

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO
DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

RHAIZA LORENA RIBEIRO BERTOLDO

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

NATAL, RN

2011

RHAIZA LORENA RIBEIRO BERTOLDO

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para obtenção
do título de Bacharel em Enfermagem pela
Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte –
FARN.

Professora Orientadora: Me. Cléa Maria da
Costa Moreno .

NATAL, RN

2011

RHAIZA LORENA RIBEIRO BERTOLDO

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como requisito final para obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Aprovada em: ____, ____, ____.

BANCA EXAMINADORA

Cléa Maria da Costa Moreno

Prof^ª. Orientadora

Mariluce Oliveira de Araújo

Prof. Examinadora

AGRADECIMENTOS

É sempre complicado encontrar palavras para expor um sentimento como gratidão. Mas, diante de tantos esforços e de tantas pessoas essenciais para a concretização desse sonho, apenas um “obrigada” chega a ser muito singelo perante tantos significados.

Inicialmente, meu agradecimento é direcionado a Deus, pois somente Ele é capaz de conhecer nossas mazelas e providenciar vitórias mediante qualquer pedido feito, independentemente das nossas súplicas.

Agradeço, principalmente, ao meu pai, que é muito mais que um alicerce, é meu exemplo, meu orgulho, meu herói. Que entendeu toda a importância dessa graduação na minha vida apoiou minha escolha e jamais fez objeções perante qualquer necessidade.

Minha mãe, que confiou em mim durante toda essa jornada e me ajudou a superar momentos complicados, especialmente nas difíceis batalhas vividas com minhas avós: o falecimento da paterna e o diagnóstico e tratamento de um câncer da materna, dificuldade pela qual passamos até esse momento.

Minha família: irmãos, avós, tias... Que torceram, sofreram e se orgulharam a cada vitória conquistada. E também os amigos que, de todas as formas, me passaram força e tranquilidade.

A vitória é de todos nós.

RESUMO

Este estudo sobre a atuação do enfermeiro diante da situação precária masculina frente ao sistema de saúde tem o objetivo de mostrar qual a dificuldade em se trabalhar com o gênero no âmbito da Atenção Básica e o que está sendo efetivado pelos profissionais para alterar essa realidade. Foi observado que desde sempre a sociedade induziu as características da sexualidade e direcionou as diferenças existentes entre ser homem e ser mulher, criando um modelo ideal de masculinidade baseada em uma identidade sexual que se tornou tradicional, onde o homem precisa desenvolver poder, agressividade e sexualidade incontrolada, transformando culturalmente o cuidado em um ato do sexo feminino. Levando-o ainda a se encaixar nas estatísticas como sendo mais vulneráveis a doenças do que às mulheres e a morrerem mais cedo por diversos fatores como violência, privação de liberdade, alcoolismo, tabagismo e neoplasias. Isso levou a uma necessidade de descentralização desse enfoque feminino na atenção à saúde e a criação de um modelo que abrangesse os dois gêneros, já que todas as pessoas necessitam dos serviços de saúde. Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura com abordagem qualitativa, realizado a partir de artigos científicos encontrados na base de dados da SCIELO, na rede mundial de computadores, selecionados de fevereiro a agosto de 2011. Como conclusão, foi possível observar que se faz necessário o despertar do próprio homem para sua saúde, e o incentivo e capacitação do profissional Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família para trabalhar com essa subjetividade masculina enquanto objetivo do SUS, promoção e prevenção na Atenção Básica à Saúde.

Palavras-chave: Gênero masculino; Saúde do Homem; Funções do Enfermeiro; Saúde Pública.

ABSTRACT

This research about the nurse activation in front of the substandard male situation at the health system has as a goal to show what is the difficulty on working with that sort on the extend of the Basic Attention and what is being carried out by the professionals to change this reality. It was found that, since the beginning, the society has induced the characteristics from the sexuality e directed the differences between being man and being woman, creating an ideal model of manhood based on a sexual identity that became traditional, where the man needs to develop power, aggressiveness and sexuality uncontrollable, turning culturally the care on an act from the female sex. That makes the male sex to make part of the statistics as those who are more vulnerable to diseases than women and those who die earlier because of many factors, like violence, freedom privation, alcoholism, tabagism and others. That take us to the need of decentralization of this female approach on the health attention and the creation of a model that reach both kinds, since that all of people need the health services to a rebalance of the physiological conditions. This job it is a literature review with qualitative approach, made from scientific articles finded in SCIELO's database, in the computer's world web, selected from february to august of 2011. As conclusion, it was possible observe that is necessary the own man awake to his health, and the incentive and professional Family Health Strategy Nurse capacitation to work with this male subjectivity while goal of the SUS, promotion and prevention in the Basic Attention to the Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	11
2.1	OBJETIVOS GERAIS	11
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3	REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): A PARTIR DA CRIAÇÃO	12
3.2	A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): BREVE HISTÓRICO	17
3.3	AS FUNÇÕES DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	18
3.4	A INTRODUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	20
3.5	A ABORDAGEM DO ENFERMEIRO AO HOMEM DA COMUNIDADE	22
3.6	A PERCEPÇÃO DA COMUNIDADE FRENTE AO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	24
4	METODOLOGIA	26
5	DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	27
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
	REFERENCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

As características intrínsecas do sexo masculino e feminino estão sob a influência de diversos determinantes presentes na sociedade, que direcionarão o comportamento, os desejos e anseios de cada um, deixando aflorar a real necessidade de se viver em sociedade de maneira uniformizada e normalizadora.

Para Gomes (2003), meninos e meninas crescem sob a crença de que a natureza define o que são, sendo direcionados na idéia, de acordo com o modelo de masculinidade padrão, em que o homem de verdade faz o tipo solitário e reservado quanto a suas vivências pessoais e ensinado a agir e a realizar atividades de forma prática.

“Estudos realizados com homens das camadas médias urbanas e intelectualizados apontam para tensões masculinas diante de padrões tradicionalmente construídos” (GOMES 2003); como identidade masculina e a possibilidade de se viver novas formas de ser homem.

Mesmo Gomes (2003) afirmando que existem diferenças do que é ser homem e ser mulher, pode-se perceber homens que ainda usam padrões considerados tradicionais para estruturar sua identidade sexual, como: poder, agressividade e sexualidade incontrolada. Mas, espera-se mais que isso. Parceiras e filhos procuram cumplicidade e sensibilidade dos homens.

Ainda para o autor, essas “tensões entre a manutenção do domínio do macho nas relações íntimas entre os gêneros e a possibilidade de se viver novos modelos de masculinidade” abre discussões para um estado de crise da masculinidade, onde o homem vive permanentemente, e a masculinidade que se procura conquistar.

Sendo que, problematizar os aspectos da sexualidade masculina ajudará a desenvolver e praticar formas de cuidados de caráter preventivo. Sabendo considerar a singularidade dos sujeitos homem e mulher, abordando suas relações e cultura.

Como apontou Gomes (2003) há uma necessidade de mudança do enfoque mulher e saúde, para abrangência de um modelo gênero e saúde. Onde a relação não significa considerar demandas específicas de cada gênero.

Para isso, Gomes (2003) cita o seguinte:

São igualmente válidos os posicionamentos que enfocam a saúde da mulher e a saúde do homem, desde que tais posicionamentos não percam a perspectiva relacional entre os gêneros e não se distanciem da promoção da saúde voltada para as necessidades humanas em geral.

É importante ressaltar que todas as pessoas têm direito a atendimento dos serviços de saúde para reequilíbrio das condições fisiológicas, já que assim poderão ser garantidas características da democracia, a igualdade de oportunidades (DANIELS, 1996 apud BRAZ, 2005).

Além dessas complexidades inerentes ao universo masculino, estudos comparativos encontrados no site do Ministério da Saúde (MS) mostram que os homens são mais vulneráveis a doenças do que as mulheres, principalmente do que se trata às enfermidades graves e crônicas, e que os mesmos morrem mais cedo por diversos outros fatores, como violência, privação de liberdade (população carcerária), alcoolismo, tabagismo e neoplasias (BRASIL, 2008).

As situações supracitadas favorecem vários questionamentos, desde as que fazem referência a pouca importância nas políticas públicas de saúde, além da falta de interesse para um atendimento direcionado para essa linha do cuidado, como também a não inclusão da saúde do homem nas pautas de prioridade no Brasil (BRAZ, 2005).

Essas condições da saúde do homem fazem com que o seu cuidado seja direcionado cada vez mais ao nível das especialidades, indo na “contra-mão” da forma organizacional do nosso sistema de saúde, em que a Atenção Primária é considerada a porta de entrada desse sistema.

Para Brasil (2008), reconhecer que os homens se encontram no sistema de saúde através da atenção especializada tem como consequência o agravamento da morbidade pela atraso/falta da procura à atenção primária, o que provoca um maior custo financeiro para o SUS e proporciona desequilíbrio e sofrimento físico e emocional ao paciente e aos familiares.

Na tentativa de tornar diferentes as estatísticas encontradas o MS projeta no ano de 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Uma política de âmbito preventivo, voltada às especialidades masculinas para serem implantadas na forma de atenção primária de atendimento, como nas Equipes de Saúde da Família e nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2008).

Essa Política visa considerar essa população em seus diferenciais; idade, condição sócio-econômica, étnico-racial, morada urbana ou rural, situação carcerária, deficiências físicas e/ou mental e orientações sexuais (BRASIL, 2008).

Apesar de todo esse avanço teórico em prol da Saúde do Homem, com a publicação da política nacional, durante vivência em Unidades Básicas de Saúde (UBS) anterior a esse estudo, percebeu-se a não atuação do Enfermeiro na Prevenção ou na promoção à saúde do homem, o que faz aflorar os seguintes questionamentos: conforme a literatura, como o enfermeiro está atuando nessa linha de cuidado? Como estão sendo realizadas as ações desenvolvidas pelo enfermeiro em prol da saúde do homem, no aspecto preventivo e da promoção a saúde? Baseado nestas questões de pesquisa resolveu-se realizar este estudo, com um levantamento sistemático do que foi publicado na literatura científica entre os anos de 2003 a 2011.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar, conforme a literatura, o papel do enfermeiro na saúde do homem no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as ações desenvolvidas para o homem na Estratégia de Saúde da Família;
- Identificar possíveis estratégias de atuação voltadas ao homem realizadas na Atenção Básica à Saúde;
- Descrever como são realizadas essas ações;
- Referir as dificuldades encontradas pelos profissionais Enfermeiros.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): A PARTIR DA CRIAÇÃO.

Vários são os marcos históricos que constituem a Saúde Pública no mundo e, mais especificamente no Brasil. Entretanto, torna-se significativo iniciar a discussão contextualizando os motivos que geraram a transformação do sistema de saúde, provocando a evolução do modelo de proteção social institucionalizado no Brasil, que favoreceu direta e indiretamente na constituição do Sistema Único de Saúde.

Entre o nascimento da proteção social no país, com a instituição da Lei Eloy Chaves, em 1923, e a Reforma Sanitária defendida na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que deu procedência aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, em 1986, foram realizadas várias tentativas de melhoras na assistência prestada aos servidores da previdência social, os únicos com direitos à atenção (MERCADANTE, 2002).

A evolução da prestação de serviço de saúde teve como ponto de partida o estabelecimento do primeiro sistema de assistência, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), depois chamados de Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que atendia apenas poucas classes trabalhadoras com assistência médica e fornecimento de medicações. Devagar, outros servidores foram aderindo à prestação do serviço, mudando de sistematização de acordo com sua classe trabalhadora (MERCADANTE, 2002).

Como a assistência e suas restrições a cada classe profissional alteravam de um órgão para outro, surgiram reivindicações em favor de um sistema previdenciário padronizado e igualitário, o que se fez necessário uma solução, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS - Lei nº 3807 de 26/08/1960), regulamentada pelo Decreto nº 48.959, em setembro do dado ano, que gerou significativa melhora voltada à pretendida unificação da previdência social. Entretanto, a LOPS não ajustou os defeitos iniciais da causada multiplicidade de institutos (MERCADANTE, 2002).

Mais tarde, notando-se um progresso da assistência médica, foi possível a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, depois transformada em Ministério da Saúde, que tinha como objetivo inicial “proporcionar apoio médico-sanitário” às regiões produtoras de matérias-primas, e acabou sendo precursor na Atenção

Básica Domiciliar, com a introdução de serviços curativos e preventivos na atenção integrada à saúde (MERCADANTE, 2002, p.239).

Em consequente, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (pelo Decreto-Lei nº 72 de novembro de 1966), com a finalidade de “corrigir os inconvenientes da segmentação institucional”, e incluir os trabalhadores rurais à assistência médico-hospitalar. E a tentativa de programar o Sistema Nacional de Saúde (SNS) mais à frente; um conjunto de princípios e diretrizes que encaminhasse os serviços oferecidos pelo governo (sendo alguns desses princípios, hoje, que regem o SUS), uniformizando todo o sistema (MERCADANTE, 2002).

A organização da prestação de serviços de saúde estadual e municipal era dividida em três níveis: elementar, intermediário e de apoio; tendo os dois primeiros, pessoas de nível fundamental operacionalizando as unidades, e o de apoio, unidades integradas de saúde estrategicamente localizadas e dirigidas por pessoas de nível superior (MERCADANTE, 2002).

No final da década de 70, o país enfrentou uma crise financeira que refletiu sobre a área da saúde, prejudicando a distribuição de renda e, conseqüentemente, o padrão de vida da população. Foi neste ambiente que se deu o movimento pela Reforma Sanitária; defendendo indigências como: melhora do padrão de saúde da população; a saúde como uma vertente social de cunho universal; a responsabilidade do Estado de gerar condições a esse acesso; a reorganização do modelo de assistência, regidos pelos princípios da integralidade da atenção e da equidade; e a reorganização do sistema de saúde “com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços” (MERCADANTE, 2002, p. 246).

Em 1986 foi que se deu a consolidação dessas indigências, durante o acontecimento da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que conseguiu aumentar a participação de outros serviços, e introduzir grande representação de clientes aos serviços de saúde, na discussão dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, e das diretrizes: descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade, legalizados pela Constituição Federal de 1988, sancionadas no ano de 1990 (MERCADANTE, 2002).

Quer dizer, a VIII CNS deu origem e uma reorganização institucional da política de saúde do país, que atua embasado nos princípios e em diretrizes citados acima. “Um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações de promoção e prevenção e de cura e reabilitação” (VASCONCELOS E

PASCHE, 2007, p. 532), sendo essas ações responsabilidades do município, estado e da federação. Esse rearranjo organizacional é chamado Sistema Único de Saúde (SUS).

As Leis Federais que acorda e detalham a estrutura e o funcionamento do sistema, como as competências e atribuições das três esferas do governo, são as Leis nº 8.080 de 1990 e a nº 8.142, do mesmo ano (VASCONCELOS E PASCHE, 2007).

Ao financiamento do sistema, é uma responsabilidade das três esferas governamentais estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29, destinando uma especificação mínima aos estados e municípios, e a União, uma variação anual do Produto Interno Bruto (PIB). O gestor de cada esfera se torna responsável pela ordem das despesas e pela prestação de contas ao Conselho de Saúde, que deve desempenhar o controle e a fiscalização dos recursos empregados (VASCONCELOS E PASCHE, 2007).

Como já foi dito, O SUS está embasado por princípios doutrinários e diretrizes organizativas, onde eles se articulam e se complementam, delineando as teorias de reorientação do sistema, dos serviços e das ações de saúde (VASCONCELOS E PASCHE, 2007).

Cabe aos princípios doutrinários: a *universalidade* garante a toda população o direito do acesso à saúde oferecido pelo sistema, desde procedimentos simples aos mais complexos; a *integralidade* implica em considerar as diversas proporções do processo saúde-doença, desenvolvendo e qualificando as prestações de serviços de saúde oferecidas pelo SUS, que seria requerer a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação física e mental do indivíduo e do coletivo; e a *equidade* no ingresso do usuário às prestações de serviço oferecidos pelo sistema (VASCONCELOS E PASCHE, 2007).

E para garantir um funcionamento racional e equilibrado do sistema que foram escolhidos como diretrizes organizativas: a *descentralização* foi regulamentada com base na municipalização, como mudança mais importante da reorganização do sistema de saúde, no sentido político-administrativo. As definições do sistema delegam como encargo municipal ofertar a maioria dos serviços, visando à precisão do deslocamento de direcionamento de serviço e a introdução do comando de cada gestor político no campo institucional (VASCONCELOS E PASCHE, 2007).

Sendo que a descentralização baseada na municipalização não chega a ser suficiente. Para isso, também foi escolhido como diretriz, a *regionalização*, que tem como finalidade de:

Distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma que garanta acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia da escala (VASCONCELOS E PASCHE, 2007, p. 536).

A seguinte diretriz escolhida é a *hierarquização*, que tem o intuito de colocar em ordem o sistema de acordo com os níveis de atenção, definindo uma trajetória assistencial em meio aos serviços prestados, regularizando a entrada às atividades mais complexas, já que o nível básico de atenção é o que oferta serviços com maior frequência. Sendo este, também, a diretriz mais criticada, por manter com as outras um modelo de pirâmide (VASCONCELOS E PASCHE, 2007).

E a última diretriz é garantida pela Lei nº 8.142/90, já citada. A *participação comunitária* exige a participação da porção social associada à Conferências e Conselhos de Saúde; onde a comunidade é que influencia as três esferas governamentais a decidirem e efetuarem a política de saúde (VASCONCELOS E PASCHE, 2007).

Quanto a Lei nº 8.080/90 é quem determina as competências e atribuições das três esferas políticas referentes à administração do SUS; sendo elas assentadas no processo de descentralização, definindo aos municípios a maior quantidade de serviços prestados, como o serviço básico de atenção à saúde que atende grande parte da população em todo o país e é responsabilidade intransferível dos municípios, estabelecidas por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família onde estão as Equipes de Saúde da Família (ESF), como será falado mais a frente. E ao estado e federação, cabem papéis diferenciados, como serviços ambulatoriais especializados que envolvem redes hospitalares de média e alta complexidade, coordenadas pelos estados e pela União (VASCONCELOS E PASCHE, 2007).

Mas, o que provoca transtornos a essa organização do sistema, são as diferenças causadas entre estados e municípios pela coordenação dos serviços e dos recursos dispostos em consideração de um panorama partidário e eleitoral. Para

isso, foi instituída a Comissão intergestores Bipartite (CIB), no setor estadual e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no nacional, com funções importantes na negociação das disputas intergestoriais (VASCONCELOS E PASCHE, 2007).

Ainda que a municipalização do sistema de saúde tenha sido instituída com a intenção de incentivar aos estados e municípios a assumirem suas obrigações, foi necessária a adesão de instrumentos para condições de gestão, as Normas Operacionais Básicas (NOBs), que está voltava à operacionalização básica da saúde, ou seja, voltada atuação municipal no sistema; e que podem estar classificadas pelo ano de sua publicação, NOB 01/91, 92, 93 e 96; e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) do ano de 2001 e de 2002, voltada a facilitação sistemática de âmbito nacional e que regem as NOBs (VASCONCELOS E PASCHE, 2007).

Na XII Conferência Nacional de Saúde, em 2003, houve contestação dos princípios e diretrizes que deram embasamento ao SUS, sendo que o Conselho Nacional de Saúde não conseguiu movimentar a participação social em prol das mudanças abordadas nessa Conferência, o que necessitou da interceptação da Comissão Intergestores Tripartite, propondo um novo pacto de gestão, o Pacto pela Saúde 2006 (VASCONCELOS E PASCHE, 2007).

Esse pacto daria destaque às necessidades de saúde da população e requereria a atuação simultânea de descrições prioritárias articuladas e integradas nos três elementos: Pacto pela vida, mostrado no interesse dos gestores que buscam soluções importantes às implicações sanitárias; Pacto em Defesa do SUS sugere a “repolitização da saúde” e a participação da população em defesa do direito à saúde; e o Pacto de Gestão do SUS sugere entradas inovadoras nas “relações intergovernamentais no SUS, produzindo uma reforma na institucionalidade vigente, tendendo superar os entraves que se acumularam no processo de descentalização” (VASCONCELOS E PASCHE, 2007, p. 556 - 557).

Contudo, para continuar garantindo a oferta de assistência integrada à população, os municípios seguem responsáveis pela organização da atenção básica, adotando a Estratégia de Saúde da Família como veículo principal da promoção e prevenção à saúde, evitando que a comunidade procure níveis mais complexos de atendimento.

3.2 A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um conjunto complexo de ações em saúde, influenciando positivamente sobre a qualidade de vida da população, sendo seu primeiro contato à rede assistencial. É caracterizado pela continuidade e integralidade da atenção, e coordenação da assistência no próprio sistema, o que envolve quatro atributos essenciais: o acesso (a relação inicial do usuário com o sistema de saúde), a continuidade do contato, a integralidade da atenção e a coordenação da assistência no sistema (BRASIL, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma vertente da APS, iniciado em 1994 como uma Política Nacional de Saúde, sucessivo a consolidação dos princípios do SUS (integralidade, equidade e participação social), marcada como a principal porta de entrada do sistema, com o propósito de reorientação do modelo assistencial de saúde, e alcançar uma maior aptidão no cuidado às famílias (BRASIL, 2010).

Para essa assistência integrada voltada ao uso da comunicação e da educação em saúde, foram desenvolvidas equipes, compostas por no mínimo: um médico de família, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se ampliar com equipe de Saúde Bucal (BRASIL, 2010).

Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil pessoas de uma determinada área, que se tornam corresponsáveis aos cuidados à sua saúde. A atuação delas se dá nas unidades básicas de saúde, nas residências e nos espaços comunitários (BRASIL, 2010).

Mas, no intuito de amparar à implantação da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, assim como ampliar as atuações da APS no país, o Ministério da Saúde instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), mediante Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008; que traz como projetos políticas nacionais diversas, como:

Atenção Básica, Promoção da Saúde, Integração de Pessoas com Deficiência, Alimentação e Nutrição, Saúde da Criança do Adolescente, Atenção Integral à Saúde da Mulher, Práticas Integrativas e Complementares, Assistência Farmacêutica, Pessoa Idosa, Saúde Mental, Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social e da Saúde do Homem (BRASÍLIA, 2010. p. 10).

A ESF se diferencia por ser a porta de entrada de um sistema de saúde hierarquizado e regionalizado, que tem em seu encargo um território definido, com uma comunidade delimitada, iniciando seu desempenho pelo perfil epidemiológico e demográfico da sua área, com a liberdade de intervir nos fatores de risco na qual a população se expõe, prestando atenção integral permanente e de qualidade (BRASIL, 2010).

Na busca desse processo de reorganização da ABS, em que estabelece a ESF como porta de entrada do sistema de saúde, é que teremos a atuação do Enfermeiro como o profissional de significativa importância, buscando sempre obter resolutividade dos problemas de uma dada família.

3.3 FUNÇÕES DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A colocação da prática do ser enfermeiro deve se direcionar ao auxílio de uma população. Auxílio buscado juntamente à comunidade; avaliando a realidade das famílias nas quais cabem a sua competência, destacando características sociais, demográficas e epidemiológicas (BRONDANI JUNIOR et al., 2011).

Os autores ainda abordam sobre as atividades dos enfermeiros na ESF à integração no monitoramento das categorias de assistência à saúde (promoção, proteção e prevenção) nos aspectos individuais e coletivos, a classificação e a avaliação de problemas de saúde, a intervenção nos agravos de natureza patológica e na prática da enfermagem comunicativa. Sendo necessário o aproveitamento de um conjunto interdisciplinar e intersetorial afim de uma assistência completa.

Sendo que, se levado em consideração as especificações do profissional preconizadas pelo Ministério da Saúde e citados pelos mesmos autores, perceberemos a realização de atividades de cunho assistencial e gerencial. O Ministério da Saúde, para isso, criou a Portaria nº 648/GM de 28 de Março de 2006, que defini atribuições minimamente específicas de cada categoria profissional envolvida nas equipes da ESF, cabendo a gestores municipais ou federativos estender essas atribuições, em ajuste das necessidades de cada lugar (BRASIL, 2006). Ao enfermeiro, foram citados como atuações cabíveis:

Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações; conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas, observadas as disposições legais da profissão; Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

O que também pode ser aplicada às atividades gerenciais, de forma subentendida, é o fator liderança. Como houve a necessidade do posicionamento de líder do enfermeiro devido às responsabilidades de gerenciamento de pessoas, o desempenho das atividades atribuídas à assistência e o cumprimento ético e legal da destreza profissional, tirando-o de uma visão de chefe autoritário (TREVIZAN, 1993 e BALSANELLI E CUNHA, 2005, apud MACHADO E LIMA, 2010).

Quer dizer, foi preciso para que o enfermeiro desenvolvesse uma aptidão de influenciar pessoas, designar habilidades humanas e interpessoais com embasamento técnico-científico para atingir as cobranças sociais e de saúde e sair de um autoritarismo, antes confundido (STRAPASSON E MEDEIROS, 2009 apud MACHADO E LIMA, 2010).

Tudo isso mostra que a complexidade da dualidade de habilidades a ser prestado pelo enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família é um fator desafiador para o desempenho das funções. Quer dizer, além de assistir o usuário e seus familiares, ele precisa cumprir a função de gerente dos serviços apresentados e de sua equipe, dificultando a conciliação dessas funções (RIBEIRO ET. AL, 2008 citado por MACHADO E LIMA, 2010 e GIROTI, NUNES E RAMOS, 2008).

3.4 A INTRODUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Política Nacional de Saúde do Homem, determinada em novembro de 2008, foi uma iniciativa de compromisso de posse do ministro da Saúde, José Gomes Temporão, alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, portão de ingresso do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ela foi desenvolvida com o objetivo de melhorar as condições de vida do homem brasileiro, facilitando ações e serviços de saúde direcionada à população masculina, pretendendo estimular o auto cuidado desse gênero e ampliar seu acesso aos serviços de saúde, aumentando a perspectiva de vida e reduzindo os parâmetros de morbimortalidade (BRASIL, 2008).

Essa política é uma resposta ao reconhecimento de que as doenças que afligem o sexo masculino são de responsabilidade pública, que essa aversão dos homens à procura da Atenção Básica traz grande sobrecarga aos cofres públicos, sem falar da super lotação nos atendimentos de Média e Alta Complexidade por motivos que poderiam ser prevenidos e evitados (BRASIL, 2008).

Sendo que, normalmente, essa não-adesão masculina ao cuidado integral da saúde se dá por questões socioculturais, na qual, a doença é tratada como uma fragilidade desconhecida e/ou inaceitável por suas funções biológicas, o que os tornaria invulneráveis, e os fizessem exporem-se a maiores situações de risco (BRASIL, 2008).

Como essa política é um utensílio de planejamento das ações a ser praticado para intervenção direta à saúde do homem, o Ministério da Saúde buscou identificar as principais enfermidades e agravos à saúde que acomete esse gênero e a faixa etária mais atingida (BRASIL, 2008).

Assim, Brasil (2008) considerou o grupo de homens entre 25 e 59 anos, que corresponde a 20% da população brasileira e é a parcela responsável pela produtividade socioeconômica. Quanto às enfermidades, definiram as especialidades médicas mais envolvidas: cardiologia, urologia, gastroenterologia, pneumologia e saúde mental, e às causas externas determinaram como agravos a violência, alcoolismo e tabagismo e a deficiência física e/ou cognitiva.

O autor ainda destaca a precisão da “promoção da saúde, a prevenção da violência e a edificação de uma cultura de paz voltada para a população” (BRASIL,

2008), baseando-se na intra e intersectorialidade e interdisciplinaridade, devido à complexidade que o problema apresenta. Estabelecendo a necessidade da cooperação da comunidade para a implantação correta das ações em benefício próprio.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem a pretensão de mudar padrões no que diz respeito à percepção em relação ao cuidado com a saúde do gênero masculino, de forma que os serviços públicos se organizem de uma maneira capaz de receber essa população com integralidade e equidade, priorizando a humanização e a qualidade no seu atendimento (BRASIL, 2008).

Em questão das diretrizes que rege a elaboração do plano, foram preparadas visando à integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade. A *integralidade* pode ser compreendida por dois pontos de vista:

- a) Trânsito do usuário por todos os níveis de atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contra-referência entre a atenção primária e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção (BRASIL, 2008. p. 29).
- b) Compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que abranjam inclusive as determinações sociais sobre a saúde e a doença (BRASIL, 2008. p. 29).

Para a *factibilidade*, foi avaliada a disponibilidade de recursos, tecnologias, insumos técnico-científicos e mecanismos administrativo e gerencial de forma que permitisse a implantação das ações no país inteiro. Quanto à *coerência*, as diretrizes propostas estão de acordo com os princípios do SUS. E a *viabilidade* da implantação deste projeto está diretamente ligada aos três níveis de governo e do controle social, responsável pelo comprometimento e possibilidade de cumprimento das diretrizes (BRASIL, 2008).

As responsabilidades institucionais desta política foram determinadas pelas diretrizes provindas do Pacto pela Saúde de 2006, acatando a autonomia e a aptidão dos três governos; a Federação, Estados e Municípios (BRASIL, 2008).

E para verificar a efetividade dos resultados, ficaram responsáveis o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) com a avaliação e monitoramento do projeto, de acordo com os indicadores do Pacto pela Vida.

Avaliando, também, a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, conforme a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 2008).

Assim, conhecendo a precisão de atenção integrada e intensiva desse gênero, cabe-se, agora, ampliar o preparo dos profissionais envolvidos nessa assistência, tendo o desempenho do profissional Enfermeiro um papel essencial; encaminhar a singularidade e a subjetividade dessa população às medidas de preventivas.

3.5 A ABORDAGEM AO HOMEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Como vimos anteriormente, sabemos que é responsabilidade do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que pertence à forma primária de assistência do nosso sistema de saúde, uma atenção direta e específica a todas as etapas da vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso. Sendo que, com o tempo foi percebida uma falha no cuidado a um dos membros que compõe uma família. Tornou-se, então, notória ao governo a invisibilidade em volta desse grupo em particular, o sexo masculino (CASTRO E TOCANTINS, 2010).

Essa invisibilidade é, normalmente, associada à desvalorização do auto cuidado e/ou a um início de preocupação com a saúde desse homem. Sem falar que, já foi percebida sobre o sexo masculino uma preferência para usar outros serviços de saúde, como prontos-socorros e farmácias, por serem atendidos mais facilmente e conseguirem expor suas necessidades sem maiores problemas (FIGUEIREDO, 2005).

Outra possível causa a essa falta de percepção ao bem-estar do gênero é dada as Unidades Básicas de Saúde (UBS), pela falta de serviços especializados nos espaços, ao longo tempo de espera pelo atendimento e pela composição profissional e freqüentadora ser, ainda, de grande maioria feminina, o que dificulta a relação entre a equipe de enfermagem e a população masculina, e como conseqüência, isso torna os serviços primários de saúde não tão convidativos a eles e os faz não participar das estatísticas de assistência (CASTRO E TOCANTINS, 2010 e FIGUEIREDO, 2005).

Sendo que, já conhecendo a falta de interesse dos homens sobre a própria saúde e a carência de estratégias e atividades apropriadas para eles, absteve-se

para refletir e avaliar, também, o profissional enfermeiro e sua capacitação em lidar com essas particularidades masculinas, assim, notou-se que durante a sua graduação, ele não foi adequado a trabalhar com as dúvidas e as crenças desse gênero, nem com a individualidade dele (CASTRO E TOCANTINS, 2010).

Como já foi notificado pelo Ministério da Saúde (2008), a população masculina é a que morre mais cedo e em maior quantidade por causas diversas. Por isso foi projetado a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que apresenta uma estatística a respeito da sobremortalidade do sexo masculino e mostra como as UBS precisam avaliar, corrigir e ampliar seu enfoque assistencial com ações de prevenção e promoção à saúde (FIGUEIREDO, 2005).

Já que desde antes da criação dessa Política, havia sido percebido pelos profissionais da área, uma certa dificuldade em conseguir atender as distintas ações apresentadas pelas mulheres, que necessitavam de atuações específicas para seus parceiros (FIGUEIREDO, 2005).

Então, é necessário começar modificando um espaço feminilizado de forma a incluir as necessidades de saúde dos homens, alterando a postura prática dos profissionais envolvidos na assistência, independente de serem homens ou mulheres, para que “tenham uma maior sensibilidade para as interações entre as concepções de gênero e as demandas trazidas pelos homens no uso do serviço” (FIGUEIREDO, 2005).

As ações destinadas ao envolvimento do homem na atenção primária de saúde deveriam interagir, andar em concordância, com os programas de saúde da mulher. Aumentando a frequência desse homem, e fazendo com ele possa ser atendido e acompanhado concomitante a sua parceira (FIGUEIREDO, 2005).

Para isso é necessária uma produção feita a duas mãos: pela instituição, onde essa excitaria a “percepção dos profissionais em relação às necessidades dos homens” e pela população masculina, que promoveria “um reconhecimento do espaço institucional como sendo de sua necessidade” (FIGUEIREDO, 2005).

Seria importante, a princípio dos programas, o aumento do comprometimento sobre o controle e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e o uso de métodos contraceptivos, em relação ao planejamento familiar e também os diversos tipos de violência. Nessa intenção, poderiam ser desenvolvidos projetos de diferentes formas e espaços, como: grupos de discussões, oficinas, assistências individuais e atividades coletivas com horários adaptados para a jornada de trabalho

desses homens, na percepção de aumentar a aderência deles ao sistema de atendimento (FIGUEIREDO, 2005).

Agora fica o desempenho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família em intensificar os programas criados para os homens, com uma expectativa de gênero, o que acrescerá a visibilidade das necessidades de saúde privativas do sexo, cabida a suas perspectivas socioculturais.

3.6 A PERCEPÇÃO DA COMUNIDADE FRENTE AO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pelo conhecimento adquirido com o andar deste trabalho, sabemos que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) procedeu de uma necessidade de transformação do modelo de saúde hospitalocêntrico, o qual já não acolhia a demanda da sociedade.

Na intenção de rever esse padrão de atendimento é que o Ministério da Saúde priorizou as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde individual e coletiva, de forma integral e continuada; como principal foco a atenção à família, partindo do ambiente vivenciado (BRONDANI JUNIOR et al., 2011).

No entanto, o método de trabalho da ESF é desenvolvido por ações em equipe, constituído por médico, enfermeiro, dentista, técnico de higiene bucal, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O que auxilia na compreensão e diagnósticos dos processos saúde-doença a que são acometidos uma comunidade (BRASIL, 2010).

Sendo que, para a Enfermagem, a ESF é um significativo campo de trabalho, aonde cada vez mais, esses profissionais vêm consolidando suas práticas e conhecimentos. Apesar de que ainda deverão aliar algumas considerações de Saúde Coletiva aplicável aos métodos de afazeres no setor saúde. Como o deslocamento do seu desempenho basicamente curativo e individualista, associadas às instituições hospitalares, para dar destaque à promoção e prevenção coletivamente (SANTOS E RIBEIRO, 2010).

O que se acredita ser possível, desde a introdução do enfermeiro vinculada diretamente à comunidade. Já que se confia obter informação mais precisas sobre à

saúde da comunidade e suas necessidades especificamente para uma melhor organização dos serviços a serem prestados (SANTOS E RIBEIRO, 2010).

Entretanto, deposita-se no usuário da ESF a capacidade de avaliar a atenção recebida pela equipe de saúde. Embora, no fim das contas, quem permaneça com esse paciente por maior entrosamento seja a enfermagem, a comunidade, como um todo, não saiba reconhecer as habilidades do profissional enfermeiro. Ele acaba por ser caracterizado por “generosos, solidários, mais acessível, e permanentemente preocupado com os acontecimentos na comunidade e bem estar de todos” (SANTOS E RIBEIRO, 2010).

Contudo, essa visão do enfermeiro pela comunidade é dada devido a um vínculo estabelecido entre o profissional e a população, resultado de uma relação de confiança, mas, podendo exceder os limites técnico-profissional (SANTOS E RIBEIRO, 2010).

Diante da necessidade de correção dessas observações, é preciso uma maior capacitação das habilidades profissionais no momento da formação acadêmica dos mesmos, além da atualização dos conceitos e da disponibilidade dos enfermeiros da Saúde da Família em trabalhar com questões sociais e técnicas na dinâmica dos afazeres (SANTOS E RIBEIRO, 2010).

4 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura com abordagem qualitativa, que como cita Costa e Costa (2009, p. 129), “trabalha o subjetivo dos sujeitos”. E para alcançar a meta exigida, primeiramente foi realizada uma busca de artigos científicos com títulos que envolvessem o tema principal como: Saúde do Homem, Sistema Único de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, funções do enfermeiro e liderança nos serviços de saúde.

Foi escolhida para fonte de pesquisa a base de dados SCIELO, disponível na rede mundial de computadores, do qual foram selecionados 13 artigos científicos um manual do MS e dois livros sobre Saúde Coletiva e sobre o Sistema Único de Saúde, todos em idioma português.

A coleta de dados se deu no período de fevereiro a agosto de 2011, sempre selecionando os textos publicados entre os anos de 2003 a 2011.

5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A partir das literaturas e dos artigos selecionados, observou-se a considerável importância da necessidade do cuidado com a saúde masculina, incentivado por uma participação mais eficaz do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Desta forma, é importante ressaltar o que se pode perceber nos estudos recentes relacionados ao processo de melhora do bem estar do sexo masculino. Inicialmente, foi percebido que a insuficiência da atenção a saúde masculina dar-se-ia por um problema cultural. Ao modo como os homens foram instruídos, pela sociedade, desde a sua infância os orientando que o ato de cuidar seria uma ação feminina.

O que acaba resultando para os enfermeiros e toda a equipe da ESF uma dificuldade; de fazer esses homens tratar malefícios que poderiam ser simplesmente prevenidos.

Como é descrita em uma pesquisa de Gomes; Nascimento e Araújo (2007), que aborda as justificativas do gênero masculino em buscarem menos os serviços de saúde ou manterem menos hábitos preventivos do que as mulheres. Nela, encontram-se relatos de homens em diferentes padrões socioeconômicos.

Entre os resultados, temos discursos de homens com baixa ou nenhuma escolaridade e de nível superior que reconhecem o que dificulta na hora de se procurar um atendimento preventivo e o fazem desistir. Eles expõem fatores como:

a) “Os homens não foram criados para se cuidarem”, quer dizer, as diferenças de funções por gêneros, como o cuidado ser feminino e a preocupação do sustento da família ser masculino, ainda é amplamente atual no entendimento social;

b) Ser homem é sempre associado a ser “forte, invulnerável e viril”, quer dizer, a manifestação de insegurança, ansiedade, medo e outros tipos de sentimentos relacionados à fraqueza que, se é anexado ao ato de procurar unidades de saúde, não cabem às características masculinas;

c) “O temor de encarar qualquer possibilidade de que algo vai mal”, quer dizer, as pessoas têm receio de buscarem os serviços de atendimento para terem uma comprovação de boa saúde e acabarem se deparando com o diagnóstico de alguma doença e um tratamento para seguir;

d) “Tem muitos homens morrendo, mas tem vergonha de falar com o médico (...)”. Essa vergonha, possivelmente, esta associada à ausência do hábito de buscar e expor-se ao profissional da saúde, já que a maior parte da composição profissional da área da saúde se detém a mulheres;

e) “Deveria ter um (...) tipo de hospital para fazer atendimentos só para os homens”. A carência de unidades e projetos específicos para o atendimento ao homem também se torna um obstáculo para o ingresso deles aos serviços de saúde. O que talvez, para os homens de maior poder aquisitivo não seja um problema, devido à possibilidade de acessarem serviços privativos de saúde (GOMES, NASCIMENTO E ARAÚJO, 2007).

Então, de acordo com os discursos acima, evidenciamos que, fora a dificuldade imposta pelo próprio homem de ingressar aos serviços de saúde, existe também a dificuldade imposta pelos serviços públicos de saúde e dos profissionais da área em planejar programas e ações que contribuam para a mudança de pensamento masculino, e façam-no sentirem-se atraídos a procurarem as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Sendo que isso acaba por não trazer melhorias na qualidade de vida desse homem, o que o leva a um perfil epidemiológico de morbimortalidade de resultados continuamente crescentes.

Como mostra outra pesquisa realizada por Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005), onde descobriram que, por causa da falta desta atitude preventiva dos homens, mais doenças os acometem, e os fazem recorrer a tratamentos especializados nas unidades hospitalares, lotando-os. Levando-os, também, a ter uma maior mortalidade do que o gênero feminino.

Levando em consideração identificar os agravos que mais abordam esses homens, foi possível analisar pela Política Nacional de

Atenção Integral à Saúde do Homem, princípios e diretrizes (2008) uma maior incidência entre acidentes de transporte e agressões físicas, como causas externas; e como doenças adquiridas, as do aparelho circulatório; tumores, de forma geral; as do aparelho digestivo e as do aparelho respiratório.

Já para Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005), relatam também que essa conscientização deveria ser trabalhada inicialmente nas UBS, durante um subprograma cabido à saúde do adulto. Entretanto, como se sabe, todos os outros ciclos da vida são acompanhados especificamente pelos enfermeiros da Atenção Primária, com programas preconizados pelo Ministério da saúde os quais são: saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher e saúde do idoso. Então, deve ser de direito, também, do sexo masculino ter um programa que abranja necessidades características do gênero, para que ele não seja atendido simplesmente como demanda ou nunca encaixe-se nas ações e programas de saúde.

Portanto, na tentativa de levar esses homens às UBS é que foi feito um programa que procurasse atender as peculiaridades dos homens, como incentiva o Ministério da Saúde, quando projeta a Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem. Um projeto inspirado nos indicadores de morbimortalidade da população masculina para ser efetivado em cunho primário pelos médicos e enfermeiros para “promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil” (BRASIL, 2008, p. 31).

Contudo, percebe-se outra dificuldade, a ativação deste projeto por iniciativa da enfermagem na ESF. Isso dar-se, por tratar-se de um programa recentemente delineado, mas que os profissionais necessários para dar vida ao projeto não foram, até então, instruídos para trabalharem com esse novo ângulo, nem durante a sua graduação, nem após ela.

Apesar de que, não sejam disponíveis documentos sobre a dificuldade encontrada pelos profissionais em trabalhar com esse novo programa, é um dado vivido intensamente nas práticas. Mesmo pelo vínculo já existente entre os profissionais da ESF e o trabalho com uma

população, normalmente, mais carente. Apesar de existirem ainda muitas problemáticas em conhecer as características masculinas e lapidá-las, e muito mais esforço e iniciativa desses profissionais para conseguir conquistá-los.

No entanto, é necessária, também, outra mudança de comportamento das equipes de saúde, o preparo para intervenções necessárias na comunidade, e que façam serem reconhecidos diante da população trabalhada.

Em uma pesquisa realizada por Santos e Ribeiro (2010), percebe-se o não reconhecimento do enfermeiro como identidade profissional, e sim social. Ele está sendo destacado como um profissional que generoso, acessível e apaziguador de situações individuais e na comunidade. E que na maioria das circunstâncias pesquisadas, a população não sabe o que o enfermeiro representa dentro da equipe como um todo, como ela diz: "percebe-se que a consulta de enfermagem tem sido uma forma de avaliar a agenda do médico, com conotações prescritivas e foco indivíduo, dissociando-o da dimensão familiar e social".

Quer dizer, o enfermeiro está se desvirtuando das ações de atenção integral e da busca ativa, exigidas pelo Ministério da Saúde, já que ele esta se resumindo a uma mesa de consultório e a solicitação de exames, como mostra o relato de um usuário do serviço primário de saúde na pesquisa de Santos e Ribeiro (2010): "(...) ela não dá receita, não dá remédio, nem nada não. Tem que marcar ficha pra ela e passa pro médico. Primeiro tem que passar por ela". Existindo outros comentários de significados semelhantes.

Sendo que esse fator não se dá, apenas pela população masculina, mas principalmente pelas mulheres, por serem freqüentadoras mais assíduas dos serviços básicos de saúde. O que significa que, mesmo a mulher, conhecida pelo zelo mantido na casa e na saúde, tanto pessoal quanto às dos filhos, sente dificuldade no reconhecimento das funções da enfermagem, mas que vai ao seu encontro porque aprendeu que era necessário manter uma ligação com a enfermagem para conseguir uma referencia para as especialidades em que precisava.

Com essas terminações, acaba sendo necessário exigir dos profissionais e das instituições de saúde uma maior capacitação das habilidades técnicas-profissionais, desde a formação acadêmica dos envolvidos nas equipes, até a atualização dos conceitos e práticas para lidar com as questões sociais e técnicas durante o exercício da enfermagem e o desenvolvimento do processo de identificação perante a população que é atendida. Nesse sentido a reunião dos trabalhos aqui expostos poderá contribuir para a organização inicial desses atendimentos na atenção primária à saúde e na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta forma observou-se que é importante destacar o quanto este trabalho permitiu à pesquisadora o aprofundamento de reflexões sobre como trabalhar com as especialidades masculinas, com um olhar profissional, de acordo com a estratégia de Saúde da Família.

Além disso, deve-se ressaltar que estudar a população masculina pode ajudar a trabalhar com sua constante presença, daí surgindo à necessidade da profissional tornar-se familiarizada com as suas características desde a graduação, com vistas a um preparo pessoal e profissional de forma que venha reduzir o índice de morbimortalidade do gênero, proporcionando uma elaboração e o esclarecimento de suas preocupações frente ao público.

A partir de trabalhos de pesquisas desenvolvidas sobre o assunto, foi possível perceber a importância das relações entre a enfermagem e a população masculina. E diante desse contexto verifica-se a Estratégia de Saúde da Família como uma ferramenta fundamental que deve ser sentida por todos os que atuam na saúde e precisa ser refletida na assistência prestada ao paciente.

A atenção integral ao homem requer o empenho de todos os profissionais envolvidos da atenção primária. Pois, é percebido que seu alto índice de morbidade se dá pela falta de atitude preventiva em relação a sua saúde.

Estudos têm apontado que a preferência para atendimento dos homens são as farmácias e os prontos socorros, devido à agilidade da prestação do serviço, e pelo fato de ter mais homens na equipe profissional, o que facilita a compreensão enquanto forma de abertura pessoal para esses pacientes. Tanto pelo entendimento lingüístico, quanto pela identificação física.

O que se corrigiria com a presença de um maior número de profissionais do sexo masculino, e, apesar da sexualidade, profissionais capacitados a buscar esses homens das comunidades e dos atendimentos pré e/ou hospitalares para passarem a freqüentar os

serviços primários de saúde, para que pudessem prevenir as debilitações antes que se tornassem agravos.

De acordo com as problemáticas observadas nos estudos pesquisados voltados para fatores relacionados às dificuldades enfrentadas na assistência ao gênero masculino recomenda-se que para se trabalhar com os mesmos, os profissionais devem ser preparados nos próprios cursos de graduação, uma vez que isto faz parte das habilidades que os profissionais da saúde deveriam ter.

Para tanto, sugere-se ainda que sejam propiciados momentos para discutir as problemáticas direcionadas às dificuldades, tanto no meio acadêmico, quanto proporcionando a elaboração dos medos e fantasias da equipe de saúde frente ao desconhecido que essa questão envolve.

É imperativo ainda, haver um maior número de pesquisas referentes às generalidades masculinas. Mas com os dados encontrados, é possível obter um conhecimento inicial sobre a situação em que se encontra a população masculina e ressaltar a participação primordial do profissional enfermeiro nesse contexto.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica nº 27**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 150 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: Ministério da Saúde, 2008. 40 p.

BRAZ, Marlene. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: Reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 10, nº 1, Jan./Mar. 2005.

BRONDANI JUNIOR, Davi Antonio; HECK, Rita Maria; CEOLIN, Teila; VIEGAS, Carmem Rosane da Silva. Atividades gerenciais do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, Jan./Abr. 2011; 1(1):41-50.

CASTRO, Caroline Oliveira de; TOCANTINS, Florence Romijn. **Necessidades assistenciais do homem na perspectiva da enfermagem e a Saúde da Família**. Disponível em:
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1141/pdf_290>
Acessado em: 07 de junho de 2011.

COSTA, Marco Antônio F. da; COSTA, Maria de Fátima Barrozo da. Metodologia da Pesquisa: Conceitos e Técnicas. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora Interciência, 2009. 203 p.

FIGUEIREDO, Wagner. **Assistência à saúde dos homens: Um desafio para os serviços de Atenção Primária**. Ciênc. Saúde Coletiva, São Paulo, vol.10, 2005.

GOMES, Romeu. **Sexualidade masculina e Saúde do homem: Proposta para uma discussão**. Ciênc. Saúde Coletiva, São Paulo, vol. 8, nº 3, 2003.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: Uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, nº 5, Mai. 2006.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, nº 3, Mar. 2007.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 10, nº 1, Jan./Mar. 2005.

MACHADO, B. P.; LIMA, S. B. S. Liderança do enfermeiro no cenário da Estratégia de Saúde da Família: Revisão bibliográfica. *In*: JORNADA INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE, 3, 2010, Santa Maria. **Promovendo Saúde na Contemporaneidade: Desafios de pesquisa, ensino e extensão**, 2010. Resumo.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. *In*: FINKELMAN, Jacobo (Org.). Caminhos da Saúde Pública no Brasil. 20. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. Cap. 3, p. 235 – 313.

SANTOS, Roniélha Moreira dos; RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos. **Percepção do usuário da Estratégia de Saúde da Família sobre a função do enfermeiro**. 2010.

Disponível em:<www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm>.

Acesso em: 13 de Abr. 2011.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. Cap. 16, p. 531- 562.

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN

Setor de Processos Técnicos

Bertoldo, Rhaiza Lorena Ribeiro

A atuação do enfermeiro em saúde do homem na estratégia saúde da família. / Rhaiza Lorena Ribeiro Bertoldo. – Natal, 2011.

36f.

Orientador: Cléa Maria da Costa Moreno (Msc.)

Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Gênero Maculino – Monografia. 2. Saúde do Homem – Monografia. 3. Funções do Enfermeiro – Monografia. 4. Saúde Pública – Monografia.
I.Título.

\	RN/FARN/BC	CDU 614-055.1

