

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORO - FACENE

LUANNA KADDIGYNNA ARGEMIRO DE OLIVEIRA SILVA

**ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO PARA O CUIDADO DA
SAÚDE DO HOMEM NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE UPANEMA-RN**

MOSSORÓ

2016

LUANNA KADDIGYNNA ARGEMIRO DE OLIVEIRA SILVA

**ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO PARA O CUIDADO DA
SAÚDE DO HOMEM NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE UPANEMA-RN**

Monografia apresentada a Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró
como requisito parcial para obtenção de título
em Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ma. Amélia Resende Leite

MOSSORÓ

2016

LUANNA KADDIGYNNA ARGEMIRO DE OLIVEIRA SILVA

**ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO PARA O CUIDADO DA
SAÚDE DO HOMEM NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE UPANEMA-RN**

Monografia apresentada pela aluna Luanna Kaddigynna Argemiro de Oliveira Silva do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ma. Amélia Resende Leite (FACENE/RN)
Orientador

Prof^o. Me Alexandre Bezerra Silva
Membro

Prof^a. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)
Membro

À Deus,

Presença constante em minha vida, que incomparável e inconfundível em seu amor, deu-me a necessária coragem nos momentos mais difíceis para fazer esta graduação, vencendo desafios e almejando Conquistas...

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados pais Francisco Luiz e Francisca Argemiro, que com sabedoria e muito amor, souberam me educar, fazendo-me compreender os valores do estudo e do saber para a vida, não mediram esforços ao me proporcionarem uma formação sólida, fundamental para minhas realizações pessoais e profissionais. Por fazer-me acreditar ser capaz de vencer mais esta etapa de minha vida...

Ao meu marido Oliveira da Silva, á meus filhos Oliver Kauã e Marvenys Argemiro, pelo incentivo, compreensão, carinho e palavras de conforto nos momentos importantes e muitas vezes difíceis da minha vida.

A professora Amélia Rezende, por ser Exemplo de dedicação, de dignidade pessoal e, sobretudo de carinho e amizade. Pessoa de caráter ímpar, que soube, além de transmitir seus conhecimentos, transmitir-me suas experiências e apoiarem em minhas dificuldades. Sou eternamente grato e admiro muito sua ética e sua conduta profissional, é sem sombra de dúvida um exemplo de profissionalismo e competência. Muito obrigado, por tudo!

Agradeço, também, a todos meus professores, com destaque a Tatiane Oliveira, Carlos Augusto, Patrícia Helena e Alexandre Bezerra que influenciaram na minha formação e ajudaram muito, doando todo seu saber e me educando para ser cidadã melhor. Muito obrigada, por tudo!

Aos funcionários da FACENE Mossoró, em especial a Maria José, Raimundo, a bibliotecária Vanessa Camilo, pela ajuda e apoio durante a caminhada acadêmica.

Agradeço também a minhas grandes amigas Raquel Costa, Mislândia Medeiros, Micherlândia Medeiros, Tayssa, Ana Célia, Kalizia Liziane, Leocádio Oliveira e Adna Oliveira que sempre me ajudaram de alguma forma no decorrer do curso, me ensinando várias coisas, nos momentos de dificuldade. Tenho certeza que serão grandes profissionais, e que alcançaram todos seus sonhos, não só por ter me ajudado, mas pelos seus caracteres, e o exemplo de pessoas que são.

E, por fim, agradeço minhas colegas de sala, pelo companheirismo e grande amizade formada no decorrer destes quatro anos. Vale ressaltar que foi a melhor equipe que já encontrei e que jamais esquecerei de vocês.

Posso, tudo posso naquele que me fortalece
Nada e ninguém no mundo vai me fazer desistir
Quero, tudo quero, sem medo de entregar meus projetos
Deixar-me guiar nos caminhos que Deus desejou para mim e ali estar
Vou perseguir tudo aquilo que Deus já escolheu para mim
Vou persistir, e mesmo nas marcas daquela dor
Do que ficou, vou me lembrar.
E realizar o sonho mais lindo que Deus sonhou
Em meu lugar estar na espera de um novo que vai chegar
Vou persistir, continuar a esperar e crer
E mesmo quando a visão se turva e o coração só chorar.

(Celina Borges)

RESUMO

Foi através da luta que os sanitaristas possibilitaram a concretização do SUS, a saúde passa a ser direito de todos e dever do estado, com princípios e diretrizes de: universalidade, igualdade, integralidade, descentralização, hierarquização, participação e controle social, o mesmo organiza o sistema de saúde obedecendo a demanda e a necessidade, classificando-se desde o nível primário ao terciário. Existem políticas públicas para cada nível de assistência, com o objetivo de garantir os direitos preconizados pelo SUS para toda a população, existia uma parte da população entre 20-59 anos que era excluída, sendo necessário a implantação de uma política específica para estes. A PNAISH tem o objetivo de entregar e promover a saúde para os homens, tendo em vista que eles vivem sete anos a menos que as mulheres, é importante que a enfermagem conheça a política para desenvolver estratégias que auxilie na promoção a saúde destes. O objetivo geral da pesquisa é analisar as estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro para o cuidado da saúde do homem no âmbito da atenção primária no município de Upanema-RN, os específicos são: identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para o cuidado da saúde do homem no âmbito da atenção primária; conhecer a articulação entre o enfermeiro e a equipe da Saúde da Família; perceber as principais dificuldades que estes profissionais encontram no desenvolver destas estratégias voltadas para o cuidado da saúde do homem; conhecer os desafios elucidados pelos enfermeiros quanto a efetivação das ações relacionadas a saúde do homem na atenção primária. O tipo da pesquisa é quanti-qualitativa, descritiva e exploratória, o local de coleta de informações são as UBS de Upanema. Os sujeitos participantes foram os enfermeiros das UBS. Como instrumento de coleta de dados, utilizamos uma entrevista semi-estruturada com perguntas abertas e fechadas. Para a discussão dos dados qualitativos a análise de conteúdo e os dados quantitativos foram analisados através de frequências simples e porcentagem, onde foram tabulados em planilha eletrônica no programa Excel 97 e expressos em gráficos. Visualiza-se que a maioria dos enfermeiros possuem tempo de serviço na ESF entre 1 a 4 anos e possuem especialização. As estratégias utilizadas pelos enfermeiros para o cuidado da saúde do homem são ações pontuais envolvendo datas comemorativas e outros programas do Ministério da Saúde, como o hiperdia. A articulação entre o enfermeiro e a equipe de ESF é precária e destaca a articulação com o agente comunitário de saúde. Dentre as dificuldades que estes profissionais encontram para desenvolver as estratégias, visualizou-se a própria ausência do homem na UBS, na falta de incentivos dos gestores e percebe-se que o próprio desconhecimento da PNAISH por parte de alguns profissionais. Os resultados nos permitiram concluir que os enfermeiros encontram dificuldades para desenvolver estratégias para o cuidado a saúde do homem no âmbito da atenção primária, e isto resulta na interação reduzida dos profissionais com o público masculino e conseqüentemente um cuidado prejudicado, confirmando a nossa hipótese

Descritores: Saúde do Homem. PAISHN. Políticas Públicas

ABSTRACT

It was through the struggle that health workers got the implementation of the Unified Health System (UHS). Health becomes a universal right and obligation of the State, with principles and guidelines of universality, equality, integrality, decentralization, hierarchy, participation and social control, and organizes the health system obeying the demand and need, and it is classified from primary to tertiary. There are public policies for each level of assistance in order to guarantee the rights adopted by UHS for the whole population. There was a part of the population aged 20-59 years who was excluded, that is why it was necessary the implementation of a specific policy for these. Brazilian Comprehensive Healthcare Policy for Men (PNAISH) is intended to promote men's health, since they live seven years less than women live. It is important that nursing know the policy to develop strategies that help in promoting men's health. The general objective of the research is to analyze the strategies developed by the nurse for men's health care in primary care in the city of Upanema-RN. The specific objectives are to identify the strategies used by nurses for the men's health care in primary care; know the relationship between the nurse and the Health Family Team; realize the main difficulties that these professionals find to develop strategies focused in men's health care; know the challenges elucidated by nurses as to the effectiveness of the actions related to men's health in primary care. The research methodology is quantitative and qualitative, descriptive and exploratory, and the location of data collection are the UBS from Upanema, having as participating subjects the nurses from UBS. To collect data it will be used a semi-structured interview with open and closed questions. For the discussion of the qualitative data, the analysis of the content and quantitative data will be analyzed through simple frequencies and percentage, and they will be tabulated in a spreadsheet in Excel 97 program. Most nurses have service in the ESF between 1 to 4 years and they have expertise. The strategies used by nurses for men's health care are specific actions involving holidays and other Ministry of Health programs, such as HIPERDIA. The relationship between the nurse and the FHS team is precarious and highlights the connection with the community health worker. Among the difficulties that these professionals find to develop the strategies, the highlight was the very absence of man in UBS, the lack of incentives of managers, in addition to the lack of knowledge about PNAISH by some professionals. The results allowed us to conclude that nurses find some difficulties to develop strategies for Men's Health care in primary care, and this situation results in reduced interaction of professionals with the male audience and consequently an impaired care, confirming our hypothesis.

Keywords: Men's Health. PNAISH. Public policies.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária a Saúde

CAPS - Caixas de Aposentadorias e pensões

CONASS - Conselho Nacional de secretariado saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

IAPS – Instituto de Aposentadoria e Pensões

INAMPS - Instituto Nacional Médicos Social

MS - Ministério da Saúde

NOB 96 - Normas Operacional Básica 96

OPS- Organização Pan-Americana de Saúde

PA - Plano de Ação

PAIS - Programa Ação Integral saúde

PAISM- Política Atenção Integral Saúde da Mulher

PNAISH- Política Nacional Atenção Integral a Saúde do Homem

PSA- Antígeno Prostático Específico

PSF- Programa Saúde da Família

RAS - Redes Atenção Saúde

SIMPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 | Justificativa | 14 |
| 1.2 | Problema..... | 14 |
| 1.3 | Hipótese..... | 14 |
| 2 | OBJETIVOS | 15 |
| 2.1 | Objetivos Geral..... | 15 |
| 2.2 | Objetivos Específicos | 15 |
| 3 | REFERENCIAL TEÓRICO | 16 |
| 3.1 | Organização dos níveis de atenção a saúde do sus | 16 |
| 3.2 | Políticas publicas se saúde | 20 |
| 3.3 | Estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro para o cuidado da saúde do homem no âmbito da atenção primária | 26 |
| 4 | METODOLOGIA | 30 |
| 4.1 | Tipo de Pesquisa..... | 30 |
| 4.2 | Local do Estudo | 30 |
| 4.3 | Sujeitos do Estudo e Amostra | 30 |
| 4.4 | Instrumento de Coleta de dados e Informação | 31 |
| 4.5 | Procedimentos para a Coleta de Dados e Informações | 31 |
| 4.6 | Discussões dos Dados e Informações | 31 |
| 4.7 | Aspectos Éticos | 32 |
| 4.8. | Financiamento da Pesquisa | 32 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÕES | 34 |
| 5.1 | Caracterização da Amostra Quantificáveis | 34 |
| 5.2 | Estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro para o cuidado da saúde do homem no âmbito da atenção primária á saúde | 36 |
| 5.2.1 | Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para o cuidado da saúde do homem no âmbito da atenção primária | 37 |
| 5.2.2 | Ações desenvolvidas pelo enfermeiro e a equipe da Saúde da Família para o cuidado a saúde do homem | 39 |
| 5.2.3 | Articulação entre o enfermeiro e a equipe de ESF para o cuidado a saúde do homem..... | 40 |

| | |
|---|-----------|
| 5.2.4 Principais dificuldades encontradas pelo enfermeiro para o cuidado da saúde do homem | 42 |
| 5.2.5 Efeito das ações realizadas pelos enfermeiros para a melhoria da saúde da população masculina | 43 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 46 |
| REFERÊNCIAS | 48 |
| APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 53 |
| APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 54 |
| ANEXO A – CERTIDÃO DE AUTORIZAÇÃO | 58 |
| ANEXO B – CERTIDÃO | 59 |

1 INTRODUÇÃO

No fim da década de 1980, durante a XIII Conferência Nacional de saúde surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de mudar a desigualdade da assistência à saúde das pessoas existente em um cenário cheio de disparidades sociais, afirmando que a saúde é uma condição de vida e não a ausência de doença. Determinou-se também que sua efetivação fosse com base no propósito da reforma sanitária, no qual ampara um novo sistema de saúde com princípios de integralidade, universalidade e participação popular, embasadas que a saúde é um direito de todos e dever do estado, com o objetivo de garantir assistência integral e gratuita a todos os cidadãos (BRITO; SANTOS; MACIEL, 2010).

No intuito de organizar os níveis de atenção e consagrar a atenção primária como porta de entrada preferencial no sistema de saúde, em 1994 foi desenvolvido o Programa Saúde da Família (PSF), que devido sua expansão no decorrer dos anos passou a ser conhecida como Estratégia de Saúde da Família (ESF), trazendo princípios e diretrizes para a organização da atenção primária, seguindo as normas do SUS na definição da territorialização, determinando a população destinada em cada espaço geográfico, buscando resolver os problemas independentemente do estado de saúde deste público e dando-lhe acesso aos recursos necessários (LOPES et al, 2015).

O sistema de classificação por níveis de complexidade, a atenção primária surgiu na Grã-Bretanha, dividido em três níveis fundamentais para se desenvolver uma assistência de qualidade na atenção à saúde voltada para a território e população na qual será assistida: o primeiro é constituído por centros de saúde primária, a segunda centros de saúde secundários e o terceiro pelos hospitais escolas de maneira a hierarquizada (SAITO, 2010).

Aumentando a cooperação da sociedade e o laço de responsabilidade entre a saúde e a população, a construção do PSF foi apontada como marco na saúde pública (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010). Diante disto a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada para o serviço de saúde, e mostra os esforços do SUS para que se concretize, ficando cada vez mais forte a relação com a sociedade e garantindo assistência de qualidade (FONTES et al, 2010).

O planejamento da melhoria e especialização da atenção básica representada pela ESF, procurou superar o modelo assistencial hegemônico focado na doença,

através do trabalho em equipe baseado em estratégias sanitárias e participação democrática (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

A ESF é responsável por acompanhar um determinado número de famílias de sua área geográfica estabelecida. As equipes realizam ações de promoção a saúde, prevenção, tratamento, controle e reabilitação da população quanto as patologias mais acometidas por esta (OLIVEIRA et al, 2010).

Para direcionar as ações em saúde na Atenção Primária, envolve vários grupos e de diferentes ciclos de vida: como criança, adolescentes, mulheres, adultos e idosos, o Ministério da Saúde elaborou várias políticas de saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e saúde da população (CASTRO; TOCANTINS, 2010).

Sendo assim, as políticas públicas de saúde são ações desenvolvidas pelo governo para idealizar, formular e desenvolver, através vários intercâmbios de acordo com a demanda da sociedade os resultando, planos, estratégias e ações que tragam transformações positivas gerando benefícios para a sociedade. O desenvolvimento de uma política pública envolve vários fatores importantes como cultura, economia, políticos, meio social entre outros que interagem em diferentes campos sociais. O desenvolvimento destas políticas significa pôr em prática a opinião popular, que resulta na formalização e definição de novas especialidade (GOMES et al, 2012).

Baseada nas informações acima, algumas pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde afirmam que mais de 68% das mortes, da faixa etária de 20 a 59 anos, foram de homens, de cada 3 pessoas adultas que morrem, 2 são homens, concluindo assim que os homens vivem em média sete anos a menos que as mulheres, e que só buscam pôr serviço de saúde quando não conseguem mais trabalhar, por causa de alguma doença crônica (LOPES et al, 2015).

Reconhecendo que a população masculina é um grupo que se torna invisível na ESF devido sua a ausência, diagnosticou-se ainda a vulnerabilidade do gênero tornando-se assim um problema de saúde pública sobrecarregando o SUS (FONTES et al, 2011).

Compreender os motivos que dificultam o acesso do homem a unidade básica de saúde é muito importante, pois com base nestes motivos, que serão desenvolvidas medidas de integração desta população com a ESF, para a garantir a promoção de saúde dos homens (SILVA et al, 2015).

O Ministério da Saúde com o intuito de integrar na ESF a população masculina com idade entre 20 a 59 anos e de acordo com a necessidade evidenciada nas pesquisas realizadas, em 2008 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (FONTES et al, 2011) que veio sob a justificativa que a atenção à saúde está voltada para quatro grupos específicos: crianças, adolescentes, mulheres e idosos, e deixa de fora 25% da população, homens em idade entre 20 a 59 anos, desviando-se desta forma de um dos princípios do SUS a integralidade (GOMES et al, 2012).

O objetivo da PNAISH é desempenhar uma melhor condição de saúde para os homens, organizar as redes Básicas de assistência garantindo cuidado integral, diminuindo efetivamente a morbidade e mortalidade, superando os fatores de riscos através da facilidade de acesso ao serviço como também as ações desenvolvidas (GOMES et al, 2012).

A importância da atenção básica para esta política refere-se ao fato de que esta deve promover práticas que integrem o homem no serviço de saúde, devido sua maior proximidade com a população, dando destaque as ações preventivas e de promoção a saúde, através de ações educativas, sensibilizando esta população para a quebra das barreiras existentes entre as unidades básicas e os homens (TEIXEIRA et al, 2014).

A elaboração de estudos sobre a PNAISH na área de enfermagem é extremamente justificada pelo fato de ser o enfermeiro o responsável pela sua efetivação através do desenvolvimento de ações. O profissional deve trabalhar para a melhoria da saúde do homem, decorrente do seu perfil epidemiológico de morbimortalidade, ajudando por meio da promoção a saúde e prevenção de doenças (TEIXEIRA et al, 2014).

No contexto das políticas públicas da saúde, o enfermeiro como integrante da ESF, tem um papel importante na prevenção de doenças/agravos e na promoção de qualidade de vida da população de modo geral e em especial para os grupos mais vulneráveis, como os homens durante a fase reprodutiva. Para a implantação da PNAISH faz-se necessário a sensibilização dos profissionais de enfermagem, para que estes assumam a execução desta política. Através dos diagnósticos os membros da saúde inclusive o próprio homem, poderão identificar o percussor que a política deve seguir e ao mesmo tempo firma a prática de assistência de enfermagem (ALVARENGA et al, 2013).

1.1 Justificativa

A escolha deste tema ocorreu pela curiosidade em investigar a ausência do homem nas unidades básicas de saúde e quais as estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro para o cuidado da saúde deste público. Além disso, a autora possui afinidade com a temática, e através desta proposta de trabalho busca aprofundar o conhecimento sobre a saúde do homem e como o enfermeiro pode intervir.

A importância deste estudo se dá pelo fato de servir futuramente como embasamento teórico para o conhecimento dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro e acadêmicos, para qualificar a assistência voltada ao homem, baseada nas diretrizes da PNAISH.

Os resultados provenientes deste estudo serão de importância fundamental para a elaboração de estratégias que qualifiquem a assistência no município de Upanema- RN, e assim promover a saúde da população masculina.

1.2 Problema

Quais as estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro para o cuidado da saúde do homem no âmbito da atenção primária à saúde no município de Upanema-RN?

1.3 Hipótese

Acredita-se que os enfermeiros encontram dificuldades para desenvolver estratégias para o cuidado a saúde do homem no âmbito da atenção primária, e isto resulta na interação reduzida dos profissionais com o público masculino e conseqüentemente um cuidado prejudicado.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar as estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro para o cuidado da saúde do homem no âmbito da atenção primária no município de Upanema-RN.

2.2 Específicos

- Caracterizar socialmente e profissionalmente a amostra utilizada;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para o cuidado da saúde do homem no âmbito da atenção primária;
- Conhecer a articulação entre o enfermeiro e a equipe da Saúde da Família para o cuidado a saúde do homem;
- Descrever as dificuldades que estes profissionais encontram para desenvolver as estratégias voltadas para o cuidado da saúde do homem.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Organização dos Níveis de Atenção à Saúde do SUS

Em muitos países inclusive no Brasil a organização do sistema de saúde ocorreu com base da proposta de classificação dos níveis de complexidade de Dawson, deixando o sistema de saúde mais forte e eficiente devido sua organização e disponibilidade dos recursos. Foram estabelecidos parâmetros para determinar sua classificação, são estes: demanda e a complexidade da necessidade. De acordo com a classificação podemos concluir que nas Unidades Básicas de Saúde seria realizado atendimento aos casos de menor complexidade, na secundária os casos de média complexidade e na terceira os casos de alta complexidade (SAITO 2010).

No Brasil existia uma desigualdade na assistência de saúde prestadas aos pacientes. Com o surgimento do SUS este atendimento teve que ser mudado, tornando obrigatória a assistência pública prestada a todos os membros da população na promoção dos serviços da atenção primária, secundária e terciária. De acordo com isto as ações e serviços públicos de saúde passaram a ser determinadas pelas diretrizes que rege o sistema (VIEGAS; PENNA, 2013).

De acordo com o Aguiar (2011) com a concretização do SUS a saúde deixar de ser algo restrito e passa a ser um direito de todos e dever do estado, que disponibilizara os recursos para a sua implementação como determina a lei. Os princípios e diretrizes que norteiam o SUS são os mesmo nas três esferas (Federal, Estadual e Municipal) tornado o Sistema um só.

No que diz respeito aos princípios doutrinários a universalidade dos serviços que deve ser disponibilizado independentemente do nível de complexidade, natureza ou custo do serviço prestado, a universalidade do acesso a saúde deve ser de forma igual para todos sem exceções, pois as despesas são de responsabilidade de toda a sociedade, já a igualdade de assistência à saúde diz que não pode haver preconceitos e privilégios para a realização dos serviços. Somente pode ter distinção entre as técnicas e acesso se houver necessidades relacionados a saúde, e a integralidade da assistência deve ser um conjunto de ações e serviços prestados tanto a comunidade como ao indivíduo de forma integral visando o curativíssimo e a prevenção sem distinção de níveis de complexidade (MACHADO; LIMA; NORONHA, 2012).

Os princípios organizacionais segundo Aguiar (2011) são constituídos por descentralização, que distribui as responsabilidades e os recursos entre o poder federativo, estadual e municipal para que este em especial possa desenvolver ações de saúde para a população, através do município junto com os profissionais de saúde poder organizar estas políticas públicas e enraíza-las em meio a sociedade através da Atenção Básica, como por exemplo a implantação da PNAISH.

Segundo Noronha; Lima; Machado (2012). A hierarquização e regionalização determina que a saúde deve ser dividida em três níveis de complexidade. A população ira usufruir de acordo com sua necessidade através do mecanismo de referenciar e contrarreferenciar, que irá disponibilizar informações sobre o acompanhamento do paciente independente do hospital ou cidade em que o mesmo foi encaminhado, tendo como acesso inicial a Atenção Básica.

A participação e controle social passa a ser uma garantia que a sociedade participara desde a construção de políticas de saúde até o seu desenvolvimento em todos as esferas através dos conselhos de saúde e conferencias de saúde onde os profissionais, gestores e população interagem a respeito dos assuntos em pauta (AGUIAR, 2011).

Segundo os autores Machado et al, (2009) os níveis de complexidade são organizados de acordo com a necessidade de assistência de cada um, nas unidades básicas estariam os profissionais capazes de exercerem os cuidados mais frequentes e de menor complexidade como por exemplo: vacinas, nas unidades ambulatoriais e hospitalares especializados são exercidas funções de maior complexidade como cirurgias e outros procedimentos de menor frequência.

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Básica é constituída por diversas ações de saúde, com o objetivo de promover e prevenir a saúde, diagnóstica, tratar e reabilitar o usuário que necessitam de forma integral. A Atenção Básica é regida por uma equipe multiprofissional que através de práticas de cuidados exercidas para a população do setor designando desempenha seu papel, identificando os fatores de risco, vulnerabilidade da população do território (BRASIL, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) desenvolveu a atenção básica com bases na necessidade de melhoria da assistência prestado a população, o modelo de assistência era voltado ao curativíssimo e hospitalocêntrico. A atenção básica consiste em uma equipe multiprofissionais, que eram direcionadas a locais de maior vulnerabilidade, buscando cumprir os princípios do SUS (CALDEIRA; SILVA, 2010).

Atualmente a Atenção Primária à Saúde ou atenção básica é caracterizada como a porta de entrada preferencial para o Sistema de Saúde. A mesma garante o vínculo existente entre o serviço e a população concretizando-se os princípios e doutrinas do SUS, tornando-o cada vez mais forte e eficiente (FONTES et al, 2011).

A atenção primária deve estar preparada para atender e resolver os problemas, devido ser o primeiro contato da população com o SUS. As referências para os níveis de assistência devem ser feitas de acordo com o grau de complexidade de cada caso (VIEGAS; PENNA, 2013).

Em 1994 foi lançada uma nova proposta para a reorganização da Atenção Básica através aproximação da população com serviço de saúde para a melhoria dos seus objetivos, como também desenvolvendo uma ligação entre os desencadeadores de assistência á saúde que vão desde a Atenção Primária até a Atenção terciária (BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011).

Seguindo o modelo do sistema de saúde da Inglaterra, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), orientou que este modelo fosse dividido de acordo com as necessidades individuais e da coletividade, sendo organizado de acordo com os níveis de assistência, que vão desde a atenção primária até a terciária. Estes níveis de assistência são organizados por tecnologias leve, dura-leve e pelo perfil de morbidade (MENDONÇA; ANDRADE, 2010).

A ESF tem um papel importantíssimo para o avanço da saúde no Brasil, pois a mesma trabalha a partir de proteção e promoção a saúde, independentemente do tempo que irá necessitar disponibilizar para toda a população que fará uso da Atenção Básica. Com a aprovação das Normas Operacionais Básicas de 1996 (NOB 96) ocorreu uma mudança que encaminha para todos os municípios o dever de responder pelas dificuldades da população referente ao serviço de saúde (BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011).

Alguns estudos direcionados a práticas de atenção da ESF observaram que a mesma está focada para os públicos como gestantes, mãe, grupo de idosos e pacientes portadores de patologias crônicas, desempenhando ainda entre outras as ações como planejamento familiar, pré-natal, Crescimento e desenvolvimento da criança. Estes recursos geram pensamentos sobre a gestão e o trabalho, expandindo a extensão do pensar e do fazer dos profissionais (OLIVEIRA et al, 2010).

A equipe da ESF deve estar com sua atenção constantemente voltada para a coletividade através da vigilância em saúde, que identificara os problemas e as vulnerabilidades de sua área geográfica. Faz-se necessário a união com várias repartições como igrejas, associações, líderes, escolas e outras que interajam com a comunidade, podendo ajudar na busca pelo desenvolvimento da saúde da população em geral (OLIVEIRA et al, 2010).

Os objetivos da ESF são atuar nos indicativos de risco que a população estar vulnerável, através de uma assistência integral, permanente e de qualidade, realizações de atividades de educação e promoção a saúde (RODRIGUES, 2011).

A ESF é composta por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um técnico de higiene bucal, um auxiliar de consultório dentário e em média quatro a seis agentes comunitários de saúde. A equipe é responsável por presta assistência a uma determinada quantidade famílias que variam entre seiscentas a mil, cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) é responsável por assistir cento e cinquenta família em média (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

De acordo com a portaria da Atenção Básica, as Rede de Atenção à Saúde (RAS) são maneiras desenvolvidas para a organização da assistência integral voltada para a população em meio suas dificuldades (BRASIL, 2012).

Os autores Viegas e Penna (2013) relata que a procura dos usuários por assistência à saúde deve ocorrer pela Atenção Básica que devem estar aptos para identificar e solucionar os problemas apresentados por esta população. De acordo com o caso e suas peculiaridades o mesmo será referenciado para os níveis de assistência. Esta organização permite diagnosticar os problemas referentes a saúde da população de cada território, podendo ser realizada ações preventivas de saúde em todos os níveis de assistência.

Com base nas afirmativas de Paim et al (2011) entre 1981 e 2008 a busca pelo serviço de atenção primária aumentou cerca de 450%, este aumento se deu devido a quantidade de Unidades de Básicas à Saúde serem bem maior e também pelo fato do aumento de trabalho efetuado no setor de saúde.

A ação desenvolvida na atenção secundária nas unidades de referência, são: consultas, exames especializados, já os casos de urgência e emergência como demanda espontânea. Estas ações visam resolver os problemas referenciados pela atenção primaria à saúde, que busca evitar situações de morbidade, resolver os

problemas da comunidade de forma a evitar a evolução de agravos que possam gerar a necessidade de uma atenção de maior complexidade (SIMAN et al, 2011).

Segundo Viegas e Penna (2013) existem obstáculos na referência de pacientes para a atenção secundária.

No que se refere a atenção secundária os procedimentos de média complexidade são frequentemente menosprezados em decorrência dos procedimentos de auto custo. Com relação a diagnóstico e tratamento cerca de 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos tornando o acesso desigual (PAIM et al, 2011).

O critério usado para fazer a regulação do atendimento da população foi o sistema de classificação de risco obedecendo o grau de urgência do paciente, a igualdade das ações de acordo com os ricos como também as cotas disponibilizadas por cada município. Segundo o autor a relatos que há problemas entre os níveis de assistência e em sua comunicação interna, dificultando o acesso e até mesmo impedindo o cuidado na rede de atenção (VIEGAS; PENNA, 2013).

Vale salientar que devido o aumento da demanda de procedimentos ambulatoriais especializados ofertados pelo SUS, os mesmos alcançaram 30% dos casos de assistência prestada em decorrência da universalização do serviço de saúde (PAIM et al, 2011).

Os hospitais voltados para o aperfeiçoamento ou formação de novos profissionais, conhecidos como hospitais de ensino ou escolas, os hospitais locais e menores em meio a outras classificações. Na atenção terciária vários hospitais não seguem as recomendações no que diz respeito a sua classificação, misturando sua especialidade de referência com outras de média complexidade, o que acarretará em uma deficiência em sua assistência (MACHADO et al, 2009).

No que diz respeito a atenção terciária observa-se que geralmente são procedimentos de auto custo realizados por instituições particulares contratadas ou ainda hospitais públicos de ensino. Para a realização destes procedimentos existem políticas específicas para a sua realização, como cirurgias oncológicas, hemodiálises e transplantes entre outros que necessitam de um auto custo para sua realização (PAIM et al, 2011).

3.2 Políticas Públicas de Saúde

Segundo as afirmativas de Sousa; Batista (2012) as Políticas públicas de saúde são formadas por várias ações coordenadas pelas três esferas com o objetivo de garantir os direitos sociais preconizados por lei a sociedade. Hoje as políticas públicas de saúde atuam através da segurança, educação, saúde e outros pontos primordiais que geram qualidade de vida para a população.

No período colonial no Brasil só se pensava em saúde quando os problemas afetavam a economia do país, e conseqüentemente as medidas rápidas e pontuais eram tomadas de acordo com o que atrapalhavam o crescimento econômico do país, como saneamento dos portos e campanhas contra epidemias que alterava a imagem do país frente aos outros países que mantinham relações comerciais (AGUIAR; 2011).

Anteriormente o Brasil não tinha a saúde da população como seu objetivo, só se tinha iniciativa do governo quando o problema de saúde daquele individuo representasse risco de epidemias ou ainda que atrapalhasse a economia do país, caso contrário, a própria pessoa tinha que cuidar de sua saúde (SOUSA; BATISTA, 2012).

A medicalização a base de práticas de rituais e ações empíricas entre outras, eram as formas que existiam naquela época para que a população tratasse suas doenças, devido a não existência de práticas assistenciais à saúde pública para esta população, hoje popularmente conhecidas como fitoterapia (SAITO, 2010).

Nesta época os médicos que existia, eram filhos de barões do café que estudavam na Europa, esta assistência era prestada apenas para as pessoas de maiores condições econômicas, já as outras classes de menor condições econômicas não disponibilizavam de assistência médica somente a medicina popular (AGUIAR, 2011).

Aguiar (2011) relata que o governo de Rodrigo Alves direcionou para a diretoria geral de Saúde Pública o pesquisador Oswaldo Cruz que diante da situação determinou um modelo de intervenção para erradicar as epidemias existentes na época, modelo este conhecido como campanhas sanitárias.

As políticas públicas de proteção social foram implantadas decorrente da existência de uma desigualdade da assistência prestada a população e devido as buscas dos trabalhadores por melhores condições de trabalho, busca esta conhecida como movimento operário (SOUSA; BATISTA 2012).

A educação sanitária surgiu com a melhoria das campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz através de Carlos Chagas com o intuito de prevenir as doenças. Neste contexto foi percebido a necessidade de desenvolver órgãos de controle destas doenças como a lepra, tuberculose entre outras (AGUIAR; 2011).

Através de uma lei surgiram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) decorrente a industrialização da ferrovia e ao processo de urbanização, esta lei regulamenta os direitos buscados pelo movimento operário, que determina auxílio em casos de doenças, acidentes e aposentadorias (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, [2009?]).

A criação das CAPS foi o primeiro passo dado para a construção de um sistema de saúde e previdenciário do Brasil a mesma foi criada em 1923 por empresas, junto com os operários e regulamentado pelo estado, sem a presença do mesmo. Decorrente do grande avanço, as CAPS são unificadas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) que é uma nova forma de organização do sistema previdenciário e de cuidado em saúde que abrange todas as classes trabalhistas e seus familiares, organizados por grupo de representante da classe operaria e dos empregadores direcionados por chefe executivo, os lucros arrecadados por estes seria para o financiamento de outras áreas que garantisse o crescimento do país (SAITO, 2010).

Passados vários anos uma nova forma de organização do sistema de saúde foi realizada, dividindo as funções, deixando as questões de pagamentos dos benefícios aos segurados com o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da previdência Social (INAMPS), a execução assistência medica curativista centrada nas classes mais carentes (AGUIAR, 2011).

Ainda de acordo com a afirmativa de Saito (2010) para a atender a demanda da população que necessitava de assistência foram desenvolvidos Programas e Estratégias de Ações de Saúde e Saneamento, visando diminuir a taxa de mortalidade e morbidade desta população do país.

Paim et al (2011), afirma que a população em busca de melhores condições de vida, reuniram-se com vários órgão e movimentos sociais e formaram uma organização conhecida como movimento da reforma sanitária, que no decorrer do seu desenvolvimento realizaram várias reuniões com representantes municipais,

determinando assim no ano 1980 a consolidação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

O Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) foi criado em 1982, voltada para Atenção Primária, buscando a interação das instituições públicas de saúde financiadas pelas esferas do governo. Preconizando construir um sistema de referência e contra referência determinando prioridades para o serviço de saúde pública (REIS, ARAÚJO; CECÍLIO, [2009?]).

Através do movimento feminista expandiu-se as ações de saúde implementando em 1983 o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), pois no Brasil antigamente as políticas de saúde eram voltadas apenas para Materno-Infantil (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Com a constituição do SUS em 1988 conceituou-se a saúde como um conjunto de ações advindas de suas condições de vida, que depende de várias coisas como emprego, educação e saneamento básico, alimentação entre outros que são de extrema importância para a determinação de qualidade de vida. Portanto para garantir esta qualidade de vida é necessário voltar-se para uma série de estratégias de promoção, prevenção, cura e reinserção destes indivíduos na sociedade (PENNA; VIEGAS, 2013).

3.2.1 Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH)

Com o intuito de garantir uma maior expansão e um melhor desenvolvimento do SUS, o Ministério da saúde propõe o cumprimento de metas que tragam qualidade na assistência prestada, em meio a estas melhorias estão as implementações de ações direcionadas a saúde do homem (MENDONÇA; ANDREADE, 2010).

Um dos maiores desafios da ESF é fazer com que os homens frequentem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) mudando seu estilo de vida, desenvolvendo o autocuidado de maneira constante e necessária para o melhor desempenho de sua saúde. Identificar os problemas existentes entre o homem e as UBS é fundamental para vincular laços entre os dois (ALVARENGA et al, 2013).

A população masculina através de sua subjetividade sobre o que é ser homem, desenvolve mitos de que o homem é um ser forte e que não pode adoecer, criando assim obstáculos que dificultam a assistência à saúde. Neste contexto

observou-se que estes obstáculos interagem em diferentes áreas, sendo acentuado na área de saúde, decorrente da falta de políticas públicas que foquem nas necessidades desta população alvo. A percepção de masculinidade existente á anos, sobre a repreensão de suas fraquezas que atrapalham causando confusões sobre o ser masculino e ser macho, refletindo em sua desvalorização (BRITO; SANTOS; MARCIEL, 2010).

Foi por meio da realização de estudos, que demonstraram a existência de um índice elevado da mortalidade e patologia que acometia o homem que foi identificada a necessidade de se promover algo que fizesse com que este público melhorasse as condições de saúde, como uma política que pudesse promover a assistência integral a saúde do homem e desenvolvesse uma boa qualificação dos profissionais de saúde orientando-os acerca de suas necessidades e ingressando-os nas UBS (MENDONÇA; ANDRADE, 2010)

O Ministério da Saúde em 2008 com a intenção de acolher os homens em meio a saúde pública lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com o objetivo aumentar e facilitar nas UBS a vivencia do homem promovendo assim a prevenção e promoção a saúde dos mesmos (ALVARENGA et al, 2012).

De acordo com Julião; Weigelt (2011) o Brasil é o primeiro país da América Latina e o segundo Continente a desenvolver uma política voltada para os homens, a mesma estar dentro do Programa, Mais Saúde, originado em 2007 voltada para uma forma nova de expansão centrada no desenvolvimento das condições de vida da população do país.

A portaria que disponibiliza a PNAISH determina que é fundamental a existência de diretrizes, para que seja direcionado o caminho a percorrer em prol da melhoria da saúde do homem. As diretrizes estabelecidas são: integralidade, organização do serviço, hierarquização da política, priorização da atenção básica, reorganização das ações de saúde e integração entre as demais política e a PNAISH (DUARTE; OLIVEIRA; SOUSA, 2012).

O modelo de atenção anteriormente existente, era voltado para quatro grupos específicos: mulheres, crianças, adolescentes e idosos, recebe-se que não é suficiente para cobertura total da saúde do país, devido a exclusão de aproximadamente 25% da população do Brasil com idade variáveis entre 20 e 59

anos de idade, motivo pelo qual se determina a criação de uma política voltada para este público pouco visto em meio a programações de saúde (GOMES et al, 2012).

O público alvo da PNAISH está voltado para os homens com idade entre 20 a 59 anos de idade pois esta faixa etária encontra-se esquecida em meio as políticas já existentes, lembrando que a PNAISH não exclui as outras faixas etárias, mais devido a existência de políticas de saúde voltadas para grupos masculinos de outras faixas etárias, como por exemplo a política de saúde do idoso e do adolescente, a mesma preferência os homens anteriormente citados devido a não existência de cuidados e ações de saúde voltados para este público (TEIXEIRA et al, 2014).

A PNAISH é desenvolvida com base nos princípios do SUS, a integralidade que buscando acolher o homem fazendo com que ele se sinta bem, a hierarquização que estabelece a política como alvo para a ESF que é a base da promoção a saúde. A ESF junta a PNAISH as outras políticas, estratégias já existentes, realiza ações de saúde e de integração desta (JULIAO; WEIGELT, 2011).

Um dos objetivos da PNAISH é preparar a Atenção Básica para atender de forma completa, integral e sem restrições este público alvo, voltada para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de saúde de acordo com o que determina os princípios da Política Nacional de Atenção Básica fortalecendo cada vez mais a rede de Atenção à Saúde (TEIXEIRA et al, 2014).

A PNAISH identifica os pontos fundamentais para a redução da taxa de morbimortalidade por consequências evitáveis e preveníveis, desta forma faz-se possível o aumento da expectativa de vida desta população com faixa etária entre 20 a 59 anos através do entendimento de suas particularidades em diversos contextos como econômico, cultural e outros (SILVA et al, 2012).

Teixeira et al, (2014) afirma que os três níveis de assistência devem estar aptos a exercer as múltiplas funções estabelecidas como indispensáveis para o desenvolvimento do PNAISH, esta política trabalha diretamente com a promoção e prevenção à saúde nas UBS, em consequência de a mesma ser a porta de entrada preferencial ao serviço da população para o SUS.

Para que esta política se concretizasse, foram destinadas responsabilidades institucionais estabelecidas no Pacto pela Saúde. Em meio a outros objetivos cabe destacar a promoção de ações de informação para a sociedade, educação e dialogo em saúde com o intuito de integrar a PNAISH (FONTES et al, 2011).

Com base na metodológica da PNAISH, pode-se afirmar que sua construção foi desenvolvida de acordo com as experiências e conhecimentos adquiridos na construção da Política nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher fazendo com que as mesmas fiquem articuladas de formas iguais (CARRARA; FARO, 2009).

A PNAISH afirma que se faz necessário a observação mais complexa acerca de meios que leva ao aumento dos riscos de agravos a saúde do homem como o frequente uso de álcool, tabaco, a exposição constante a violência e aos indicadores de morbimortalidade em meio a vários outros itens que não foi dito aqui, como podemos notar nos indicadores epidemiológicos (CARRARA; FARO, 2009).

Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) afirma que para cada 1000 homens morrem cerca de 8,7%, e o mesmo não acontece com as mulheres devido seu índice ser bem inferior cerca de 5,6% em relação à os homens. As principais causas de mortalidade entre os homens são geradas devido as patologias crônicas como neoplasias malignas, doenças isquêmicas e a uma serie de causas externas como acidentes, violência e outros (ALVARENGA et al, 2012).

A pouca adaptação dos homens ao serviço de atenção primária de saúde, que tem como meta e funções a prevenção e promoção a saúde, reflete diretamente no índice elevado de morbimortalidade deste público de forma a ser quase impossível sua alteração (SILVA et al, 2015).

De acordo com a literatura os homens optam por frequentar os níveis de assistência terciária por não ter interação com as UBS, mediante a ausência de cuidado com a mesma. Seu medo de perder a virilidade, o horário de funcionamento, são uns dos motivos que acaba por dificultar diretamente a interação com a Atenção Primária. Devido a familiaridade das mulheres com o sistema de saúde, muitas vezes são acompanhados por estas, esposa ou mãe, em busca de cuidados em outros níveis de assistência (DUARTE; OLIVEIRA; SOUSA, 2012).

3.3 Estratégias Desenvolvidas pelo Enfermeiro para o Cuidado da Saúde do Homem no Âmbito da atenção Primária

A constante evolução da ESF disponibiliza para a população a liberdade do acesso de acordo com os princípios preconizados pelo SUS, sendo esta identificada como porta de entrada da sociedade para a busca pela saúde em meio ao SUS, devido à proximidade desta com a comunidade. A ESF está presente em quase todo

o território brasileiro, com mais de 30.000 equipes multiprofissionais que em decorrência da sua vivência com esta sociedade irá desenvolver seus objetivos de promoção e prevenção a saúde da população como também identificar o perfil epidemiológico desta (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

O papel do enfermeiro na ESF é o de prevenção das patologias e conseqüentemente e seus agravos como também na promoção da melhoria das condições de vida tanto do indivíduo como da coletividade focando nos grupos consideráveis de risco, como os homens durante sua fase produtiva, vale lembrar ainda que é nesta fase que os homens usufruem de uma série de fatores que irá distancia-los do serviço de saúde (ALVARENGA et al, 2012).

A realização de ações e campanhas direcionadas para estes sem a compreensão de sua singularidade muitas vezes são em vão, tendo em vista que está compreensão é fundamental para que se possa garantir o acesso deste público com a UBS e conseqüentemente sua interação (DUARTE; OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

Uma maneira de integra os homens na rede de atenção à saúde é por meio de uma linha de cuidado multiprofissional. A atuação do enfermeiro na ESF é algo decisivo para a seu avanço, diante disto o enfermeiro deve rever seu desempenho frente a equipe da atenção básica, ESF e em postos de saúde tradicionais (DAVID et al, 2012).

A elaboração das ações da PNAISH não é tarefa fácil, devido a sua formulação ter sido no âmbito federal. As três esferas desenvolveram Planos de Ações (PA) para que através da união fosse repassado os recursos que seriam disponibilizados para a execução da mesma (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012).

Castro; Tocantins (2010) lembra a relevância da assistência prestada pelo enfermeiro para a população, e com isto identifica uma questão de extrema importância, que deve ser as estratégias direcionada pelo mesmo de maneira adequada para os homens. Questionando se a ESF está preparada para englobar as necessidades dos homens com suas culturas e individualidades, para que isto ocorra faz-se necessário intervenções que garantam a sua realização.

Para que se possa realizar estas ações deve ser feito levantamentos sobre o perfil epidemiológico, o que causa as mortalidade e morbidade estes, como também fatores culturas e econômicos. A participação dos homens deve começar desde o planejamento das ações dando-lhes responsabilidades, os profissionais devem dar

ênfase a métodos dinâmicos em grupos onde o mesmo pode relatar suas experiências e ouvir, aproveitando para identificar os principais problemas de saúde destes e desenvolver uma reflexão sobre mesmos (DUARTE; OLIVEIRA; SOUZA 2012).

Alvarenga et al, (2012) mostra o enterres das enfermeiras na implementação da PNAISH através da junção de vários setores sociais como igrejas, escolas e outras, além de propor uma modificação no horário de funcionamento das UBS para a noite por exemplo, visando uma melhoria no acesso dos homens de acordo com os objetivos da PNAISH que é tornar fácil o acesso dos homens ao serviço de saúde.

O MS ressaltou sobre a importância dos PA que deveriam ser realizados, e estabeleceu metas para sua concretização dentre ela a primeira meta diz respeito aos gestores e profissionais de saúde que iram implementar a PNAISH, especificando por quem seriam realizadas as ações, quais ações e o tempo que levaria para o seu desenvolvimento dando ênfase a sua divulgação perante o município, a segunda relata que deve ser atendidos homens com idade entre 40 e 59 anos, poucos planos apresentarem esta meta e a terceira meta está voltada para o nível de assistência terciária para a realização de cirurgias (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012).

De acordo com Teixeira et al, (2014) as ações construídas para a população masculina devem ocorrer por meio dos indicadores do perfil epidemiológico de cada área estabelecida devido as variações que ocorre de uma área para outra, cada uma com suas subjetividades, com o objetivo de suprir as dificuldades desta população.

Segundo o autor os enfermeiros através da atuação de toda a sua equipe em especial os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que captura o público masculino para a realização de ações de saúde voltada para este, com foco central na educação em saúde que é primordial para a prevenção das doenças/agravs, planejamento familiar, incentivo para a realização de exames preventivo, drogas e outras para a realização do cuidado a saúde do homem no âmbito da APS (JULIÃO; WEIGELT, 2011)

O resultado da pesquisa realizada pelo presente artigo, demonstra que as ações que envolvem o diálogo é de extrema importância por que a mesma deixar o homem livre para relatar suas experiências e desta forma identificar os problemas

mais existentes como também se percebe a melhoria quanto a exposição de seus sentimentos que muitas vezes eram de vergonha (FONTES ET AL, 2011).

É importante lembrar que apesar da existência de várias ações realizadas por toda a equipe profissional da ESF a assistência para este público continua ocorrendo com base no modelo biomédico focado apenas na doença e não em um conjunto de fatores que envolvem o homem fazendo com que ocorra seu afastamento da UBS desta forma diminuindo sua estimativa de vida (TEIXEIRA et al, 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Este estudo teve um caráter descritivo e exploratório, pois buscou descrever e elucidar o fenômeno, investigando sua natureza complexa e os outros fatores a que eles estão relacionados. Teve um delineamento transversal, onde envolveu a coleta de dados em um ponto de tempo. Os fenômenos do estudo foram obtidos durante um período de coleta de dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para o desenvolvimento desta pesquisa, utilizamos uma abordagem quantitativa e qualitativa. Ressaltamos que a pesquisa quantitativa fez uso de métodos quantitativos, tendo como objetivo trazer a luz dados, indicadores e tendências observadas ou traduzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática. Já a pesquisa qualitativa é aplicada ao estudo da história, das relações, das representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam (MINAYO, 2010).

4.2 Local do Estudo

Utilizamos a pesquisa de campo com o objetivo de conhecer/ ou conseguir conhecimentos acerca de um problema que se procura uma resposta, a partir da observação de fatos e fenômenos que exigem controle adequado e para se determinar o que foi coletado (LAKATOS; MARCONI, 2009).

A partir do conceito do que seja pesquisa de campo, o local de realização desta pesquisa foi nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Upanema R/N.

4.3 Sujeitos do Estudo e Amostra

Os sujeitos do estudo foram 06 enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde de Upanema. A amostra foi composta através do critério de saturação teórica, que é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de

dados (FONTONELLA, RICAS; TURATO, 2008). Porém, trabalhamos com 06 enfermeiros.

Os critérios de inclusão foram: enfermeiros que trabalham na Atenção Básica, participar voluntariamente da pesquisa e assinar o TCLE. Os critérios de exclusão serão: não aceitar participar da pesquisa voluntariamente ou não assinar o TCLE.

4.4 Instrumento de Coleta de Dados e Informações

Como instrumento de coleta de dados e informações, utilizamos um roteiro de entrevista semi-estruturada que se encontra no apêndice A. De acordo com Minayo (2004, p. 108), “a entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem resposta ou condições prefixadas pelo pesquisador”, assim permite respostas livres e espontâneas do informante, valorizando a atuação do entrevistador.

4.5 Procedimentos para Coleta de Dados e Informações

Após a aprovação do comitê de ética e pesquisa da FACENE, levamos um encaminhamento a secretária de saúde de Upanema/RN, informando que a pesquisa se encontrava apta a ser realizada, assim o estudo iniciou a fase de coleta de dados durante o período que vai de março e maio do corrente ano.

O local das entrevistas foi nas próprias Unidades Básicas de Saúde, onde cada profissional foi entrevistado em um ambiente tranquilo e livre de interrupções. A pesquisadora associada foi a única responsável pela coleta dos dados, aplicando o instrumento de coleta de dados.

Os profissionais participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, qual o seu objetivo e sobre a importância da preservação do seu anonimato, respeitando os preceitos éticos e legais que constam na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, Nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

4.6 Discussões dos Dados e Informações

Foi utilizado para a discussão dos dados qualitativos a análise de conteúdo de que são definidos como o conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens (BARDIN, 1979).

Os dados quantitativos foram tabulados em planilha eletrônica no programa Excel 97 e analisados através de porcentagem, expressos em gráficos.

4.7 Aspectos Éticos

Durante a coleta, processamento e análise dos dados obtidos foram obedecidos às prerrogativas da resolução número 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos e a Resolução COFEN, nº 311/2007, que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007; BRASIL, 2012).

A pesquisa apresentou riscos mínimos, como, por exemplo, possível desconforto aos participantes durante a coleta de dados, entretanto os benefícios superam os riscos. O estudo apresentou como benefício identificar as estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro para o cuidado da saúde do homem no âmbito da Atenção Primária no município de Upanema-R/N, e assim refletir e propor práticas relacionadas a competência do profissional enfermeiro para que seja mais humanizada.

Com relação a ressarcimentos, não houve previsão de prejuízo financeiro por parte dos sujeitos selecionados para o estudo. Mas, se fosse necessário algum tipo de gasto financeiro por parte do sujeito participante do estudo ou se o mesmo sofrer algum dano ocasionado durante a aplicação dos instrumentos de coleta, o mesmo seria indenizado pela pesquisadora associada.

4.8 Financiamento da Pesquisa

A pesquisa foi financiada com recursos próprios da pesquisadora associada. Qualquer tipo de despesa que a pesquisa requerer, a pesquisadora associada teve plena ciência da sua responsabilidade. A Faculdade de Enfermagem Nova

Esperança de Mossoró - FACENE/RN se responsabilizou por disponibilizar referências contidas na sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

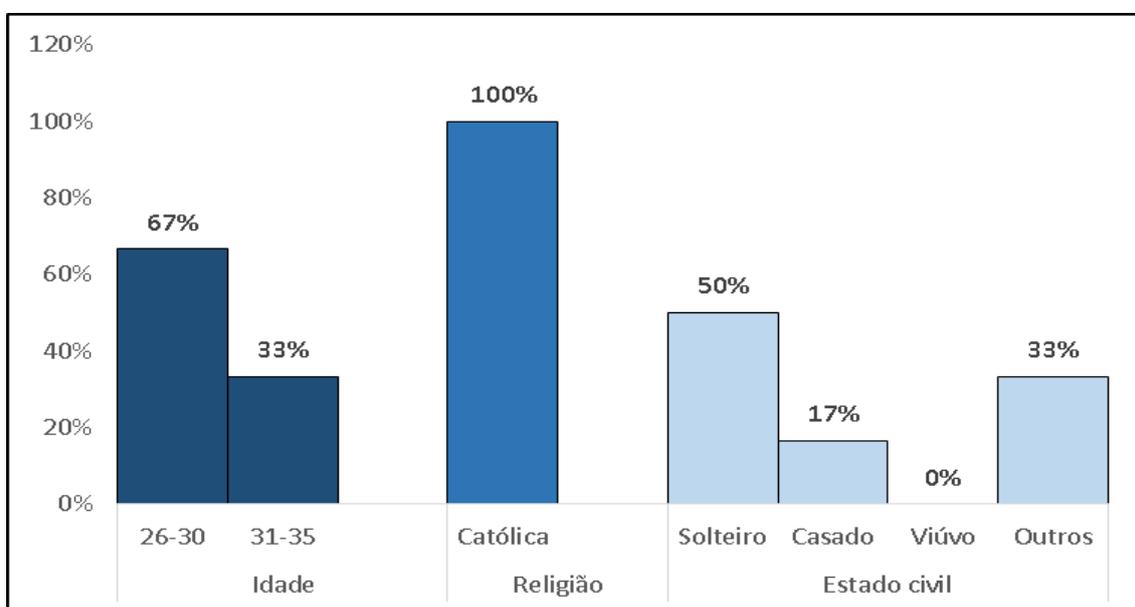
A representação dos resultados foi feita em duas etapas: a primeira diz respeito a apresentação dos dados relacionados a caracterização dos participantes; e a segunda refere-se à análise qualitativa através da análise de conteúdo a partir das entrevistas realizadas.

5.1 Caracterização da Amostra Quantificável

Os aspectos referentes a identificação sócio profissionais aplicados ao sujeito da pesquisa durante a coleta dos dados quantificáveis são demonstrados através de gráficos aos quais será possível identificar os seguintes aspectos: Idade; religião; Estado civil; Tempo de atuação na Estratégia Saúde da família; Escolaridade; possui especialização na área de saúde da família.

Os dados coletados foram fornecidos por seis profissionais enfermeiros da Estratégia saúde da família no município de Upanema- RN e interpretados da seguinte maneira:

Gráfico 1- Caracterização da amostra quanto a idade; religião; estado civil.

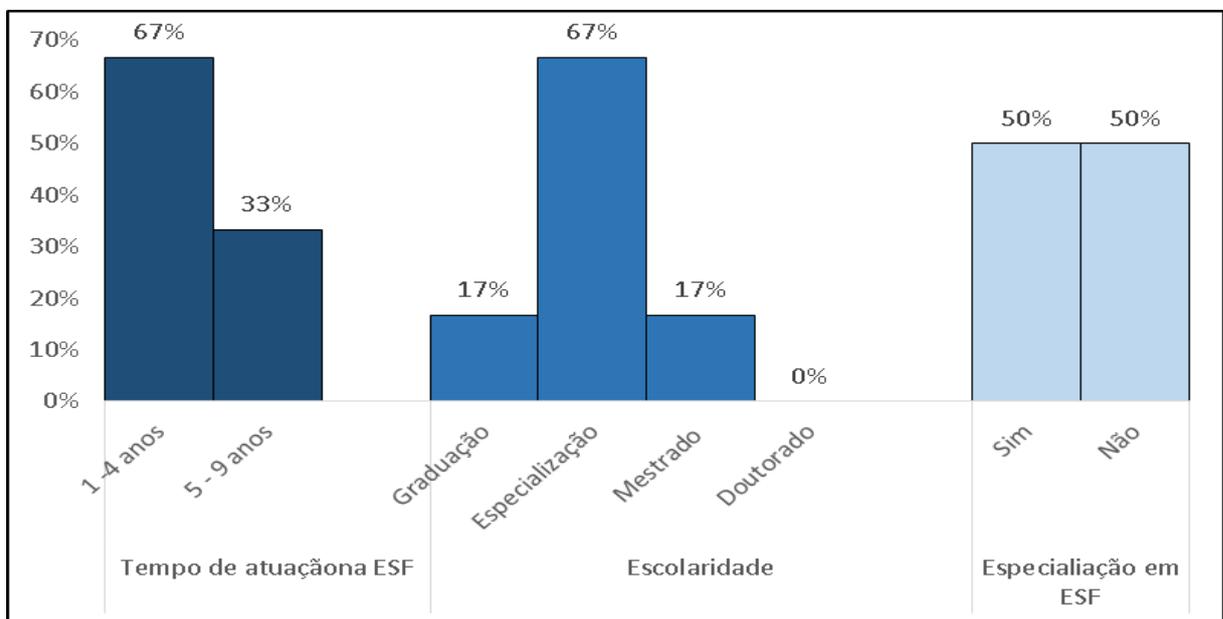


Fonte: Pesquisa de campo (2016)

De acordo com o gráfico 01, os enfermeiros são caracterizados por terem predominantemente idade entre 26-30 anos, sendo estes 67% e 33% com idade entre 31-35 anos, 100% deste são católicos, 50% são solteiros, 17% casados restando 33% que relataram outras opções (união estável e divorciado).

O gráfico 01 nos permite observar que os profissionais enfermeiros que atuam hoje nas unidades básicas de Upanema são jovens e alguns recém-formados, o que sub se entende que conheceram da PNAISH ainda na faculdade, destes enfermeiros somente um é casado e um encontra-se em união estável, o que permite identificar que atualmente as pessoas buscam primeiro realiza-se de forma profissionalmente, que sabemos que é o correto.

Gráfico 2 - Caracterização da amostra quanto ao tempo de atuação na ESF; escolaridade e especialização na área de saúde da família.



Fonte: Pesquisa de campo (2016)

No segundo gráfico foi possível observar que o tempo de atuação destes profissionais na ESF na sua maioria varia entre 1-4 anos concluindo 67% de um total 100%, restando 33% com atuação entre 5-9 anos, com relação a escolaridade 67% tem especialização, 17% possui somente a graduação e 17% tem mestrado; e por fim quanto a especialização na ESF foi possível identificar que 50% afirmaram que tem e 50% não tem especialização na área.

No segundo gráfico pode-se observar que a maioria dos enfermeiros que atuam na cidade, trabalham há no máximo quatro anos, somente dois destes tem o tempo de atuação superior, um com cinco anos, e o outro com oito anos de trabalho, identificamos que muitos destes continuam buscando conhecimentos através de especialização, que muitas vezes não é área que estão trabalhando, mais sim no que gostariam de trabalhar, e cinquenta por cento destes enfermeiros tem especialização na ESF o que é extremamente importante pois permite um melhor desempenho e melhores resultados para a comunidade, com tudo também foi possível identificar que somente um dos enfermeiros ultrapassou a especialização, evoluindo para o mestrado, o mesmo é voltado para a ESF multiplicando ainda mais os benefícios para a comunidade.

De acordo com Costa; Miranda (2008), a inserção da ESF na produção dos serviços na atenção básica é de extrema importância que ocorra a manutenção das políticas de recursos humanos com investimentos principalmente para a formação dos profissionais que atuam na ESF, pois a mesma requer do profissional um trabalho repleto de competência em decorrência de sua atuação como educador, prestador de cuidados e consultor, tendo que estar preparador constantemente para transformações das práticas comuns dos serviços.

Medeiros et al, (2010) afirma que a constante mudança de profissionais de saúde na ESF, ou seja, o pouco tempo de atuação destes na ESF, ocorre devido a existência de motivos concretos como por exemplo o vínculo precário na contratação, dificuldades de relacionamentos entre os gestores e o profissional, realização do profissional no desenvolver das atividades cotidianas.

5.2 Estratégias Desenvolvidas pelo Enfermeiro para o Cuidado da Saúde do Homem no Âmbito da Atenção Primária à Saúde

Para a realização da análise sobre o tema abordado, de acordo com a análise temática proposta por Bardin, onde trabalha-se através da categorização, dessa forma foi necessário a exposição de 05 categorias: Ações desenvolvidas pelo enfermeiro da estratégia de saúde da família e sua equipe para o cuidado a saúde do homem; Articulação entre o enfermeiro e a equipe de ESF para o cuidado a saúde do homem; principais dificuldades encontradas pelo enfermeiro para o

cuidado da saúde do homem; Efeito das ações realizadas pelos enfermeiros para a melhoria da saúde da população masculina.

Com o objetivo de garantir o anonimato dos profissionais na pesquisa, foram utilizados os seguintes codinomes: Hulk, viúva Negra, Homem de Ferro, Thor, Capitão América e Gavião Arqueiro.

5.2.1 Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para o cuidado da saúde do homem no âmbito da atenção primária.

Esta categoria apresenta as respostas dadas pelos enfermeiros sobre quais as Estratégias utilizadas para o cuidado da saúde do homem no âmbito da atenção primária na unidade básica de saúde no município de Upanema/RN.

Na minha realidade atuando aqui há mais ou menos um ano, desconheço estas estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro, na realidade nós não temos nem uma atividade voltada para o âmbito da saúde do homem, somente atividades pontuais por exemplo na época do novembro azul que se faz algumas atividades, e no decorrer do ano não se faz mais nada sobre em relação ao homem. (HULK)

Minha estratégia é envolver os familiares como a esposa, sempre converso muito com a ela e os familiares para trazer esse homem para o serviço de saúde por que o homem é muito resistente quanto sua própria saúde, quando se trata dele, só procura o serviço quando ele está doente e tem alguma sintomatologia grave [...] (VIÚVA NEGRA).

Na atenção primaria existe o programa saúde do homem, onde desenvolvemos ações voltadas a este público. São ações de promoção, prevenção e reabilitação do processo saúde doença. (HOMEM DE FERRO).

O programa para saúde do homem a gente sabe que na estratégia não existe, como por exemplo tem preventivo para mulher e etc [...], no dia do hiperdia é claro engloba o homem, e tem a demanda livre com o médico, geralmente são mais voltados pro homem, quando tem o novembro azul faz todas aquelas estratégias pra fazer exame de PSA e descobrir câncer de próstata [...], até agora pelo menos a nível de ministério eu não vejo, a gente trabalha muito solto a saúde do homem é a forma como eu vejo (THOR)

O programa de saúde do homem não é trabalhado. Dentro do programa e sim através de outros programas existentes (CAPITÃO AMÉRICA)

A inserção do homem nos programas da atenção básica, assim proporcionando melhorias na qualidade de vida, trabalhando a prevenção de doenças de forma coletiva e individualizada. (GAVIÃO ARQUEIRO).

Foi possível identificar que alguns enfermeiros não realizam estratégias relacionadas a PNAISH, como é preconizada pelo SUS, e quando desenvolvem são pontuais e procura-se envolver os familiares para influenciar a presença do homem na Unidade Básica de Saúde. Além disso, a saúde do homem é trabalhada em outros programas como o hiperdia, por exemplo. Percebe-se também um desconhecimento da política por parte de alguns enfermeiros. Diante disto observa-se que o profissional não está se atualizando e nem sendo capacitados pelos gestores frente as atualizações do ministério da saúde

Foi relatado também por dois destes, que não é desenvolvido nem um trabalho com relação à política, a não ser em novembro, pois novembro é caracterizado como o mês voltado para a saúde do homem, desta forma somente neste mês é trabalhado a saúde do homem através de palestras e exames de antígeno prostático específico (PSA) dando ênfase a este, diante disto vale ressaltar que o homem não se resumisse somente a um órgão.

Os profissionais de saúde como também as famílias podem fazer uso de estratégias como a utilização de locais (igreja e escolas) por exemplo para a realização de atividades educativas sem deixar que a pouca estrutura física da unidade básica atrapalhe no desenvolvimento das ações (SANTANA et al, 2009)

Ainda de acordo com o autor Santana et al (2009), os profissionais de saúde para desenvolver ações educativas têm que identificar os grupos que tem maior aproximação, isto irá contribuir para a realização do processo educativo no qual ambos serão construtores de conhecimentos, é importante relata que quanto maior a afinidade entre o profissional e o usuário maior a habilidade de educar para desenvolver as estratégias educativas para os grupos.

Os construtores da PNAISH destacam a importância dos métodos práticos para a elaboração de estratégias e ações, como mudar o modo de prestar a assistência através de programas assistenciais, para um novo método que o trabalhe de forma integral, dando os devidos méritos a promoção, prevenção, proteção de saúde e qualidade de vida. Articulação com outras ações dando ênfase as que trabalhem o coletivo, em locais ocupados pelos mesmos e pôr fim a PNAISH

está alinhada a Política Nacional de Atenção Básica e com estratégias de humanização em saúde fortalecendo o serviço de cuidado a saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

5.2.2 Ações desenvolvidas pelo enfermeiro e a equipe da Saúde da Família para o cuidado a saúde do homem

Nesta categoria, mostra-se quais são as ações desenvolvidas pelo enfermeiro e a equipe da Saúde da Família para o cuidado a saúde do homem como de acordo com as preconizações da PNAISH nas diretrizes e princípios no âmbito da atenção primária.

Nenhuma ação. (HULK)

Eu busco muito os homens no dia do hiperdia, é o dia que eles vão buscar a medicação deles, [...] falo com ele que é importante ele ir a unidade eu pergunto se ele já fez o PSA, se já teve casos de câncer na família, pergunto a ele se tá sentindo alguma coisa, [...] eu tenho que convence-lo a fazer exames laboratoriais, sempre solicito o PSA como a forma de prevenção, sempre converso com ele sobre o toque, sobre a importância de se cuidar (VIÚVA NEGRA).

Somente no novembro azul que é realizado a busca ativa pelos os homens, palestras e exames de PSA. (HOMEM DE FERRO)

Não tem uma estratégia voltada específica para saúde do homem não, a gente trabalha assim individual, no coletivo é mais a questão do hiperdia mais estratégias voltadas eu não vejo acontecer não, nem aqui e nem em nem um PSF por que como você que é acadêmica sabe disso [...] claro que se a gente detectar câncer de próstata a gente cuida [...] busca ativa a gente até faz, quando é em época de campanhas faz palestras educativas e tudo, muitos homens frequentam pelo hiperdia e daí a gente aproveita a consulta [...]. (THOR)

São desenvolvidas ações de educação em saúde, onde trabalhamos a prevenção das DSTs/AIDS, HAS, DM, tabagismo, câncer, alimentação saudável, entre outras [...]. (GAVIÃO ARQUEIRO)

Percebemos que os enfermeiros utilizam outros programas e políticas para desenvolver ações de saúde do homem no âmbito individual ou coletivo, conforme a PNASIH preconiza. Neste aspecto, os enfermeiros utilizam grupos de educação em saúde, meses temáticos, como o novembro azul e programas específicos, como o hiperdia, DSTs/AIDS, dentre outros. Porém, as ações acabam se tornando pontuais,

em uma única época do calendário anual, causando dificuldades na promoção a saúde do homem e dificultando ainda mais sua interação com a UBS.

De acordo com Santana et al (2009), os enfermeiros das unidades básicas de saúde devem ser capazes de identificar a múltiplas causas do processo de saúde/doença, com o objetivo de planejar, organizar e desenvolver ações tanto individual como coletiva com os homens, dando ênfase as ações de educação em saúde, unindo os saberes técnicos, populares e a mobilização dos recursos da instituição como também da comunidade sejam públicos ou privados, em prol da resolução e enfrentamento dos problemas

Teixeira et al (2014), em artigo sobre a saúde do homem menciona as ações desenvolvidas no município como: ações direcionadas as faixas etária de 40 anos e grupos de educação em saúde como por exemplo: o grupo de hipertensos e diabéticos, refere que o modelo de assistência prestada a saúde é o biomédico, que contradiz o modelo de assistência preconizado para a ESF. Os próprios enfermeiros enfatizam que as ações desenvolvidas não são muito efetivas e menos ainda específicas para a saúde do homem.

5.2.3 Articulação entre o enfermeiro e a equipe de ESF para o cuidado a saúde do homem

Nesta categoria, identificamos o vínculo que deve existir entre o enfermeiro e os demais membros da ESF para a realização dos cuidados relativos a saúde do homem.

Geralmente quando existe alguma atividade, os profissionais que mais se articulam para estas estratégias são os agentes comunitários de saúde. (HULK).

O enfermeiro tem mil e uma utilidades, faz todo, eu converso com o paciente em todos os momentos, quando eu vejo a necessidade que em algum momento ele não está se alimentando bem aí eu faço o encaminhamento para o nutricionista, estar deprimido que estar muito em casa eu encaminho para o psicólogo, então eu converso com ele faço aquela busca inicial e de acordo com a necessidade do quadro clínico eu mesmo faço os encaminhamentos. (VIÚVA NEGRA)

Os profissionais que mais se articulam são: o médico, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. (HOMEM DE FERRO).

[...] trabalho muito em união com o médico e a equipe toda na verdade principalmente o agente comunitário de saúde se ele, por que assim o vínculo que a gente tem com as áreas é principalmente através dos agentes comunitários de saúde então muitas vezes eles trazem os casos para a gente [...] (THOR).

Quando é feito algum trabalho é na parte odontológica. (CAPITÃO AMÉRICA)

Todos os profissionais inseridos na ESF são de suma importância para esse cuidado. (GAVIÃO ARQUEIRO)

Observou-se que os profissionais que mais participam das ações são os próprios enfermeiros e os agentes comunitários de saúde pois os mesmos tem vínculos com a comunidade e trabalham com a realização da busca ativa da população destes quando é necessário, os demais profissionais foram citados, mais realizando seu trabalho que muitas vezes está centrado na patologia como por exemplo o dentista que realiza seu atendimento odontológico não voltado para a prevenção mais sim para a clínica. A política nacional de atenção básica preconiza um trabalho seja realizado pela equipe multidisciplinar voltado para a prevenção, promoção, recuperação de saúde/doença da comunidade.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica são atribuições da equipe multiprofissional desenvolver o cuidado com a saúde da população da área, dando prioridade ao âmbito da unidade de saúde, e se for necessário nos demais espaços (escola, igrejas entre outros), realizar busca ativa, ações coletivas e de vigilância a saúde, conforme a necessidade destes, garantir a atenção integral através de ações que visem a promoção, prevenção e recuperação da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A ESF define-se por realizar um trabalho em equipe, que por sua vez consiste em um item fundamental para a reorganização do processo de trabalho, com maior probabilidade de atuação pertinente, integral e resolutive. Um dos grandes desafios é desenvolver o trabalho em equipe de forma compartilhada e coletiva no qual agrupa diversos saberes e pratica multidisciplinar. O ACS agi como um mediador entre a comunidade e a equipe, atuando na construção de vínculos, que facilita na reorganização do processo de trabalho, no acesso aos serviços e até na comunicação entre os mesmos (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

5.2.4 Principais dificuldades encontradas pelo enfermeiro para o cuidado da saúde do homem.

Esta categoria permite refletir sobre as respostas dadas pelos enfermeiros quando questionados sobre quais as principais dificuldades encontradas para o cuidado com a saúde do homem.

São os gestores, pois não disponibilizam meios para desenvolver da política, por que é necessário que ocorra uma capacitação e para isto disponibilização de verbas para a realização deste que vão desde o planejamento até a realização, como também a própria população masculina não é muito acessível (HULK).

o próprio paciente que não aceita o cuidado em si, quer dizer ele já busca o serviço já com a patologia ativa ou com alguma sintomatologia, ele não busca a prevenção, o mesmo é uma pessoa altamente resistente ao cuidado [...], o resultado do exame demora vinte a trinta dias pra chegar e quando você recebe a aquele resultado, e ver que ele precisaria de um profissional especializado a gente vê a demora, a espera gigantesca desse paciente pra consegui este atendimento, então é um empasse muito grande é muito difícil. (VIÚVA NEGRA).

Encontramos dificuldades no que se refere a demanda uma vez que, possuímos uma grande demanda para pouco tempo. Possuímos vários programas para desenvolver e pouca carga horaria. (HOMEM DE FERRO).

[...] é difícil trabalhar a saúde do homem por que ainda não existe a política assim não existe um programa voltado pra eles se existisse seria mais fácil a gente trabalhar, como por exemplo, já está estabelecido que o programa saúde da mulher a gente tem que trabalhar pré-natal, preventivo, [...] se não for uma coisa digamos que obrigatória, não vier de cima pra baixo o ministério da saúde dizendo, olhar aparte de hoje a gente tem que trabalhar o tal programa, ai a gente vai trabalhar bem direitinho, entende? As dificuldades maiores são estas! (THOR).

Devido ser um programa não muito antigo existe o preconceito na população masculina, em relação a procurar, buscar o atendimento na atenção primária. (CAPITÃO AMÉRICA)

A maior dificuldade vivenciada na atenção básica em relação a saúde do homem é a ausência dessa clientela na UBS, justamente pela incompatibilidade de horário que está relacionado com seu trabalho. (GAVIÃO ARQUEIRO)

As principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros para o cuidado da saúde do homem são a falta de apoio dos gestores, pois não disponibilizam meios para desenvolver a política, além de capacitação dos profissionais da ESF. Outra

dificuldade foi a própria população masculina que não procura o serviço, pois o homem sempre foi ditado como um ser invulnerável e que não pode adoecer, diante disto eles não buscam a prevenção das doenças, eles só vão o serviço de saúde quando estão com uma patologia já crônica como uma hipertensão, câncer entre outras, muitas vezes pelo nível terciário da assistência e não aceitam com facilidade a política, muitas vezes por ser algo novo ainda causando preconceito. Porém, o enfermeiro deve se inserir no ambiente no qual este homem está, e assim desenvolver ações para influenciar este para o seu cuidado.

Existe também uma dificuldade relacionada a demanda pois os enfermeiros tem um cronograma bem complexo com atribuições tanto no desenvolver da assistência individual/coletivo quanto na parte burocrática alimentando o sistema do e-SUS, o mesmo ainda é responsável por toda a UBS inclusive a equipe.

Os enfermeiros também relatam que a política não é muito clara com relação as ações programadas para a saúde do homem na ESF, o que de fato não se percebe na PNAISH.

Em um artigo trabalhado por Leal; Figueiredo; Silva (2012), a maior dificuldade para o desenvolvimento da PNAISH é não existir uma capacitação para os profissionais, a falta de conhecimento sobre a mesma, ausência de matérias tanto didáticos para o apoio nas ações, tudo que sabem da política muitas vezes ocorrem em razão do material de divulgação, que por sua vez é muito superficial, deixando o profissional incapacitado de desenvolver a temática.

Segundo Brito; Santos; Maciel (2010), afirmam que uma das dificuldades existentes está relacionada com o horário de funcionamento da UBS, pois o mesmo é compatível com o de trabalho, o que acarreta na ausência dos homens no serviço de saúde, devido ao medo de se prejudicar ou perder o trabalho.

5.2.5 Efeito das ações realizadas pelos enfermeiros para a melhoria da saúde da população masculina

Por fim, nesta categoria evidencia-se a percepção dos enfermeiros acerca do efeito de suas ações para a melhoria da saúde da população masculina.

Com certeza. O homem procura pouco as unidades de saúde da família, muitas vezes quando tem alguma comodidade vai procurar

o setor de urgência e emergência e esse acompanhamento raramente ele é feito no decorrer da ESF, muitos só procuram quando tão com a pressão alta quando está com o índice glicêmico alto mais poucos procuram para tirar uma dúvida ou para procura alguma atividade de promoção a saúde. (HULK)

Acredito que sim. Com muito dialogo, eu penso muito também nos jovens, eu acho que eles promovem educação, nos ajuda a promover saúde, então quando você educa um jovem ele vai ser um adulto mais consciente então sempre quando eu entro nas escolas eu convenço com eles falo olha conversa com seu pai convença com sua mãe, fala que tem que fazer isto então eles são disseminadores de conhecimentos [...] (VIÚVA NEGRA).

Acredito que sim. Uma vez que estes sempre comparecem a procura de atendimento e relatam melhoras na qualidade de vida. (HOMEM DE FERRO)

Com certeza. Se existisse ia melhorar muito, por que a gente trabalha na atenção básica com prevenção e promoção então se a gente tiver estratégias voltadas para os homens com certeza vai diminuir a incidência de doenças nestas categoriais, mas que a gente infelizmente não tem uma estratégia voltada para este grupo, [...] se agente tivesse um grupo de homens que sempre tivesse renovando o exame PSA e tivesse cuidando da saúde deles ia evitar que eles chegassem ao adoecimento [...]. (THOR)

Não, por que além de não ser desenvolvido, colocado em prática o programa saúde do homem, quando tem as ações eles não participam, se o médico solicitar o exame de PSA eles não fazem, eles só buscam atendimento quando já estão sentindo algo ou com algum sintoma de alteração da próstata. (CAPITÃO AMÉRICA)

Sim. Quando conseguimos essa inserção dos mesmos na atenção básica e trabalhamos de forma inerente a prevenção e proteção à saúde, conseguimos identificar melhorias no processo saúde/doença. (GAVIÃO ARQUEIRO)

Foi observado que a maioria dos enfermeiros concordam quando com a importância do desenvolvimento da política frente as UBS, por que esta população não tem o hábito de procurar o serviço de saúde, e quando se trabalha corretamente estas ações através da educação em saúde constrói-se cidadão pensantes, gerando resultados positivo para o desenvolvimento da saúde destes homens e consequentemente se reduz o número de morbimortalidade relacionadas aos mesmos.

Foi identificado que um destes enfermeiros não acredita que suas ações são importantes, pois quando estas ações acontecem relata o mesmo, existe uma

recusa muito grande da mesma por parte dos homens. Diante disto é importante lembra que estes não são familiarizados com as UBS, mais mesmo assim tem-se que ser inserido a política no cronograma, e trabalhar os homens através das dificuldades encontradas por ele para a realização da promoção e prevenção a saúde em meio a UBS, até que se consiga uma aceitação por parte destes.

De acordo com a literatura os enfermeiros expõem a relevância da PNAISH pois contribuirá para a manutenção do arranjo familiar, não somente pelo prolongamento de sua vida, mais também pela probabilidade de redução dos agravos relacionados a saúde deste, possibilitando desta forma qualidade de vida, pois está ligada diretamente com promoção de qualidade de vida, proteção das patologias reduzindo a exposição aos fatores de riscos, observa-se ainda que se o homem adoecer todos da família sobre (ALVARENGA et al, 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que este trabalho foi de suma importância, pois os resultados encontrados permitiram uma reflexão sobre as estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro para o cuidado da saúde do homem no âmbito da atenção primária à saúde no município de Upanema-RN.

Os resultados evidenciaram que os enfermeiros encontram dificuldades para desenvolver estratégias para o cuidado a saúde do homem no âmbito da atenção primária e isto resulta na interação reduzida dos profissionais com o público masculino e conseqüentemente um cuidado prejudicado, confirmando a nossa hipótese.

Os objetivos propostos neste trabalho foram alcançados, pois analisamos as estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro para o cuidado da saúde do homem no âmbito da atenção primária no município de Upanema-RN, onde visualiza-se que a maioria dos enfermeiros possuem tempo de serviço na ESF entre 1 a 4 anos e possuem especialização. As estratégias utilizadas pelos enfermeiros para o cuidado da saúde do homem são ações pontuais envolvendo datas comemorativas e outros programas do Ministério da Saúde, como o hiperdia. A articulação entre o enfermeiro e a equipe de ESF é precária e destaca a articulação com o agente comunitário de saúde. Dentre as dificuldades que estes profissionais encontram para desenvolver as estratégias, visualizou-se a própria ausência do homem na UBS, na falta de incentivos dos gestores e percebe-se que o próprio desconhecimento da PNAISH por parte de alguns profissionais.

Portanto, lembramos aqui que o homem vai além de um órgão, pois ele tem corpo, sente emoções, adocece por múltiplas causas e por isto requer um trabalho desenvolvido por uma equipe multidisciplinar e capacitada para entender e resolver seus problemas como se preconiza no SUS.

Sendo assim, O SUS através da política em questão pretende aumentar e facilitar nas UBS a presença do homem, promovendo assim a prevenção e promoção a saúde desta população.

Cabe salientarmos que o enfermeiro como parte integrante da ESF tem o importante papel de conhecer a realidade da comunidade no qual o mesmo está atuando e a partir de aí identificar os grupos de riscos e vulnerabilidades, trabalhar sua equipe para que todos desenvolvam um trabalho grandioso e repleto de

resultados positivos, como também identificar os setores sociais que possam contribuir para a realização de ações educativas para a saúde do homem.

Sabemos que a população da área demarcada para cada equipe da ESF é de responsabilidade de todos que a compõe, mais infelizmente poucos participam das ações de educação em saúde, que visam como prioridade a redução e eliminação dos riscos e agravos a saúde, deixando esta função exclusivamente para os agentes comunitários de saúde e enfermeiro, e focando apenas na realização de uma assistência clínica, esquecendo que se não for prevenido a doença ou promovido saúde as patologias jamais cessaram, deixando sempre os níveis secundário e terciário de assistência assoberbados.

É importante ressaltarmos ainda que são muitas as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para a implementação da PNAISH, mais necessita-se que exista um interesse maior das três esferas do governo junto a equipe da ESF como também dos diversos níveis de assistência, para que juntos a esta política possa se desenvolver e conseqüentemente compreender as dificuldades encontradas pelos homens em frequentarem as UBS, e através das ações educativas aceitarem e mudarem seu estilo de vida.

Por fim o trabalho menciona a importância da implementação da política e suas ações nas UBS, pois é através das mesmas que se previnem diversas patologias, ou ainda que se detectadas e tratadas precocemente tem maior probabilidade de cura, o conhecimento dos enfermeiros acerca da importância da política para a promoção de saúde e prevenção das patologias que acometem os homens, como também na construção de novos estudos para auxiliar no desenvolvimento da PNAISH. Sugerimos também que a gestão incentive os profissionais no cuidado a saúde homem através capacitações, reuniões, melhorias na estrutura física das UBS e nos equipamentos, bem como incentivo a materiais de comunicação audiovisuais.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde (SUS) breve história da política de saúde no Brasil. In: AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 1 ed 2011.

ALVARENGA, W. A. et al. Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação **Rev Bras Enferm.** Brasília, v.65, n.6, p. 929-935. 2012. Disponível em em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a07v65n6.pdf>> acesso em: 20 set 2015.

BARBOSA, L. A; DANTAS, T. M; OLIVEIRA, C.C. Estratégia saúde da família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.24, n.4, p. 347-354, 2011. Disponível em:<http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo8_2011.4.pdf> Acesso em: 01 out 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf> acesso em 22 Mai 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12. **Dispõe sobre as diretrizes da pesquisa com seres humanos**. Brasília, DF, 2012b.

BRITO; R. S. SANTOS; D. L. A. MACIEL; P. S. O. Olhar masculino acerca do atendimento na estratégia saúde da família: **Rev. Rene.** Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 135-142, 2010. Disponível em:<https://scholar.google.com.br/scholar?q=OLHAR+MASCULINO+ACERCA+DO+ATENDIMENTO+NA+ESTRAT%C3%89GIA+SA%C3%9ADE+DA+FAM%C3%8DLIA&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5> acesso em: 16 set. 2015.

CALDEIRA, A. P; SILVA, J.M. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(6):1187-1193, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000600012&script=sci_arttext>Acesso em 12 out 2015.

Cardoso, A.S. Nascimento, M.C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, Supl. 1, p.1509-1520, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700063&script=sci_arttext> acesso em: 22 set 2015.

CARRARA, S; RUSSO, J. A. FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.659-678, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000300006&script=sci_arttext> Acesso em 07 out 2015.

CASTRO, C. O. TOCANTINS, F.R. Necessidades assistenciais do homem na perspectiva da enfermagem e a saúde da família. **R. pesq: cuid. fundam..online**, v.2, Ed. Supl., p.813-816. 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1141/pdf_290> acesso em: 20 set de 2015.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007.

COSTA, R. k. s, MIRANDA, F.A.N. **O ENFERMEIRO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÃO PARA A MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL. REV. RENE. Fortaleza**, v.9, n,2, p.120-128,2008. Disponível em:< <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-520975>> acesso em:26 mai 2016.

DAVID, H. M. S. L; et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde. **Esc Anna Nery**, v.16, n.3, p.561- 568, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000300019&script=sci_arttext> Acesso em: 10 out. 2015.

DUARTE, S. J. H; OLIVEIRA, J. R. SOUSA, R. R. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.3, n. 01, p. 520-530, 2012. Disponível em:< <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/140/pdf>> Acesso em: 07 out. 2015.

FONTES, W.D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e Serviço. **Acta Paul Enferm.**, João Pessoa, v.24, n.3, p.430-433, 2011. Disponível em:<https://scholar.google.com.br/scholar?q=Aten%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+a%C3%BAde+do+homem%3A+interlocu%C3%A7%C3%A3o+entre+ensino+e+Servi%C3%A7o+&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5> Acesso em: 15 set. 2015.

FONTNELLA, Bruno José Barcellos. RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem Por Saturação em Pesquisas Qualitativas em Saúde: Contribuições Teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, jan. 2008.

GOMES, R. et al. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2589-2596, 2012. Disponível em: <[> Acesso em: 16 set. 2015.](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&q=Sentidos+atribu%C3%ADdos+%C3%A0+pol%C3%ADtica+voltada+para+aSa%C3%BAde+do+Homem&btnG=&lr=)

JULIÃO, G. G; WEIGELT, L.D. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. **R. Enferm. UFSM**, v.1, n.2, p.144-152, 2011.

Disponível em: < <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2400>> Acesso em: 05 out 2015.

KNAURTH, D. R. COUTO, M.T; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2617-2626, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000011> Acesso em 05 out. 2015.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 315p

LEAL, A. F; FIGUIREDO, W. S; SILVA, G. S. N. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2607-2616, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000010> Acesso em 10 out 2015.

LOPES, V. D. N. et al. Política nacional da saúde do homem: a percepção da população masculina sobre este novo programa. In: CARTAXO, K. et al. **Atenção de Enfermagem em Saúde Coletiva**. Joao Pessoa: Ideal, 2015.

MACHADO, C. V. et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: JUNIOR, W. V.M; GRABOIS, V; OLIVEIRA, R. G. **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009. Disponível em: <http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/Qualificacao-de-Gestores-do-SUS_Configuracao-da-rede-regionalizada-e-hierarquizada-de-atencao-a-saude-no-ambito-do-SUS.pdf> Acesso em: 20 set 2015.

MACHADO, C. V. LIMA, L. D. NORONHA, J. C. 2 O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2ed. 2012.

MEDEIROS, C.R.G. et al. **A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15 p.1521-1531, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064> acesso em 26 Mai 2016.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, A. M. G. et al. A Estratégia saúde da família e a inclusão do trabalhador como Usuário do Serviço da Atenção Básica. In: OHARA, E. C. C; SAITO, R. X. S. **Saúde da Família: considerações Teórica e aplicabilidade**. 2.Ed. São Paulo: Copyrigh: 2010.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, 2011.

POLIT, D. F., BECK, C. T., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 5 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
REIS, D.O; ARAÚJO, E. C; CECILIO, L. C.O **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. São Paulo: UNIFESP, [2009?]. Disponível em:< >Acesso em: 02 out 2015.

RODRIGUES, C. R.F. Do Programa de Saúde da Família a estratégia Saúde da Família. In: AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: São Paulo: Martinari, 2011.

SAITO, R. X. S. políticas de saúde: princípios, diretrizes e estratégias para a estruturação de um sistema Único de saúde. In: OHARA, E. C. C; SAITO, R. X. S. **Saúde da Família: considerações Teórica e aplicabilidade**. 2.Ed. São Paulo, 2010.

SANTANA, J.C B. et al. **AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PERCEPÇÕES NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**. Out Cogitare Enfermagem. v 14 Issue 4, p. 645-652.2009 Disponível em< www.revenf.br/ce/v14n4/a06v14n4.pdf.acesso Acesso em 27 mai 2016

SILVA, S. K. N. et al. A Saúde do homem na Atenção Primária á saúde. In CARTAXO, K. et al. **Atenção de Enfermagem em Saúde Coletiva**. Joao Pessoa: Ideal, 2015.

SIMAN, A. G. et al. Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto-atendimento. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n. esp., p.904-12. 2011. Disponível em: < http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a03v12esp_n4.pdf> Acesso em: 02 out 2015.

SOUSA, R. C; BATISTA, F. E. B. **Política pública de saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS**. Palmas Tocantins, 2012. Disponível em: <<http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827> > Acesso em 05 out. 2015.

TEIXEIRA. D. C. et al. Concepções de enfermeiros sobre a política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 563-576, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00563.pdf> > acesso em: 22 set 2015.

VIEGAS, S.M. F. PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p. 181-190, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100019> acesso em: 01 out 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1: PARTE – ASPECTOS SÓCIO PROFISSIONAIS

Idade:_____ Religião:_____

Estado civil: () casada () solteira () viúva () outros_____

Tempo de atuação na Estratégia Saúde da família: _____

Escolaridade: graduado () especialização () Mestrado () Doutorado ()
residência ()

Possui especialização na área de saúde da família? Sim () Não ()

2: PARTE – ASPECTOS RELATIVO A TEMÁTICA

- 1- Quais as estratégias são utilizadas pelos enfermeiros para o cuidado da saúde do homem no âmbito da atenção primária?
- 2- Quais as ações são desenvolvidas pelo enfermeiro e a equipe da Saúde da Família para o cuidado a saúde do homem?
- 3- Quais os profissionais que mais se articulam com o enfermeiro para o cuidado a saúde do homem?
- 4- Quais as principais dificuldades que estes profissionais encontram para desenvolver estas estratégias voltadas para o cuidado da saúde do homem?
- 5- Acredita que suas ações têm efeito na melhoria da saúde da população masculina da sua área? Por que?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para participar da pesquisa: estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro para o cuidado da saúde do homem no âmbito da atenção primária a saúde no município de Upanema-RN, realizado pelos pesquisadores: Prof. Ma. Amélia Resende Leite e a aluna Luanna kaddigynna Argemiro de Oliveira Silva.

Esta pesquisa pretende identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para o cuidado da saúde do homem no âmbito da atenção primária a saúde; conhecer a articulação entre o enfermeiro e a equipe da saúde da família; perceber as principais dificuldades que estes profissionais encontram no desenvolver destas estratégias voltadas para o cuidado da saúde do homem.

O motivo que nos leva a fazer este estudo refere-se à importância de se desenvolver estudos que aprimorem e valorizem as premissas da estratégia da PNAISH no âmbito da APS, fazendo com que a temática ganhe maior visibilidade.

A realização deste trabalho trará importantes discussões para os profissionais da saúde, pois visualizaremos ao longo da pesquisa as estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro para o cuidado da saúde do homem no âmbito da atenção primária no município de Upanema-RN.

Caso o (a) senhor (a) decida participar, o (a) senhor (a) deverá responder a um formulário estruturado para avaliar as estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro em função da PNAISH. O (a) senhor (a) será submetido ao instrumento uma só vez, não havendo necessidade de outros encontros. O tempo médio para responder ao formulário corresponde a 5 minutos.

A pesquisa apresenta riscos mínimos, como, por exemplo, possível desconforto aos participantes durante a coleta de dados, entretanto os benefícios superam os riscos.

O estudo apresentará como benefício conhecer quais são as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros acerca da PNAISH. Assim, teremos um estudo que assumirá as diretrizes do SUS em consonância com a Política de saúde do homem do Ministério da Saúde e servirá de meio de propagação para que os profissionais de enfermagem o utilizem.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pela pesquisadora responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se o (a) Senhor (a) tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pela pesquisadora associada desse estudo e reembolsado. Além disso, Se o(a) Senhor(a) sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, será indenizado pela pesquisadora associada.

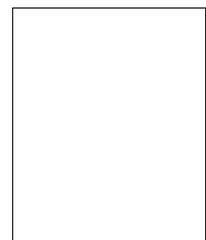
O (a) Senhor (a) ficará com uma cópia deste documento e a outra com o pesquisador responsável. Toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o pesquisador responsável, através do e-mail: amelia_resende@facenemossoro.com.br

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativas, bem como o direito de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE².

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, _____ / _____ / _____

Prof^a. Ma. Amélia Resende Leite¹
Pesquisadora responsável



Impressão
datiloscópica do
participante

Participante da Pesquisa/testemunha

Pesquisadora Responsável: Amélia Resende Leite

Endereço profissional do Pesquisador: Francisco Holanda 81,Ap 130 cond.
Fausto Guilherme. Alto de São Manoel CEP:59631-100

E-mail do pesquisador: amelia_resende@facenemossoro.com.br

Fone de contato profissional: (84) 3312 – 0143

²Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.

ANEXOS

ANEXO A – Certidão Autorização



Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró FACENE/RN

Credenciada pelo MEC: Portaria nº1.745, de 24/10/2006, Curso de Bacharelado em Enfermagem.
Reconhecido pelo MEC: Portaria nº769, de 6 de abril de 2011, publicada no DOU de 7 de abril de 2011, seção 01, página 15.

Ofício N° 028/ COORD DE MONOGRAFIA/FACENE/2016

Mossoró, 24 de fevereiro de 2016.

De: Coordenação de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

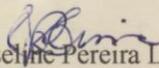
A:

Secretária de Saúde

Encaminhamos a V. S^a. a aluna **LUANNA KADDIGYNNA ARGEMRIO DE OLIVEIRA SILVA**, regularmente matriculada no 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem – FACENE/RN, que teve o seu projeto de pesquisa para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) intitulado “**ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO PARA O CUIDADO DA SAÚDE DO HOMEM NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE UPANEMA-RN**”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, através de protocolo nº 15/2016 e CAAE 53220616.4.0000.5179 pelo que a indicamos, juntamente com cópia da Certidão, para apreciação desta Coordenação, com vistas a autorizá-la a coletar os dados nas Unidades Básicas de Saúde do Município.

Agradecemos antecipadamente a atenção ao nosso encaminhamento, colocamos à disposição de V. Sr^a. para as ações que se fizerem necessárias.

Atenciosamente,


Joséline Pereira Lima
Coordenação Monografias



Sra. Maria Gorete Sales Oliveira
Secretária de Saúde do Município de Upanema/RN.

ANEXO B - Certidão



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 1º Reunião Ordinária realizada em 18 de Fevereiro 2016 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "**ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO PARA O CUIDADO DA SAÚDE DO HOMEM NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE NO MUNICÍPIO DE UPANEMA-RN**", Protocolo CEP: 15/2016 e CAAE: 53220616.4.0000.5179. Pesquisadora Responsável: **Amélia Resende Leite** e das Pesquisadoras Associadas: **Luanna Kaddigynna Argemiro De Oliveira Silva, Patrícia Helena De Moraes Cruz Martins e Alexandre Bezerra Silva.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/06/2016, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 18 de Fevereiro de 2016

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE