saúde integral desse público.

Esse trabalho teve o objetivo de identificar em homens, de uma empresa privada, os prováveis riscos que podem predispor os a patologias coronarianas. A escolha pela empresa se deu pelo fato da mesma pertencer à área de abrangência da UBSF Jardim Petrópolis - campo de estágio da PUC Betim e por possuir um quadro de profissionais, predominantemente, masculino. A empresa atua no segmento da metalurgia, com fabricação, logística, montagem de equipamentos, estruturas metálicas e de madeiras.

Para identificar os prováveis riscos para o desenvolvimento de patologias coronarianas, foram colhidos dados que possibilitaram a classificação de grau de risco coronariano evidente para intervenções de saúde. Foram mensurados e avaliados os níveis pressóricos e glicêmicos, Índice de Massa Corporal (IMC), assim como a investigação de antecedentes familiares, tabagismo, atividade física e os hábitos de vida. É importante salientar que para quantificar o índice de homens, com prováveis riscos coronarianos, foi utilizada a Tabela de Avaliação de Risco Coronariano da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).

Os homens classificados sem risco evidente foram orientados individualmente, por meio de cartilhas informativas, a manter hábitos de vida saudável. Já os homens com indicadores alterados foram encaminhados à UBS de sua área de abrangência para avaliação e conduta multiprofissional.

O trabalho se espelhou na vertente da concepção holística de ensino e aprendizagem que, segundo Juliano (2004), está relacionada à necessidade de mudança do homem em entendê-lo e vê-lo como ser completo e complexo. E a

educação tem a tarefa fundamental de transformar a sociedade, pois ela tem o poder de se tornar agente de formação de novos indivíduos. Ainda, segundo o autor, na visão holística, “educar significa utilizar práticas pedagógicas que desenvolvam simultaneamente razão, sensação, sentimento e intuição [...]”. (JULIANO, 2004, p.02).

Essa vertente se justifica quando se analisa a ação desenvolvida nesse trabalho que envolveu um determinado grupo – homens de uma empresa privada – e por meio de uma intervenção de educação em saúde possibilitou analisar aqueles que apresentavam riscos coronarianos. Foram realizadas ainda ações de educação em saúde, por meio do atendimento individualizado e a distribuição de material educativo. A ação em educação e em saúde, de acordo com Juliano (2004), é importante para se alcançar melhores índices de saúde de determinado público.

Ao final desta intervenção foi possível identificar homens com possíveis fatores de risco coronariano alterados, possibilitando a orientação e encaminhamento para o serviço de saúde; promover o aumento da adesão/vínculo da população masculina com a unidade de saúde e ainda o estímulo do autocuidado, qualidade de vida, promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis. É necessário que a assistência multiprofissional à saúde do homem possa ser compreendida não apenas como um desafio, mas como uma meta a ser alcançada.

No segundo capítulo, abordaremos sobre a saúde do homem e suas especificidades; no terceiro, a organização dos serviços de saúde será, brevemente, abordado. No quarto e quinto capítulos, iremos relatar a experiência da intervenção realizada, bem como os dados obtidos. No sexto capítulo, apresentaremos a avaliação da intervenção realizada pelos homens em estudo e que, posteriormente, foram apresentadas as considerações finais.

2. SAÚDE DO HOMEM

Afinal, o que difere a saúde de um homem se comparada a de uma mulher? Existem diferenças substanciais acerca deste tema? Segundo o Ministério da Saúde (2008), estudos realizados a respeito dessa diferença comprovaram que, de fato, os homens são mais vulneráveis às doenças crônicas e mais graves. E um dos motivos relacionados a essa disparidade é a pouca procura pelos serviços de saúde disponíveis quando comparado às mulheres.

Já a baixa procura por esses serviços de saúde pode ser explicada pela própria condição cultural à qual ainda a maioria dos homens estão submetidos. Para Nolasco (2001), a imagem do homem de sucesso é aquela que o relaciona como dominador, tanto no que se refere às relações sociais quanto às profissionais. O homem inserido em sociedades que ainda enxergam o poder, o sucesso e força como características viris e masculinas se distanciam de qualquer ação que o assemelhe a uma mulher. Então sensibilidade, cuidado e dependência são vistos como algo deixado para a mulher e, muitas vezes, esse comportamento do homem o predispõe a doenças. (Schraiber, L.B et al., 2005). E o mesmo é analisado pelo Ministério da Saúde.

Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso. Uma questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor. Alegam que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho. (Ministério da Saúde, 2008. p.6).

Para que sejam criadas políticas de saúde voltadas para o homem, faz-se

necessário entender a singularidade desse ser, pois assim será permitida a melhor/menor interação com esse indivíduo. Tal relação de proximidade e entendimento possibilitam a realização de ações de prevenção e promoção de saúde. (Schraiber, L.B et al., 2005).

Outro ponto importante é salientar que, assim como há políticas que respeitam a singularidades da mulher, da criança e do idoso devem também existir ações que beneficiem o homem, já que, segundo Brasil (2007), a Lei 8080 apresenta em seus princípios que o atendimento deve ser universal e equidário, ou seja, igual para todos, porém respeitando as diferenças e especificidades de cada sujeito.

Mas, afinal, que agravos transmissíveis e não transmissíveis são os que mais acometem o homem? Segundo o MS (2008), um recorte estratégico foi feito e, a partir deste estudo, constatou-se que a população masculina, na faixa etária de 25 a 59 anos, corresponde a 41,3% do total de homens no país, ou seja, uma parcela significativa de força produtiva. E os índices são altos: cerca de 80,0% das enfermidades se concentram em cinco áreas respectivamente: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumonia.

A partir deste resultado, deve-se levar em consideração que para a área da cardiologia, a promoção da saúde é um suporte importante, primordial para a diminuição dos acometimentos e distúrbios cardiológicos. Em relação à urologia, a prevenção também se faz aliada para a detecção e tratamento precoce, por exemplo, do câncer de próstata que, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, (INCA) é o segundo mais frequente depois do câncer de pele.

Outro fator importante no que diz respeito ainda às doenças do coração é o próprio estilo de vida adotado pelo homem. Para Schraiber, L.B et al., (2005), aspectos da personalidade como ambição, ansiedade, competitividade, individualismo estão diretamente ligados aos distúrbios coronarianos.

Neste contexto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

(2008) vem propor a qualificação da atenção à saúde da população masculina baseada no acesso, na integralidade e no cuidado. Ainda, segundo a Política, o homem busca os serviços de saúde com mais frequência na atenção especializada, por isso, é necessário que haja o fortalecimento da Atenção Primária para que a busca não se reduza somente à recuperação e ao tratamento de agravos.

Outra frente de atuação é demonstrar quais são os fatores de morb-mortalidade para entender, de fato, quais são as características que resultam na vulnerabilidade do homem no que diz respeito às situações de violência e de risco para a saúde.

Portanto, entendemos que, para discutir o tema proposto nesse trabalho, é essencial entender as diretrizes e ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde que balizam o entendimento do processo saúde-doença da população masculina.

3. A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O sistema de saúde engloba a produção dos serviços e as Políticas de Saúde visando a transformar os perfis de saúde-doença da população. Atualmente, no Brasil, a política de saúde vigente é norteadada pelo Sistema – SUS – que, regendo um dado modelo assistencial, oferta um conjunto de programas com estreita articulação entre si, objetivando contemplar os princípios de Reforma Sanitária, quais sejam: regionalização, hierarquização, acessibilidade, equidade, participação e integralidade das ações. (BRASIL, 1990).

Para que o atendimento seja efetivado, o serviço de saúde é dividido em instâncias de atendimento: atenção básica, média e de alta complexidade. A atenção básica, também conhecida por Atenção Primária à Saúde, não se resume a ações de baixa resolubilidade, mas sim a uma estratégia de reorientação do modelo assistencial interdisciplinar que tem a família como foco de abordagem. Já a atenção de média complexidade é formada por serviços que demandam

profissionais e ações especializadas e a utilização de recursos tecnológicos para diagnóstico e, se necessário, tratamento. A atenção de alta complexidade diz respeito ao acesso a serviços qualificados como, por exemplo, à assistência do portador de doença renal crônica, cirurgias, exames, etc. (BRASIL, 2007).

Ainda para fazer valer os princípios da Reforma Sanitária, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) – programa voltado para a atenção primária – traz, conforme Araújo e Rocha (2007), a proposta de integralidade do cuidado em que os profissionais envolvidos construam trabalho em conjunto.

Segundo Vanderlei e Almeida (2007), com a ESF o foco deixa de ser a doença e o sujeito e passa a ser o espaço coletivo e a família. E os desafios são muitos, pois a visão hospitalocêntrica dá lugar aos saberes locais que transformam a prática assistencial. A ESF é composta por um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em algumas regiões existem ainda a presença de um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico em saúde bucal. (BRASIL, 2012).

A principal mudança com a proposta da ESF é no foco de atenção, que deixa de ser centrado exclusivamente no indivíduo e na doença, passando também para o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação. Isso implica aprender a lidar com este novo recorte, identificando instrumentos e saberes que possam transformar nossa prática assistencial em direção aos princípios éticos e morais e levando a uma maior autonomia dos usuários.

4. SAÚDE DO HOMEM: UMA EXPERIÊNCIA EM CAMPO

A intervenção foi desenvolvida no mês de maio de 2013, em uma empresa privada, localizada no bairro Jardim Petrópolis – Betim / MG.

Foi realizada a avaliação do risco coronariano dos homens da referida empresa, levantando os principais fatores de riscos associados às doenças cardiovasculares, através da mensuração da pressão arterial, glicemia capilar, Índice de Massa Corporal (IMC), assim como a

investigação de antecedentes familiares, tabagismo e atividade física.

A avaliação foi individual sendo utilizada a tabela da Associação Americana de Cardiologia como referência.

Tabela 1 - Tabela risco coronariano




TABELA DE RISCO CORONARIANO

Nome: _____			Idade: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Mas	
Função: _____			Setor: _____		Escolaridade: _____	
Data: ____/____/____		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro		Tempo de empresa: _____		
Peso: _____		Altura: _____		IMC: _____		PA: _____ x mmHg
Glicemia Capilar: _____			CA (Circunferência Abdominal): _____			

AVALIAÇÃO

FATORES	GRAU DE RISCO						PONTOS
Fumo	Nunca fumou	Ex-fumante ou fumante de charuto / cachimbo (sem inalar)	Menos de 10 cigarros/dia	De 10 a 20 cigarros/dia	De 21 a 30 cigarros/dia	De 31 a 40 cigarros/dia	
	0	1	2	8	9	10	
Idade	20 - 30 anos	31 - 40 anos	41 - 45 anos	46 - 50 anos	51 - 60 anos	> 61 anos	
	0	1	2	3	5	6	
Peso	Inferior em 5kg ao peso ideal	Peso ideal	Acima do peso (5 - 10kg)	Acima do peso (11 - 19kg)	Acima do peso (20 - 25kg)	26kg ou mais acima do peso	
	0	1	2	3	7	8	
Atividade Física	Atividade Profissional Esportiva Intensa	Atividade Profissional Esportiva Moderada	Atividade Profissional Esportiva Leve	Atividade Profissional Sedentária / Moderada esportiva	Atividade profissional Sedentária / Pouca atividade esportiva	Inatividade Física	
	0	1	2	3	4	6	
Antecedente Familiar	Ausente	Pai ou mãe com mais de 60 anos, com doença coronariana	Pai e mãe com mais de 60 anos, com doença coronariana	Pai ou mãe com menos de 60 anos, com doença coronariana	Pai e mãe com menos de 60 anos, com doença coronariana	Pai, mãe e irmão de ambos com doença coronariana	
	0	1	2	3	7	8	
Pressão Arterial Sistólica	110 - 119 mmHg	120 - 130 mmHg	131 - 140 mmHg	141 - 160 mmHg	161 - 180 mmHg	180 mmHg ou mais	
	0	1	2	6	9	10	
Glicemia Capilar (mg/dL)	Normal <140	Duvidoso 141-199	Provável DM 200-270	Muito provável DM ≥ 270	Diabetes Tratado	Diabetes não Controlado	
	0	1	2	5	6	10	

RESULTADO

0 - 8	9 - 17	18 - 40	41 - 59	60 - 67	68 ou mais	
Sem Risco	Risco Potencial	Risco Moderado	Risco Alto	Faixa de Perigo	Perigo Máximo!!!	

Fonte: American Heart Association

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia.
Adaptado pelas autoras.

Por meio dessa ferramenta, foi possível mapear homens com fatores de riscos coronarianos, o que nos possibilitou orientá-los quanto à adesão de hábitos saudáveis. Após essa avaliação, aqueles

identificados com algum fator de risco alterado foram orientados quanto às ações de saúde necessárias para controle, sendo referenciado para a unidade de saúde do bairro Jardim

Petrópolis aqueles pertencentes à área adstrita desta unidade. Os demais foram referenciados para as unidades de saúde próximas as suas residências. Por meio das orientações, foi possível promover a adesão/vínculo dos homens com a unidade de saúde de referência, visando à continuidade do cuidado.

Para complemento das ações de educação em saúde, foram distribuídas cartilhas informativas sobre o câncer de próstata, dengue e alimentação saudável. Visando ao estímulo do autocuidado, qualidade de vida, promoção da saúde e à prevenção de agravos evitáveis.

Ainda no mês de maio, foi realizada uma visita para apresentação dos dados à empresa. Durante o encontro, os homens que apresentaram alterações de pressão arterial na primeira avaliação foram reavaliados e mantidos sob os encaminhamentos e orientações.

Diante dos relatos dos homens avaliados, notou-se mudanças significativas no comportamento, no que diz respeito à busca por atividades físicas,

controle do peso e alteração no padrão da alimentação.

Conclui-se que a intervenção realizada possibilitou desenvolver ações de prevenção e promoção a saúde do homem, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

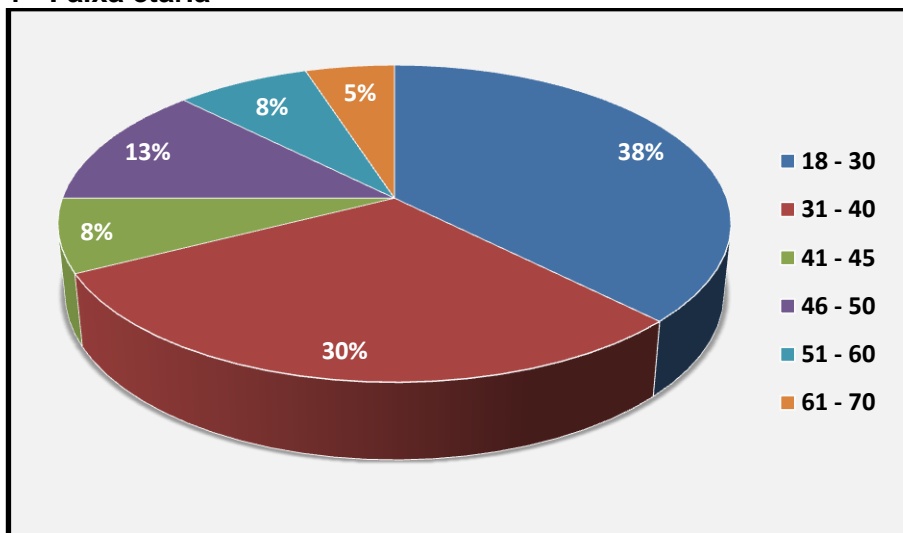
5. ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Análise geral dos dados consolidados, baseados na avaliação dos riscos coronarianos.

Conforme o Ministério da Saúde (2001), as doenças cardiovasculares constituem as principais causas de óbito no Brasil. A idade é um fator de risco considerável, pois as artérias apresentam modificações ao longo dos anos podendo causar lesões irreversíveis.

Segundo gráfico apresentado, a faixa etária com maior incidência foi de 18 a 40 anos, ou seja, os hábitos de vida são variados.

Gráfico 1 - Faixa etária

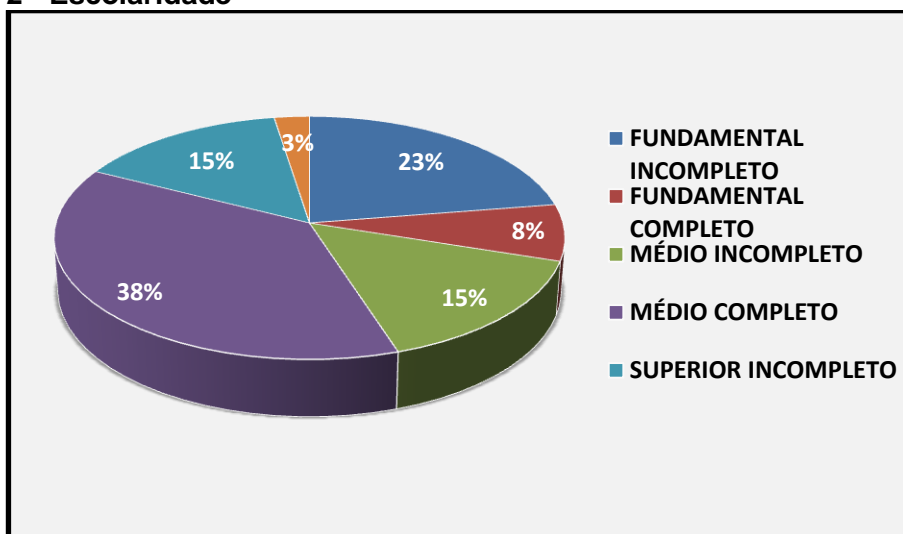


Segundo gráfico apresentado, a faixa etária com maior incidência foi de 18 a 40 anos, ou seja, os hábitos de vida são variados.

Para evitar complicações futuras, ainda segundo o Ministério da Saúde

(2001), é necessário promover hábitos alimentares saudáveis, levando em consideração a idade, sexo, estado metabólico, hábitos socioculturais e a situação econômica de cada indivíduo.

Gráfico 2 - Escolaridade



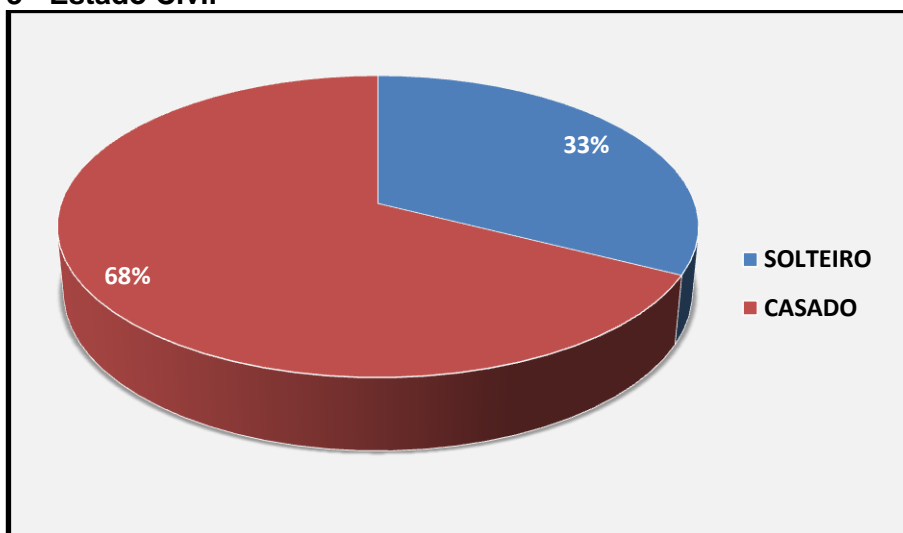
O gráfico demonstra que a maioria dos homens possui ensino médio completo. E o segundo maior contingente é de homens com ensino fundamental incompleto.

Segundo Ishitani (2006), investigações realizadas identificaram maior taxa de mortalidade em populações com menor nível socioeconômico. Ainda, segundo o autor, os resultados estão

relacionados à baixa qualidade de informação. E o estudo é comprovado quando comparamos as regiões Norte e Nordeste do Brasil, que possuem menor acesso à informação, organização e oferta dos serviços de saúde, se comparado aos estados do Sul do país.

O gráfico abaixo consolida a proporção de homens casados e solteiros na empresa pesquisada.

Gráfico 3 - Estado Civil



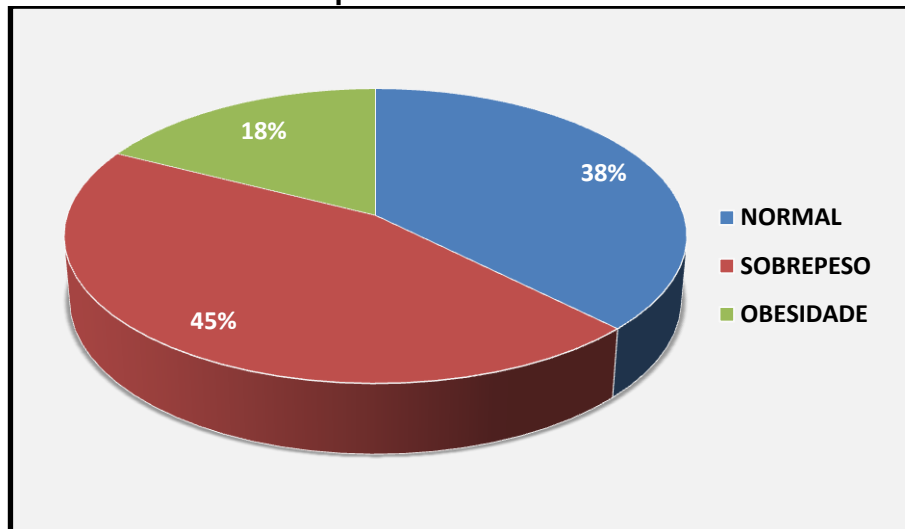
Os homens avaliados, em sua maioria, são casados, evidenciado pelo percentual de 68,0%.

Para Carneiro et al (2003), a obesidade é considerada um fator de risco independente para a ocorrência de doença isquêmica coronariana e morte

súbita. Ainda, segundo o autor, “a obesidade favorece também a ocorrência de fatores de risco cardiovascular, sendo que a distribuição central da gordura corporal se destaca especialmente como fator importante no desenvolvimento da

hipertensão arterial”. (Carneiro, 2003, p.306).

Gráfico 4 - Índice de Massa Corporal

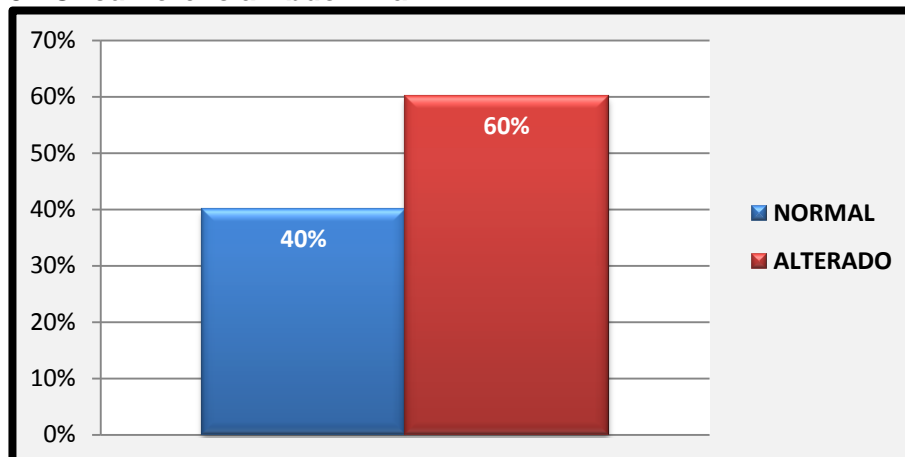


Segundo gráfico, 45,0% dos homens apresentaram sobrepeso, ou seja, o Índice de Massa Corporal – IMC (relação entre peso e altura) maior que $24,9\text{kg/m}^2$, sendo ainda encontrado 18,0% de pessoas com IMC maior que 30kg/m^2 , caracterizando obesidade, conforme Organização Mundial de Saúde (2000). É importante

salientar a relação entre peso e o risco para doenças cardiovasculares.

Para Resende (2006), o excesso de peso, inclusive aquele que se refere à obesidade abdominal, está diretamente relacionado ao risco cardiovascular e, por isso, aumenta as chances de morbidade e mortalidade quando não tratado.

Gráfico 5 - Circunferência Abdominal



Observa-se que 60,0% dos homens apresentam circunferência abdominal acima de 94 cm, ou seja, demonstram risco para doenças cardiovasculares, segundo Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2009/2010).

Segundo Carneiro et al (2003), o acúmulo de gordura na região abdominal promove a hipertensão que tem sido

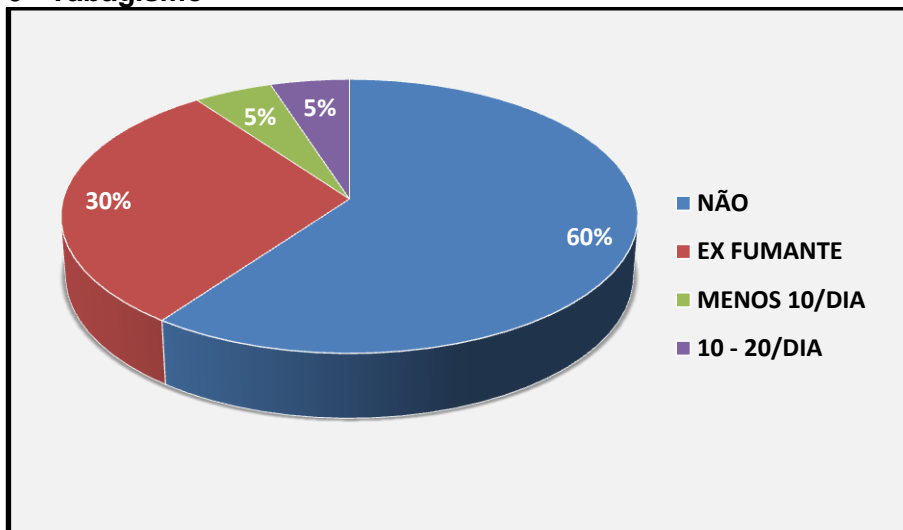
atribuída ao desenvolvimento da hiperinsulinemia decorrente da resistência à insulina. A hiperinsulinemia ativa o sistema nervoso simpático, bem como a reabsorção tubular de sódio que contribui para o aumento da resistência vascular periférica e, em consequência, a pressão arterial.

Para Diniz et al (2011) o tabaco é considerado um dos principais fatores

determinantes para o aparecimento e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas as cardiovasculares. Além do risco coronariano, o tabaco também é apontado por fator para o desenvolvimento de

outras 50 doenças. O autor explica ainda que o tabaco, seja ele em forma de cigarro, cachimbo ou rapé é responsável por 90,0% dos casos de cânceres de pulmão.

Gráfico 6 - Tabagismo

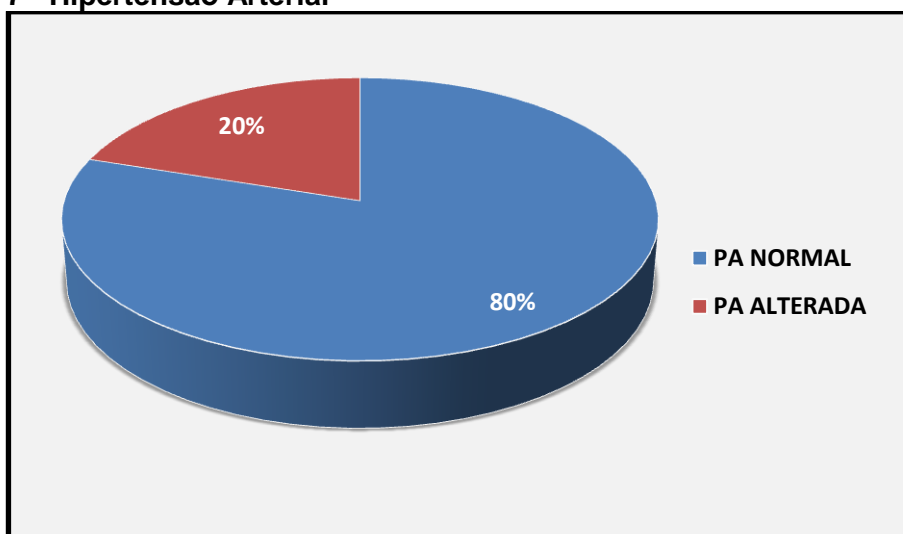


Conforme dados apresentados, 60,0% dos homens informaram não serem fumantes. Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), o fumo aumenta o risco cardiovascular, principalmente em decorrência de suas ações sobre o sistema nervoso autônomo e sobre a função endotelial. O aumento da pressão arterial sistêmica ocasionado pelo tabagismo tem papel importante no

aumento da morbidade e mortalidade, tanto cardiovascular, quanto renal, observadas em indivíduos fumantes.

A hipertensão arterial, segundo o Ministério da Saúde (2006), é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

Gráfico 7 - Hipertensão Arterial



Segundo dados apresentados, 20,0% do total de homens avaliados apresentaram índices pressóricos alterados.

Segundo Ministério da Saúde (2006), a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, sendo reconhecida como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

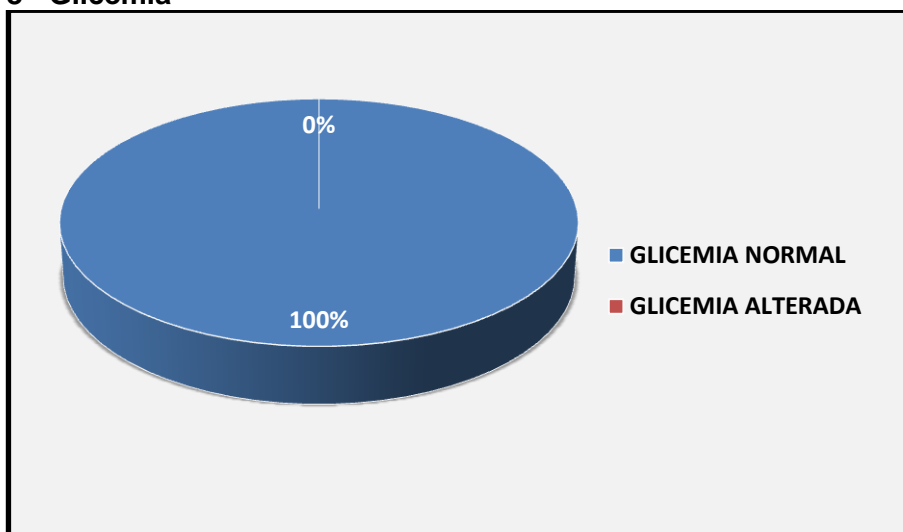
Segundo Kaiser (2010), é uma doença silenciosa, frequentemente acompanhada de outros transtornos multiplicadores do seu potencial agressivo, a hipertensão arterial contribui significativamente para a composição do

risco de doença vascular aterosclerótica e encabeça a lista de causas de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil.

Modificações no estilo de vida como: controle do peso, alimentação saudável, redução do uso de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e realização de atividade física, são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão.

É importante salientar a associação da hiperglicemia com as doenças cardiovasculares, sendo que a maior parte dos problemas dessa associação tem relação com a obstrução parcial ou total das artérias.

Gráfico 8 - Glicemia



Observa-se que 100% dos homens não apresentaram alterações de índices glicêmicos.

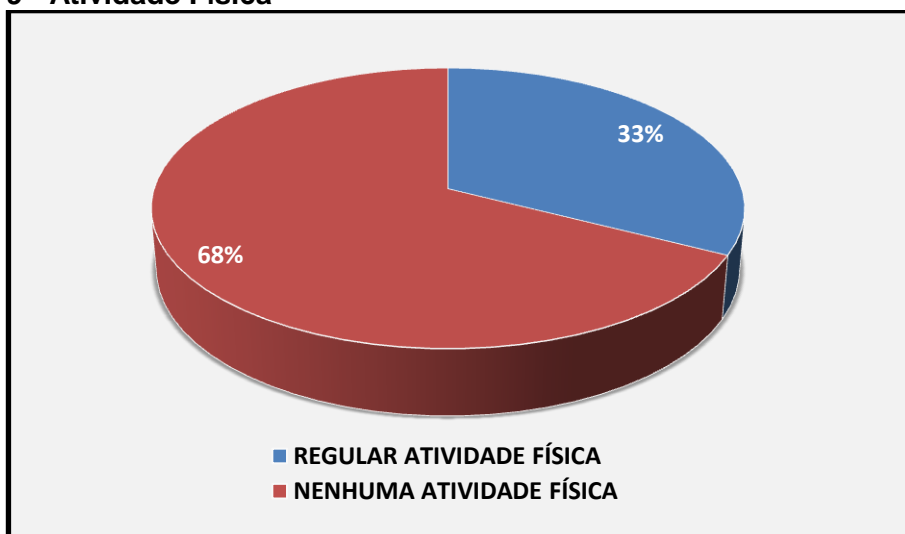
Segundo Prado (2011), a hiperglicemia acelera a aterosclerose e a deposição de gorduras nas paredes dos vasos sanguíneos o diabetes aumenta o risco de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC) e doença vascular periférica. Ele ainda afirma que a doença tem sido vista como um equivalente de doença coronariana e, por outro lado, muitos portadores de doença cardiovascular, se investigados, apresentam diabetes ou seus estágios

pré-clínicos, especialmente intolerância à glicose.

Os problemas cardiovasculares associados ao diabetes podem aumentar também problemas na circulação periférica, que dificultam a cicatrização de feridas e fornecimento de nutrientes para as extremidades do corpo e podem chegar a causar amputação de membros por necrose.

O sedentarismo é considerado o principal fator de risco para a morte súbita, estando, na maioria das vezes, associado direta ou indiretamente às causas ou ao agravamento da grande maioria das doenças.

Gráfico 9 - Atividade Física



Quanto ao gráfico acima, evidencia-se que 68,0% dos homens não realizam atividades físicas regularmente, segundo preconizadas pelo Ministério da Saúde.

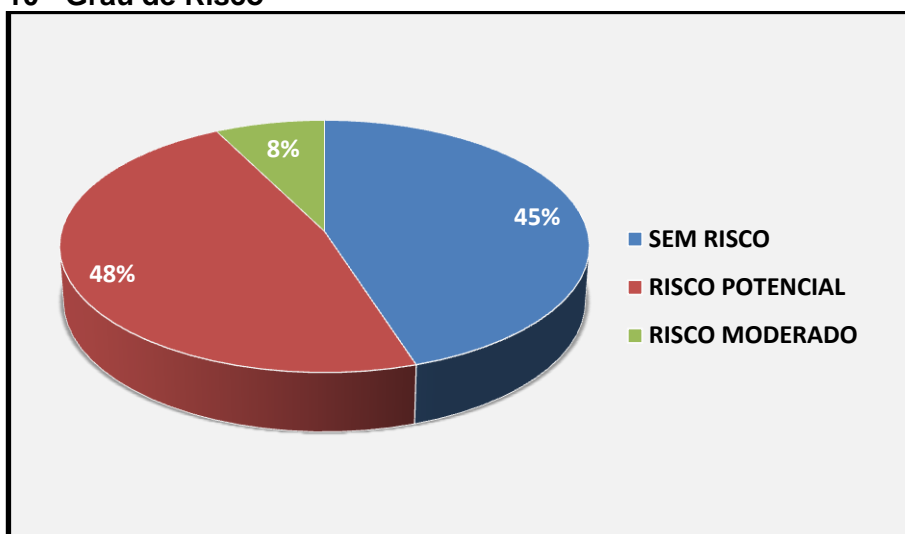
Segundo Neto (1997), o sedentarismo é a principal causa do aumento da incidência de várias doenças. Hipertensão arterial, diabetes, obesidade, ansiedade, aumento do colesterol, infarto do miocárdio são alguns dos exemplos das doenças às quais o indivíduo sedentário se expõe.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2007), a inatividade física é

responsável por 54,0% dos riscos de morte por distúrbios cardiovasculares, 50,0% dos de derrames fatais e 37,0% dos riscos de casos de câncer.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), é importante alterar os hábitos de vida com a incorporação da prática regular de, pelo menos, 30 minutos de atividade física, na maior parte dos dias da semana, se possível diariamente, de intensidade moderada, como estratégia para redução de risco de doença crônica não transmissível e para a qualidade de vida.

Gráfico 10 - Grau de Risco



Segundo dados apresentados no gráfico, 56,0% dos homens analisados apresentam risco para doenças

cardiovasculares. De acordo com o Ministério da saúde (2006), existem fatores de risco modificáveis e não

modificáveis, os fatores modificáveis inclui o tabagismo, a atividade física, peso, controle da pressão arterial e valores glicêmicos. E os fatores não modificáveis relacionam-se a antecedentes familiares e faixa etária.

6. AVALIAÇÃO

Para identificar qual a relação do trabalhador com a unidade de saúde de sua referência, bem como, o seu entendimento sobre o autocuidado, foi aplicado um questionário de pesquisa.

Foram realizados os seguintes questionamentos:

1. O senhor conhece a Unidade Básica de Saúde próxima a sua residência?
☐ Sim ☐ Não
2. Já utilizou os serviços da unidade?
☐ Sim ☐ Não
 Quais? _____
3. O senhor acredita que ações como essa são importantes no seu ambiente de trabalho?
☐ Sim ☐ Não
 Justifique: _____

Quanto ao primeiro questionamento, dos 40 homens entrevistados, 34 confirmaram conhecer a UBS próxima a sua residência. E 06 afirmaram não conhecer.

Em relação à utilização dos serviços da UBS, 25 homens afirmaram utilizá-los, sendo que 15 afirmaram não ter utilizado os serviços disponíveis.

Questionados sobre a importância dessas ações de saúde no ambiente de trabalho, todos afirmaram positivamente.

Opiniões mais recorrentes:

“Aproxima os funcionários do serviço de saúde”.

“Muito, ajuda a gente a se cuidar porque não temos tempo para ir ao médico e nos chama a atenção para procurar o posto.”

“Podendo assim, identificar possíveis alterações na saúde de quem não tem o hábito de ir ao médico.”

“Através dessas ações, as pessoas se tornam mais informadas de sua saúde e são conscientizadas quanto ao risco que possam vir a ter,”

“Têm muitas pessoas que por causa do trabalho não têm tempo para poder se cuidar.”

“O homem não preocupa com sua saúde, portanto nos informa dos serviços de saúde e previne riscos.”

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à ausência de ações de saúde voltadas para o homem, identificado no diagnóstico situacional e análise *Swot* da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Jardim Petrópolis, constatou-se a importância de trabalhar esse tema justificado pela necessidade de ações que contemplem a saúde integral desse público, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Diante da situação, foi realizada uma intervenção em uma empresa privada pertencente ao município de Betim, na área de abrangência da UBSF Jardim Petrópolis, cujo quadro de funcionários é predominantemente masculino. Foram avaliados os prováveis riscos para o desenvolvimento de patologias coronarianas, os dados colhidos possibilitaram a classificação de grau de risco coronariano evidente para intervenções de saúde. Foram mensurados e avaliados os níveis pressóricos e glicêmicos, Índice de Massa Corporal (IMC), assim como a investigação de antecedentes familiares, tabagismo, atividade física e os hábitos de vida.

O sucesso dos resultados alcançados evidenciou-se pelo alcance dos objetivos esperados, como a identificação de 56,0% dos homens com fatores de risco coronariano alterados,

isso possibilitou a orientação e encaminhamento para o serviço de saúde; a promoção do aumento da adesão/vínculo da população masculina com a unidade de saúde e ainda o estímulo do autocuidado, qualidade de vida, promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis.

Assim, intervenções voltadas à saúde do homem deverão ser realizadas na Estratégia de Saúde da Família, pois ao trazer os homens para perto dos serviços de saúde é possível identificar precocemente os agravos evitáveis, planejar a assistência e ampliar a adesão/vínculo do homem com a unidade de saúde, visando à continuidade do cuidado.

Ressalta-se que a saúde do homem ainda é um desafio para a atenção primária, o enfoque na estratégia de intervenção não pode se limitar a modificações do estilo de vida ou medidas individuais, mas utilizar estratégias que permitam modificações no programa de saúde da família a fim de contemplar integralmente este público diferenciado. Diante disso, para pesquisas futuras, recomenda-se ampliar a pesquisa para uma amostragem maior de homens e realizá-la, também, em outras empresas.

8. REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 04 maio 2013.

ARAÚJO, M.B.S & ROCHA, P.M. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família**. In Ciência & Saúde Coletiva. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>> Acesso em: 22 maio 2013.

BATISTA, Luís Eduardo. **Entre o Biológico e o Social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva**. In GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, RMG

and GOMES, MHA, orgs. O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sócias e saúde. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2003. Disponível em: <<http://www.creasp.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/07/goldenberg-8575410253.pdf#page=210>> Acesso em: 25 mar. 2013.

BETIM. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Assistência em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus de Betim** (2006).

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e promoção da saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Conass, 2007. 1ª ed. pág.35.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) Protocolo (2001)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília. Secretaria de Atenção à Saúde. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>. Acesso em: 04 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº8080 – Lei Orgânica da Saúde**. <Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – princípios de diretrizes**. Brasília. Secretaria de Atenção à Saúde. 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>> Acesso em: 20 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. Secretaria de Atenção à Saúde. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pratiqué saúde**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/pratique_saude/dicas.htm>. Acesso em: 02 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf> Acesso em: 21 maio 2013.

CARNEIRO, Gláucia et al. **Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência da hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos**. In Ver. Assoc. Med. Bras 2003; pg: 306-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300036> Acesso em: 02 maio 2013.

DINIZ, C. A. P. M. et al. Os efeitos do tabagismo como fator de risco para doenças cardiovasculares. In **Revista Eletrônica Saúde em Foco**. 2011. Acesso em: 15 de maio de 2013. Disponível em: <http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/>

revistas/saude_foco/artigos/ano2011/tabagismo.pdf> Acesso em: 15 maio 2013

GIORGI, Dante Marcelo Artigas. Tabagismo, hipertensão arterial e doença renal. In: **Revista Hipertensão**, v. 13, n. 04, p. 256 – 259, 2010. Disponível em:

<
http://www.sbh.org.br/pdf/revista_hipertensao_4_2010.pdf. Acesso em 04 maio 2013.

ISHITANI, Lenice Harumi; FRANCO, Glaucia da Conceição; PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva. FRANÇA, Elisabeth. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. In. **Rev Saúde Pública** 2006; pg.684-91. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/19.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2013.

JULIANO, Neiva Cabral. **As metodologias Educacionais na concepção holística de ensino aprendizagem**. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2004/anaisEvento/Documentos/CI/TC-CI0080.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2013.

KAISER, Sérgio Emanuel. **Estratificação de risco cardiovascular e metas de terapia anti-hipertensiva**. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/08-estratificacao.pdf>. Acesso em 04 maio 2013.

NOLASCO, Sócrates. **De Tarzan a Homer Simpson: banalização e violência masculina em sociedades contemporâneas**. Ed. Rocco. Rio de Janeiro, 2001.

PRADO, Ceres. **Complicações associadas ao diabetes**. Disponível em: http://www.portaldiabetes.com.br/conteudo_completo.asp?idconteudo=10001801. Acesso em: 04 maio 2013.

RIBEIRÃO PRETO. Santa Casa de Misericórdia. **Tabela de Risco Coronariano da “American Heart Association”**. Disponível em:

<<http://files.cardiologiarp.webnode.com.br/200000030-2d7a92e74c/tabela%20de%20risco%20coronariano.jpg>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Teste seu coração.** Disponível em: <<http://prevencao.cardiol.br/testes/riscocoronariano>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

SCHRAIBER, Lília Blima; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza. **Homens e saúde na pauta da saúde coletiva.** In *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (1): 7-17, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n1/a02v10n1.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

VANDERLEI, M. I. G. & ALMEIDA, M. C. P. **A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família.** In *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a21v12n2.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2013.