

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTACIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANDREIA FERREIRA MACEDO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM, SANTA LUZIA - MA**

SÃO LUIS
2013

ANDREIA FERREIRA MACEDO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM, SANTA LUZIA - MA**

Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Faculdade Laboro – Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialização em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Elinor Alves Gama

SÃO LUIS
2013

Macedo, Andreia Ferreira

Atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à saúde do homem, Santa Luzia - MA. / . Andreia Ferreira Macedo. – São Luís, 2013.

64f.

Impresso por computador (fotocópia).

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Mônica Elinor Alves Gama.

Monografia (Pós-Graduação) – Faculdade Laboro, Universidade Estácio de Sá, Curso de Especialização em Saúde da Família, 2013.

1. Saúde. 2. Saúde do homem. 3. Enfermagem I. Título

CDU 616-083 -055.1

ANDREIA FERREIRA MACEDO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM, SANTA LUZIA - MA**

Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Faculdade Laboro – Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialização em Saúde da Família.

Aprovada em / / 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Doutora em Medicina
Universidade São Paulo - USP

Prof.^a MSc. Rosemary Ribeiro Lindholm
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade São Paulo

AGRADECIMENTOS

A monografia é resultado de uma caminhada, e agradecer pode não ser tarefa fácil, nem justa. Para não correr o risco da injustiça, agradeço primeiramente a Deus, pois o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele.

E de antemão a todos que de alguma forma passaram pela minha vida e contribuíram para a construção de quem sou hoje. E agradeço, particularmente, a algumas pessoas pela contribuição direta na construção deste trabalho:

Aos meus pais, José Ribamar da C. Macedo por ser um pai compreensivo, e que sempre soube me guiar e minha mãe Antonia Ferreira Macedo, alicerce da minha vida e que não mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa. A minha irmã, primas, tios e em especial a que sempre me ajudou quando precisava Maria dos Remédios Ferreira Feitosa e toda minha família que, com muito carinho e apoio, sempre me ajudaram.

A todos os professores da Laboro, que foram tão importantes na minha vida acadêmica.

Aos amigos e colegas, em especial, Emanuel Britto, Ana Amélia, Maria Bezerra, Flávia Cavalcante e Nadiane, amigas que falaram palavras de ânimo e que me estimularam para continuar nessa luta, obrigado pelo incentivo e pelo apoio constante.

À professora orientadora Monica Elinor pelo seu empenho e dedicação nas diversas análises deste trabalho, e a sua orientação e confiança que guiou meus passos para a finalização do mesmo.

E a todos que contribuíram, possibilitaram e incentivaram esta pesquisa.

“A saúde é essencial ao desenvolvimento do trabalho do
homem.”
(Bruno Calil Fonseca)

LISTA DE SIGLAS

- AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- APS**- Atenção Primária à Saúde
- CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- ESF** – Estratégia da Saúde da Família
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INCA** - Instituto Nacional de Câncer
- MA** - Maranhão
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPAS** - Organização Pan-Americana da Saúde
- PNAISH** - A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
- PSF** - Programa de Saúde da Família
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- USF** – Unidade de Saúde Familiar
- UNICEF** - Fundo das Nações Unidas para a Infância
- SPT 2000** - Saúde para Todos no ano 2000

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

GRÁFICO 1- Distribuição percentual de 15 enfermeiros estudados, de acordo com local de residência, Santa Luzia MA 2013.....	39
GRÁFICO 2 – Distribuição percentual de 15 enfermeiros quanto ao tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família, Santa Luzia MA 2013.....	40
GRÁFICO 3 - Distribuição percentual de 15 enfermeiros quanto à participação em curso de capacitação/especialização voltado para a saúde do homem. Santa Luzia MA 2013.....	41
TABELA 1 – Distribuição numérica e percentual de 15 enfermeiros quanto ao acesso a publicações aos manuais de normas técnicas sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, Santa Luzia MA 2013.....	42
GRÁFICO 4- Distribuição percentual dos 15 enfermeiros de acordo com o sexo dos clientes que são atendidos na Santa Luzia MA 2013.....	43
GRÁFICO 5 - Distribuição percentual dos 15 enfermeiros de acordo com a realização de atendimento aos usuários, considerando suas particularidades e os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços de Santa Luzia MA 2013.....	45
GRÁFICO 6 - Distribuição percentual dos 15 enfermeiros de acordo com a elaboração ou planejamento de ações que ampliem a participação ativa dos indivíduos do gênero masculino, Santa Luzia MA 2013.....	46
GRÁFICO 7 - Distribuição percentual de 15 enfermeiros quanto à realização de atividades na comunidade, sobre a saúde do homem, Santa Luzia MA 2013.....	47
GRÁFICO 8 - Distribuição percentual de 15 enfermeiros de acordo com os temas abordados na UBS à clientela masculina, Santa Luzia MA 2013.....	48
GRÁFICO 9 - Distribuição percentual de 15 enfermeiros quanto ao conhecimento sobre os três eixos abordados na Política de Atenção Integral a Saúde do Homem, Santa Luzia MA 2013.....	49
GRÁFICO 10- Distribuição percentual de 15 enfermeiros de acordo com as atividades desenvolvidas na atenção à saúde do homem rotineiramente na Estratégia Saúde da Família, Santa Luzia MA 2013.....	51

RESUMO

Estudos sobre a saúde dos homens vêm ganhando destaque no cenário nacional devido às elevadas taxas de mortalidade e morbidade que afetam esse grupo, assim como a sua baixa procura pelos serviços de atenção primária à saúde. O Ministério da Saúde, nos 20 anos do SUS, apresenta uma das prioridades desse governo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, desenvolvida em parceria entre gestores dos SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional. Os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública, a realidade é que ainda são escassos os estudos e pesquisas de caráter avaliativo abordando a temática relacionada à atenção integral à saúde do homem nas Estratégias de Saúde da Família (ESF). É neste sentido que estaremos discutindo a percepção, as ações e as perspectivas dos enfermeiros (as) que atuam na ESF, com o objetivo de estudar a atuação do enfermeiro quanto à atenção à saúde do homem, questão da assistência a saúde do homem que contempla às necessidades dos clientes do sexo masculino inseridos no contexto da UBS, através da atuação do profissional de enfermagem a partir de uma visão crítica e problematizadora da realidade da saúde brasileira, na busca da construção de propostas e alternativas que melhor trabalhem esta questão. A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Santa Luzia - MA. A população do estudo é composta por profissionais de nível superior: 15 enfermeiros (as), selecionados pelo critério de atuação na ESF, sendo abordados na Secretaria de Saúde para a realização da entrevista. Os resultados estão apresentados em forma de tabelas e gráficos elaborados através de um questionário constituído por perguntas abertas e fechadas. Este estudo buscou evidenciar que é necessária uma readequação dos sistemas de saúde, em especial os de atenção primária, para atender às demandas do grupo masculino que ainda encontra-se mal assistido, talvez pela falta de conhecimento de uma política de saúde voltada especialmente para eles, ou por não se identificarem com as UBS acreditando que estas sejam de caráter mais feminino. Acredita-se, contudo que esta visão pode ser mudada através de palestras desenvolvidas pelos enfermeiros, além de ações elaboradas juntamente com a gestão municipal para uma melhor promoção da saúde, para que através destas ocorra à prevenção e recuperação da saúde, em destaque a do público masculino.

Palavras chaves: Saúde do homem. Enfermagem, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Studies on the health of men come to prominence on the national scene due to high rates of mortality and morbidity affecting this group, as well as its low demand for the services of primary health care. The Ministry of Health, in the 20 years of the NHS, has one of the priorities of this government, the National Policy for Integral Attention to Men's Health, developed in partnership between NHS managers, scientific societies, civil society organizations, academic researchers and cooperation agencies internationally. Grievances of the male are real public health problems, the reality is that there are still few studies and surveys Evaluative addressing the issue related to comprehensive health care for the man in the FHS. It is in this sense that we will be discussing the perceptions, actions and perspectives of nurses (as) who work in the FHS, with the aim of studying the work of nurses regarding the health care of man, the question of support men's health which includes the needs of male clients within the context of UBS, through the professional practice of nursing from a critical and problem of the reality of Brazilian health in the pursuit of building proposals and alternatives that work better in this issue. The survey was conducted in the Basic Health Units in the City of Santa Luzia - MA. The study population is comprised of top-level professionals: 15 nurses (the) selected by the criterion of performance in the FHS, being addressed in the Secretary of Health for the interview. The results are presented in tables and graphs produced by a questionnaire consisting of open and closed questions. This study aimed to highlight the need for a realignment of health systems, particularly primary care, to meet the demands of the male group that still is poorly attended, perhaps due to lack of knowledge of a health policy geared especially for them , or do not identify with UBS believing that they are more feminine character. It is believed, however, that this view can be changed through lectures performed by nurses, as well as actions designed together with the municipal management for better health promotion so that these occur through the prevention and restoration of health, to the highlighted male public.

Keywords: Men's health. Nursing. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	17
3.1 Geral.....	17
3.2 Específico.....	17
4 REFERENCIAL TEÓRICO	18
4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: Uma Abordagem Histórica.....	38
4.2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: Estratégia de mudança no modelo assistencial de saúde	24
4.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM	28
4.3.1 Princípios e diretrizes.....	30
4.3.2 Determinantes sociais sobre a saúde do homem: Violência; Fatores de riscos de morbimortalidade e Saúde Sexual e Reprodutiva	32
4.3.3 Assistência à saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família.....	34
5 METODOLOGIA	38
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICES.....	58
ANEXOS.....	62

1 INTRODUÇÃO

A cada três pessoas que morrem no Brasil, duas são homens. A cada cinco pessoas que morrem de 20 a 30 anos, quatro são homens. De acordo com a publicação Saúde Brasil 2007, os homens representam quase 60% das mortes no país. (PORTAL SAÚDE, 2012). As estatísticas comprovam que os homens morrem mais que as mulheres por varias causas. Esta ocorrência pode estar ligada a vários fatores constituindo-se em um agravo para a sociedade e um problema de saúde pública.

O Ministério da Saúde (MS) preocupado com esses dados lançou uma Política: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) pelo médico sanitaria José Gomes Temporão em março de 2008, um ano após assumir o Ministério da Saúde, no segundo mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva, (VIEIRA & FIGUEREDO et. al. 2011) para nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, uma vez que o homem recorre menos frequentemente aos serviços de atenção primária do que as mulheres e procuram o sistema quando os quadros já se agravaram.

“A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis” (BRASIL, 2008a).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde. (BRASIL, 2008a). Essa Política vai trabalhar juntamente com a Atenção Básica: Estratégia Saúde da Família que trabalha com a família de forma integral: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso. Priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua.

De acordo com o MS, a função da USF é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da

mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. (BRASIL, 2006)

O objetivo é inserir o homem na APS como também um maior acesso aos serviços de assistência integral a saúde. É nesse sentido que o Ministério da Saúde pretende levar 2,5 milhões de brasileiros aos consultórios médicos e aos laboratórios. (PINHO, 2009).

Assim discorre-se sobre a problemática da atuação dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família na atenção básica à saúde do homem. Sendo necessário entender que os profissionais dessa estratégia deve assistir essa clientela, como também elaborar estratégias para atendimento, dar a assistência às necessidades dos clientes do sexo masculino garantindo a promoção da saúde e prevenção a agravos evitáveis de acordo com a Política Nacional. De acordo com Brasil (2008b), o enfermeiro tem um papel significativo dentro das equipes de ESF, e o seu perfil profissional pode ser um fator determinante na assistência prestada.

É nesse sentido que deve se conhecer a atuação do profissional de enfermagem para verificar se suas ações desenvolvidas estão em conformidades com os princípios e diretrizes da Política Nacional, e o reconhecimento que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros. Sendo assim, este estudo se propõe a conhecer a atuação do enfermeiro da ESF na atenção básica à saúde do homem no município de Santa Luzia, no Estado do Maranhão (MA).

2 JUSTIFICATIVA

O assunto Saúde do Homem tem sido discutido nos vários países do mundo nos últimos tempos e tem despertado na sociedade em geral a necessidade urgente de se criar políticas públicas que influenciem na educação, na orientação da população e na melhoria da saúde do homem. Isso acontece porque de acordo com vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (BRASIL, 2008a).

Estudos sobre a saúde dos homens vêm ganhando destaque no cenário nacional devido às elevadas taxas de mortalidade e morbidade que afetam esse grupo, assim como a sua baixa procura pelos serviços de atenção primária à saúde.

O Ministério da Saúde, nos 20 anos do SUS, apresenta uma das prioridades desse governo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, desenvolvida em parceria entre gestores dos SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional. Analisando esses dados percebe-se que o Brasil está em fase de grandes avanços na atenção integral a saúde do homem, mais ainda precisar fazer aprofundamentos sobre esse assunto, de maneira a deixá-lo mais apropriado para a população, onde não se deve ser implementado isoladamente, mas sim oferecido à população dentro do conjunto de ações que visam à assistência integral à saúde do homem e potencializar os avanços que o Brasil tem demonstrado nesta área. (BRASIL, 2008a).

Os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública, a realidade é que ainda são escassos os estudos e pesquisas de caráter avaliativo abordando a temática relacionada à atenção integral à saúde do homem nas ESF. Percebe-se que saúde do homem tem que ser trabalhado no sentido de superar os problemas existentes em relação à operacionalização dessa política e considerá-lo como parte integrante e não circunstancial. Portanto é uma ação que necessita dos governos estaduais, municipais e profissionais de saúde, que possam promover e facilitar o desenvolvimento e a melhora da saúde pública.

É neste sentido que estaremos discutindo a percepção, as ações e as perspectivas dos enfermeiros (as) que atuam na ESF quanto à atenção à saúde do

homem, questão da assistência a saúde do homem que contempla às necessidades dos clientes do sexo masculino inseridos no contexto da ESF, através da atuação do profissional de enfermagem a partir de uma visão crítica e problematizadora da realidade da saúde brasileira, na busca da construção de propostas e alternativas que melhor trabalhem esta questão.

3 OBJETIVOS

3.1 Gerais

Estudar a atuação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na atenção à saúde do homem, Santa Luzia - MA.

3.2 Específicos

- Conhecer o perfil profissional do enfermeiro com ênfase na qualificação técnica para atuação na APS e na saúde do homem;
- Conhecer as práticas desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem direcionadas a saúde do homem;
- Avaliar a assistência de enfermagem à saúde do homem na estratégia de saúde da família no que diz respeito aos três eixos: violência, tendência à exposição a riscos, e saúde sexual e reprodutiva.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: Uma Abordagem Histórica

A atenção primária como específica modalidade da atenção básica é um recurso técnico e estrangeiro para reorientar os sistemas de saúde. Sua formulação, explicitação e divulgação como conceito deu-se na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizado em 6 a 12 de setembro de 1978, em Alma Ata, capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão, promovida pela Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a infância. (OMS/UNICEF 1979).

Historicamente, a ideia de atenção primária (APS) foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920, que preconizou a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino.

“Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária - uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região (MINISTRY OF HEALTH, 1920 *apud* MATTA E MOROSINI 2009.)”.

Esse clássico documento descreveu as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles e constituiu a base da regionalização dos serviços de saúde e dos sistemas de serviços de saúde organizados em bases populacionais, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo.

O governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexineriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país,

devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade. (MATTA E MOROSINI, 2009).

“[...] só pode ser assegurada mediante uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade. Tal organização é indispensável por razões de eficiência e custos, assim como para o benefício do público e da profissão médica” (DAWNSON 1920 *apud* KUSCHNIR, 2009).”

Esta concepção elaborada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS. A primeira seria a regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como devem identificar as necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas.

“A medicina preventiva e a curativa não podem separar-se em virtude de nenhum princípio sólido e em qualquer plano de serviços médicos devem coordenar-se estreitamente”. (DAWNSON 1920 *apud* KUSCHNIR, 2009). No Brasil, a primeira proposta nesse sentido foi apresentada pelo Dr. Mário Magalhães Silveira à III Conferência Nacional de Saúde, em 1963. (OLIVEIRA. 2005).

A Conferência propunha a reordenação dos serviços de assistência médica-sanitária e alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, a municipalização, com o objetivo de descentralizar a execução das ações básicas de saúde, de modo a criar uma estrutura sanitária verdadeiramente nacional e flexível o bastante para adequar-se a realidade econômica, política e social da comunidade, num país de tão grandes diferenças regionais. (BRASIL. 1992).

Na década de 1960 inicia-se um debate abordando a determinação econômica e social da saúde, e abre-se caminho para busca de uma abordagem positiva nesse campo. Essas abordagens tentavam superar as orientações predominantemente centradas no controle da enfermidade, entre elas, podemos destacar: Relatório Ladonde “Novas perspectivas na Saúde dos Canadenses em 1974, que desenvolve a ideia de determinantes “não médicos” da saúde (OMS/OPAS, 2005) e as viagens promovidas por Halfdan Mahler, diretor geral da

OMS em 1973-1974 à China. Estas observações apontam para novas estratégias a serem desenvolvidas pelo setor saúde e deu origem as ideias que conformaram a noção de Atenção Primária a Saúde. (BUSS E FERREIRA 2001 *apud* RIBEIRO 2007).

A catalogação da Atenção Primária à Saúde (APS) como doutrina universal veio a dar-se na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, em 1978 e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS.

“Os governos tem pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social” (OMS/UNICEF, 1979).

Essa política internacional ficou conhecida como 'Saúde para Todos no Ano 2000'. A Declaração de Alma-Ata, como foi chamado o pacto assinado entre 134 países, defendia a seguinte definição de APS, aqui denominada cuidados primários de saúde:

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978)”.

Essa conferência definiu como elementos essenciais da atenção primária à saúde, a educação sanitária; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de

micronutrientes; e a valorização da medicina tradicional, propõe também a instituição de serviços locais de saúde centrada nas necessidades de saúde da população e fundada numa perspectiva interdisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades.

Além de definir esses elementos para a ação dos cuidados primários de saúde, a Conferência encomendou aos governos que incorporassem aos seus planos nacionais de desenvolvimentos as seguintes premissas: os cuidados primários de saúde; a participação de outros ministérios para adequado apoio administrativo e financeiro; uma política de recursos humanos, apoiados por um sistema de informação. A conferência confirmou ainda a importância do desenvolvimento adicional de um sistema nacional de saúde, na qual os cuidados primários de saúde deveriam ser parte integrante, e reafirmou um conceito abrangente de saúde e a saúde enquanto direito universal. (OMS/UNICEF 1979).

Para a realização da cobertura dos serviços da Conferência de Alma-Ata foi delimitado algumas características das ações de saúde sendo voltadas para as necessidades da população com cobertura universal, abrangendo promoção, prevenção, assistência e reabilitação, adaptadas às condições e participação da comunidade, com redes hierarquizadas e integradas com outros setores. (RIBEIRO, 2007)

A Declaração de Alma-Ata representou então uma proposta num contexto muito maior que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Nesse sentido, apontou para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebeu a saúde como um direito humano; a redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas; o fornecimento e até mesmo a produção de medicamentos essenciais para distribuição à população de acordo com a suas necessidades; a compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais, e das desigualdades entre os diversos países; e também estipula que os governos nacionais devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional (MATTA, 2005).

Um ano após a Conferência de Alma-Ata, a Fundação Rockefeller financiou a realização da Conferência de Bellagio, a partir da qual se disseminou

internacionalmente uma noção seletiva da APS, baseada na formulação de programas com objetivos focados em problemas específicos de saúde para atingir grupos populacionais em situação de pobreza. A proposta surgiu da crítica feita à concepção de APS presente na Declaração de Alma-Ata, interpretada como uma concepção idealizada, muito ampla e com poucas chances de aplicabilidade (CUETO, 2003; MAGNUSSEN; JOLLY, 2004 *apud* CUNHA 2008).

Em 1979, a Assembleia Mundial da Saúde instou todos os países membros a definir e pôr em prática estratégias nacionais, regionais e globais, tendentes a alcançar a meta de “Saúde para Todos” no ano 2000. Em 1980, o Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana da Saúde aprovou, para as Américas, as estratégias para alcançar a SPT 2000.” (MENDES 2008).

Quando a Organização Mundial da Saúde propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estava longe de atingi-las. Isso gerou problemas de conceituação e, por consequência, de implementação. (Vuori, 1984 *apud* MENDES 2008).

As variações na interpretação da atenção primária à saúde se explicam, ademais, pela história mesma de como se gestou e evoluiu este conceito e pela ambiguidade de algumas de suas definições formais estabelecidas nos foros internacionais, pelo uso diferenciado que fazem do termo atenção básica à saúde algumas escolas do pensamento sanitário e pela tentativa de se instituir uma concepção positiva de processo saúde/doença em momento de nítida hegemonia de uma concepção negativa da saúde.

“Apesar de as metas de Alma-Ata jamais terem sido alcançadas plenamente, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90 do último século. Entretanto, muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, adotaram a APS numa perspectiva focalizada, entendendo a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global, distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito” (MATTOS, 2000).

Assim, apesar de noção de atenção primária ser ampla, após a divulgação de Alma-Ata passou a ser aplicada com a concepção de atenção seletiva, destinadas a populações rurais e pobres da área urbana.

Ao final da década de 1980 a OPAS/OMS consta que a proposição dos cuidados primários de saúde, após 10 anos, não alcançara seus objetivos, realizando uma avaliação sobre o desenvolvimento da proposta que referendou-se os princípios da atenção primária para alcançar a meta SPT 2000 e passa a dar ênfase nos Sistemas Locais de Saúde apresentados na XXII Conferencia Pan-Americana de Saúde em 1986 que constitui numa orientação normativa e administrativa para operacionalização dos sistemas de saúde, com ênfase na atenção primária e seus componentes essenciais (RIBEIRO, 2007).

A atenção primária passa agora a ter um enfoque estratégico para a reorganização do sistema de saúde, dirigindo-o para maior equidade, eficiência e gestão de serviços de saúde. A decodificação da atenção primária à saúde passa a ser a estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. Agregado, a isso, o Ministério da Saúde propõe como política nacional de atenção primária à saúde, a estratégia da saúde da família, denominada de PSF - Programa de Saúde da Família. (MENDES 2008)

A atenção primária à saúde vai dar-se pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contacto, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária (Starfield, 1992 *apud* MENDES 2008) sendo o PSF que passa a ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial uma vez que a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006b).

4.2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) NO BRASIL: Estratégia de mudança no modelo assistencial de saúde

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Baseia-se em um sistema onde os novos modelos de assistência decorrem de um momento histórico social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil a partir de 1994, com intuito de consolidar e aperfeiçoar as doutrinas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente nos serviços de atenção primária. Essa estratégia apresenta-se como o eixo norteador dos serviços de atenção básica e possui como objeto de trabalho a família com todas as características loco – regionais que ela possui. (BRASIL, 1996a).

Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção. Priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua.

Atua com população adscrita, prestando atenção integral à saúde da família, dentro dos princípios do SUS e propõe resgatar o vínculo de corresponsabilidade entre os serviços e a população, favorecendo a prevenção das doenças e a cura, como também a valorização do papel das pessoas, das famílias e da comunidade na melhoria da qualidade de vida, das condições de saúde e de vida.

“Um dos pontos mais fortes do Programa de Saúde da Família (PSF) é a busca ativa: a equipe vai às casas das pessoas, vê de perto a realidade de cada família, toma providências para evitar as doenças, atua para curar os casos em que a doença já existe, dá orientação para garantir uma vida melhor, com saúde” (BRASIL, 2001a).

A equipe do PSF recomendada pelo MS é composta, no mínimo, por um (a) médico (a), um (a) enfermeiro (a), um (a) auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, podendo incorporar outros profissionais de saúde, de acordo com as demandas dos serviços locais. Cada equipe é responsável por 600 a 1000 famílias.

Atualmente o PSF está sendo definido como Estratégia de Saúde da Família, porque programa tem início, desenvolvimento e fim e estratégia não prevê tempo para finalizar.

“Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados” (BRASIL, 1996a).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) organiza-se com os princípios do SUS que consiste em universalidade, integralidade e equidade, de acordo com Saito (2008, p. 51), é onde a ESF pressupõe a definição de espaços geográficos, definindo assim a população adscrita, através do cadastramento e acompanhamento longitudinal por meio da atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS) em uma microárea dentro de cada área, onde ele vai atuar em indicadores epidemiológicos, de risco e vulnerabilidade e exclusão social.

A ESF passará a resolver os problemas de saúde das pessoas desde os mais simples até os mais complexos, ou seja, a pessoa passará a ser assistida em todos os níveis de complexidade dos sistemas tendo a disponibilidade de recursos na proporção da necessidade da população.

A ESF tem também como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com as diretrizes do SUS. Esses princípios são a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistências e participação da comunidade. (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2002).

Esse programa tem dado aos profissionais engajados a possibilidade de desenvolverem uma ação interdisciplinar que vincula o saber das ciências sociais às questões de saúde, demografia e epidemiologia, entre outras. Trabalha com uma equipe multidisciplinar, onde cada membro possui suas atribuições específicas. O

enfermeiro componente importante dessa equipe desenvolve atividades tanto no âmbito de saúde, quanto na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho de sua equipe e assistindo as pessoas que necessitam de atenção específica de enfermagem.

“Consiste em unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, através de equipe multiprofissional. Desenvolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente” (BRASIL, 1997).

A unidade básica de saúde caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde e deve trabalhar com a definição de um território de abrangência. É o primeiro contato da população com o serviço local de saúde, onde se garante resolutividade na sua complexidade tecnológica, assegurando-se referencia e contra referencia com os diferentes níveis do sistema quando é requerida maior complexidade para resolução dos problemas identificados. (BRASIL, 1997).

São atribuições básicas do enfermeiro de acordo com Brasil 1997:

“[...] executar, no nível de suas competências, ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso, desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde, oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária, promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável, participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família”.

Cada profissional da equipe possui suas atribuições específicas, ficando o enfermeiro o responsável pela equipe. A equipe possui uma abordagem multiprofissional, analisando alguns princípios básicos como o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/ doença, a integralidade da atenção, a ênfase na prevenção, sem descuidar do atendimento curativo, o atendimento nas clínicas básicas de pediatria, ginecologia obstetrícia, clínica médica e clínica cirúrgica (pequenas cirurgias ambulatoriais), a parceria com a comunidade e as possibilidades locais. (BRASIL, 1997).

Então a ESF trabalha com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência, prestando assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade.

4.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi criada, no Brasil, pelo médico sanitário José Gomes Temporão em março de 2008, um ano após assumir o Ministério da Saúde, no segundo mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva. Essa política propõe qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção, ou seja, promover, prevenir e assistir os homens compreendendo suas particularidades. Isso implica em avanço e reconhecimento no Brasil por ações voltadas à saúde do homem, já que apenas o Canadá tem essa pasta, e nem os EUA, país considerado como potência mundial, a possui. (VIEIRA; FIQUEREDO, 2011)

A partir da PNAISH houve a propagação de dados alarmantes sobre a realidade masculina. O diagnóstico que serviu de base para o desenvolvimento das ações de implantação da política, evidenciou que os homens brasileiros correspondem a 60% das mortes no país, e possuem expectativa de vida em torno de 7,6 anos a menos que as mulheres. Sedentário e mais acometidos pela problemática da dependência química, principalmente álcool e fumo, o homem revelado pelo estudo, também é pouco preocupado com o planejamento familiar (BRASIL, 2008a).

A Política traduz um longo anseio da sociedade, ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Devido a aspectos culturais e deficiências no sistema de saúde, os homens habituaram-se a evitar o contato com os serviços de saúde, seja nos consultórios médicos, seja nas unidades básicas de saúde. Resistentes à prevenção e ao autocuidado, chegam aos serviços de saúde tardiamente, tendo como porta de entrada a atenção especializada, resultando em elevação dos custos com a saúde, aumento do sofrimento físico e emocional para si e para as suas famílias.

“Nesse sentido, a política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um de seus principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de

gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população” (BRASIL, 2008a).

O Ministério da Saúde compreendeu que é essencial o desenvolvimento de cuidados específicos para o homem jovem e adulto, no que diz respeito aos agravos específicos do sexo masculino ou que nele encontram maiores taxas de incidência/morbidade e mortalidade. A começar pelas causas externas, nas quais o predomínio de óbitos é devastador e, dentre estes os causados pela violência, que atingem o dobro de homens em relação às mulheres e o triplo se considerarmos a faixa etária de 20 a 39 anos e, ainda, as doenças cardiovasculares que somam o dobro dos óbitos femininos pela mesma causa e faixa etária.

“O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido a agressões, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação à sofrida pelas mulheres” (SOUZA, 2005 *apud* BRASIL 2008a).

É nesse sentido que o Ministério da Saúde aborda três eixos relevantes para a saúde do homem, a violência como determinante dos indicadores de morbimortalidade por causas externas em todas as suas dimensões, tendência à exposição a riscos com consequência nos indicadores de morbimortalidade como álcool e tabagismo e a saúde sexual e reprodutiva. (BRASIL, 2008a).

Em vista disso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi formulada com o objetivo de promover ações de saúde inseridas na linha de cuidado que resguarda a integralidade da atenção e está alinhada à Política Nacional de Atenção Básica, porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

A política de Atenção Integral à Saúde do Homem envolve cuidados tanto da Atenção Básica com foco na Estratégia de Saúde da Família, quanto nos demais níveis de atenção, no que diz respeito à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, além de chamar a atenção para a responsabilidade dos três níveis de gestão, na prática da humanização, integração das demais políticas, articulação intersetorial, reorganização das ações de saúde, estímulo a corresponsabilidade de entidades da sociedade organizada, aperfeiçoamento do

sistema de informações em saúde e realização de estudos e pesquisas a respeito da saúde do homem.

“A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas” (BRASIL, 2008a)

4.3.1 Princípios e diretrizes

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem como princípios a humanização e a qualidade que devem considerar os seguintes elementos de acordo com BRASIL 2008a:

1. Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde;
2. Associar as diversas áreas do setor sanitário, demais áreas do governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e coresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população masculina em que todos sejam participantes da proteção e do cuidado com a vida.
3. Informações e orientação à população-alvo, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem;
4. Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
5. Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;
6. Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
7. Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários;

8. Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitor as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

As diretrizes da PNAISH foram elaboradas tendo em vista a integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade sendo norteadas pela humanização e a qualidade da assistência, princípios que devem permear todas as ações. De acordo com Brasil (2008a) as diretrizes da política são:

- Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado;

- Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, de acordo com as competências de cada um, garantindo condições para a execução da presente política;

- Nortear a prática de saúde pela humanização e a qualidade da assistência a ser prestada, princípios que devem permear todas as ações;

- Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde;

- Promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir;

- Reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados;

- Integrar as entidades da sociedade organizada na corresponsabilidade das ações governamentais pela convicção de que a saúde não é só um dever do Estado, mas uma prerrogativa da cidadania;

- Incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem;

- Aperfeiçoar os sistemas de informações de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão;

- Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

4.3.2 Determinantes sociais sobre a saúde do homem: Violência; Fatores de riscos de morbimortalidades e Saúde Sexual e Reprodutiva.

A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem busca oferecer subsídios à reflexão dos determinantes da saúde do homem, bem como apresenta diversos elementos condicionantes para a sua saúde, resguardando a consideração da necessidade de ações de promoção e prevenção, além da recuperação. Os temas mais recorrentes no estudo sobre a saúde do homem podem se estruturar em torno de três eixos: violência, tendência à exposição a riscos com consequência nos indicadores de morbimortalidade e saúde sexual e reprodutiva. (BRASIL, 2008a)

O Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, compreendeu a necessidade de melhorar a qualidade de vida dos homens, com objetivo de elevar sua expectativa de vida e intervir nos principais fatores relacionados à morbimortalidade.

No Brasil, os acidentes e as violências são agravos que, pelo seu expressivo impacto na morbimortalidade da população masculina, constituem-se em importante problema de saúde pública, sendo, portanto, objeto prioritário das ações do Sistema Único de Saúde, que, em conjunto com outros segmentos dos serviços públicos e da sociedade civil, deve continuar a buscar formas efetivas para o seu enfrentamento. (BRASIL, 2006a).

Outro fator associado nos indicadores de morbimortalidade é o álcool e o tabagismo. Em relação ao tabagismo, os homens usam cigarros com maior frequência que as mulheres, o que lhes acarreta em maior vulnerabilidade a doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças bucais e outras, relacionadas ao uso regular de cigarro. (BRASIL, 2008a). O uso do álcool também é maior para o sexo masculino quando comparado ao feminino e a prevalência de dependentes de álcool também é maior para o sexo masculino: 19,5% dos homens são dependentes de álcool, enquanto 6,9 das mulheres apresentam dependência. Segundo estes dados, para cada seis pessoas do sexo masculino que faz uso na vida de álcool, uma fica dependente. Entre as mulheres, esta proporção é 10:1. (VIGITEL, 2007).

É necessário fazer ações voltadas para esses problemas, uma vez que a dependência levava a internação, causando assim gastos elevadíssimos com a recuperação desses homens.

“Avaliar os determinantes sociais de vulnerabilidade do homem para os problemas com o álcool e o cigarro torna-se, assim, imperioso para a construção de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde mental deste segmento. Na medida em que o uso do álcool e do cigarro, como apontam diversos estudos, está sendo iniciado cada vez mais precocemente por homens e mulheres, as ações de promoção e prevenção para jovens e adolescentes também merecem mais investimento e monitoramento” (BRASIL, 2008a).

É preciso estimular os homens a cuidarem da sua saúde em todas as fases da vida. É fundamental que entendam que a falta de cuidados básicos com a saúde pode gerar prejuízos muito grandes para ele próprio e também para sua família, com esse enfoque outro fator de risco apresentado pelos homens são os problemas cardiovasculares.

“As doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no País em um ano. Isso significa que mais de 308 mil pessoas faleceram principalmente de infarto e acidente vascular cerebral (AVC). Estudos do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (São Paulo) mostram que 60% dessas vítimas são homens, com média de idade de 56 anos” (BRASIL, 2010).

As maiores causas de mortalidade da população masculina estão distribuídas em cinco agravos: A primeira em causas externas abordando a violência e acidentes, as doenças do aparelho circulatório em terceiro os tumores abordando os cânceres de câncer de pulmão, traqueia e brônquios, câncer de estômago e um dos mais frequentes que causa a morte o câncer de próstata.

“Ao se analisar, no ano de 2005, as causas de mortalidade na população masculina dos 25-59 anos se observou que, em 75% dos casos, os óbitos incidem em 05(cinco) grupos principais de entidades mórbidas. A maior porcentagem de óbitos deve-se às Causas Externas (CID 10 - Cap.XX); em segundo lugar, estão as Doenças do Aparelho Circulatório (CID10 –Cap. IX), em terceiro, os Tumores (CID 10 – Cap. II); em quarto, as Doenças do Aparelho Digestivo (CID 10 – Cap. XI) e, finalmente, em quinto lugar, as Doenças do Aparelho Respiratório (CID 10 – Cap. X)” (BRASIL, 2008a).

Segundo o INCA (2008), entre as patologias exclusivas do homem, o câncer de próstata é o alvo das políticas públicas tendo altas taxas de incidência e

mortalidade, o que faz deste câncer, o segundo mais comum entre a população masculina, sendo superado apenas pelo câncer de pele não-melanoma.

No Brasil, as doenças que mais afetam o sexo masculino são um problema de saúde pública, como câncer, diabetes, colesterol, pressão arterial elevada e doenças do coração. Os problemas cardiovasculares estão entre as principais causas de morte - e entre os homens a incidência é maior. A prevenção pode ser feita com checkup periódico para controle dos fatores de riscos. Todos esses males podem ser ocasionados ou agravados pelo consumo excessivo de bebida alcoólica e cigarro.

É nesse sentido que a Política vem trabalhar como a saúde do homem contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem ressalta também sobre a saúde sexual e reprodutiva com uma de suas responsabilidades. Uma vez que o reconhecimento dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como direitos humanos é necessário para assegurar o reconhecimento da pluralidade dos modos de vivenciar a sexualidade, em todos os ciclos de vida, inclusive desconstruindo a inferioridade moral das práticas sexuais entre pessoas do mesmo sexo (Borrilo, 2000) e a compulsoriedade da heterossexualidade. (Butler, 2003 *apud* BRASIL, 2008a).

Assim a PNAISH trabalha focada nesses três eixos considerando a estratégia de prevenção a mais efetiva e segura para poder contribuir com uma vida plena, saudável e com qualidade uma vez que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), o conceito de saúde não se resume apenas na ausência de enfermidades, sendo uma associação entre bem-estar físico, mental e social que constitui um dos direitos fundamentais do ser humano.

4.3.3 Assistência à saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família

A assistência à saúde do homem é oferecida, atualmente, no Brasil, pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que traz a proposta do trabalho em equipe, de vinculação dos profissionais com a comunidade. O enfermeiro

integrante dessa equipe desenvolve atividades de planejamento, organização, execução, avaliação das ações, respaldadas pela lei do exercício profissional.

O enfermeiro é um dos profissionais mais envolvidos com a população usuária, pois além da atenção individualizada nos momentos de acolhimento, de consultas e práticas assistenciais também participa das visitas domiciliares e nos grupos de educação em saúde. Portanto, também compete a este profissional, a participação na organização das ações pautada nas reais condições detectadas por ele e pela equipe da unidade de saúde. (JULIÃO; WEIGELT, 2011)

Os objetivos da Estratégia de Saúde da Família estão na assistência às necessidades de saúde da população, a intervenção sobre fatores de risco que a população está exposta e o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania. A mesma deve proporcionar um serviço de alta qualidade e resolutividade, valorizando a promoção e proteção da saúde, uma vez que, faz parte de um serviço hierarquizado. (COSTA, 2004).

Percebe-se assim que a assistência integral a saúde do homem é de garantia dos direitos de cidadão e que é uma prioridade do governo brasileiro que norteia a formulação e implementação de ações relativas à saúde integral.

A Estratégia de Saúde da Família adquire importância na assistência à saúde do homem por sua expansão e difusão, pelo seu potencial de inclusão de parcelas crescentes da população brasileira na assistência à saúde e pelo considerável número de trabalhadores envolvidos, bem como as contribuições do enfermeiro que constitui: chamamento, acolhimento e cuidado a saúde do homem no sentido de desenvolvimento de ações específicas ao homem, educação em saúde, incentivo a realização de exames preventivos para neoplasias e doenças crônicas, uso de preservativos, drogas e planejamento familiar. (JULIÃO; WEIGELT, 2011)

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem vem sendo desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com estados, municípios e sociedade civil organizada, no âmbito da atenção integral à saúde do homem, enfatizando-se a importância do autocuidado, e principalmente reconhecer que a saúde é um direito da cidadania de todos os indivíduos do gênero masculino, e para promover a redução do índice de mortalidade por causas preveníveis e evitáveis neste grupo populacional, por meios de ações que compreendem a realidade

masculina em sua singularidade, nos seus diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos.

“A proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis” (BRASIL, 2008a).

A presente política trata também das temáticas como as barreiras sócio-culturais e institucionais que interferem na acessibilidade da população masculina aos serviços da atenção primária e busca garantir que o primeiro acesso dessa população ao sistema de saúde aconteça através da ESF afim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção.

“A compreensão das barreiras socioculturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, que deve ser a porta de entrada ao sistema de saúde, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção” (BRASIL, 2008a).

A ESF para promover a equidade na atenção a população masculina, deve considerar, suas diferenças por idade, condição socioeconômica, ético-racial, por local de moradia urbana ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física, mental. Nesse sentido observa-se que é fundamental que as ações em saúde resguardem as diferenças nas necessidades da população de homens no país, sem discriminação. (BRASIL, 2008b) dando uma assistência com princípios de humanização, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos dos homens obedecendo as suas peculiaridades.

Dentro da política nacional de assistência a saúde do homem a ESF deve promover ações integradas com outras áreas governamentais de acordo com Brasil 2008b:

[...] - Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde; - Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade; - Estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável; - Promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV; -

Incentivar o uso de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das DST/AIDS; - Garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária para os casos identificados como merecedores destes cuidados; - Promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais; - Ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina, destacando seus direitos sexuais e reprodutivos.”

O enfermeiro como profissional que atua na educação para a saúde, pode desenvolver um papel importante nesse contexto através de ações educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças, esclarecendo dúvidas e incentivando a população masculina a se cuidar, assim como é desenvolvido com crianças, mulheres e idosos através de programas e outras atividades.

Todas essas ações são necessárias para tornar efetiva a atuação da ESF na atenção integral a saúde do homem, uma vez que deve se considerar as determinações sociais da saúde para fazer um recorte estratégico da população focado o gênero masculino para se obter pontos positivos com a implantação da política nacional de atenção integral a saúde do homem.

5 METODOLOGIA

A Saúde do Homem está incluída nas ações de assistência integral à saúde e integra o conjunto de ações básicas que devem ser executadas por uma equipe do Programa de Saúde da Família. É nesse sentido que realizar-se um estudo descritivo, prospectivo, quantitativo, analisando como a assistência a saúde do homem vem sendo realizadas pelos (as) profissionais de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família de Santa Luzia MA, no período de março a abril de 2013, nos seus pressupostos e na sua prática, a partir do discurso dos profissionais de enfermagem nos serviços públicos de saúde.

A pesquisa será realizada nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Santa Luzia - MA. A população do município é de 69.392 habitantes de acordo com o IBGE de 2010, possuindo 20 Estratégias Saúde da Família de acordo com CNES/NET que desenvolve ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. A primeira etapa para a realização da pesquisa será encaminhado um ofício a Secretaria de Saúde para o consentimento da pesquisa.

A segunda etapa consiste na coleta de dados em forma de entrevista. A população do estudo será composta por profissionais de nível superior: enfermeiros (as), selecionados pelo critério de atuar na ESF, sendo abordados na Secretaria de Saúde para a realização da entrevista.

O questionário foi constituído por uma série de quesitos ordenados em forma de perguntas abertas e fechadas, com abordagem de assuntos como informação demográficas, profissionais e atividades relacionadas à saúde do homem, com destaque para qualificação específica na área.

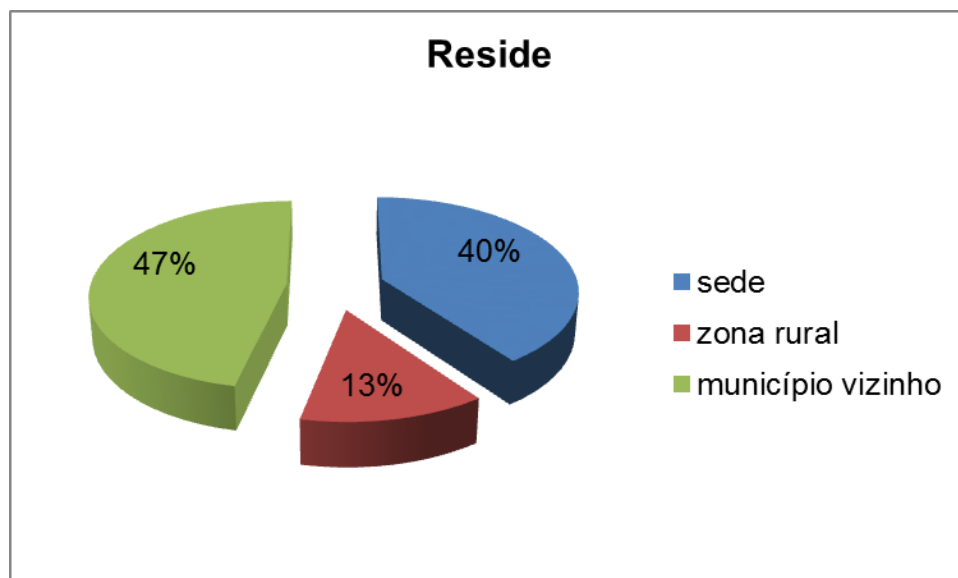
Os (as) participantes responderão ao questionário após a orientação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver anexo A), de acordo com as normas para pesquisa com seres humanos.

O estudo segue as recomendações da Resolução no. 196/96b, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Os resultados serão apresentados em forma de tabelas e gráficos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados em forma de tabelas e gráficos. A pesquisa é composta por 15 enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família com a política nacional de atenção integral a saúde do homem, sendo 40% (06) enfermeiros que reside na sede, 13% (02) na zona rural e 47% (07) em município vizinho. A faixa etária dos entrevistados são 66% (10) menor de 30 anos e 33% (05) maior de 30 anos. Em relação ao sexo dos enfermeiros 53% (08) são do sexo feminino e 46% (07) do sexo masculino.

Gráfico 01 – Distribuição percentual de 15 enfermeiros estudados, de acordo com local de residência, Santa Luzia MA 2013.



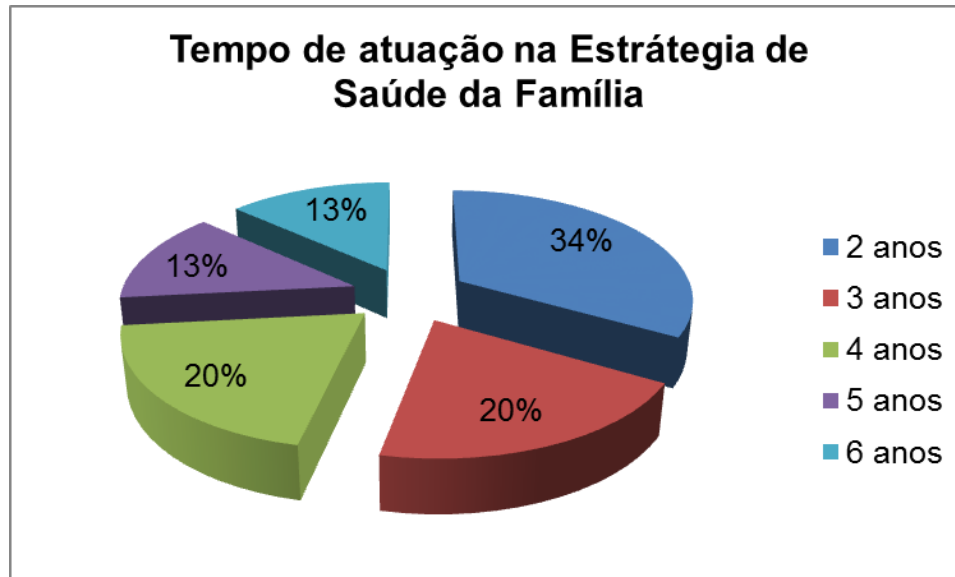
Fonte: Pesquisa de campo realizada nas UBS de Santa Luzia, MA 2013.

De acordo com o gráfico 01 observa-se que 47% (07) dos enfermeiros residem em município vizinho, tornando-se um fator negativo, pois quanto mais perto o profissional de enfermagem estiver da população melhor será a vinculação entre profissional e comunidade favorecendo o conhecimento cada vez maior da realidade dessas pessoas.

Quando o profissional de enfermagem não reside no município de atuação, a promoção da saúde e prevenção das doenças evidenciadas em atividades de educação em saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação,

gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade podem ser prejudicados, pois o mesmo não conhece a realidade da comunidade, e assim pode não fazer ações efetivas.

Gráfico 02 – Distribuição percentual de 15 enfermeiros quanto ao tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família, Santa Luzia MA 2013.

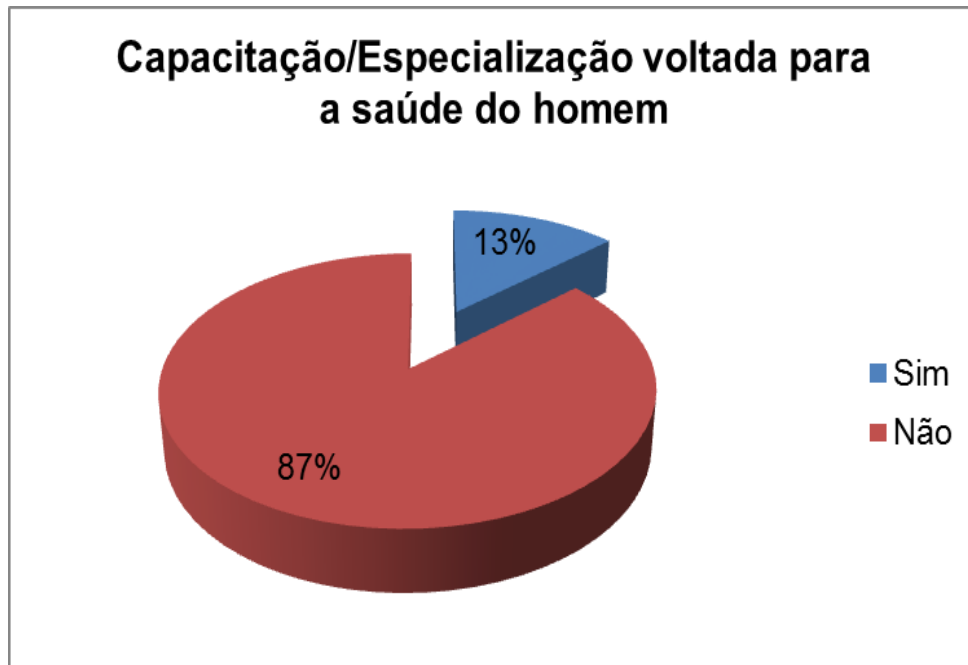


Fonte: Pesquisa de campo realizada nas UBS de Santa Luzia, MA 2013.

De acordo com o gráfico 02, 34% (05) têm menos de 03 anos de atuação na Estratégia de Saúde da Família. Acredita-se que o tempo de atuação na ESF, pode favorecer as possibilidades do enfermeiro vivenciar diversas experiências, articular as características de cada indivíduo do grupo para desenvolver um trabalho em equipe.

Quando um profissional de enfermagem possui pouco tempo de atuação no Programa de Saúde da Família (PSF) significa que a noção sobre equipe, divisão de trabalho, realização de tarefas, os diferentes graus de autonomia ainda não se inserem em sua prática profissional, neste momento o profissional estará se adaptando ao PSF, podendo no primeiro momento não focalizar o compromisso do PSF que é promover a saúde e elevar a qualidade de vida da comunidade constituindo um obstáculo para uma assistência integral, efetiva e de qualidade. Entende-se assim que a pouca experiência de atuação no PSF no primeiro instante pode ser um fator negativo.

Gráfico 03 – Distribuição percentual de 15 enfermeiros quanto à participação em curso de capacitação/especialização voltado para a saúde do homem. Santa Luzia MA 2013.



Fonte: Pesquisa de campo realizada nas UBS de Santa Luzia, MA 2013.

Observou-se que 87% (13) dos profissionais entrevistados não possui capacitação/especialização voltada para a saúde do homem, isso mostra que os municípios ainda não estão investindo o suficiente na capacitação dos profissionais de enfermagem contribuindo para uma assistência sem qualidade e possível de riscos.

A capacitação dos profissionais da ESF e o estímulo crescente do usuário na responsabilidade e construção do autocuidado são requisitos essenciais para a profunda transformação do SUS, principalmente na assistência básica, pois promove uma revolução no papel da cidadania, da liberdade e da autonomia desses sujeitos. Um dos aspectos responsáveis por essa permanente diferenciação individual é o processo de aprendizagem, pois aprender significa apresentar uma nova faceta da realidade (BRASIL, 2003).

Tabela 01 - Distribuição numérica e percentual de 15 enfermeiros quanto ao acesso a publicações aos manuais de normas técnicas sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, Santa Luzia MA 2013.

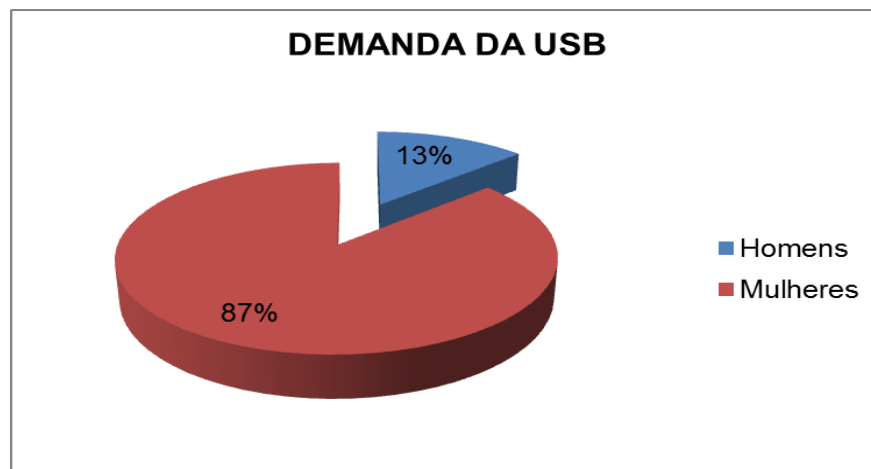
Você tem acesso à publicação ou manuais de normas técnicas sobre a Política Nacional Saúde do Homem?	F	%	Você já realizou leitura desse manual?	F	%
SIM	04	27%	SIM	04	27%
NÃO	11	73%	NÃO	11	73%
TOTAL	15	100%		15	100%

Fonte: Pesquisa de campo realizada nas UBS de Santa Luzia, MA 2013.

De acordo com a tabela 01 pode-se verificar que 73% (11) dos enfermeiros entrevistados declararam não ter acesso a publicações ou manuais, e conseqüentemente 27% (04) realizaram a leitura do mesmo.

Percebe-se, portanto que ainda há enfermeiros não capacitados, atuando na atenção a saúde do homem, pois os manuais oferecem informações técnicas para auxiliar os serviços de atendimento à saúde do mesmo, pois atento a esta questão, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em 2008, com o objetivo de promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem um aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas passíveis de prevenção e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008).

Gráfico 04 – Distribuição percentual dos 15 enfermeiros de acordo com o sexo dos clientes que são atendidos na Santa Luzia MA 2013.



Fonte: Pesquisa de campo realizada nas UBS de Santa Luzia, MA 2013.

De acordo com o gráfico 04, 87% (13) dos enfermeiros afirmam que a maior demanda na Estratégia de Saúde da Família são as pessoas do sexo feminino, e que apenas 13% (2) alegam que a maior demanda é masculina.

Pode-se observar que o público feminino utiliza os serviços de saúde com mais frequência. Segundo Paschoalick et. al. (2006), a área da saúde, em especial a da saúde da mulher, experimentou consideráveis avanços nas últimas décadas. Programas visando à redução das mortes materna e infantil, programas de combate ao câncer cérvico - uterino e câncer de mama são alguns exemplos desses avanços.

Concomitantemente ao descrito Braz (2005), afirma que a ausência de uma oportunidade equitativa em relação à assistência em saúde, no que concerne ao sexo, implica na exclusão de políticas que privem os homens, dos serviços de saúde.

Na questão 3.2 na qual perguntou-se aos enfermeiros: “Quais atividades desenvolvidas na sua ESF voltadas para a saúde do homem?”. Discorremos exatamente sobre este ponto de vista, no qual percebeu-se que poucas são as ações de saúde voltadas a acuidade masculina. Alguns enfermeiros entrevistados responderam que dentre as atividades desenvolvidas para a saúde do homem estão às palestras sobre hipertensão, diabetes, DST’s, orientação nutricional, consultas individuais.

Beauchamp e Childress (2002) relata que este é um fato observado em décadas anteriores mostrou que na tentativa de melhoria dos indicadores desfavoráveis às mulheres, foram adotadas políticas públicas de resolução,

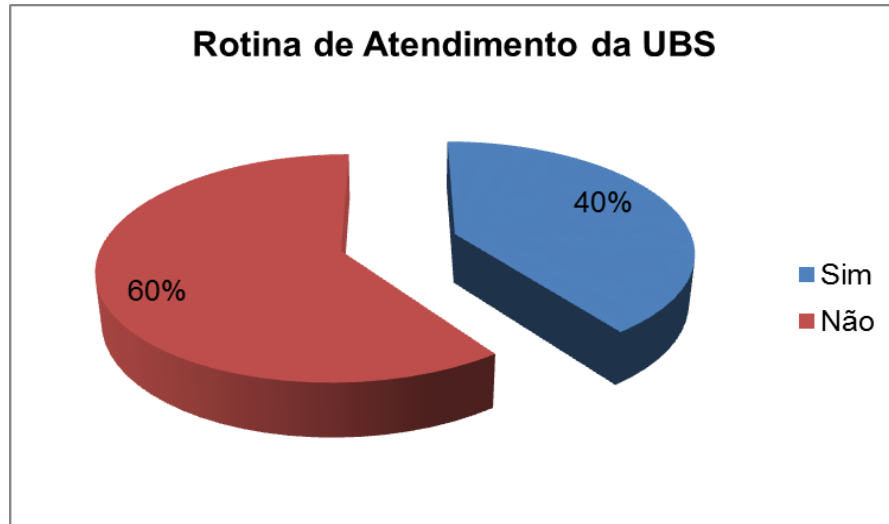
investindo na criação de Institutos e Serviços de Saúde da Mulher. Com o intuito de obedecer ao princípio da equidade se faz necessário, em meio aos indicadores atuais de saúde masculina, a adoção de políticas de saúde direcionada ao sexo masculino.

É com essas concepções e tendo como referência os diagnósticos de saúde dos homens em cada contexto em que as UBS estão inseridas, que os serviços devem construir as estratégias assistenciais para contemplar as diferentes necessidades de saúde dos homens. Um das ações sugestivas é a palestra a prevenção do câncer de próstata.

Segundo Thurston (2003), o câncer de próstata se tornou uma das formas de câncer mais comum na população masculina e se estima que um em cada doze homens seja diagnosticado com a doença ao longo da vida. A incidência dessa doença aumenta com o passar dos anos. Casos esporádicos são registrados em homens abaixo de 45 anos, sendo comum em homens acima dos 70 anos.

De acordo com Junior e Lima (2009), a menor sobrevida masculina, comparada à feminina, foi, e ainda é quase sempre aceita sem muita discussão e vista como resultado somente de fatores biológicos. É inegável a existência do fator biológico, porém, é necessário e possível haver intervenções que minimizem ou retardem tais predisposições, para que cheguemos a um equilíbrio equitativo de saúde entre os sexos.

Gráfico 05 - Distribuição percentual dos 15 enfermeiros de acordo com a realização de atendimento aos usuários, considerando suas particularidades e os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços de Santa Luzia MA 2013.



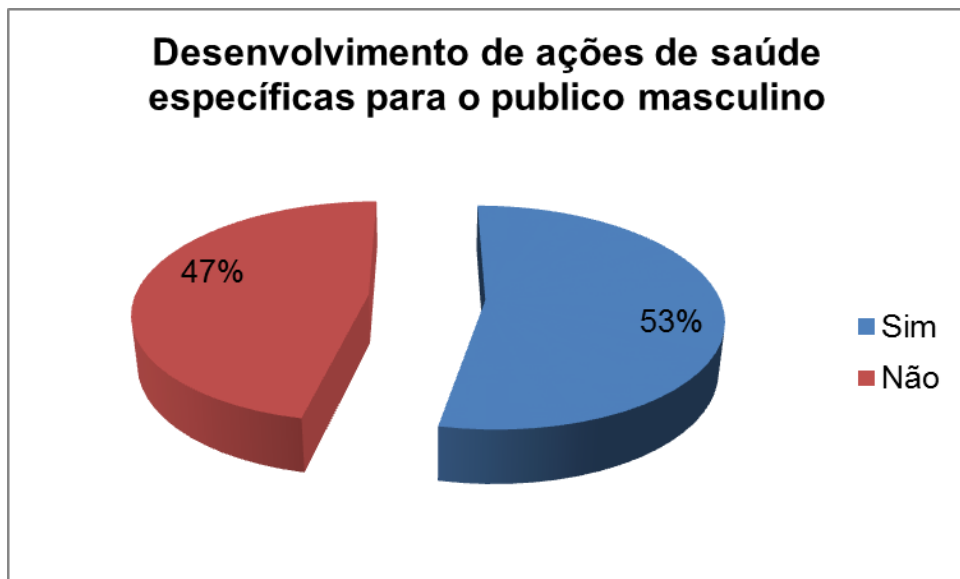
Fonte: Pesquisa de campo realizada nas UBS de Santa Luzia, MA 2013.

De acordo o gráfico 05, 60% (09) dos enfermeiros afirmam que é realizado um atendimento na UBS levando em consideração as particularidades e vínculos entre os homens e os serviços. Conforme Figueiredo (2005), a pouca procura do sexo masculino pelos serviços de saúde demonstrada na literatura é explicada por múltiplos fatores, dentre os quais, uma das dimensões diz respeito aos serviços na maneira como se organizam para atender os usuários considerando suas particularidades. Deste modo, de acordo com o Ministério da Saúde (2008), o aumento na procura pelos serviços, evidenciada no presente estudo, pode ser explicada pela implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a qual se propôs a orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, primando pela humanização da atenção.

Além de levarmos em consideração as particularidades as quais o sexo masculino apresenta em relação às ações de saúde e suas necessidades, temos também a adequação do atendimento quanto ao horário de serviço. Segundo Schraiber et al., (2010), embora os homens não neguem que têm necessidades de saúde, eles destacam várias dificuldades em procurar os serviços, principalmente às relacionadas ao trabalho, enfatizando a falta de tempo para procurarem os serviços e o receio da perda do emprego.

Desse modo pode-se analisar que as UBS do município de Santa Luzia – MA, estão adequadas ou adequando-se a esta realidade, corroborando para um aumento do público masculino nos postos de saúde.

Gráfico 06- Distribuição percentual dos 15 enfermeiros de acordo com a elaboração ou planejamento de ações que ampliem a participação ativa dos indivíduos do gênero masculino, Santa Luzia MA 2013.



Fonte: Pesquisa de campo realizada nas UBS de Santa Luzia, MA 2013.

Pode-se observar neste gráfico que 53% (08) dos enfermeiros afirmam que desenvolvem estratégias que corroboram para um aumento da participação masculina em suas comunidades as USB's. Entretanto esta porcentagem é quase equiparada aos que afirmam que não é desenvolvida e nem planejada tais atividades, ou seja, eles realizam serviços nos postos de saúde tais como curativos e vacinas, em horários que não coincidam com o de trabalho dos pacientes, e não fazem a divulgação de tais fatos, e nem desenvolvem palestras de educação em saúde para medidas preventivas.

Korin (2001), Sabo (2000) e Courtenay (2000) mostram que, na construção de gênero, muitos homens assumem riscos que interferem em suas condições de saúde. Essa construção também define a forma como os homens usam e percebem os seus corpos. Nas perspectivas de seus modelos de masculinidade, os homens muitas vezes assumem comportamentos considerados pouco saudáveis, comportamentos esses que estão relacionados a um modelo de masculinidade idealizada, a masculinidade hegemônica.

Em concordância ao descrito Figueiredo (2005) afirma que nesses modelos de masculinidade idealizada estão presentes as noções de invulnerabilidade e de comportamento de risco – como valores da cultura masculina – e a ideia de uma sexualidade instintiva e, portanto, incontrolável. Associadas a isso encontram-se fortalecidas suas dificuldades de verbalizar as próprias necessidades de saúde, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros. Denota-se daí a ideia de feminilização associada aos cuidados de saúde. É com essas concepções e tendo como referência os diagnósticos de saúde dos homens em cada contexto em que as UBS estão inseridas, que os serviços devem construir as estratégias assistenciais para contemplar as diferentes necessidades de saúde dos homens.

Este mesmo autor ainda relata que uma das primeiras atividades neste sentido seria a ampliação do plano de ações para a prevenção das DST's.

Gráfico 07 - Distribuição percentual de 15 enfermeiros quanto à realização de atividades na comunidade, sobre a saúde do homem, Santa Luzia MA 2013.



Fonte: Pesquisa de campo realizada nas UBS de Santa Luzia, MA 2013.

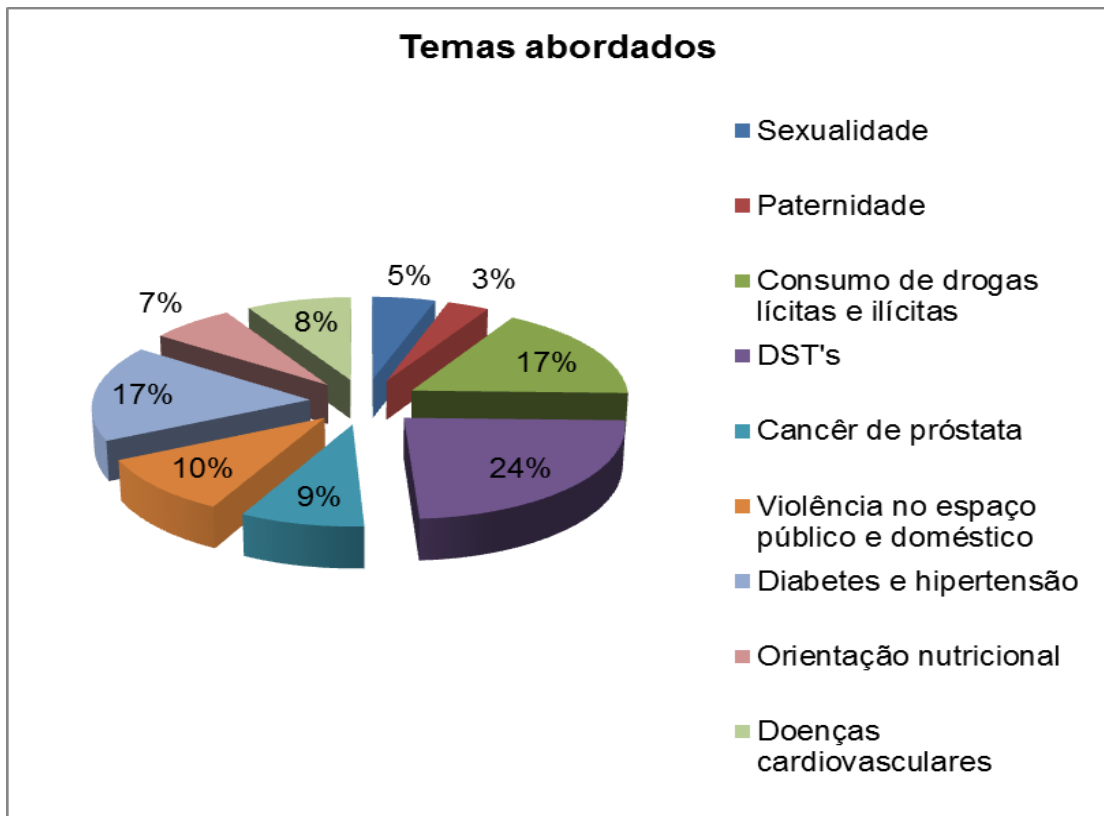
De acordo com o gráfico 07, 53% (8) dos enfermeiros afirmam não realizarem atividades na comunidade com discussão de temas relacionados à saúde do homem, e 47% (7) relatam que sim, realizam tais atividades.

De acordo com Figueiredo (2005), desde 2002 este serviço tem se preocupado com a inexistência nos serviços de saúde de programas ou atividades que dêem conta das inúmeras necessidades de saúde dos homens. Figueiredo também relata que atualmente, realizam-se discussões em sala de espera de

atendimento sobre diferentes temas relacionados às masculinidades e saúde como, por exemplo, alcoolismo, violência e paternidade, sendo estas conversas uma forma de sensibilizar a população que tem acesso ao CSE sobre a questão da saúde dos homens. As discussões geram bastante polêmica, indicando o interesse da população pelo tema e a importância de sua inserção nas práticas assistenciais. Entre as ações atuais, também ocorrem e são cada vez mais estimuladas atividades na comunidade.

Pode-se analisar que mesmo a diferença percentual ter sido aproximada, a porcentagem de enfermeiros de Santa Luzia - MA, que não realizam atividades na comunidade voltadas para o público masculino é ainda elevada. E tendo em vista que essas ações são de grande importância como já relatado antes, este fator acaba por se tornar prejudicial à promoção e prevenção da saúde do homem.

Gráfico 08 - Distribuição percentual de 15 enfermeiros de acordo com os temas abordados na UBS à clientela masculina, Santa Luzia MA 2013.



Fonte: Pesquisa de campo realizada nas UBS de Santa Luzia, MA 2013.

De acordo com o gráfico 08, pode-se analisar que vários são os assuntos debatidos pelos enfermeiros entrevistados, sendo estes possivelmente discutidos

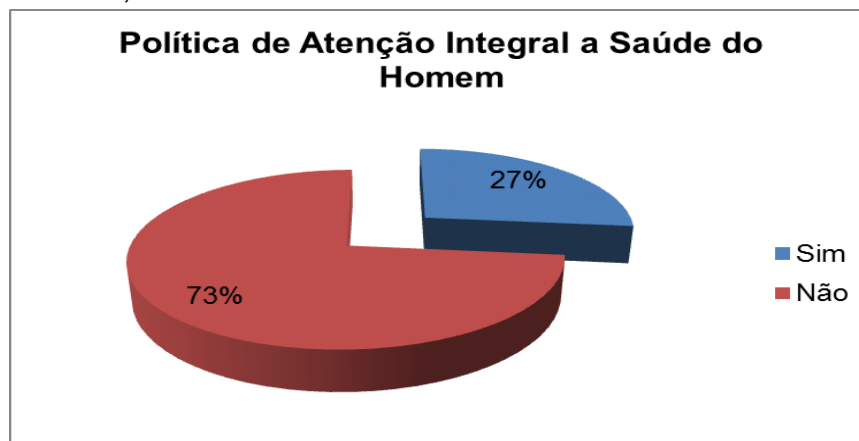
durante em palestras educativas ou consultas individuais e até mesmo em visitas domiciliares por estes. Entre os assuntos mais abordados temos como maior percentual as DST'S.

Para Gomes et al., (2007), de forma geral, a população masculina possui altas taxas de morbimortalidade e menor expectativa de vida, sendo o acesso aos serviços de saúde uma das características importantes e um desafio ao Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade em relação aos agravos infecciosos, em especial às DST/HIV/AIDS e hepatites virais, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde também é menor do que a das mulheres.

Gomes também relata que, deve-se levar em consideração que a baixa presença e pouca conexão com as atividades oferecidas pelo serviço, por parte dos homens, não são de responsabilidade exclusiva dos profissionais de saúde dos serviços, já que os homens, ao responderem às conformações de um padrão de masculinidade tradicional, (re) produzem o imaginário social que os distancia das práticas de prevenção e promoção.

Assim, faz-se necessário, refletir sobre a masculinidade para uma compreensão dos comprometimentos da saúde do homem e efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), principalmente quando trata-se de doenças que necessitam de mudanças de comportamentos de risco, como as infecções sexualmente transmissíveis.

Gráfico 09 - Distribuição percentual de 15 enfermeiros quanto ao conhecimento sobre os três eixos abordados na Política de Atenção Integral a Saúde do Homem, Santa Luzia MA 2013.



Fonte: Pesquisa de campo realizada nas UBS de Santa Luzia, MA 2013.

Pode-se observar no gráfico 09 - que apenas 27% dos enfermeiros entrevistados possuem conhecimento sobre os três eixos abordados na Política de Atenção Integral a Saúde do Homem.

De acordo com o Plano de Ação Nacional (2009-2011), no PNAISH apresenta os seguintes eixos:

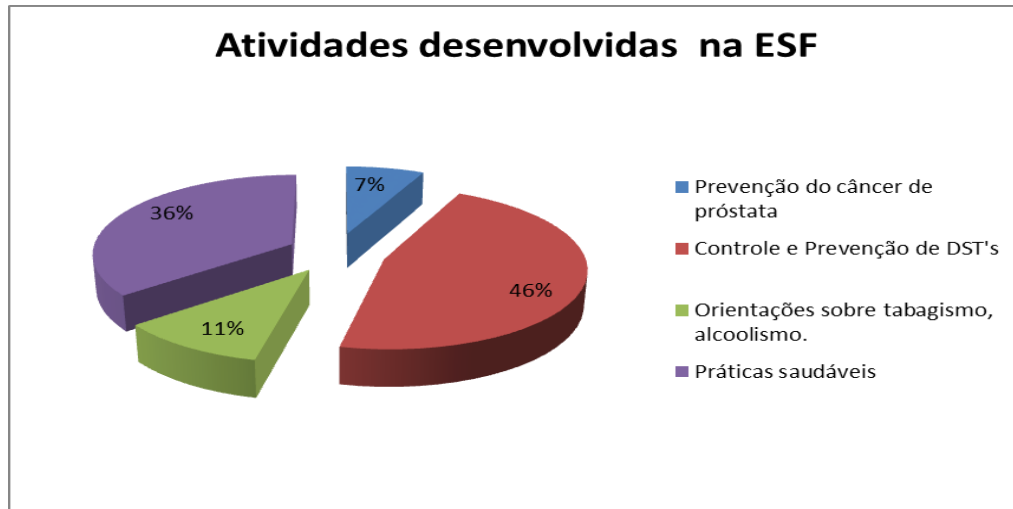
- **Eixo I: Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** - Inserir estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais até o terceiro trimestre de 2010.
- **Eixo II: Promoção de saúde** - Elaborar estratégias que visem aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde.
- **Eixo III: Informação e comunicação** - Sensibilizar os homens e suas famílias, incentivando o auto-cuidado e hábitos saudáveis, através de ações de informação, educação e comunicação.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), na maioria das vezes, os homens recorrem aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada. Assim, em vez de serem atendidos no posto de saúde, perto de sua casa, eles precisam procurar um especialista, o que gera maior custo para o SUS e, sobretudo, sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família. A não-adesão às medidas de saúde integral por parte dos homens leva ao aumento da incidência de doenças e de mortalidade.

Números do Ministério da Saúde mostram que, do total de mortes na faixa etária de 20 a 59 anos – população alvo da nova política -, 68% foram de homens. Ou seja, a cada três adultos que morrem no Brasil, dois são homens, aproximadamente. Os últimos dados de óbitos consideram o ano de 2005.

Em concordância ao descrito, é de extrema importância o conhecimento dos seguintes critérios apresentados na PNAISH e a aplicação desses pela equipe da ESF, onde o enfermeiro através a adoção dessas ações poderá planejar, elaborar e realizar ações de saúde que corroborem para a saúde masculina além de conscientizar e ajudar ao incentivo do auto-cuidado por estes.

Gráfico 10 - Distribuição percentual de 15 enfermeiros de acordo com as atividades desenvolvidas na atenção à saúde do homem rotineiramente na Estratégia Saúde da Família, Santa Luzia MA 2013.



Fonte: Pesquisa de campo realizada nas UBS de Santa Luzia, MA 2013.

De acordo com o gráfico 10, 46% das atividades realizadas nas UBS's do Município de Santa Luzia – MA, é sobre o controle e prevenção as DST's, 36% dessas atividades são destinadas a orientações quanto às praticas de saúde (orientações quanto à atividade física, alimentação balanceada, verificação da pressão arterial e exames de rotinas), 11% dessas atividades é para a orientação sobre o tabagismo e alcoolismo e 7% trata sobre a prevenção do câncer de próstata.

Os estudos e estratégias voltados à população masculina devem ser incentivados visando o desenvolvimento da PNAISH e aplicação de medidas desta, contribuindo assim, para o declínio da morbimortalidade masculina e para o controle e prevenção das doenças transmitidas pela via sexual.

Concomitantemente ao descrito, Braz (2005), afirma que assim, deve-se levar em consideração a necessidade de se mudar tanto o enfoque em relação ao homem, quanto ao funcionamento dos serviços que não priorizam esta parcela da população. O fato de ser imprescindível levar em conta outras variáveis reforça a intenção de um olhar ético no delineamento de um programa de atenção ao homem, já que a ética se define a partir da preocupação com o outro.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao decorrer do trabalho evidenciou-se que grande porcentagem dos enfermeiros entrevistados afirmam ter conhecimento da PNAISH, contudo, alguns destes ainda não atuam de maneira sistemática, ou seja, não planejam e desenvolvem políticas e ações voltadas a saúde do homem. Segundo à análise dos dados, a atuação dos enfermeiros do município de Santa Luzia - MA acontece por meio de campanhas realizadas em período específico do ano e muito discretamente em outros períodos por alguns enfermeiros que afirmam visualizar resultados positivos, mas que não atende a necessidade deste público.

Pode-se analisar que, embora haja a PNAISH, é grande a necessidade de conhecer os programas e ações necessários para o desenvolvimento dessa política de saúde destinada ao público masculino, além de implementar um programa de capacitação para os profissionais das UBS, principalmente os de enfermagem, para que esses possam assistir a população masculina, atendendo a suas demandas a partir de suas características.

Verificou-se a necessidade de estruturar os serviços de saúde em termos de organização e processo do trabalho a fim de atender à especificidade dessa população, além de readequar horários de funcionamento do serviço para favorecer a assistência, já que, muitos dos enfermeiros entrevistados consideram que a falta de público masculino nas Unidades Básicas de Saúde aconteça pelo fato de estas disponibilizarem atendimento no horário que coincide com o do serviço destes.

Também foi possível constatar uma necessidade de melhora quanto à promoção da saúde do homem, é preciso que se invista na divulgação dessa ação tanto para os profissionais como para a população, através, por exemplo, dos meios de comunicação, já que, a maior parte dos homens só procura o sistema de saúde quando sua capacidade de trabalho é afetada, alguns enfermeiros alegam que isso ocorre pelo fato de que a população masculina não tem conhecimento do programa de saúde voltado exclusivamente para eles, perdendo um precioso tempo para a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz das doenças, uma vez que procuram assistência em situações consideradas limite.

Este estudo buscou evidenciar que é necessária uma readequação dos sistemas de saúde, em especial os de atenção primária, para atender às demandas do grupo masculino que ainda encontra-se mal assistido, talvez pela falta de

conhecimento de uma política de saúde voltada especialmente para eles, ou por não se identificarem com as UBS acreditando que estas sejam de caráter mais feminino. Acredita-se, contudo que esta visão pode ser mudada através de palestras desenvolvidas pelos enfermeiros, além de ações elaboradas juntamente com a gestão municipal para uma melhor promoção da saúde, para que através destas ocorra à prevenção e recuperação da saúde, em destaque a do público masculino.

REFERENCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. Volume 01. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS J. F. **Princípios da ética biomédica**. Loyola, São Paulo, 2002. 574p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área da enfermagem. **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem**. Educação, trabalho e profissão. 2. ed. rev. e amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 87 p.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (Princípios e Diretrizes)**. Brasília, agosto de 2008a.

_____, **Programa de Saúde da Família: O papel do enfermeiro na área de Saúde da Mulher**. Saúde Coletiva, vol. 04. nº 019. Ed. Bolina. São Paulo. Brasil. 2008b.

_____, Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde 2001a.

_____, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília, 2001.

_____, Ministério da Saúde, Governo Federal. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. 2006.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília. Ministério da Saúde, 2006b.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde do homem**. Doenças cardiovasculares. 2010. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-homem/doencas-cardiovasculares>> acesso em: 28 de jan de 2013.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília, 1996a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196 de 1996b**. Disponível em: <http://www.sbpqo.org.br/suplementos/33%20-%20Diretrizes.pdf>. Acesso em: 18 de jul de 2011.

_____. **3º Conferencia Nacional de Saúde (CNS)**. Niterói. Fundação Municipal de Saúde. 1992.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.** Departamento de auditoria do SUS, coordenação de sistemas de informação sistema único de saúde – Legislação Federal. Brasília, 1997. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao_1997.pdf. Acesso em: 23 de jan de 2013.

_____, **Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem.** Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09CONS.pdf>>. Acesso em: 23 de jan de 2013.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência Saúde Coletiva**, v.10,n.1, p. 62-65, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S141381232005000100016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 23 de jan de 2013.

CUNHA, Marcela Silva da; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria ; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. **Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados.** 2008.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAUDE. **Estabelecimentos por localização geográfica.** Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=21&VCodMunicipio=211000&NomeEstado=MARANH%C3O>. Acesso: em 22 de fev de 2013.

COSTA EMA, CARBONE MH. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar.** Rio de Janeiro: Rubio; 2004.

COURTENAY, WH. **Construções de masculinidade e sua influência no bem-estar dos homens: a teoria de gênero e saúde.** **Social Science & Medicine**, V.50, p.87-92, 2000.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**; 10, 105-109. 2005.

Gomes, R., Nascimento, E.F.; Araújo, F.C. (2007). **Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? A explicação de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior.** **Cad. Saúde pública**, 23(3), 565-574.

INCA. **Prevenção do Câncer de Próstata.** 2008. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=129>. Acesso em: 28 jan. 2013.

JULIÃO, Géssica Graziela; WEIGELT, Leni Dias. **Atenção à Saúde do homem em Unidades de Estratégia de Saúde da Família.** [TESE]. Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, 2011

JUNIOR Eduardo Alves Lima e LIMA Hermínio de Sousa. Promoção da saúde masculina na atenção básica. **Pesquisa em Foco**, v. 17, n.2, p. 32-41, 2009. Disponível em: <http://ppg.revistas.uema.br/index.php/PESQUISA_EM_FOCO/article/viewFile/224/253%20%20>. Acesso em 23 de jan de 2013.

KUSCHNIR, Rosana. **Desafios à organização de redes de atenção à saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. 2009.

KORIN, D. **Novas perspectivas de gênero em saúde**. Adolescência Latino-Americana, v.2, n.2, p.67-79, 2001.

MATTA, Gustavo Correa; MOROSINI, Márcia Valeria Guimarães. Atenção primária à saúde. In: Pereira, Isabel Brasil; Lima, Junior César Francisca (org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>> acesso em: 10 de jan 2013.

MATTA, G. C. **A organização mundial de saúde**: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. Trabalho Educação e Saúde, 3(2) p. 371-396, 2005.

MATTOS, R. A. **Desenvolvendo e Ofertando Idéias**: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/Uerj. 2000

MENDES, Eugênio Vilaça . **A atenção primária à saúde no SUS**. Disponível em:<http://psico2008.wch.com.br/file.php?file=/1/Saude_Coletiva/recorte_APS_SUS_Mendes.doc>. Acesso em: 12. de dez de 2008.

OLIVEIRA, Evangelina Xavier Gouveia de. **A multiplicidade do único território do SUS**. Tese submetida ao Curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. 2005

OMS. Organização Mundial de Saúde.1946. **Constituição**. Disponível em: <[http://www.onuportugal.pt/"oms.doc](http://www.onuportugal.pt/)>. Acesso em: 22 dez de. 2012.

OMS/UNICEF. (Organização Mundial de Saúde/ Fundo das Nações Unidas para a Infância). **Cuidados Primários de Saúde Relatório da Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata. 1979

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 13 de jan de 2013.

PASCHOALICK, R. C.; LACERDA, M.R.; CENTA, M. L. **Gênero masculino e saúde**. Cogitare Enfermagem v. 11, n 1, p.80-86, 2006.

PORTAL SAÚDE. **Diagnóstico Completo da Saúde do Homem**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33353&janela=1>. Acesso em 03 de mar de 2012.

PINHO, Cláudia. **Sem ir ao médico, homem morre mais cedo que mulher.** R7 Notícia. Publicado em 04/10/2009 às 10h34. Disponível em: <http://noticias.r7.com/saude/noticias/homens-nao-vao-ao-medico-e-morrem-mais-cedo-que-as-mulheres-20091004.html>. Acesso em: 03 de fev de 2012.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. **Atenção Primária e Sistema de Saúde No Brasil: uma perspectiva histórica.** Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo 2007.

SABO D 2000. Estudos sobre a saúde dos homens: origens e tendências. **Jornal do Colégio Americano de Saúde** 49:133-142.

SAITO, Raquel Xavier de Souza de. **Políticas de Saúde: Princípios, Diretrizes e Estratégias para a estruturação de um Sistema Único de Saúde.** Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade. Elisabeth Calbuig Chapina Ohara (org.) São Paulo. Martinari, 2008.

SCHRAIBER , L. B., FIGUEIREDO, W. S., GOMES, R., COUTO, M. T., PINHEIRO, T. F., MACHIN, R., SILVA, G. S. N., & VALENÇA, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, 26(5), 961-970.

VIGITEL. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Série G. **Estimativas sobre frequência e Distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal em 2007.** Estatística e Informação em Saúde. Brasil. 2007

VIEIRA, Luanna de Castro; FIGUEREDO, Silva e Maria do Livramento Fortes. **A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero.** Revista Enfermagem em foco. 2(4):215-217 2011.

THURSTON, A. **Câncer de próstata.** Medical Update, v.1, n.3, p.21-23, 2003.

APÊNDICES

3. Atividades relacionadas à Saúde do Homem:

3.1 A maior demanda na Estratégia de Saúde da Família é pessoas do sexo:

Masculino Feminino

3.2 Quais atividades desenvolvidas na sua ESF voltadas para a saúde do homem?

3.3 Na sua UBS existe uma rotina para atender os usuários considerando suas particularidades; e os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços?

Sim Não

3.4 Você já elaborou ou planejou ações que ampliem a participação ativa dos indivíduos do gênero masculino?

Sim Não

3.5 Já foi realizado atividades na comunidade com discussão de temas relacionados à saúde do homem?

Sim Não

3.6 Quais destes temas você já abordou na UBS com a clientela masculina?

- Sexualidade
- Paternidade
- DST's
- Consumo de drogas lícitas e ilícitas
- Violência no espaço público e doméstico
- Hipertensão e diabetes
- Orientação nutricional
- Prevenção ao câncer de próstata
- Doenças cardiovasculares

3.7 Você conhece quais são os três eixos abordados na Política de Atenção Integral a Saúde do Homem?

- Sim Não

3.8 Quais atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção à saúde do homem rotineiramente na Estratégia Saúde da Família?

- Prevenção do câncer de próstata
- Orientações sobre doenças que levam à impotência
- Planejamento Familiar para homens
- Controle e a Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis
- Acesso a informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades da população masculinas.
- Orientações sobre tabagismo, alcoolismo e dependência.
- Acesso a informações sobre direito sexuais e reprodutivos
- Grupo educativo para homens
- Práticas saudáveis: orientações quanto a atividade física, alimentação balanceada, verificação da pressão arterial e exames de rotinas.

ANEXOS

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTACIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANEXO A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sr (a) foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: intitulada “Atuação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na atenção à saúde do homem, Santa Luzia - MA” que tem como responsável a Andreia Ferreira Macedo orientados pelo professor (a) _____ e objetiva estudar a atuação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na atenção à saúde do homem, Santa Luzia – MA.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados serão divulgados no Instituto Laboro – Universidade Estacio de Sá.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário.

Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. Desde já agradecemos!

Enf^a Andreia Ferreira Macedo
e-mail: andrea_macedo@hotmail.com
Telefone: (98) 91624785

São Luís, ____ de _____ de 20____.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____
(assinatura)

