

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

SILVANA DIAS CLARINDO DA COSTA

SAÚDE DO HOMEM: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

VITÓRIA
2014

SILVANA DIAS CLARINDO DA COSTA

SAÚDE DO HOMEM ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ingrid Frederico Barreto

VITÓRIA
2014

SILVANA DIAS CLARINDO DA COSTA

SAÚDE DO HOMEM: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof. Ingrid Frederico Barreto - Orientador

Prof. XXXXXXXXXXXXXXXX, Instituição

Prof. XXXXXXXXXXXXXXXX, Instituição

Dedico esse trabalho ao meu pai, com carinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que é a minha rocha e me sustentou.

A minha família que me apoiou e compreendeu nos momentos em que estive ausente, dando-me sempre palavras de incentivo e carinho, sempre que era preciso.

Ao meu esposo Wellington que tanto amo e admiro, por desempenhar tão bem o seu papel de pai e também o meu de mãe, quando eu estava ausente, sendo o meu braço direito em tudo. Meu grande amigo nesses 17 anos de casamento, em especial nesses quatro anos de minha formação sendo sempre meu companheiro inseparável.

A professora Ingrid Frederico Barreto, minha orientadora, pelo incentivo, paciência, carinho e pelo auxílio que recebi desde o início deste trabalho.

Aos meus filhos Davi e Daniele que são meu grande tesouro, me ajudaram e compreenderam minha ausência, onde muitas vezes pude oferecer tão pouco, mas contentaram-se em cobrar de mim somente um sorriso e um abraço ao final de cada dia, amo vocês.

A minha amiga Cláudia pela paciência, sempre com palavras de força quando eu mais precisava.

Ao professor Doutor em português Lauro Venturini, pelo grande conhecimento e apoio.

Aos professores por compartilharem comigo seus conhecimentos e contribuírem para minha formação profissional.

Em especial ao meu pai e grande amigo Humberto Clarindo, que esteve presente comigo em todos os momentos da minha vida, me aconselhando, incentivando, mas que infelizmente veio a adoecer e aprouve ao Senhor levá-lo.

“Trabalhar em enfermagem é atuar em prol da qualidade de vida do indivíduo, orientando, olhando, ouvindo, falando, medicando, sondando, banhando, alimentando, oferecendo conforto, fazendo-se confiável, instrumentalizando para o amanhã e oferecendo a paz” (AMBROZANO, 2002).

RESUMO

Estudo descritivo bibliográfico, cujo objetivo é demonstrar, através de revisão de literatura, a atuação do enfermeiro na atenção básica no contexto saúde do homem; descrever o homem como gênero e sua relação com o cuidado com sua saúde e discutir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Os dados foram coletados e analisados através de sites científicos como: Bireme, Scielo, Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN), Instituto Brasileiro do Câncer (INCA), Ministério da Saúde e livros. O estudo revela o homem e a dificuldade do cuidado preventivo com sua saúde, atitudes estas observadas na maioria das vezes pelas mulheres; a PNAISH como proposta desafiadora da quebra de paradigma de invulnerabilidade masculina e a conscientização e prática do autocuidado preventivo através da unidade básica de saúde; a atenção básica através da Estratégia de Saúde da Família é a porta de entrada do homem ao cuidado preventivo e à possibilidade da aplicação da política. O enfermeiro como profissional de saúde apresenta importante papel e responsabilidade nas ações que favoreçam a saúde do homem. Este estudo propõe a sensibilização de todos envolvidos no processo saúde do homem, novos conhecimentos direcionados à saúde masculina e, principalmente, o aprimoramento das ações que contemplem a saúde do homem através da política.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Gênero. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Enfermeiro.

ABSTRACT

Bibliographic descriptive study whose goal is demonstrate, through literature review, the nurses action in primary care in the context of human health; to describe man as gender and his relation to health care and discuss the National Policy for Man Health (PNAISH). Data were collected and analyzed through scientific sites like: Bireme, Scielo, Brazilian Journal of Nursing (Reben), Brazilian Institute of Cancer (INCA), Ministry of Health and books. The study reveals man and the difficulty of preventive care with their health, attitudes which are found most often by women. The PNAISH as a challenging proposition for the paradigm shift of male invulnerability and the awareness and practice of preventive self-care through basic health unit; primary care through the Family Health Strategy is the gateway for man to preventive care and the chance of applying the policy. The nurse as a health professional has an important function and responsibility in actions that promote human health. This study proposes the awareness of everyone involved in the man health, new targeted to male health knowledge and especially the improvement of actions focused in human health through policy.

Keywords: Men's Health. Genre. National Policy for Integral Attention to Men's Health. Nurse.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	17
2 - REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 - O HOMEM COMO GÊNERO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE.....	21
2.2 - ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA REPRODUTOR MASCULINO...	26
2.3 - ASPECTOSEPIDEMIOLÓGICOS.....	32
2.4 - A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.....	42
2.5 - O CUIDADO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.....	49
2.6 - BREVE HISTÓRICO DA HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	55
2.6.1 - Estratégia de Saúde da Família (ESF).....	58
3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
4 – REFERÊNCIAS.....	69

1 INTRODUÇÃO

No final dos anos 70, nos Estados Unidos da América (EUA), surgiram os primeiros estudos relacionados à saúde do homem, e demonstravam que homens, mesmo se julgando mais poderosos que a população feminina, possuíam altas taxas de morbimortalidade em relação às mulheres (COURTNAY, 2000 apud SCHWARZ; et al., 2012).

Atualmente a atenção à saúde do homem faz parte de alguns debates realizados em políticas, devido aos elevados índices de morbimortalidade e dos resultados eliminatórios determinados agravos, ocasionados por causas externas como acidentes ocorridos no trânsito, violência, também por doenças que são contagiosas, degenerativas ou crônicas, como por exemplo, hanseníase, tuberculose e hipertensão arterial, diabetes mellitus, as doenças sexualmente transmissíveis, doenças cerebrais e do coração e as que têm relação com o trabalho, câncer de próstata e outras (NETO et al., 2013).

Estudos demonstram que os homens sofrem mais com complicações de saúde do que as mulheres, quando diz respeito aos cuidados de sua saúde e prevenção de doenças de forma geral. As mulheres o fazem mais do que os homens. Tal fato pode ser explicado pela diferença de papéis por gênero, imposta ou imaginada pela própria sociedade. Isto reforça o fato de que desde cedo, a mulher é criada para o cuidado com os afazeres domésticos e outros. O homem possui características que o mostram forte, que não pode ser atingido. Viril é aquele que vai prover todo o sustento para a sua família (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Se o homem procura o serviço de saúde para se cuidar, põe em risco toda sua imagem, demonstra fraqueza, medo, insegurança, fazendo com que seja atingida sua masculinidade. O autor mostra, em seu estudo, que essa imagem que o homem tem de si mesmo dificulta o seu autocuidado, justificando, assim, a pouca procura do homem ao serviço de saúde, pelo fato também de ter que prover todo o sustento de sua família (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Fica demonstrado que, com o passar dos anos, os programas que foram criados sempre foram mais voltados para a saúde da mulher (materno-infantil), deixando a saúde do homem de lado. Seria importante que houvesse mudanças nos programas

voltados para o homem, e que como medida de atrair mais homens para o serviço de saúde fosse feita uma modificação nos horários de atendimento nas unidades, pois coincide com sua jornada de trabalho, facilitando, assim, o seu acesso ao serviço de saúde (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

É grande o desafio de fazer com que os homens cheguem ao serviço de saúde antes de ficarem doentes, pois seria necessária não só a mudança nas políticas de saúde, mas também na visão deste homem. Com sua mente modificada em relação a ser invulnerável, e sabendo que mulheres, homossexuais, negros, são todos vulneráveis, faria com que esse homem se preocupasse mais com o seu autocuidado (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Indicadores de morbimortalidade entre os sexos deixam claro que o homem está em situação desfavorável, e que esses dados precisam ser levados em consideração e que deve ocorrer uma intervenção por parte dos serviços de saúde. A política é muito importante na assistência à saúde do homem, pois ela visa à proteção, promoção e prevenção de doenças. Juntamente com ela, o enfermeiro possui um papel fundamental no cumprimento das ações, podendo contribuir na mudança desse quadro, aumentando o tempo de vida da população masculina (ALVARENGA; et al. 2012).

Em 2009 surgiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que destaca nele diversos aspectos, sociais, culturais, políticos e econômicos, enfatizando o aumento no tempo de vida da população masculina entre 20 e 59 anos e diminuição das taxas de morbimortalidade por causas que podem ser evitadas e também prevenidas (SCHWARZ; et al., 2012).

É importante destacar que, mesmo com a criação da política, ainda não ocorreram modificações no Sistema Único de Saúde (SUS); o enfermeiro deve ter uma visão mais qualificada e direcionada, dando mais qualidade no cuidado à saúde, diminuindo o aparecimento de doenças e complicações na saúde do homem. (SILVA; et al., 2012).

O enfermeiro tem papel fundamental no cuidado, pois através de suas práticas tem a capacidade de orientar e criar programas que orientem a comunidade, visando à promoção da saúde. Com isso, contribui de forma efetiva para o bem estar das famílias, independente das condições sociais, culturais e econômicas, de modo que

consiga conhecer as verdadeiras necessidades da população (BACKES; et al., 2012).

O presente estudo tem como justificativa o de conhecer a saúde do homem e compreender a importância de análise da aplicabilidade da PNAISH no serviço básico de saúde. A relevância se justifica pela alta incidência de morbimortalidade de doenças evitáveis no gênero masculino, pela pouca procura ao serviço de saúde. Foi que norteou a realização deste estudo. O estudo propõe, através de revisão de literatura, o conhecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem. Sua aplicabilidade é focar a importância do profissional enfermeiro neste contexto através da atenção básica, a fim de atuar na promoção e prevenção de doenças relacionadas com a saúde do homem.

O objetivo geral deste estudo é divulgar, por meio de uma revisão bibliográfica, a importância da atuação do enfermeiro na Atenção Básica, no contexto da saúde do homem. Dentre os objetivos específicos estão: descrever o homem como gênero e sua relação com a saúde e discutir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem.

Para a realização do estudo foi feito um levantamento teórico, a partir do ano de 2003 até 2013, de escritos literários (artigos, periódicos de revistas e dissertações), de sites eletrônicos científicos (LILACS, BIREME, SCIELO). Foram também utilizados artigos e livros de 1990 a 2002, devido à grande relevância de assunto e livros dispostos no acervo da biblioteca da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo e Universidade Federal do Espírito Santo, sob a forma de revisão de literatura. As palavras utilizadas nessa revisão foram: saúde do homem; gênero; política nacional de atenção integral à saúde do homem; enfermeiro.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O HOMEM COMO GÊNERO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE

Estabelecer relação entre gênero e saúde é vincular a diferença entre os sexos e a influência na sua dimensão biológica, o gênero e seus determinantes. Estas diferenças se sobressaem justamente no sexo masculino, pelo diferencial de mortalidades observadas nessa classe em todas as idades. (LAURETI; JORGE; GOTILIET, 2005).

Homens e mulheres possuem diferenças entre eles e compartilham o mesmo ambiente de convivência, quando comparados, são encontradas grandes semelhanças. Se formos analisar, pouco se diferem no biológico e isso não justifica o fato da separação na assistência. O ideal seria que ambos fossem assistidos de maneira integral, com intuito de garantir a integralidade do cuidado, inclusive quando se trata da inclusão do homem nos programas da mulher, como exemplo: a presença do homem nas consultas de pré-natal e no momento do parto, participando na escolha do melhor contraceptivo, a incorporação dos gêneros pode diminuir as diferenças que foram instituídas entre eles e contribuir de forma positiva na adequação às necessidades de ambos, diminuindo a discriminação. É preciso, sim, mudar essa ideia essencialista biológica ou cultural e tornar-se consciente dos direitos e deveres das verdadeiras necessidades de saúde da população (AQUINO, 2005).

Neste propósito, nota-se a necessidade de entender o homem como gênero masculino e a relação no cuidado com sua saúde.

De acordo com Gomes, Nascimento e Araújo (2007), a palavra gênero se refere ao que é socialmente construído e se relaciona com funções e tarefas, deixando explícita a diferença entre o sexo feminino e o masculino, com forte influência cultural, de acordo com a identidade e diferenciando a dimensão social da biológica.

Machin e outros (2011, p.4504) explica a palavra gênero.

[...] construto que condiciona a percepção do mundo e (re) produz as distinções relativas ao masculino e ao feminino alimentando a ideia de pares em oposição. Estes pares podem ser entendidos como esquemas voltados à compreensão da ordem das coisas, funcionando no âmbito da percepção, do pensamento e da ação.

O termo é compreendido como condutas assumidas pelo homem e pela mulher, que foram passadas pela sociedade, que diferem masculino e feminino. Tais condutas exercem grande influência na convivência em sociedade e até chegam a interferir nas leis, dando lugar às desigualdades. Daí a necessidade de mudança nessa visão de divisão de papéis e valores (SAUTHIER; GOMES, 2011).

O gênero é construído desde o nascimento e prossegue até o fim da vida. As diferenças entre o sexo feminino e masculino são evidenciadas por ser o gênero um resultado de um projeto de construção. Estas diferenças são notadas na sexualidade, na divisão do trabalho por sexo e também socialmente (COSTA; 2008).

A sociedade estabeleceu, na mulher, o papel de mãe, cuidadora dos outros afazeres domésticos. Já os homens não têm tais obrigações e são levados a pensar que são fortes e independentes (COSTA; 2008).

Neste pensamento, é de grande importância discutir o homem como gênero e masculinidade, cujo resultado reflete o meio cultural ao que foram introduzidas suas ações. Estas podem potencializar ou limitar os cuidados do homem com sua própria saúde, por isso, a aplicação de ações preventivas e promoção à saúde do homem na saúde coletiva (GOMES, 2012).

O homem percebe que tem a possibilidade de, por meio do trabalho, ser reconhecido e respeitado pela sociedade como um homem digno e de boa moral. Revela sua identidade masculina, então luta por esse ideal. Sendo assim, poderá assumir seu papel daquele que é responsável por providenciar todo sustento de que sua família necessita. Com isso, sua posição de ser homem é reafirmada perante a sociedade (NOLASCO, 1995 apud FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011).

A posição de respeito e reconhecimento que o trabalho confere ao homem não devem ser analisados individualmente, mas devem ser ligados diretamente também ao seu corpo, no que diz respeito à construção da imagem do ser homem. Isso fica notório dado à importância que o homem tem em demonstrar sua força física. A sexualidade também é um componente importante para o processo de construção de sua identidade, liga o fato de ser homem a uma conduta sexual, como por exemplo, a prática sexual com várias parceiras e relacionar masculinidade com bom desempenho sexual. (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011).

Machin e outros (2011, p. 4504) evidenciam que a saúde do homem está diretamente ligada ao homem ser viril, invulnerável e forte:

[...] No tocante à saúde, os homens muitas vezes negam a existência de dor ou sofrimento, de vulnerabilidades, para reforçar a ideia de força do masculino demarcando a diferenciação com o feminino. Na socialização do masculino é preciso combater possíveis associações com a mulher sob a pena de ser assimilado, identificado e tratado como esta. Interessante considerar que este processo não se limita ao contexto de construção do tornar-se homem em contraposição ao feminino, mas é reatualizado constantemente por meio de provas de sua masculinidade inclusive entre seus pares [...].

Com isso, dificulta a prática de cuidar de si mesmo, pois existe o preconceito de que este cuidado possa ser interpretado como insegurança, medo e fraqueza (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

O assunto: promoção da saúde, voltada para a saúde do homem tem sido ponto de discussões dentro e fora do Brasil, abordando alguns desafios para a atenção básica de saúde, como o aumento da procura pelo serviço de saúde pelos homens e a melhora dos serviços para recebê-los (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Deste modo, pensar no direito à saúde do homem é compreendê-lo como cidadão. Em países como o Brasil, as questões básicas da igualdade dos cidadãos perante a lei e a necessidade de incluir os considerados excluídos na sociedade de seus direitos que se perderam na medida em que velhos e novos desafios surgem na construção da cidadania (SANTOS; CUBAS, 2012).

Os primeiros estudos acerca da saúde do homem surgiram nos anos de 1970, nos Estados Unidos, baseados, principalmente, no problema de saúde. Observou-se que, embora mais poderosos do que as mulheres, os homens estavam em desvantagem em relação às taxas de morbimortalidade. (COURTNAY, 2000 apud SCHWARZ et al., 2012).

Mas foi no início do século XXI que a temática “saúde do homem” passa a ser objeto de estudo internacional e atualmente tem sido destaque nos três campos do setor da saúde: informação epidemiológica, produção científica e ciências políticas, a fim de compreender os campos que integram a se afastar, na solução dos problemas (SCHWARZ et al., 2012).

Sabo (2000), citado por Schraiber, Gomes e Couto (2005), relata que todo modo de pensar construído, relacionado à população masculina no ano de 1970, foi focado na

forte influência dos modelos políticos e das mulheres da época, criando a ideia que os problemas de saúde eram produzidos devido à masculinidade tradicional.

Em relação à população masculina, os conceitos começam a sofrer algumas transformações nos anos 80, fizeram com que ocorresse uma mudança na terminologia dos estudos, passando de estudos dos homens para estudos de masculinidades. Recentemente, as teorias que falam de papéis divididos por sexo, focam seus estudos no gênero, fazendo com que ocorresse o crescimento da probabilidade de gênero dentro da sociologia e da antropologia médica nos EUA (COUTERNAY 2000 apud SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Foi então que nos anos 90 veio acontecer a consolidação de ideias que se tinham sobre poder, desigualdade e iniquidade relacionando o gênero em quase todos os estudos direcionados ao homem e sua saúde, ligando-o a outras questões como raça, mistura de raças, orientação sexual, classe social, geração, religião etc., com a finalidade de compreender todo o processo de saúde e doença em toda população masculina de forma igualitária (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

No Brasil, a forma como o sistema de saúde tem se organizado revela que a maior parte do atendimento de atenção básica privilegia os grupos considerados mais vulneráveis, como mulher, criança e idoso, favorecendo pouco a saúde do homem (SILVA et al. 2012). O qual de acordo com o Ministério da Saúde (2009), possui grande rejeição em procurar o serviço de saúde, pois em seu imaginário, pensa que não ficará doente.

As diferenças entre os gêneros em termo de morbidade, mortalidade e expectativa de vida, se explicam a partir de cinco fatores: especificidades biológicas - genéticas de homens e mulheres; diferenças sociais e étnicas e desigualdades sociais; agregação entre comportamentos e distintas expectativas sociais de homens e mulheres; busca e uso de serviço de saúde por parte dos homens; cuidados de profissionais de saúde voltados para homens (GOMES, 2012).

O homem, quando chega a procurar por ajuda para cuidar da saúde, já está doente. Valorizam ações que vão oferecer a cura e não as que poderão ajudá-lo a se prevenir. A prevenção é associada somente à classe feminina, que é vista por eles como frágil, tendo sempre a necessidade de se cuidar e ainda cuidar deles, como sendo atribuição exclusivamente feminina (SCHRAIBER, et al. 2010).

Para o enfermeiro, importante componente da equipe de saúde a pouca procura, muitas vezes está relacionado ao fato do homem não ter tanta paciência para ser atendido, posição característica dele; eles, na maioria das vezes vão procurar a farmácia para comprar um remédio que sane sua doença o quanto antes e alegam não terem tempo pra se cuidar e não se importam com orientações que são passadas a eles. Muitas vezes alguns deles chegam à frente da Unidade de Saúde, param e decidem se vão entrar ou não, observam também se os profissionais que estão atendendo são do sexo masculino; se o resultado for positivo, vão entrar e sentar em lugares que são estratégicos para sua saída (SANTANA, et al 2011).

No ponto de vista da equipe de saúde, a população masculina só frequenta o serviço de saúde para resolução de problemas que são momentâneos e que precisam de uma solução rápida. Já no caso das mulheres, estas vão à procura do serviço de saúde com intuito de prevenir doenças; seguindo esse entendimento, os profissionais de saúde alegam que as ações desenvolvidas neste setor, são direcionadas para outros públicos alvos, como da saúde da criança, do adolescente, da mulher e do Idoso, e o homem acaba ficando de fora da assistência (SANTANA, et al 2011).

Diversos estudos vêm constatar que os homens sofrem mais com doenças crônicas, situações sérias de saúde, do que as mulheres. A presença deles na atenção primária de saúde é bem menor do que a classe feminina, fato que alguns autores associam a sua própria socialização (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Como as crianças, mulheres e idosos, procuram mais os serviços de saúde. O objetivo é fazer com que a outra parte da população, a masculina, seja sensibilizada, pois nela está concentrada a maior parte que não adere aos serviços básicos de saúde (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Quando o homem assume essa postura de não se cuidar, ele fica mais vulnerável às doenças. Consequentemente, adoecem mais do que as mulheres, vivem menos e até morrem mais cedo, pois só procuram a assistência quando a doença está instalada, aumentando o risco de surgirem doenças graves que poderiam até mesmo ter sido evitadas, se não fosse seu posicionamento machista (BRAZ, 2005).

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) consideram que a falta de procura pelos serviços de saúde se justifica pela pouca oferta dos serviços de assistência à

população masculina, o que diminui as chances de o homem ter acesso à atenção primária e a se prevenir de doenças. Os autores afirmam ainda que o horário de atendimento nas unidades de saúde coincide com o horário de trabalho de homens e mulheres, o que dificulta a procura desse serviço. Isso faz com que se reduza a assistência à saúde, devido à demora em se conseguir uma consulta, ligado também ao grande período de espera, tornando esse processo estressante, pois enfrentam filas, não resolvem seus problemas em uma só consulta e ainda perdem o dia de serviço.

É importante destacar que as principais causas que levam à falta de acesso aos serviços de saúde pelo sexo masculino, são as barreiras culturais que, somadas a outros problemas já citados anteriormente, resultam na falha da assistência na saúde dos homens (GOMES, 2003).

Os homens foram estudados durante muito tempo de forma essencialista, como se todo o seu comportamento pudesse ser explicado pela biologia e que os homens não possuíam diferenças entre eles. Enfim, fossem todos iguais. Toda essa maneira de pensar foi substituída, conforme os estudiosos consideraram que a masculinidade é simbólica e que deve ser relacionada aos vários tipos de masculinidades (homens com várias identidades). Com isso, assumiu-se a tarefa de se analisar a relação entre homens e masculinidade, focando nas suas relações na sociedade (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Existe a necessidade de um programa de educação social que venha fazer com que a população reflita sobre as desigualdades que existem entre os sexos, verificando como os mitos, as crenças, os preconceitos podem exercer influência sobre as pessoas, vindo a trazer consequências na vida pessoal e social. É importante que haja comprometimento com ações e estratégias que estabeleçam mudanças que venham diminuir as desigualdades, facilitando o processo da reconstrução de papéis, fazendo com que o mito da superioridade masculina seja diminuído (COSTA, 2008).

2.2 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA REPRODUTOR MASCULINO

O Sistema reprodutor masculino é responsável pela reprodução, isto quer dizer, ter a capacidade de gerar outro ser vivo da mesma espécie, garantindo sua perpetuação.

Este sistema é composto por órgãos, são eles: testículos, epidídimo; as vias condutoras: ducto deferente, ducto ejaculatório e uretra, pênis; e glândulas anexas: vesículas seminais, próstata e glândulas bulbouretrais (MURTA et al. 2010).

Os testículos são glândulas pares do homem, estruturas ovais, ligeiramente achatadas, com aproximadamente 3,5 cm de comprimento. Estão localizados no escroto, bolsas de pele que em conjunto com o pênis, formam os órgãos genitais externos visíveis. Assim como nos ovários na mulher, são formados dentro do abdome, durante o desenvolvimento fetal (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

São responsáveis pela espermatogênese e produção de hormônios sexuais. Tais processos vêm assegurar a fertilidade, o desenvolvimento e manutenção das características masculinas. Toda função testicular é controlada pelo Sistema Nervoso Central (SNC) e através das alças de reconte com o GNRH (hormônio liberador de gonadotropina) hipotalâmico e gonadotrofinas hipofisárias (AIRES et al., 2008).

Os testículos são constituídos por túbulos finos e nas suas paredes os espermatozoides são formados e logo após dirigem-se para uma rede de canais que vão conduzir os espermatozoides ao epidídimo, que é responsável pela sua maturação. Nas paredes dos túbulos se encontram as células de Sertoli, que servem de amparo para as células germinativas e regulam o eixo hipotálamo-hipófise a partir da produção de inibina. Estas células formam junções que criam uma barreira com pouca passagem de moléculas maiores, proporcionando um ambiente propício bioquimicamente e hormonalmente, nas camadas mais internas e no fluido dos túbulos seminíferos, o que vem favorecer a gametogênese e proporcionar proteção para as células germinativas contra agentes nocivos. As células de Leydig se localizam no tecido que conectam os túbulos seminíferos; elas secretam testosterona em tecidos capilares vizinhos (AIRES et al. 2008).

O epidídimo é subdividido em três porções: cabeça, corpo e cauda, sendo que a cauda continua como ducto deferente. É por meio dele que os espermatozoides são conduzidos na ejaculação. O ducto deferente para alcançar a cavidade pélvica, passa pelo canal inguinal. Na pelve ele se une à vesícula seminal formando o ducto ejaculatório, chegando até à região prostática da uretra, próxima ao colículo seminal (MURTA et al., 2010).

A uretra masculina mede, aproximadamente 20 cm, inicia na bexiga a partir do óstio interno da uretra, passa pela próstata e pelo pênis, terminando no óstio externo da uretra. É dividida em três partes, que são: prostática (quando adentra a próstata), membranosa (passa pelo assoalho da pelve) e esponjosa que se localiza no corpo esponjoso do pênis (MURTA et al., 2010). Por ela ocorre a eliminação da urina e a ejaculação (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

O pênis é o órgão da cópula. É formado pelos corpos cavernosos e pelo corpo esponjoso, possui duas dilatações a anterior (glândula do pênis) e a posterior (bulbo do pênis), esta se prende a estruturas do assoalho da pelve e os cavernosos se prendem aos ossos do quadril. Essas estruturas fixas representam a raiz do pênis e a outra porção livre, corpo (MURTA et al., 2010).

Os corpos cavernosos são envolvidos por uma membrana fibrosa e divididos entre si por um septo. Apresentam lacunas que durante a ereção se enchem de sangue, aumentando o tamanho do pênis. O corpo esponjoso alonga-se na parte inferior dos corpos cavernosos, e é atravessado pela uretra em toda sua extensão. É circundado por uma bainha fibrosa, chamada de túnica albugínea (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

Os nervos penianos originam-se do segundo, terceiro e quarto nervos sacros, por meio dos pudendos e do plexo pélvico. A ereção do pênis é um processo essencialmente vascular, pois o sangue entra rapidamente nos espaços cavernosos por meio das artérias helicinas, causando distensão dos corpos cavernosos. A ereção pode ser iniciada por estímulos locais que alcançam os centros lombossacros via nervos pudendos ou por estímulos puramente psíquicos originários do cérebro, com grande participação dos centros hipotalâmicos (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

A glândula é um alongamento do corpo esponjoso, que é recoberta pelo prepúcio, cujo movimento é limitado pelo frênulo do prepúcio (MURTA et al., 2010).

A pele que recobre o pênis dobra sobre si mesma, formando o prepúcio. Entre a corona e o corpo do pênis, se situa o sulco balanoprepucial, enquanto na superfície uretral se encontra o freio. O prepúcio é separado da glândula por um espaço denominado saco prepucial. A glândula possui numerosas glândulas de Tyson,

responsáveis pela produção do esmegma (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

O escroto se localiza atrás do pênis e abaixo da sínfise púbica, formado por várias camadas. A primeira é a pele, também pela túnica dartos, que é formada por músculo liso, que tem a capacidade de se contrair ou relaxar, de forma que consegue regular a temperatura dos testículos, mantendo o ambiente propício para a espermatogênese (MURTA et al., 2010).

Situada abaixo da bexiga urinária, a próstata é uma glândula sexual acessória, cuja função principal é criar um meio de transporte líquido adequado (alcalino) para os espermatozoides que vai diminuir a acidez presente na urina e vai estimulá-los a se locomoverem para o meio externo. A próstata tem uma estrutura musculoglandular, atravessada pela porção prostática da uretra, numa extensão de aproximadamente 2,5 cm de curva suave e tem sua face posterior bem próxima do reto o que lhe permite ser palpada pelo toque retal (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

Algumas complicações podem ocorrer com a próstata como a prostatite e a hiperplasia prostática benigna, entre outras. Consiste numa inflamação que acomete a próstata, que pode ser causada por agentes infecciosos (bactérias, micoplasma, fungos) ou por alguns outros problemas como exemplo, a estenose uretral e a hiperplasia prostática. Os agentes infecciosos são carreados da uretra para a próstata. Os sintomas são muitos, como: desconforto perineal, ardência, polaciúria e dor durante ou após a ejaculação. Pode ser classificada em dois tipos, bacteriana ou não bacteriana (SMELTZER et al., 2009).

A prostatite bacteriana aguda pode causar uma febre súbita, calafrios e dor no períneo, no reto ou lombar. Os sintomas como ardência, polaciúria, disúria ou nictúria podem estar presentes, porém alguns pacientes permanecem assintomáticos. O tratamento tem como objetivo evitar as complicações da formação de abscesso e até septicemia, com uso de antibióticos de amplo espectro. O edema da glândula pode provocar retenção urinária. Já o tratamento da forma não bacteriana é baseado na diminuição dos sintomas com uso de analgésicos, banho de assento entre outros (SMELTZER et al., 2009).

A hiperplasia de próstata benigna ocorre em pacientes com mais de 50 anos de idade, onde a próstata aumenta de tamanho, se estendendo para cima da bexiga e

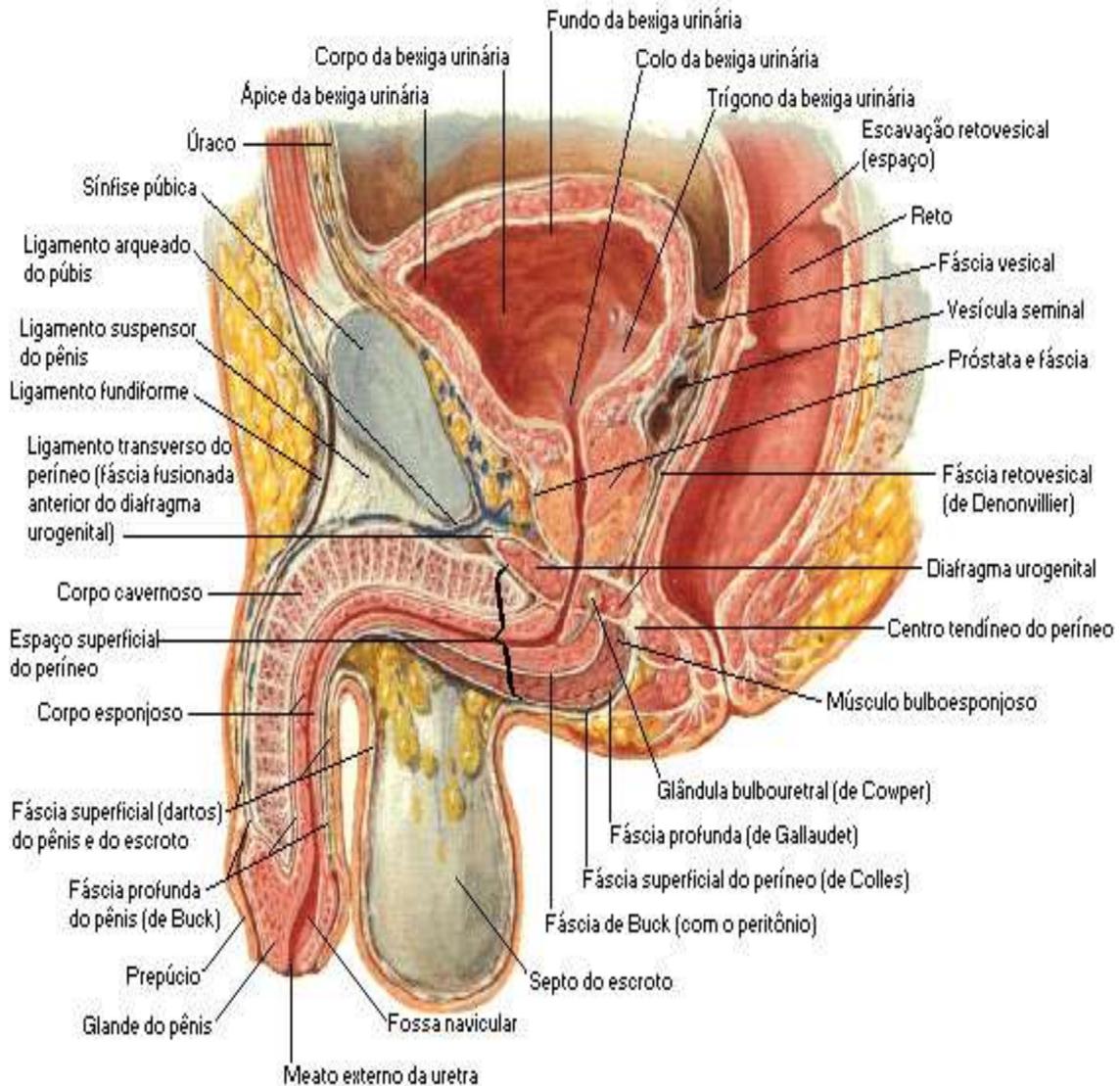
vindo a provocar a obstrução do fluxo urinário, invadindo o orifício vesical. Ao toque, a próstata vai se apresentar aumentada, elástica e indolor. A causa ainda é incerta, mas evidências apontam para causas hormonais. Com o aumento no tamanho da próstata vai ocorrer a obstrução do fluxo da urina e uma dilatação dos ureteres e rins. Os lobos que estarão aumentados irão causar uma obstrução colo vesical ou da uretra prostática e fazer com que a bexiga não se esvazie completamente e retenha urina (SMELTZER et al., 2009).

As vesículas seminais são órgãos lobulados, simétricos, que se situam atrás da bexiga e acima da próstata. Suas extremidades superiores são arredondadas e afastadas uma da outra. Acima da base da próstata, cada vesícula seminal forma um curto canal que se une à ampola do canal deferente, formando o canal ejaculador ou ejaculatório. São produtoras de prostaglandinas, que são substâncias de múltiplas ações, cujas funções são reguladas pela testosterona (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

A adrenal e os testículos são responsáveis pela produção de androgênios, tendo origem do colesterol, extraído do plasma ou produzido pela própria glândula. No caso da testosterona, quem produz são as células de Leydig, que secreta este hormônio no fluido dos túbulos seminíferos e nos capilares intersticiais, atingindo, assim, a circulação sistêmica onde irá desempenhar seus efeitos endócrinos, que vão ocorrer por meio de receptores nucleares. Esses hormônios são fundamentais para a diferenciação e o amadurecimento sexual e também na fertilidade masculina (AIRES et al. 2008).

As glândulas bulbouretrais (de Cowper) são dois lóbulos pequenos e arredondados, do tamanho de ervilhas. Localizam-se na uretra membranosa e deságuam na uretra bulbar. Essas glândulas produzem uma secreção mucoide esbranquiçada, rica em albumina, que serve para lubrificar a uretra distal (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008). Conforme descritos anteriormente, segue figura do aparelho reprodutor masculino:

Figura 1- Sistema Reprodutor Masculino



Fonte: NETTER, Frank H.. Atlas de Anatomia Humana. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000, p. 142.

A maturidade sexual no homem ocorre por volta dos 16 aos 18 anos. Nessa fase, a produção de espermatozoides está em alta, porém quando o homem alcança a idade de 40 anos esses níveis começam a cair gradativamente. Por volta dos 50 anos, também ocorre diminuição na produção de espermatozoides, e a cada dez anos os níveis de testosterona também declinam, podendo ser referido como andropausa (AIRES et al. 2008).

O exame físico aliado à história clínica, vão permitir a coleta dos dados sobre o desenvolvimento sexual do homem, sintomas que podem se referir à função gonadal, como a infertilidade, diminuição da libido e função sexual e possíveis doenças. O exame físico pode esclarecer se o desenvolvimento sexual se encaixa

com a idade do indivíduo, mas também vai informar sobre a presença de possíveis sinais de inflamação no testículo (AIRES et al. 2008).

É importante que se inclua no exame físico masculino o exame da virilha no roteiro de avaliação de todos os clientes com lesões dos órgãos genitais. Nas lesões inflamatórias, deve-se observar a hipersensibilidade ao toque, a presença de adenomegalia, devido à presença dos linfáticos do pênis e do escroto (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

2.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Homens e mulheres apresentam características na saúde que os diferem. Isso veio desencadear diversos comentários em países pertencentes às regiões das Américas, com questões que estão relacionadas ao biológico e também as ligadas ao gênero (LAURENTI et al., 1998 apud LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

De acordo com o OPS (2003) citado por Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005), os indicadores utilizados em saúde mostram que a mortalidade no homem se destaca, é maior em praticamente quase todas as idades e causas; a esperança de vida ao nascer e em outras idades também é menor entre os homens. Nos anos 80, o Brasil, em questões que estão relacionadas à saúde, se diferenciava dos outros em quase cinco anos, isso, dentro dos padrões de países como Estados Unidos e o Canadá, que são desenvolvidos.

Os homens são mais acometidos por determinadas doenças. Isto demonstra que ocorrem mais mortes na população masculina, feito que deve ser levado em consideração no planejamento de ações que atinjam a saúde da família. No geral, existem mais programas que atendem à saúde de todos os que compõem a família, porém, não existe ainda um que seja totalmente direcionado para o homem adulto, com questões que sejam particulares dele, voltadas para a violência, e para alguns tipos de cânceres que são mais comuns aos homens (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

A mortalidade pelo câncer de próstata, por exemplo, tem aumentado a cada dia nas Américas, e já atingiu o segundo e o terceiro lugares entre os tipos de câncer que são mais frequentes no homem (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Dentre as doenças que são exclusivas do homem, o câncer de próstata tem sido alvo nas políticas públicas, pois possui taxas elevadas de casos novos e mortalidade, o que faz dele, o segundo que mais acomete a população masculina. A previsão para o ano de 2014 é que surjam 68.800 novos casos da doença (INCA, 2008).

O câncer de próstata é considerado como o câncer do idoso, devido ao fato de grande parte dos casos ocorridos em todo mundo, surgirem após os 65 anos de idade. Com a evolução dos métodos de diagnósticos e o aumento da expectativa de vida, o número de casos tende a aumentar (INCA, 2008).

Alguns desses tumores se desenvolvem de forma bem acelerada causando metástase, podendo levar o paciente à morte, porém a maioria deles, podem, desenvolvem-se bem devagar, podendo levar anos para atingirem o tamanho de 1 cm³, podendo não desenvolver sinais e nem risco para o homem (INCA, 2008).

É comprovado que quando uma pessoa adota uma postura de consumir uma dieta balanceada, a base de frutas e verduras, com pouco consumo de gorduras, os riscos pra adquirir o câncer e também outras doenças serão evitadas. É importante também praticar exercícios físicos, controlar o peso e, se possível, não fumar e diminuir a ingestão de álcool. A idade também pode influenciar no aparecimento do câncer de próstata, pois surge mais após os 50 anos de idade. Homens que pai ou irmão apresentaram a doença antes de completar 60 anos de idade estão mais susceptíveis a desenvolver a doença do que aqueles que não apresentaram esses casos na família (INCA, 2008).

Os pacientes que são acometidos pelo câncer de próstata podem não apresentar sintomas, porém quando presentes podem ser confundidos com a hiperplasia benigna de próstata. Em uma fase mais avançada, podem surgir dores nos ossos e outras complicações mais graves como a septicemia e problemas renais. O tratamento para a doença será escolhido pelo médico, onde serão analisados riscos e benefícios para o paciente (INCA, 2008).

A compreensão do homem, a prática do autocuidado, poderão mudar os índices de morbimortalidade masculina. Sendo assim, vimos a importância da atuação do profissional enfermeiro na saúde do homem.

Gomes e outros (2008) recomendam que se criem ações que venham sensibilizar os homens que se pode descobrir precocemente o câncer de próstata, esclarecendo para ele formas para detectá-lo, fazendo com que procurem a atenção primária à saúde. Segundo Vieira e outros (2008), na rede pública, todos os exames que contribuem para o diagnóstico do câncer de próstata estão disponíveis sem nenhum custo nas unidades de saúde, porém a procura é pouca, devido ao distanciamento do homem com o cuidado com sua saúde, impedindo-o de realizar o exame e de cuidar de sua saúde.

Outro tipo de câncer que também acomete os homens é o câncer de pênis, que é um tipo bem raro, onde os casos que ocorrem são mais comuns em homens com mais de 50 anos de idade, porém, com alguns casos entre os mais novos. Pode ser associado com a deficiente higiene íntima, a pouca condição financeira e a falta de instrução. A manifestação clínica mais comum neste câncer é uma lesão que não cicatriza fácil ou em forma de tumor, na região da glândula, prepúcio ou no corpo do pênis, com presença de secreção esbranquiçada (INCA, 2010).

É preciso que ocorra a orientação adequada sobre as boas práticas de higiene corporal. O homem deve fazê-la com água e sabão todos os dias e após as relações sexuais e sempre que achar necessário. Aqueles homens que também não foram submetidos à cirurgia de fimose podem vir a desenvolvê-lo. Já existem alguns estudos que apontam a possibilidade desse câncer estar associado ao vírus do HPV. (INCA, 2010).

O homem pode realizar o autoexame e se detectar alguns sinais no pênis como: tumorações, mudança na cor da pele, presença de algumas lesões e tumorações com presença de odor, inflamação de longo prazo com prurido e eritema, que mesmo sendo tratada com medicamentos não apresentarem melhora, devem ir ao médico o mais rápido possível. Quando o tratamento é iniciado logo no primeiro estágio, existem grandes possibilidades de cura. O grande problema é que alguns homens demoram muito para procurar o tratamento, pois entendem que pode não ser nada grave e, quando procuram, a doença já está em estado avançado (INCA, 2010).

Todo o tratamento vai ser feito de acordo com o comprometimento da área que foi afetada, porém, o mais utilizado é o local, com finalidade de evitar a progressão da doença, mas em alguns casos, pode ser necessário o uso da quimioterapia ou

radioterapia. É muito importante que o diagnóstico seja dado inicialmente, evitando que seja necessária a amputação total ou parcial do pênis, pois com certeza atingirá este homem fisicamente, sexualmente e também psicologicamente (INCA, 2010).

O enfermeiro, como um profissional atuante na educação para a saúde, tem papel importante no desenvolvimento de ações que promovam a saúde e a prevenção das doenças, podendo orientar os homens, fazendo com que ele se cuide mais, bem como ocorre em outros programas como de mulheres, idosos e crianças (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010).

Outro ponto importante para ser citado no que se refere à saúde do homem, é o alcoolismo e suas manifestações. Prevenir o uso do álcool e seus problemas consiste em um grande desafio, especialmente em regiões com maior situação de pobreza, onde seu uso é mais comum no comportamento dos homens. Em programas que visam à redução do alcoolismo, é preciso que seja observado que esse problema envolve aspectos culturais e comportamentais que vão ser associados às agravantes ocasionadas; daí surge a necessidade de avaliação de questões relacionadas ao gênero (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

O comportamento vai influenciar na saúde humana. Devido a isso, a expressão “estilo de vida” tem sido tão usada, e o estilo que o homem adota, em vários aspectos se diferencia do adotado pela mulher (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

A década de 1980, no Brasil, foi marcada pela transformação social e política cuja expressão no sistema de saúde se deu com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1998. Dentro do planejamento de ações em saúde, foram criados diversos programas, como: Programa de Atenção Integral à saúde da criança, Programa de Atenção Integral de saúde da mulher, Programa de Saúde do adolescente; Política Nacional da pessoa idosa e finalmente em 2009, criou-se a (PNAISH) Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem (DANTAS, 2012).

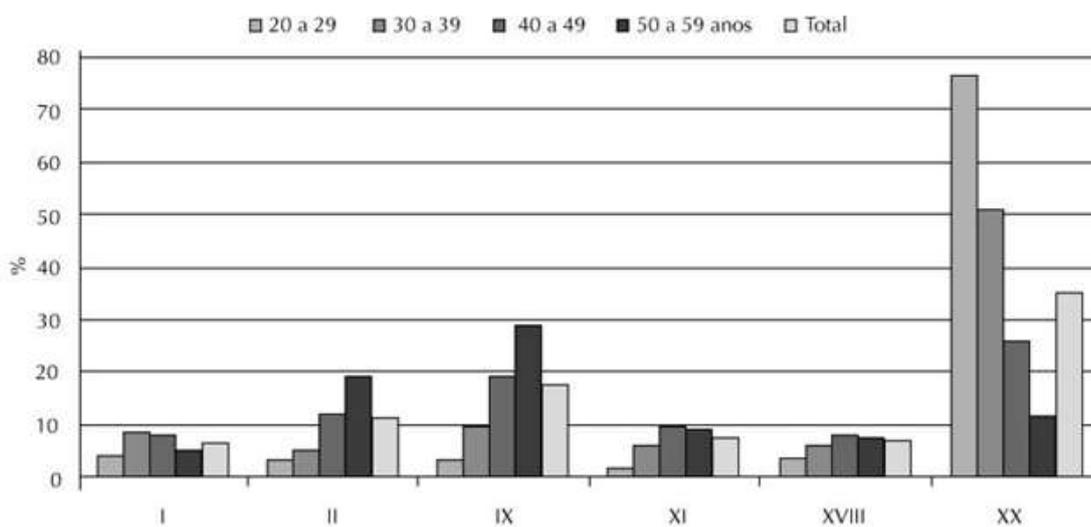
O mesmo autor retrata que esta política se faz necessária porque os homens morrem entre 5 e 7 anos antes que as mulheres, em diferentes culturas e diferentes sistemas de saúde e também porque a maioria das mortes são evitáveis à medida

que costumam se relacionar a comportamentos adotados por corresponderem a estereótipos tradicionais de masculinidade.

Em relação ao homem, observa-se que a diminuição da sua mortalidade foi mais lenta em relação ao sexo feminino. Atualmente, a nota média masculina é compativelmente menor em todas as regiões do Brasil. A maioria dos indicadores tradicionais de saúde mostram com clareza a existência de um diferencial de mortalidade masculina em todas as idades e para qual a totalidade de coisas, além da esperança de vida ao nascer, entre os homens (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

No ano de 2010 toda população brasileira foi totalizada em mais de 190 milhões de pessoas, 49% no total sendo do masculino. Com idade de 20 e 59 anos totalizavam 56%. Em relação ao perfil de mortalidade, as principais causas de morte nesta faixa etária de 20 a 59 anos no Brasil são: causas externas de morbidade e mortalidade; doenças circulatórias; cânceres; doenças do aparelho digestório; sintomas, sinais e resultados anormais de exames de laboratório e algumas doenças infecciosas e parasitárias (SCHWARZ, et al., 2012), conforme figura 2:

Figura 2- Porcentagem das principais causas de mortalidade em homens por faixa etária



I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II: Neoplasias (tumores); IX: Doenças do aparelho circulatório; XI: Doenças do aparelho digestivo; XVIII: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais; XX: Causas externas de morbidade e mortalidade
 Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Mortalidade. Acesso em 4/11/2011.

Figura 1. Porcentagem (%) das principais causas de mortalidade em homens por faixa etária. Brasil, 2009.

Fonte: Brasil (2009) apud Schwarz, e outros, (2012, p. 110).

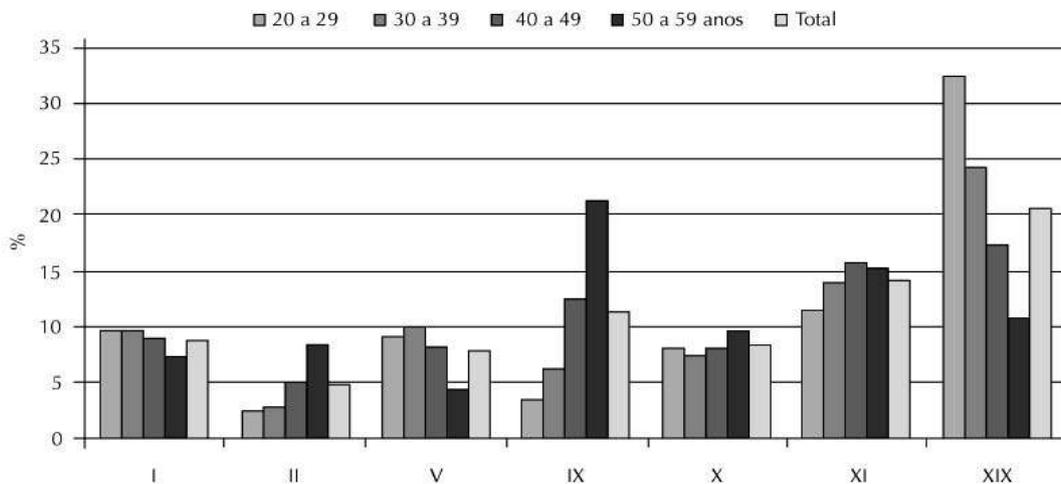
A colocação se modifica de acordo com a idade, 20 a 29 anos, as três primeiras são causas externas de morbidade e mortalidade; sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, doenças parasitárias e infecciosas. Idade entre 30 e 39 anos, causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do sistema digestório e algumas causadas por parasitas e infecciosas; idade entre 40 e 49 anos, causas externas de morbidade e mortalidade, as doenças circulatórias e os cânceres e na faixa entre 50 e 59 anos os cânceres, as doenças circulatórias e as causas externas (SCHWARZ, et al. 2012).

É importante destacar que a falta de exercícios físicos, associada a uma deficiente ingesta de alimentos como verduras, legumes, frutas, aliadas a obesidade, ingestão de bebidas alcoólicas, consumo de refrigerantes em excesso, podem levar a grandes riscos de desenvolver doenças crônicas que podem ser evitadas. É comprovado de maneira significativa por meio de estudos, que com a idade avançada, surgem doenças como obesidade, hipertensão arterial, diabetes, entre outras. No caso da diabetes, ela chega a prevalecer quase 15 vezes mais em homens na faixa etária de 50 a 59 anos de idade, em comparação com os que estão abaixo desta faixa etária. Considerando que quando mais velhos os homens tendem a diminuir a ingesta de refrigerantes, álcool e de comidas gordurosas. Já o uso do cigarro, o pouco consumo de uma dieta que contenha frutas, verduras, legumes e grãos em geral, não se alteram com o passar do tempo (SCHWARZ, et al. 2012).

Quanto à morbidade, são sete as causas que respondem pela internação na maioria dos homens: lesões, envenenamento, causas externas, doenças digestórias, circulatórias, algumas infecciosas e parasitárias, respiratórias, doenças mentais e de comportamento e cânceres (SCHWARZ, et al., 2012).

Na faixa etária de 20 e 49 anos a primeira causa para internação em homens são: lesões, envenenamentos e sequelas de causas externas e a terceira causa para homens com idade entre 50 e 59 anos; a segunda causa para todas as idades são as doenças do aparelho digestório; a terceira causa são doenças infecciosas e causadas por parasitas para homens com idade entre 20 e 29 anos, doenças mentais e de comportamento acometem as idades entre 30 e 39 anos e homens com idade entre 40 e 49 anos as doenças circulatórias. As doenças circulatórias são as que mais causam internação em homens com idade superior a 50 anos (SCHWARZ, et al., 2012), conforme será demonstrado pela figura 3:

Figura 3- Porcentagem das principais causas de internações em homens por faixa etária:



I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II: Neoplasias (tumores); V: Transtornos mentais e comportamentais; IX: Doenças do aparelho circulatório; X: Doenças do aparelho respiratório; XI: Doenças do aparelho digestivo; XIX: Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Acesso em 5/11/2011.

Figura 2. Porcentagem (%) das principais causas de internação em homens por faixa etária. Brasil, 2010.

Fonte: Brasil (2010) apud Schwarz, e outros, (2012, p.111).

O maior número de ocorrência de agravos e óbitos nos homens se deve a serem eles mais expostos aos fatores de risco em relação ao gênero, do que ao aos relacionados ao organismo. Fatores esses que podem ser determinados pelo estilo de vida, costumes, hábitos, comportamento diante da sociedade, sedentarismo, nível social e econômico e urbanização (ALVARENGA; et al., 2012).

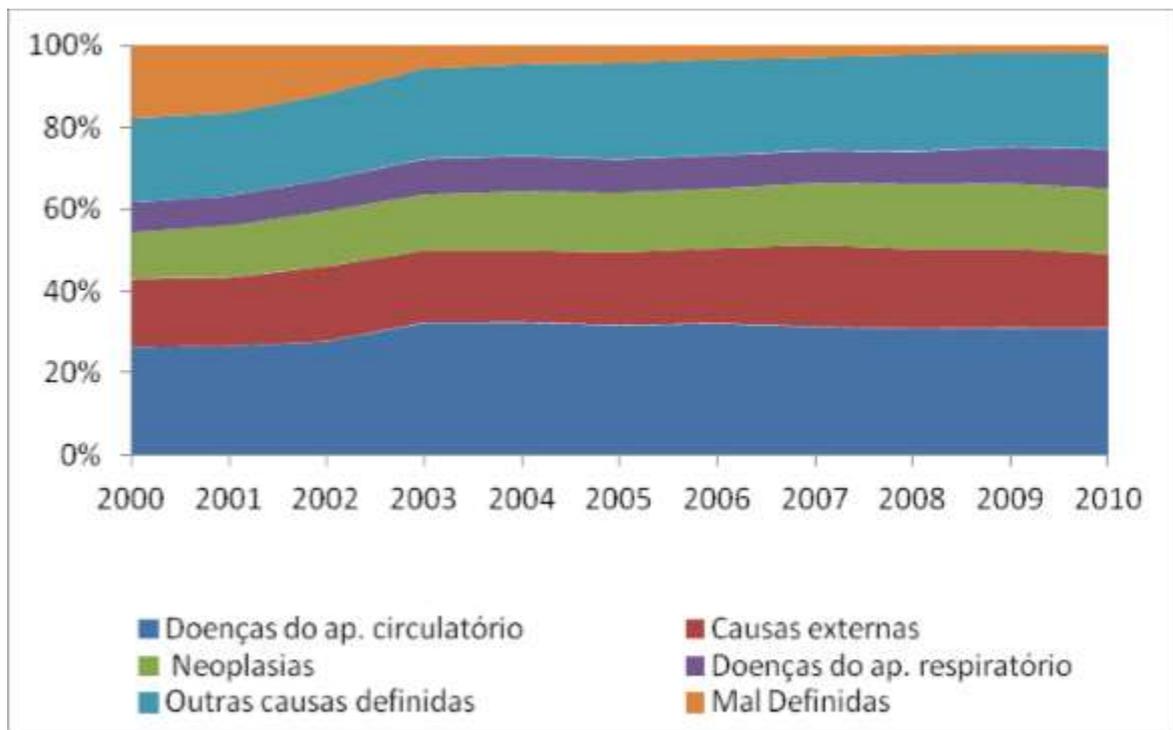
Por muito tempo, os problemas de adoecimento e morte no homem e na mulher foram atribuídos a causas normais, relacionados com as diferenças entre eles, no que diz respeito à sexualidade. Tais problemas diferenciavam-se nas doenças que eram comuns a um ou ao outro. Os homens adoeciam mais pelo câncer de próstata e as mulheres com câncer de colo de útero. Outras doenças como as do coração são analisadas de maneira diferente, associadas muitas vezes a questões de diminuição na distribuição de hormônios (KRIEGER&FEE apud AQUINO, 2005).

O estado do Espírito Santo, através da Secretaria de Saúde do Espírito Santo (SESA), mostra que a expectativa de vida aumentou em ambos os sexos nos anos de 2000 a 2010. Porém, o homem ainda permanece em desvantagem. De 77,42 passou para 79,60 nas mulheres e nos homens passou de 68,44 para 70,25 (ESPÍRITO SANTO, 2010).

Todo ano ocorrem aproximadamente 20.000 óbitos no ES. A mortalidade, de maneira geral, variou em média de 5,6 e 6,0 de mortes por mil habitantes, isso entre os anos de 2000 e 2010. A Região Metropolitana possui mais de 40 % da população totalizada, e os óbitos que ocorreram em 2010 apresentaram a somativa de 46,6% (ESPÍRITO SANTO, 2011).

De acordo com a análise dos dados de mortalidade segundo a causa do óbito da CID-10, as doenças circulatórias ocupam a primeira posição; em segundo, as causas externas; em terceiro lugar, os cânceres e em quarto lugar as doenças respiratórias (ESPÍRITO SANTO, 2011).

Figura 4- Porcentagem das principais causas de óbitos no Espírito Santo no período de 2000 a 2010:



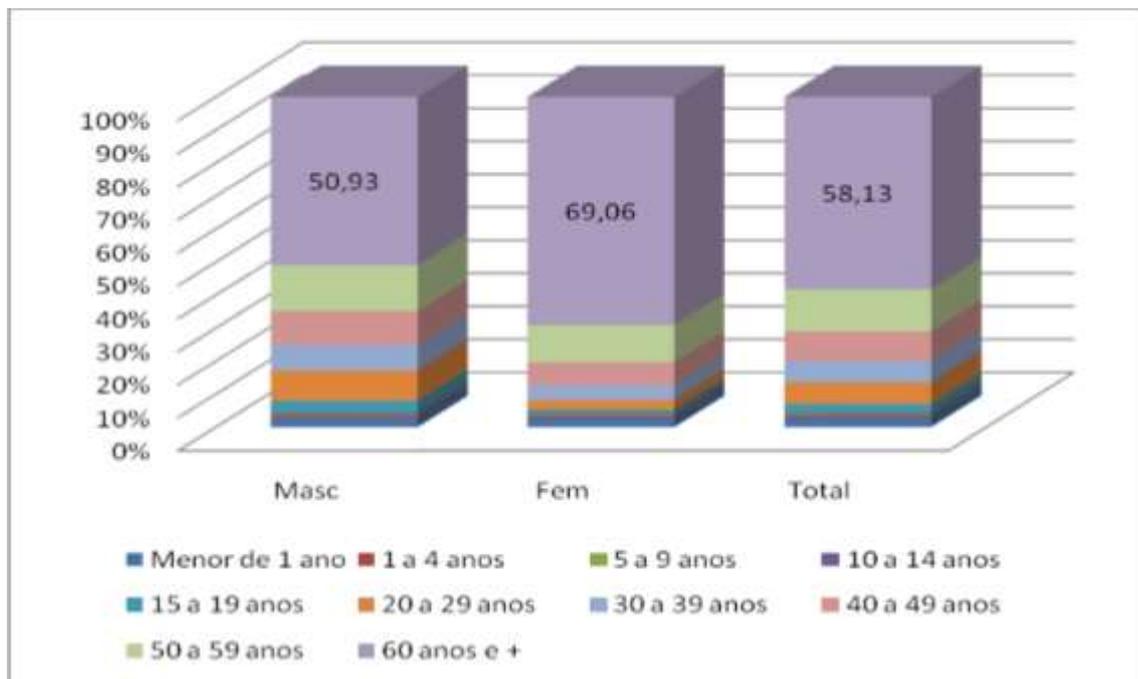
Fonte: ESPÍRITO SANTO (2011, p.34).

Se formos analisar separadamente os dados de 2010, segundo a idade e o gênero, o resultado será que os homens morrem mais jovens e mais cedo. Foi demonstrado que 69% das mulheres morrem após os 60 anos, enquanto os homens 51%. No ano de 2010, os homens totalizaram 60 % do total de óbitos. A proporção de mortalidade é de 1,5 óbitos no homem para cada óbito na mulher. Em um estudo que foi publicado com dados que foram colhidos no ano de 2008, elegeu o estado do ES com maior razão de mortalidade entre os sexos (1,56). Existe o predomínio das

causas externas na faixa etária de 01 a 04 anos indo até os 50 anos de vida, destacando-se as faixas etárias dos 15 aos 19 anos onde as causas externas representam 85% dos óbitos e dos 20 aos 29 anos 77% (ESPÍRITO SANTO, 2011).

Será demonstrada na figura a seguir, a distribuição dos óbitos segundo faixa etária e sexo:

Figura 5- Distribuição dos óbitos segundo faixa etária e sexo no Espírito Santo, em 2010:



Fonte: ESPÍRITO SANTO (2011, p.35).

Os óbitos que ocorrem por doenças circulatórias atingem ambos os sexos e ocupam o primeiro lugar, com maior ocorrência nos homens. No período de 2006 a 2010, ocorreu queda nos índices de mortalidade por esta causa; em homens com igual ou acima de 20 anos. Os óbitos por doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares ocupam 34% e 32% sequencialmente. A incidência de óbitos por doenças cardíacas em homens foi maior, enquanto nas mulheres, houve a prevalência de óbitos por doenças cerebrovasculares (ESPÍRITO SANTO, 2011).

O número de mortes por doenças cerebrovasculares são maiores nas mulheres com mais de 80 anos, enquanto nos homens há prevalência das doenças isquêmicas do coração, com idade entre 70 e 79 anos (ESPÍRITO SANTO, 2011).

O câncer de mama ocorre mais na população feminina, ocorrendo 22% de casos novos anualmente no mundo todo. Em 2010, no ES 15,3% das mortes por neoplasias em mulheres maiores de 20 anos, foram por câncer de mama, seguidos por câncer de pulmões e brônquios e câncer de colo de útero. No ano de 2010, no ES, o câncer de pulmão e nos brônquios, é o segundo que mais ocorre entre homens e mulheres, porém o número de casos dobra na população feminina (ESPÍRITO SANTO, 2011).

Hábitos como o de fumar são mais comuns nos homens do que nas mulheres. Isso faz com que ocorra o aumento na taxa de mortalidade na classe masculina, sendo que o do número de mulheres fumantes atualmente tem crescido e, como consequência, os casos de câncer de pulmão também; isso deixa claro que a cultura influencia nas taxas de morbimortalidade (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Desde os anos 80, a segunda causa de óbitos no Espírito Santo e no Brasil é por causas externas. Com a modernização, a violência se tornou um grande problema, exigindo que se tomem ações para o seu enfrentamento. Em 2010, quase metade das mortes que ocorreram foram por causas externas, principalmente na faixa etária dos 20 aos 39 anos, alcançando maiores índices nos homens, com uma proporção de 7,5 para cada óbito nas mulheres. Relacionado à taxa de mortalidade por cada 100 mil habitantes, se apresenta em números maiores nos homens de todas as faixas de idades (ESPÍRITO SANTO, 2010).

A ocorrência de mortes tão precoces entre jovens se torna um ponto importante para que sejam tomadas medidas nas condições de saúde da população, tornando-se um útil instrumento para que sejam planejadas e definidas ações com prioridade na área da saúde. Ocorre ainda a ascendência de assassinatos entre homens jovens, sendo que nas mulheres predominam os acidentes com veículos. Nos maiores de 60 anos os óbitos são devido às quedas (ESPÍRITO SANTO, 2010).

O principal desafio do estado é a construção e execução de um plano com ações que possam vir a enfrentar as doenças crônicas não transmissíveis que acometem a população, com sintonia direta entre toda sociedade e o governo (ESPÍRITO SANTO, 2011).

2.4 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Diante dos indicadores de morbimortalidade diferenciados entre os sexos, observa-se que a saúde está desfavorável para os homens, cuja condição deve ser analisada nos serviços de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (2001), os homens estão mais expostos aos fatores de risco em relação às mulheres, como tabagismo, obesidade e alcoolismo. Em relação ao tabagismo, a população masculina foi somada em 44,6 %, sendo que entre as mulheres o total foi de 31,9 %; o total de homens hipertensos foi de 31% e sendo que mulheres hipertensas foram 14,4 % e alcoolismo 12,6 em homens e 3,3 % em mulheres (ALVARENGA et al., 2012).

Neste aspecto, incentivar o homem à prática do auto cuidado e mudança de hábitos e a uma vida saudável tem sido um desafio de Estratégia de Saúde da Família, através da Unidade Básica de Saúde (ALVARENGA et al., 2012).

Foi neste enfoque que, em 2008, foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Seus objetivos seriam direcionados para a qualidade nos cuidados voltados para o homem, fazendo com que ocorresse a melhora na atenção para a sua saúde (BRASIL, 2009).

De acordo com Separavich e Canesqui (2013), a implantação surgiu da movimentação de vários autores coletivos, sociedade civil, científica, pesquisas acadêmicas e agências internacionais, cuja representividade de saúde do homem ser um problema de saúde.

A PNAISH foi lançada oficialmente em 2009, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, instituída através da Portaria Nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, que estabelece princípios, diretrizes, objetivos, responsabilidades institucionais dos entes federais e avaliação e monitoramento da implementação da política (SCHWARZ et al., 2012).

E estes princípios, segundo Schwarz e outros (2012), se fundamentam na universalidade, integralidade, equidade, intersetorialidade e na humanização. Tais diretrizes priorizam, a partir da atenção básica, ações com foco de promoção, prevenção, assistência e recuperação, a responsabilização das três esferas do

governo como também a integralização das ações governamentais com a da sociedade civil organizada.

De acordo com Brasil (1998), todo o cidadão brasileiro deve ter o seu direito à saúde assegurada pelo Estado. A adequada assistência à saúde deve atingir aos menos favorecidos que ainda não foram contemplados, como os homens, procurando solucionar problemas de saúde mais prementes.

A Lei 8.080 de 1990, Ministério da Saúde, p.01 fala que:

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

A PNAISH tem como objetivo a qualificação da atenção primária, melhora no atendimento da população masculina, que devem ser garantidos com integralidade, cooperando com a diminuição dos índices de morbidade e mortalidade dos homens, por meio do combate aos fatores de risco, vindo a facilitar e garantir o acesso aos serviços de saúde, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo com que sejam garantidas a promoção da saúde e a prevenção e diminuição de agravos evitáveis, por ser o sexo masculino mais vulnerável às doenças, por somente procurar o serviço de saúde, na maioria das vezes, quando já possui a doença instalada, preocupando-se com a formação e qualificação dos seus profissionais (BRASIL, 2009).

A PNAISH aponta para o homem de forma singular, em contextos sociais, culturais, políticos e econômicos, e aponta para princípios que aumentem a expectativa de vida e redução nos índices de morbimortalidade que ocorrem por causas que podem ser evitadas e prevenidas na população masculina de 20 a 59 anos (SCHWARZ, et al., 2012).

Segundo Brasil (2009, p.09) alguns eixos são fundamentais para orientar a formulação de estratégias e ações:

Quadro 1 - Eixos fundamentais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH):

A mudança do foco programático, saindo do restrito campo da “adesão a programas assistenciais de saúde”, para uma perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma baseado na atenção integral, valorizando, fundamentalmente, a promoção da saúde e a qualidade de vida, bem como a Educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas;
A mudança do foco programático, saindo do restrito campo da “adesão a programas assistenciais de saúde”, para uma perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma baseado na atenção integral, valorizando, fundamentalmente, a promoção da saúde e a qualidade de vida, bem como a Educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas;
Este documento abre espaço para uma articulação com outras ações governamentais e da sociedade organizada, especialmente aqueles que atuam em locais coletivos de sociabilidade ocupados por homens, tais como: empresas, sindicatos, campos de futebol, estações rodoviárias, metrô, quartéis, escolas etc.;
Finalmente, 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.

Fonte: Adaptado de Brasil (2009, p.09).

O Plano de Ação Nacional (PAN), (2009-2011) marca o desdobramento da PNAISH, orientando na formulação de planos de ação (PA) nas esferas estadual e municipal, orientando gestores no planejamento local de ações a partir de metas, ações e estratégias para que os serviços de saúde acolham e atendam homens na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, além de fornecer recursos financeiros para sua operacionalização (BRASIL, 2009).

Segundo Brasil (2009), o Plano de Ação Nacional direciona os gestores a partir de nove eixos, são eles:

1. Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
2. Promoção de saúde com foco na elaboração de estratégias para aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde;

3. Informação e comunicação para sensibilizar os homens e suas famílias, estimulando o autocuidado e hábitos saudáveis, por meio de ações de informação, educação e comunicação;
4. Participação, relações institucionais e controle social, que busca associar as ações governamentais com a sociedade civil organizada, a fim de potencializar ações voltadas para essa população;
5. Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem, com o objetivo de fortalecer a atenção básica e melhorar o atendimento, a qualidade e resolubilidade dos serviços de saúde;
6. Qualificação de profissionais da saúde para o desenvolvimento de estratégias em educação permanente para os trabalhadores do SUS;
7. Avaliação dos insumos, equipamentos e recursos humanos que garantam a adequada atenção de insumos, equipamentos e recursos humanos que garantam a adequada atenção à população masculina;
8. Sistemas de Informação com o objetivo de melhorar e qualificar as informações destinadas a essa população;
9. Avaliação do projeto-piloto por meio de realização de estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações por meio do monitoramento da Política.

A PNAISH é um documento que foi fundamentado, na sua grande maioria, num levantamento que foi feito da população masculina adulta com idade entre 25 e 59 anos, devido aos problemas enfrentados na atenção especializada. Este grupo corresponde a 41,3 % desta população e 20% da população do Brasil, e nesta população está concentrada a maior parte da força produtiva. Entendeu-se que os com idade inferior e idosos, eram levados ao serviço (BRASIL, 2009).

Para Schwarz e outros (2012), este documento foi firmado em duas bases fundamentais: a) um perfil epidemiológico relacionado aos padrões de morbimortalidade masculina, bem como, os determinantes socioculturais e as barreiras que influenciam a baixa adesão dos homens ao serviço de saúde pública e b) a uma metodologia de elaboração do documento no qual descrevem os passos necessários e os atores envolvidos no processo.

No que relaciona aos dados epidemiológicos, ficaram em posição de destaque os agravos que estão diretamente ligados à morbimortalidade em homens, com idade de 20 a 59 anos, não se esquecendo de citar também os fatores sociais, culturais e os empecilhos que são criados dentro das instituições, que contribuem de forma negativa no distanciamento do homem do serviço de saúde (SCHWARZ et al. 2012).

Nele contém os princípios, diretrizes e as obrigações dos órgãos que são responsáveis em elaborar planos e ações a serem cumpridos, com o foco de garantir a promoção, prevenção e assistência na recuperação da saúde do homem. O documento também visa planejar e executar as ações de forma geral, com integralidade e igualdade, fazendo uso da humanização e qualidade que são seus princípios, respeitando os direitos do homem, suas diferenças culturais e sociais (BRASIL, 2009).

Para que ocorra o cumprimento de seus princípios, é preciso que se atente para alguns pontos que são essenciais, pontos estes que, segundo Brasil (2009) são:

Quadro 2- Pontos essenciais para que ocorra o cumprimento dos princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem (PNAISH):

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. Articular-se com as diversas áreas do governo com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina;
3. Informações e orientação à população masculina, 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 monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Fonte: Adaptado de Brasil (2009, p.28 e 29).

Todo o processo de avaliação da implantação da PNAISH vai ocorrer conforme foi acordado nos pactos. Deverão ocorrer a nível federal, estadual e municipal, destacando o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida, realizado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Toda a avaliação tem como finalidade atender o cumprimento da política e saber se está em bom funcionamento de acordo com o que foi constituído, verificando se ocorreram

bons resultados na qualidade de vida dos homens. É através dessa avaliação que será possível identificar falhas, analisar a necessidade de modificações e pensar em novas medidas que serão todas tomadas por meio de sugestões do Ministério da Saúde, CIT e Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2009).

A proposta da PNAISH visou à melhoria da qualidade de vida da população masculina, com foco num cuidado que garanta a atenção integral à saúde do homem. Suas diretrizes possuem bases que podem viabilizar a criação de ações que devem ser seguidas pelo setor saúde, rege toda elaboração dos planos, programas, projetos e atividades (BRASIL, 2009). Segundo Brasil (2009) as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem (PNAISH) são:

Quadro 3- Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem (PNAISH):

<ul style="list-style-type: none"> • 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;
<ul style="list-style-type: none"> • 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;
<ul style="list-style-type: none"> • Nortear a prática de saúde pela humanização e a qualidade da assistência a ser prestada, princípios que devem permear todas as ações;
<ul style="list-style-type: none"> • Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir;
<ul style="list-style-type: none"> • 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;
<ul style="list-style-type: none"> • Integrar as entidades da sociedade organizada na co-responsabilidade das ações governamentais pela convicção de que a saúde não é só um dever do Estado, mas uma prerrogativa da cidadania;
<ul style="list-style-type: none"> • Incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem;
<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoar os sistemas de informações de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão;
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

Fonte: Adaptado de Brasil (2009, p.30).

A Política deixa evidenciados os fatores de risco e reconhece dentro da sociedade tudo que pode vir a influenciar na vulnerabilidade do homem aos agravos que podem ocorrer na sua saúde e considera que os órgãos que representam a sociedade podem comprometer o acesso à atenção integral e repercutir negativamente na exposição do homem aos riscos a sua saúde e à violência (BRASIL, 2009).

A questão da saúde do homem aborda temas relacionados ao assunto como: violência, tendência a ser exposta a riscos baseados em indicadores de morbimortalidade, saúde sexual e reprodutiva. A PNAISH oferece argumentos suficientes que nos levam a refletir sobre o que pode vir a influenciar a saúde do homem, oferecendo recursos necessários para a sua saúde, sempre focada na promoção e prevenção, bem como na recuperação deste indivíduo (BRASIL, 2009).

Para que se adquira qualidade no atendimento à saúde do homem, é preciso que se insiram alguns programas com ações educativas que adotem ações como a prevenção e que venha conscientizar a população sobre a saúde do homem, fazendo uso de recursos como a mídia, panfletos, palestras, etc. A finalidade da política é ampliar e facilitar os meios de acesso à prevenção. Com isso, melhora-se a assistência ao homem (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Um estudo realizado por Moura, Lima e Urdaneta (2012), mostrou, através de cinco cidades brasileiras, a dificuldade da implantação da política (PNAISH). Tais dificuldades são evidenciadas nos municípios em não cumprir o que foi implantado pela Política e também monitoramento de suas ações na promoção de saúde. O estudo também revelou a falta de informação como base para implementação das ações direcionadas à saúde do homem. Observou-se ainda um desencontro entre as esferas municipal e federal, que são totalmente responsáveis pelo planejamento das diretrizes que são essenciais para que os serviços sejam organizados em nível municipal, podendo vir a interferir de forma direta nas ações que são monitoradas.

Um dos desafios da PNAISH é fazer com que os homens se movimentem pelo seu direito como cidadãos à saúde. Ela deseja que a população masculina modifique sua posição de bastidores para papel principal de suas necessidades, fortalecendo seus direitos de cidadão (BRASIL, 2009).

Por outro lado, Gomes e outros (2012) demonstram que a aplicabilidade da política apresenta algumas dificuldades, como por exemplo, a percepção e o envolvimento temporário do profissional, como se fosse algo que não lhe compete, sendo atribuída somente a outros profissionais, ou mesmo sendo vista como algo que não é necessário, pois já consta nos princípios e diretrizes da atenção primária. Tudo isso somado deve ser levado em consideração na sua implantação, incluindo a participação de outros profissionais que se envolvam em todo processo de forma contínua. Para que isso aconteça é preciso, que os profissionais reconheçam a saúde do homem no seu dia a dia, inserido-se totalmente no funcionamento da política. Todo esse processo envolve a forma de repensar o homem relacionando-o com o gênero, promovendo assim uma atenção mais integral à saúde.

A PNAISH ligada a atenção básica à saúde vem fortalecer e qualificar a atenção primária. Com isso, os programas a ela vinculados serão privilegiados, promovendo a ligação com vários setores e a sociedade, contribuindo na criação de medidas que venham atingir de maneira geral os processos de saúde e doença, para que, assim, ocorram intervenções antes da instalação da doença (GOMES et al. 2012).

2.5 O ENFERMEIRO E O CUIDADO

Atualmente a saúde constitui um tema presente nos meios de comunicação, fundamenta ações de vários ambientes de trabalho, de lazer, entre outros. A ordem é viver melhor, mais tempo e com saúde. No entanto, mesmo com o aumento do acesso às informações, o usuário dos serviços permanece sem ação, na relação que se estabelece com os profissionais de saúde. A razão é, que, na maioria do tempo, a prática adotada pelos profissionais não tem sido de fortalecimento desta relação, mas pelo contrário, têm sido constituído em ministrar, em especial para indivíduos, coletividades, grupos de pacientes já prescritos: não fume, não transe sem camisinha, use o cinto de segurança e não se alimente em excesso (LONGDON apud BOEBS et al., 2007).

Lescura e Momedede (1990), citados por Ambrozano (2002) dizem que a Saúde precisa ser alcançada, não deve ser algo imposta. A primeira condição para se alcançar a saúde é se comprometer consigo mesmo, e, ao mesmo tempo, esse comprometimento vir por parte do governo. A doença não surge por acaso. Ela é

resultado pela má adaptação do indivíduo aos agressores da natureza: quanto mais agredido, mais exposto a ela; se for orientado a como agir sobre os agressores, poderá lutar contra seu organismo em desequilíbrio. Deste modo, estaremos dando uma assistência holística de enfermagem. A saúde é o nosso bem maior e a enfermagem é a ciência que cuida do humano, que vê o homem na sua totalidade, integrando as partes e reconhecendo o outro.

Partindo desse pré suposto, o enfermeiro, profissional social, membro da equipe de saúde que está tão próximo do homem, precisa refletir, acreditar e incorporar como compromisso profissional e pessoal, além das ações que atendam às questões biológicas também às ações que mostrem ao homem os caminhos que o conduzem à saúde.

A cada dia, a enfermagem veio conquistando várias áreas no âmbito da saúde, dentro e fora do Brasil. Tem assumido um papel decisivo nas necessidades de saúde da população, atuando na promoção, proteção dos indivíduos, abrangendo todas as áreas. O cuidado de enfermagem é de grande importância dentro do sistema de saúde da localidade, onde suas ações são refletidas nas regiões e também nacionalmente, sendo motivo para debates e novos significados (BACKES et al., 2012).

Backes (2008), citado por Backes e outros (2012), corroboram que a enfermagem, mesmo que ligada a outros conhecimentos profissionais, pode ser definida como a ciência do cuidado integral, baseado na assistência e na elaboração de práticas de cuidado, com finalidade de promoção e proteção da saúde do indivíduo, das famílias e também da população. Neste sentido, o cuidado é tido como uma prática que possui muitas habilidades, por poder ser inserida em diversos meios de atuação em diferentes setores e contextos sociais.

Sendo o enfermeiro um profissional fundamental no sistema de saúde, fica em destaque dentre outros profissionais, por desenvolver ações que vão interagir e integrar o cuidado, fazendo com que suas ações repercutam cada vez mais na educação na saúde, no que se refere aos planos traçados para a comunidade e suas famílias. O papel do enfermeiro é notório pela capacidade de entender o indivíduo de maneira geral. Consegue captar as necessidades dos indivíduos, compreendendo as diferenças sociais e promovendo a interação entre o usuário e a equipe, aproximando, identificando e procurando criar vínculo com o usuário,

independente de suas condições financeiras, sua cultura, procurando fazer com que haja sucesso nas intervenções na saúde dos indivíduos (BACKES et al. 2012).

A integralidade da atenção à saúde é definida como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), constituído por várias políticas que são capazes de orientar a aplicação de ações que atendam às demandas e os problemas enfrentados pela população nos diversos níveis de atenção e complexidade, nas diferentes abordagens do processo de saúde doença e nas distintas dimensões do cuidado (SILVA; SENA, 2006).

Segundo Boff (2002, p.30), “cuidar é mais que um ato é uma atitude. Portanto, abrange mais, que um momento de atenção e de zelo. Representa uma atitude de preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

“Quanto ao cuidar como uma forma de se relacionar parece que vivemos um paradoxo. A hostilidade, o ódio, a violência, a desonestidade e o medo convivem com a solidariedade, a afetividade, o amor, a luta pela paz, pelo respeito, pela esperança. No final, quem vence?” (WALDOW, 2001, p.40).

O cuidado humanizado é baseado em atitudes éticas em que as pessoas notam e têm a capacidade de reconhecer que os outros têm direitos e agem de forma que possam promover o crescimento e o bem estar do outro. Assim, pode-se perguntar qual é a ética que impera atualmente. Cuidar do outro parece uma tarefa simples, mas a questão fundamental é saber como cuidar do outro. Isto constitui uma ação prioritária na busca da humanização no serviço de saúde. (WALDOW, 2001).

Humanizar os cuidados significa ter respeito por cada um individualmente, e isso envolve escutar o que o outro tem a dizer, procurando entender o que ouviu, ter compaixão com o outro, ter tolerância, honestidade, dar atenção, é compreender que o outro também possui necessidades. O enfermeiro deve ter a capacidade de se entender e também ao outro, agregando conhecimentos, podendo vir oferecer cuidados que englobem todos os aspectos e, principalmente, com mais qualidade (PESSINI, 2004, apud, BARBOSA; SILVA, 2007).

Em 2003 foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), com o intuito de garantir a todos o direito a um atendimento adequado e igualitário. Esta política de humanização é importante para que haja além de um melhor atendimento, e melhor amparo aos usuários dos serviços de saúde, também uma maior valorização do trabalhador. É preciso reaprender e reinventar um modo de gerenciar e de cuidar (BRASIL, 2010).

E o enfermeiro precisa estar inserido neste processo principalmente nas questões da saúde masculina, motivo da nossa discussão.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010, p.325):

“(...) humanização é um pacto, uma construção coletiva que só pode acontecer a partir da construção e troca de saberes, através de trabalho em rede com equipes multiprofissionais, da identificação das necessidades, desejos e interesses dos envolvidos, do reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, e da criação de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS”.

A enfermagem vem desenvolvendo, a cada dia, o seu ambiente no campo da saúde, tanto na conjuntura nacional quanto na área internacional. O enfermeiro adota um desempenho cada vez mais incisivo e proativo no que se menciona à assimilação das precisões de cuidado da comunidade, assim como na promoção e amparo da saúde das pessoas em suas desiguais extensões. O cuidado da enfermagem é, deste modo, um elemento principal no sistema de saúde da localidade, que expõe sua imagem em nível nacional e por região. Devido a isso, igualmente, causa o aumento de discussões e novos significados (BACKES; et al., 2012).

Conhecido pela capacidade de interação e de associação, o enfermeiro entende o homem por completo, pela integralidade da proteção à saúde, pela habilidade de abrigar e se identificar com as precisões e perspectivas dos sujeitos, pela competência de interação de forma direta com o usufrutuário e a sociedade, bem como pela competência de agenciar a conversação entre os clientes e a equipe de saúde da família. O enfermeiro se aproxima, identificando e procurando criar uma afinidade com o usuário, independente das suas qualidades sociais. É aquele que conduz e melhora as interferências no cuidado da saúde, de maneira que associe e contemple tanto os conhecimentos profissionais como os conhecimentos dos usuários (BACKES; et al., 2012).

No enfermeiro se destacam afazeres inteiramente relacionados ao seu desempenho com o cliente, administração da equipe de enfermagem, conduzindo e gerenciando os recursos humanos, corporais, materiais, financeiros, políticos e de comunicação para a prestação da assistência de enfermagem. Do enfermeiro são cobradas noções, agilidades, atitudes corretas e apropriadas para exercer suas ocupações e, acima de tudo, capacidade para que os componentes de sua equipe tenham

capacidade para dar cumprimento às tarefas que lhes são designadas (COSTA; MIRANDA, 2008).

O desempenho do enfermeiro na assistência é essencial para precaver e minimizar doenças que podem vir a atingir a saúde da população, com o amparo da promoção, prevenção e restauração da saúde, por meio de consultas de enfermagem. A consulta de enfermagem é um espaço onde o homem pode expressar suas queixas, exhibir suas dúvidas e resolver suas dificuldades. Assim, o profissional pode falar com outros âmbitos ou profissionais, sendo as interferências com foco educacional. O profissional de enfermagem deve estar consciente de que a resolução dos problemas de saúde vai depender da complexidade e da gravidade da doença, da fase do desenvolvimento em que está e das estruturas à disposição para atender às necessidades do paciente para que ele recupere a estabilização (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

A educação da saúde da população é a base para o sucesso das ações instituídas. O enfermeiro é um profissional com formação acadêmica direcionada para a instrução do paciente, com agilidades para perceber quais táticas de aprendizagem devem ser empregadas junto à sociedade, tendo em vista, principalmente, a busca pelos serviços de saúde pelo paciente, mesmo que não apresentem sinais e sintomas de alguma doença e que esta procura seja de forma satisfatória. Deve colaborar na formação e conhecimentos de profissionais, promovendo atualização e educação contínua do pessoal que atua nesses serviços (BACKES; et al., 2012).

O enfermeiro tem papel essencial no cuidado, pois, através de suas práticas tem a capacidade de orientar e criar programas que orientem a comunidade, visando à promoção da saúde. Com isso, contribui de forma efetiva no bem estar das famílias. Tem a capacidade de enxergar o homem como um todo, não somente como doente, e mostrar para este homem que ele pode modificar seu processo saúde- doença. O enfermeiro deve procurar uma relação mais próxima com o usuário, independente das condições sociais, culturais e econômicas, de modo que consiga conhecer as verdadeiras necessidades da população (BACKES et al., 2012).

Neste contexto, ao retratarmos a saúde do homem, o enfermeiro tem papel fundamental na educação das práticas do autocuidado, no qual segundo Neto e outros (2013) são desvalorizadas pelo homem no serviço de saúde.

Para Bub e outros (2006), cuidar de si é uma atitude que se liga à prática da política, à maneira com que se veem as coisas, estar incluído no mundo, sua relação e ação com os outros e consigo mesmo, trazendo mudanças, purificação, transformação e transfiguração. Esta forma de se cuidar faz com que o sujeito reflita sobre seu modo de se comportar, promovendo ao seu próprio cuidado, uma noção mais ética como estética de sua existência, fazendo com que as ações de autocuidado confirmem práticas de atividades para o seu próprio benefício, com propósito de manutenção de sua vida, sua saúde e bem estar.

A educação é baseada no conhecimento e na influência mútuos entre enfermeiro e o educando, fazendo com que o papel da enfermagem seja essencial para a difusão de conhecimentos, permitindo a atualização e o desenvolvimento da população masculina diante da assistência oferecida à saúde, colaborando com seu autocuidado (BACKES; et al., 2012).

A maneira como o sistema de saúde no Brasil vem se preparando, mostra que a maior parte do acolhimento de atenção básica tem privilegiado alguns grupos dentro da população tidos como mais expostos, por meio de atos que são programados e direcionados para a saúde da mulher, da criança e do idoso, quase não contribuindo na atenção à saúde do homem. Pode-se verificar essa incoerência quando se avaliam os programas direcionados para prevenção e para o cuidado individual, os quais são direcionados para grupos de usuários que já foram anteriormente citados (SILVA et al. 2012).

Os desafios encarados pela enfermagem são abundantes, quando se discute a prática da assistência à saúde voltada para o homem. As instituições devem pensar sobre importância de inserir o cuidado em sua gestão e nos processos de trabalhos, a fim de superar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais assistenciais, como: a desvalorização profissional, a falta de motivação, a carga pesada de trabalho, o convívio com o sofrimento, as atribuições demasiadas, pois se torna difícil oferecer um auxílio de qualidade, quando a instituição não proporciona condições aos seus funcionários (SCHRAIBER et al., 2010).

De acordo com Silva e outros (2012) foi constatada a necessidade de se dar mais estrutura aos serviços de saúde em relação à organização e métodos de trabalho com a finalidade de atender às particularidades dos homens. Existe uma ideia de ajustar a qualidade do serviço e a qualidade dos recursos materiais e humanos a

essa necessidade característica, de proporcionar facilidade no acesso a serviços diretamente relacionados ao homem e assim, tornarem adequadas às acomodações físicas e também o horário de atendimento do serviço para que a assistência seja favorecida.

Muitas deficiências existem na formação profissional, sendo que o enfermeiro tem a capacidade de entender e visualizar tal problema, ma as limitações existentes na estrutura física, tornam-se um empecilho nas ações que são direcionadas à população masculina. Cada vez se torna mais difícil e distante de se estabelecer um vínculo entre homem e saúde no Brasil (SILVA et al., 2012).

2.6 BREVE HISTÓRICO DA HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Conhecer brevemente a história de saúde pública no Brasil leva-nos a entender o processo evolutivo da saúde no país que de forma lenta e desafiadora mostra que é preciso ser insistente e participante nas garantias dos nossos direitos.

Souza (2012) esclarece que nas interferências políticas que iam contra o modelo liberal que existia nos anos de 1980 e 1990, onde as mudanças, que ocorreram com a reforma sanitária, firmaram um pacto federal e social, vindo a escolher pelo crescimento da democracia, concedendo direitos à população, com um olhar voltado para um sistema de saúde universal, com igualdade e justiça para todos, fazendo com que diminuíssem as diferenças.

Para principiar um estudo sobre a política de saúde contemporânea brasileira é pertinente estabelecer uma sucinta recapitulação de referenciais teóricas sobre a história da saúde pública do Brasil, possibilitando melhor compreensão da conjuntura política de outrora, sob as quais, se moldaram as motivações, ideias e práticas que culminaram no início da reforma sanitária na segunda metade da década de 70. Fato que desencadeou, na sociedade da época, diversos conflitos e incômodo no que diz respeito ao modelo de saúde vigente, o qual era vivenciado como dilema sanitário no período colonial (FILHO, 2002).

A descoberta de novas terras por Pedro Álvares Cabral em 1500 impressionou a colônia portuguesa. A beleza, grandiosidade e belíssimas paisagens das terras indígenas encheram os olhos dos colonizadores portugueses, mas, esse vislumbre

do “paraíso tropical” não perdurou ao longo do tempo. Devido à calorosa recepção que foi marcada por conflitos com os nativos indígenas, pelos perigos constantes da terra desconhecida e ainda as poucas chances de sobrevivência dos colonizadores devido ao obstáculo que eram as enfermidades já existentes na época. Todos esses fatores colocaram à prova o pensamento dos desbravadores da nova terra, que pensavam e idealizaram uma terra pacífica não habitada e de grande potencial de riquezas (FILHO, 2002).

A fragilidade de medidas sanitárias existentes desde os primórdios tornou-se evidente no período do Brasil colônia. Fato que motivou mudanças, as quais surgiram através da preocupação da Coroa em iniciar medidas sanitárias no Brasil. A preocupação da Coroa com a saúde da colônia estava diretamente relacionada à fiscalização, atribuindo à medicina da época o privilégio de estar vinculada ao poder soberano através do órgão máximo para questões de saúde - à Fisicatura, que se adiantava à prática curativa. Sendo sua única ligação entre saúde e sociedade o ato de impor à população a responsabilidade de manter e zelar pela limpeza da cidade (FILHO, 2002).

Os médicos que atuavam na Corte não sabiam quais medidas tomariam para que efetivamente as doenças fossem controladas. Deste modo, as embarcações passam então a ser mantidas em quarentena. Sendo assim, ficava mais fácil o controle de embarcações suspeitas de transportar pessoas enfermas. Entretanto, não se sabia a origem e procedência das enfermidades da época. Então, as causas das doenças eram explicadas pelos médicos através dos “Miasmas”, ou seja, como se fossem provenientes do ar corrompido, proveniente do mar e que estava sobre a cidade (FILHO, 2002).

Nessa perspectiva, observa-se que o Brasil, no decorrer dos anos, vivenciou períodos que marcaram a história da saúde pública do país. O fim da era colonial e a consequente virada do século XIX para o século XX anunciavam a proclamação da República em 1889. A Primeira República ou também denominada República Oligárquica baseava-se na economia cafeeira - em oligarquias- com uma população hegemonicamente rural, com uma cota considerável de analfabetos e doentes. Enfim, este era o Brasil das primeiras décadas do século XX. Evidenciado pelo predomínio das doenças sexualmente transmissíveis, epidemias nas cidades como a da peste bubônica em 1899 e também surge aqui a era dos institutos

bacteriológicos e soroterápicos – um avanço notável da biomedicina e da saúde pública da época. Posteriormente o país iniciaria a exportação de pesquisadores estrangeiros. (LIMA et al., 2005).

Ainda conforme Lima e outros (2005, p. 33 e 34) é relevante destacar que:

[...] um ativo movimento de Reforma Sanitarista emergiu no Brasil durante a Primeira República. Sob a liderança da nova geração de médicos higienistas, formados sob a orientação dos recentes conhecimentos e estilos de ciências ancorados na bacteriologia, teve como principal foco inicial os primeiros portos e centros urbanos. A partir da década de 1910, começou a ganhar força o movimento pelo saneamento rural, ou saneamento dos sertões, referência mais frequente nos textos da época.

Outro importante momento na história da saúde pública brasileira ficou explicitado no governo de Getúlio Vargas. A saúde pública na “Era Vargas” foi marcada durante todo governo varguista pela centralização da máquina governamental e pela interrupção das reivindicações sociais populares. Getúlio Vargas com seu arbitrário modo de governar transformou rapidamente a experiência descentralizadora da saúde pública higienista antes eficiente, rápida e voltada à assistência da população para um modelo centralizado dos serviços, o qual foi planejado por interventores sanitários do seu governo. Porém, estes foram aconselhados a tratar doenças específicas – tracoma, lepra (hanseníase), ancilostomose -, deixando de lado as necessidades impostas pelas outras moléstias existentes e que acometiam a população – tuberculose e as doenças da infância. (FILHO, 2002).

Deste modo, mesmo não tendo um modelo ideal de saúde pública e mantendo índices elevados de mortalidade por doenças e agravos da época, todos os movimentos desde a era colonial direcionam o governo brasileiro à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), alicerçado na constituição de 1988 e com respaldo no entendimento expresso na Lei nº 8.080/90. (BRASIL, 1990).

Segundo Campos e outros (2012, p. 532)

[...] o SUS é um produto da Reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário, processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde. Uma realização importante deste processo foi a inserção do texto constitucional da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, o que realçou e deu força jurídica de relevância pública às ações e serviços de saúde.

Em alguns países como o Brasil, questões como a igualdade dos cidadãos perante a lei e a necessidade de inclusão dos que estão excluídos nos direitos, seguem pendentes, de maneira que o país ainda continua enfrentando os desafios que são

novos e também os antigos apresentados no desenvolvimento da cidadania. No Brasil, toda a ação política foi em sentido contrário aos das tendências neoliberais, que permaneceram nas décadas de 80 e 90, onde o movimento da reforma sanitária consolidou um novo pacto federal e social, vindo a optar pelo aumento da democracia e da garantia dos direitos do cidadão, em conformação de um sistema de saúde baseado na universalidade, na igualdade e sustentado pela ideia de justiça social, focado na diminuição das desigualdades na saúde (SANTOS; CUBAS, 2012).

Assim, a saúde pública contemporânea brasileira estabelece suas raízes neste contexto histórico, fortalecendo a atenção básica de saúde com mudanças inovadoras no modelo de assistência, tendo como exemplo a Estratégia Saúde da Família e os programas nela inseridos, visando ações que promovam promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da população, favorecendo melhor qualidade de vida e saúde.

2.6.1- Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Atuação do Enfermeiro

Vários estudos abordam e tentam definir o que é saúde. Este processo conceitualista vem ocorrendo desde décadas passadas, e obteve mudanças significativas no que diz respeito à atenção primária à saúde em âmbito mundial.

A saúde passa a ser compreendida de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) como um: “absoluto estado de bem-estar físico, mental e não mais se restringe apenas à ausência de doença”, e isso a partir de 1948 (OMS, 1948 apud COSTA, CARBONE, 2009).

Alicerçado neste contexto o qual saúde passa a ser entendida como sinônimo de qualidade de vida, é que fica estabelecida a importância da estratégia saúde da família no Brasil e no mundo. É atualmente, de grande relevância a necessidade de desenvolver estudos que possibilitem o conhecimento sobre o tema.

A Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família visam à reestruturação da Atenção Básica no Brasil, e isso de acordo com o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS), (BRASIL, 2006).

Na história da saúde coletiva alguns cenários mais marcantes favoreceram a criação do que hoje temos como Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que o novo modelo

de sistema traz uma proposta ampliada do que é saúde, retirando o foco do processo saúde-doença e da forma individual de assistência. (RIBEIRO et al., 2010).

Segundo Ribeiro e outros (2010, p. 377), “o Ministério da Saúde, na tentativa de operacionalizar um modelo tecno-assistencial, pautado nos princípios do SUS, propõe, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) [...]”.

A atenção primária à saúde representa o acesso para o SUS, sendo o primeiro contato da população com os serviços de saúde. A saúde da família, então, é o método escolhido pelo Ministério da Saúde do Brasil para reorientar o modelo de assistência do SUS a começar da atenção básica. Teve início em junho de 1991, com a inserção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), formando em janeiro de 1994 as primeiras equipes completas. Assim, admite-se que as unidades básicas de saúde consigam solucionar 85% dos problemas de saúde que acometem as comunidades e isso através da atuação de agentes comunitários. (COSTA; CARBONE, 2009).

Cohn (2009), diz que as ações realizadas através da atenção básica de saúde conquistam lugar de maior significância na agenda política de saúde brasileira com a efetivação do Programa de Saúde da Família (PSF), a partir da década de 1990. Desse modo, em 1994 o PSF transforma-se em uma das principais estratégias utilizadas para expandir a assistência em saúde, aumentando a cobertura, tornando o acesso da população aos serviços de atenção básica mais fácil e ampla. Sendo assim, o PSF está inserido na composição da Unidade Básica de Saúde (UBS), local de atuação do programa por meio de uma equipe multiprofissional.

De acordo com Besen e outros (2007, p.58):

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde.

Mais do que um novo programa de saúde, o PSF tem como objetivo reverter o modelo assistência antigo, a partir da reorientação dos métodos de assistência, em substituição ao modelo habitual (BRASIL, 1998).

Viana e Poz (2005) nos permitem afirmar que o PACS foi o precursor do PSF, uma vez que entre as variáveis significativas que o primeiro inseriu e que estabelece relação direta com o segundo é que na perspectiva da atenção básica de saúde pela

primeira vez o enfoque deixa de ser o indivíduo e passa a ser a família. Esse tipo de assistência trouxe, através dos programas, um olhar ativo no que diz respeito a intervir de modo preventivo sem esperar que a doença ou o agravo se estabeleçam, mas trabalhar a educação em saúde, promovendo, através de ações na UBS a diminuição da demanda com diagnóstico de doenças.

Segundo Carvalho e Santos (2002), em conformidade com o texto constitucional, acrescido e melhorado pela Lei Orgânica da Saúde, as ações de assistência à saúde desenvolvida pelo SUS devem estender-se de tal maneira que sua abrangência alcance tanto as ações assistenciais ou de características curativas quanto, e prioritariamente, atividades que estabeleçam efetivamente promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

Diante disso, os valores que conduzem o SUS no decorrer da história têm sido remodelados devido às constantes mudanças tecnológicas, econômicas, políticas e sociais, tendo o sistema brasileiro de saúde buscado alternativas para impulsionar a prestação do serviço de saúde, frente às exigências das novas demandas que surgem a cada dia. Assim, não foi diferente com o Programa de Saúde da Família (PSF) que constitui um avanço na saúde do Brasil e que, atualmente passou a ser chamada de Estratégia Saúde da Família (ESF), deixando para trás o caráter programático, destacando assim características estratégicas de mudança no padrão de atenção à saúde da sociedade. (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

As atividades da Estratégia Saúde da Família (ESF), ainda de acordo com Giacomozzi e Lacerda (2006), objetivam ter como base do trabalho a família sendo esse o eixo primordial para o desenvolvimento de ações de caráter especialmente preventivo sobre a demanda. Assim sendo, a ESF se propõe a organizar uma prática menos reducionista sobre a saúde, atingindo dimensões que estão além da habitual intervenção médica-hospitalar, obtendo a proximidade com a comunidade e criando vínculos, estreitando relação de confiança profissional-comunidade, estando toda essa estratégia integrada numa atuação interdisciplinar dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família.

Portanto, seguem alguns objetivos que norteiam a implantação da ESF, segundo Brasil (1997, p.10):

Geral:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Específicos:

- . Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita. Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- . Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- . Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população. Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- . Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- . Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida. Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Para que a saúde fosse mais bem atendida, foram inseridas equipes multiprofissionais que assistissem à população de forma geral, com áreas delimitadas geograficamente, com número definido de famílias, e de modo que essas equipes fossem responsáveis por elas no que diz respeito à assistência à saúde. Essas equipes vão atuar na promoção, prevenção e manutenção da saúde dessa comunidade (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

A ESF é uma política bem sucedida, que no Brasil possui mais de trinta mil equipes em todo seu território. Seu foco está na promoção da saúde e na prevenção das doenças, através de uma equipe multidisciplinar, onde o processo de trabalho é conduzido pela ligação e trabalho entre as equipes, somando todo conhecimento e práticas, através de uma abordagem feita de forma integral e com resultados (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde, Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011:

Todas as ESF deverão ter responsabilidade sanitária por um território de referência, de modo que cada usuário seja acompanhado por 01 (um) ACS, 01 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, 01 (um) enfermeiro e 01 (um) médico generalista ou de família, mantendo o vínculo e a longitudinalidade do cuidado, ressaltando que as atribuições gerais e específicas dos médicos generalistas ou de família e comunidade são as mesmas já definidas na Política Nacional de Atenção Básica;

Conforme Costa e Miranda (2008), a ESF tem conquistado notório e significativo espaço no SUS por estar diretamente relacionada com os princípios e diretrizes que norteiam o sistema de saúde. E assim, tem resgatado uma assistência em saúde mais humana, com maior poder de resolutividade e capaz de prevenir e solucionar problemas socioeconômicos da população.

A ESF ocupa um lugar de destaque no Sistema Único de Saúde (SUS), pois compartilha de suas diretrizes e princípios na busca de um atendimento mais humanizado e que responda à população em seus problemas sociais e de saúde (COSTA, 2008).

A ESF é vista como um objeto de educação em saúde. Tem como função a educação voltada para a promoção da saúde, como um grupo de ações que orientem a busca pelo conforto e o acesso a serviços e bens (BESEN, 2007).

A atenção primária, através da Estratégia de saúde da família, tem como prioridade a promoção, proteção e recuperação da saúde de maneira contínua e total. Presente em todo Brasil é definida como um conjunto de ações que ultrapassam a assistência. É construída de acordo com as necessidades da população, que são colhidas durante o convívio dos profissionais com usuários que fazem parte do seu território (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

É proposto pela estratégia que a atenção à saúde seja centralizada na família, que deve ser compreendida dentro do meio que convive, onde, através do contato do profissional, será analisada sua condição social e de saúde, ajudando na compreensão de todo processo saúde-doença e necessidades de intervenções (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A ESF pode ser entendida como uma arma na assistência, uma maneira nova de ação na abordagem em intervenção em saúde, onde nela e por meio dela os profissionais têm a chance de atuar na real situação da comunidade e das famílias. Ela estimula e facilita o processo de aumento e concretização das redes de cuidado em saúde. Não se traduz em um método unidimensional e preciso, mas se constitui num método gradual, dinamizada pela conexão de uma visão sistemática e intermediada pela variedade de semelhanças e influência mútuas que intervêm de forma positiva tanto no desempenho dos profissionais de saúde, quanto na ação dos usuários/famílias (BACKES; et al., 2012).

É sabido que a atenção básica de saúde é o acesso do usuário para o SUS e que a Unidade Básica de Saúde (UBS) constitui base de sustentação para a realização de ações que promovam saúde e também atividades de cunho preventivo.

Neste local, o ministério da saúde coloca o enfermeiro como o profissional mais qualificado para o desenvolvimento dos cuidados na assistência e no gerenciamento das políticas públicas de saúde, pois consegue promover o vínculo através do acolhimento entre os profissionais e usuários (CONCEIÇÃO; LEÃO, 2011).

Porém, ainda existem muitos desafios para que ocorra a qualificação do SUS e os modelos de atenção que partem dele, desafios estes, que passam pela formação e capacitação de profissionais que fazem parte da rede pública de assistência (FRACOLLI; CASTRO, 2012).

A reformulação do modelo de assistência no SUS vai de acordo com os princípios da atenção primária à saúde. No Brasil é chamado de Atenção Básica e defende a universalidade e integração das ações à saúde (FRACOLLI; CASTRO, 2012).

A atenção básica fica compreendida como um conjunto de ações em saúde, que visa à pessoa individualmente e em grupo, vindo a oferecer a promoção e proteção, prevenção das complicações, podendo diagnosticar, tratar, reabilitar e manter a saúde. Permite a aproximação do usuário com o sistema de saúde. É regido pelos princípios da universalidade, acesso e coordenação do cuidado, faz com que se estabeleça o cuidado contínuo, com criação de vínculos, de maneira integral e igualitária, fazendo com que ocorra o tratamento contínuo e com participação da sociedade (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica tem como fundamentos (BRASIL, 2006, p.11):

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada principal do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância ao princípio da equidade;
- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos: integração de ações programáticas, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho interdisciplinar e em equipe, além da coordenação do cuidado nas redes de serviços;
- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes de saúde e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

- Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados como parte do processo de planejamento e programação;
- Estimular a participação popular e o controle social.

Através de algumas transformações a Unidade Básica de Saúde pode se tornar um ambiente mais diversificado, podendo atender a todos, sem divisões, podendo facilitar a inclusão da população masculina neste espaço, atualmente tão frequentado por mulheres, idosos e crianças. Como a atenção à saúde é um direito de toda população, é importante que todos sejam alcançados independente de sua posição na sociedade. O início dessa transformação pode se iniciar de fora para dentro das unidades (JULIÃO; WEIGELTH, 2011).

A atuação do um profissional de uma equipe de ESF, que está exposta socialmente, se relaciona com a interação e diálogo, dando a possibilidade de fortalecimento da autonomia, dos diferentes profissionais inclusos no cuidado em saúde, dando a possibilidade de rompimentos de paradigmas tradicionais, valorização das particularidades humanas, fortalecendo as redes (BACKES; et al., 2012).

A enfermagem é uma profissão que é marcada pelo compromisso com a saúde pública, está presente na grande maioria das ações que são desenvolvidas na atenção básica/ saúde da família, onde o seu trabalho vem sofrendo modificações contínuas, que requerem atitudes diversas. Esse profissional tem sido solicitado para que ocupe lugares estratégicos para que as políticas sociais sejam implementadas (BRASIL, 2002).

São ações regidas conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) dispostas na Lei Federal 8.080/90 (BRASIL, 1990), garantindo assistência à saúde de qualidade e isso com universalidade, equidade e integralidade, reduzindo assim os índices de acometimento por doenças.

Costa e Miranda (2008, p. 121), afirmam o seguinte,

“[...] o profissional enfermeiro encontrou um promissor espaço de trabalho e ampliou sua inserção, assumindo a linha de frente em relação aos demais profissionais de saúde por desenvolver atividades assistenciais, administrativas e educativas fundamentais a consolidação e ao fortalecimento da ESF no âmbito do SUS.”

Atuação do enfermeiro no âmbito do SUS, segundo o Brasil (2002, p.01):

- Assistência, seja em âmbito individual ou coletivo;
- Educação: formação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, capacitação de agentes comunitários de saúde e desenvolvimento de processos de educação permanente dos profissionais de saúde, além de atividades comunitárias de educação para a saúde.
- Gerência de unidades, programas de saúde, projetos governamentais, não- governamentais e/ou de ação comunitária. Organização de serviços e planejamento em saúde: elaboração coordenação e execução de projetos de intervenção e impacto no setor da saúde.
- Gestão de sistemas de saúde, notadamente na qualidade de secretários municipais de saúde;
- Assessoria, consultoria e auditoria em instituições de saúde;
- Pesquisa: produção científica na área de saúde e correlatadas, além de atividades de docência na graduação e pós- graduação de profissionais de saúde.

Atribuições do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2002, p.01):

- Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para continuidade da assistência prestada;
- Realizar consulta d enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e disposições legais da profissão;
- planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a unidade de saúde da família (USF), levando em conta as reais necessidades de saúde da população adscrita;
- Executar as ações de assistência integral a criança, mulher, adolescente, adulto e idoso;
- Aliar atuação clínica à prática de saúde coletiva;
- Realizar atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência Básica (NOAS) 2002;
- Supervisionar e executar ações para a capacitação dos ACS, e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

A enfermagem representa atualmente, mais de 80% do quadro atuante nos programas de assistência de saúde pública. É um profissional que possui condições necessárias para participar da reformulação das práticas de atenção à saúde brasileira. É um profissional capaz de atuar em diversas áreas, ocupando um lugar privilegiado na ESF, pois nesse programa ele pode atuar com liberdade, de forma clara, tendo valor em todas as suas ações e intervenções (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

Trabalhar enfermagem é agir em favor da qualidade de vida da população, tendo a preocupação de orientar, olhar, ouvir, falar, medicar, sondar, banhar, alimentar e dar

conforto, se mostrando uma pessoa confiável, instrumentar com o olhar focado no amanhã e, principalmente, oferecer a paz (AMBROZANO, 2002).

O caminho para que o homem viva no mundo e não para ele, é a conscientização. Ela nasce através do conhecimento de atitudes que venham demonstrar de forma clara a capacidade de se compreender e se perceber saudável, levando o indivíduo a procurar adotar modelos que o levem a de qualidade de vida (AMBROZANO, 2002).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) apresenta como proposta a quebra de paradigmas de invulnerabilidade masculina e a conscientização da prática do auto cuidado através da prevenção de doenças. Tal proposta é desafiadora uma vez que envolve a mudança de conceito cultural implementada pela sociedade.

O estudo revela que o homem apresenta dificuldades na busca do atendimento médico com vista em medidas preventivas, atitudes estas vistas na maioria das vezes pelas mulheres.

Muitas patologias que atingem os homens e, conseqüentemente, aumentam o perfil de morbimortalidade e internações hospitalares dessa classe, são 90% evitáveis se diagnosticadas precocemente.

A Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família é a possibilidade de implementação e atuação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

A ESF é um método de grande valia para execução de atividades assistenciais e que promove maior vínculo com o profissional, possibilita o conhecimento apurado da história de cada família adscrita, permitindo o acompanhamento dos indivíduos que, através dessa abordagem coletiva, passam a frequentar as Unidades Básicas de Saúde e participar das ações por elas desenvolvidas.

É de grande importância o conhecimento sobre a estrutura operacional da ESF seus objetivos e de que forma são executados esses programas, fazendo uma relação com as equipes multiprofissionais e destacando o profissional enfermeiro como peça fundamental para o funcionamento da estratégia e execução de ações em educação em saúde. O enfermeiro, através da ESF, pode contribuir de forma significativa na promoção e prevenção da saúde masculina.

Através deste estudo, observou-se também que muitos são os desafios para a implementação da política, como: a conscientização masculina na busca do auto cuidado preventivo através da atenção básica; a informação transfigura um outro fator importante no que tange à busca dos direitos à saúde, como também a informação dos profissionais de base na atuação da PNAISH.

A reestruturação dos serviços e a capacitação dos profissionais, como também as condições físicas e de trabalho constituem um fator importante para que as diretrizes da política aconteçam.

Conhecer o homem e Introduzi-lo no cuidado preventivo, exige envolvimento multiprofissional, facilidade de acesso aos serviços de saúde e, acima de tudo, a responsabilidade dos gestores, tanto no âmbito municipal quanto no federal.

O enfermeiro como profissional de saúde pública apresenta importante papel na saúde do homem, por coordenar, cuidar, coparticipar no processo de implementação da política, que favorece a saúde do homem na promoção, prevenção e na educação em saúde.

Através da ESF, o enfermeiro pode contribuir de forma significativa na prevenção e promoção da saúde masculina.

Este estudo propõe a sensibilização de todos envolvidos no processo saúde do homem, novos conhecimentos direcionados à saúde masculina e, principalmente, o aprimoramento das ações que contemplem a saúde do homem através da política.

REFERÊNCIAS

ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M. C.; NEVES, J. B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga-MG, v.3, n.2, Nov./dez.2010. Disponível em: http://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=FxGNU4aBK8Si8weApID4Aw#q=.+Desafio+s+para+a+inclus%C3%A3o+dos+homens+nos+servi%C3%A7os+de+aten%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria+%C3%A0+sa%C3%BAde. Acesso em: 01/06/14.

AIRES, M.M. et al. **Fisiologia/Margarida de Mello Aires**. 3ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2008, p.1051-1055.

ALVARENGA, W. A. et al. Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 6, Dez. 2012 . Disponível em: http://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=FxGNU4aBK8Si8weApID4Aw#q=Pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde+do+homem%3A+perspectivas+de+enfermeiras+para+su+a+implementa%C3%A7%C3%A3o. Acesso em 25/09/13.

AMBROZANO, R. M. **Enfermagem formação interdisciplinar do enfermeiro**. São Paulo: Arte e Ciência, 2002, p.124.

AQUINO, E.M.L. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar. 2005. Disponível em:

http://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=FxGNU4aBK8Si8weApID4Aw#q=.+Sa%C3%BAde+do+homem%3A+uma+nova+etapa+da+medicaliza%C3%A7%C3%A3o+da+sexualidade%3F. Acesso em: 13/03/14.

ARAÚJO, M.F.S.; OLIVEIRA FMC. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. CAOS – **Rev. Eletrônica Ciênc. Soc.** [periódico na internet]. 2009 set ; 1(14):P. 3-14 Disponível em:http://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=FxGNU4aBK8Si8weApID4Aw#q=.+A+A+tu%C3%A7%C3%A3o+do+Enfermeiro+na+Equipe+de+Sa%C3%BAde+da+Fam%C3%ADlia+e+a+Satisfa%C3%A7%C3%A3o+Profissional. Acesso em: 04/05/14.

BARBOSA, I.A.; SILVA, M.J.P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, Oct. 2007. Disponível em:

http://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=FxGNU4aBK8Si8weApID4Aw#q=Cuidado+humanizado+de+enfermagem%3A+o+agir+com+respeito+em+um+hospital+universit%C3%A1rio. Acesso em: 29/11/12.

BACKES, D.S. et al. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, May 2012. Disponível em: https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1AVNA_enBR586BR588&ion=1&espv=2&ie=UTF-

8#q=Significado+da+atua%C3%A7%C3%A3o+da+equipe+da+Estrat%C3%A9gia+de+Sa%C3%BAde+da+Fam%C3%ADlia+em+uma+comunidade+socialmente+vulner%C3%A1vel. Acesso em: 10/11/13.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Jan. 2012. Disponível em: https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1AVNA_enBR586BR588&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=.+O+papel+profissional+do+enfermeiro+no+Sistema+%C3%A9nico+de+Sa%C3%BAde%3A+da+sa%C3%BAde+comunit%C3%A1ria+%C3%A0+estrat%C3%A9gia+de+sa%C3%BAde+da+fam%C3%ADlia. Acesso em: 02/11/13.

BESEN, C. B. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007. Disponível em: https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1AVNA_enBR586BR588&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Estrat%C3%A9gia+Sa%C3%BAde+da+Fam%C3%ADlia+como+Objeto+de+educa%C3%A7%C3%A3o+em+Sa%C3%BAde. Acesso em: 03/11/13.

BOEBS, A. E. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Revista Texto e contexto de enfermagem**, Florianópolis, p.307-14, abril/junho 2007. Disponível em: https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1AVNA_enBR586BR588&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=.+A+interface+necess%C3%A1ria+entre+enfermagem%2C+educa%C3%A7%C3%A3o+em+sa%C3%BAde+e+o+conceito+de+cultura. Acesso em: 25/05/14.

BOFF, L. **Saber cuidar: Ético do humano: compaixão pela terra**. 8ª ed. São Paulo: Vozes, 2002.

BUB, Maria Bettina Camargo et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. spe, 2006. Disponível em: https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1AVNA_enBR586BR588&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=A+no%C3%A7%C3%A3o+de+cuidado+de+si+mesmo+e+o+conceito+de+autocuidado+na+enfermagem. Acesso em: 25/05/14.

BRASIL. **Lei nº 8.080, 19 de Setembro de 1990**. Diário oficial da República Federativa do Brasil Disponível em: https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1AVNA_enBR586BR588&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Lei+n%C2%BA+8.080%2C+19+de+Setembro+de+1990.+Di%C3%A1rio+oficial+da+Rep%C3%ABlica+Federativa+do+Brasil. Acesso em: 09/11/13.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.027 de 25 Agosto de 2011**. Disponível em: https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1AVNA_enBR586BR588&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=.+Portaria+n%C2%B02.027+de+25+Agosto+de+2011. Acesso em: 07/05/14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de acompanhamento e avaliação de Atenção Básica da Secretaria de políticas de saúde .Atuação do Enfermeiro na Atenção Básica. Brasília, 2002. Disponível em:
https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1AVNA_enBR586BR588&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Atua%C3%A7%C3%A3o+do+Enfermeiro+na+Aten%C3%A7%C3%A3o+B%C3%A1sica. Acesso em: 25/05/14

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em:
https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1AVNA_enBR586BR588&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Sa%C3%BAde+da+Fam%C3%ADlia%3A+uma+estrat%C3%A9gia+para+a+reorienta%C3%A7%C3%A3o+do+modelo+assistencial. Acesso em : 15/05/14.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2ª ed. Brasília, DF. 1997. Disponível em:
https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=uG2UU6vGIOei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=BRASIL.+MINIST%C3%89RIO+DA+SA%C3%9ADE.+Sa%C3%BAde+da+Fam%C3%ADlia%3A+Uma+estrat%C3%A9gia+para+a+reorienta%C3%A7%C3%A3o+do+modelo+assistencial.+2%C2%AA+ed.+Bras%C3%ADlia%2C+DF.+1998. Acesso em: 01/05/14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 648/GM. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006. Disponível em:
https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1AVNA_enBR586BR588&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Portaria+n%C2%B0+648%2FGM.+Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+B%C3%A1sica. Acesso em: 04/05/14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de textos: Cartilhas da Política Nacional de Humanização. 2. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:
https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1AVNA_enBR586BR588&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Caderno+de+textos%3A+Cartilhas+da+Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Humaniza%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 07/05/14.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Plano de Ação Nacional (2009-2011). Brasília: MS; 2009. Disponível em: https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1AVNA_enBR586BR588&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+Integral+%C3%A0+Sa%C3%BAde+do+Homem.+Plano+de+A%C3%A7%C3%A3o+Nacional. Acesso em: 04/ 05/14.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas e Estratégias. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: 2009. Disponível em: https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1AVNA_enBR586BR588&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+Integral+%C3%A0+S+a%C3%BAde+do+Homem%3A+princ%C3%ADpios+e+diretrizes. Acesso em: 03/05/14.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Março 2005. Disponível em: https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1AVNA_enBR586BR588&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=.+A+constru%C3%A7%C3%A3o+da+subjetividade+masculina+e+seu+impacto+sobre+a+sa%C3%BAde+do+homem%3A+reflex%C3%A3o+bio%C3%A9tica+sobre+justi%C3%A7a+distributiva. Acesso em: 13/03/14.

CAMPOS, G.W.S. et tal. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012. cap. 12. p. 391-392; 532.

CONCEIÇÃO, C. da C.; LEÃO, M. **O enfermeiro na promoção da saúde do homem**. 2011. 32f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em enfermagem) - Faculdade Assis Gurgacz-Fag de Cascável, PR, 2011. Disponível em: https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1AVNA_enBR586BR588&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=.O+enfermeiro+na+promo%C3%A7%C3%A3o+da+sa%C3%BAde+do+homem. Acesso em: 25/05/14.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: comentários à lei orgânica de saúde (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). Campinas: UNICAMP, 3ª ed., 2002. p.33-53.

COHN, A. **Saúde da Família e SUS**: convergências e dissonâncias. São Paulo: CEDEC, 2009, p. 16.

COSTA, E.M. A.; CARBONE, M.H. **Saúde da Família**: uma abordagem multidisciplinar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. cap. 1. p. 4.

COSTA, R.K.S.; MIRANDA, F.A.N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 120-128, abril- junho. 2008. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=O+enfermeiro+e+a+estrat%C3%A9gia+sa%C3%BAde+da+fam%C3%ADlia%3A+contribui%C3%A7%C3%A3o+para+a+muda+n%C3%A7a+do+modelo+assistencial. Acesso em: 09/11/13.

COSTA, R. G. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da enfermagem; In: Concepção. **Rev. Estudos Feministas**. Universidade Federal de Campinas, 2008, p. 18. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-wRU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Reprodu%C3%A7%C3%A3o+e+g%C3%AAnero%3A+paternidades%2C+masculinidades+e+teorias+da+enfermagem%3B+In%3A+Concep%C3%A7%C3%A3o .Acesso em: 09/11/13.

DANTAS, G. C. Princípios, formação e prática. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.p.2220.

DICIONÁRIO AURÉLIO. Disponível em:

https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=wRU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=DICION%C3%81RIO%20AUR%C3%89LI. Acesso em: 15/03/13.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. Núcleo Especial de Desenvolvimento, análise e tendências em Saúde. Espírito Santo, 2010. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-wRU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=N%C3%BAcleo+Especial+de+Desenvolvimento%2C+an%C3%A1lise+e+tend%C3%Aancias+em+Sa%C3%BAde. Acesso em: 07/05/14.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) – Espírito Santo, 2011. Disponível em: [https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-wRU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Secretaria+Estadual+de+Sa%C3%BAde.+Plano+Diretor+de+Regionaliza%C3%A7%C3%A3o+da+Sa%C3%BAde+\(PDR\)+%E2%80%93+Esp%C3%ADrito+Santo%2C+2011](https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-wRU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Secretaria+Estadual+de+Sa%C3%BAde.+Plano+Diretor+de+Regionaliza%C3%A7%C3%A3o+da+Sa%C3%BAde+(PDR)+%E2%80%93+Esp%C3%ADrito+Santo%2C+2011). Acesso em: 04/05/14.

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H.; SARINHO, S.W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, Jun. 2010. Disponível em:

https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-wRU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Superposi%C3%A7%C3%A3o+de+atribui%C3%A7%C3%B5es+e+autonomia+t%C3%A9cnica+entre+enfermeiras+da+Estrat%C3%A9gia+Sa%C3%BAde+da+Fam%C3%ADlia. Acesso em: 03/11/13.

FILHO, C.B. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4ª ed. São Paulo: Ática, 2002.

FIGUEIREDO, W.S.; SCHRAIBER, L.B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Disponível em:

https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-wRU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Concep%C3%A7%C3%B5es+de+g%C3%AAnero+de+homens+usu%C3%A1rios+e+profissionais+de+sa%C3%BAde+de+servi%C3%A7os+de+aten%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria+e+os+poss%C3%ADveis+impactos+na+sa%C3%BAde+da+popula%C3%A7%C3%A3o+masculina. Acesso em: 13 /03/14.

FIGUEIREDO, N. M. A. de; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. 2ª ed. São Paulo: yendes, 2008, p. 69-70, 277-284.

FRACOLLI, L. A.; CASTRO, D.F. A. de. Competência do enfermeiro na Atenção Básica: em foco a humanização do processo de trabalho. **O mundo da Saúde**, São Paulo, p.427-432, 2012. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-wRU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Compet%C3%A2ncia+do+enfermeiro+na+Aten%C3%A7%C3%A3o+B%C3%A1sica+em+foco+a+humaniza%C3%A7%C3%A3o+do+processo+de+trabalho. Acesso em: 25/05/14.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2006 Out/dez; 15(4) 645-53 . Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=GMOTU-PYJeuI8we1zYCQCg&gws_rd=ssl#q=a+pratica+da+assist%C3%A2ncia+domiciliar+dos+profissionais+da+estrat%C3%A9gia+de+sa%C3%BAde+da+fam%C3%ADlia. Acesso em: 18/11/13.

GOMES, R.; REBELLO, L. E. F. S; ARAUJO, F.C; NASCIMENTO, E.F. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 235-246, jan./fev. 2008. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-wRU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=A+preven%C3%A7%C3%A3o++do+c%C3%A2ncer+de+pr%C3%B3stata%3A+uma+revis%C3%A3o+da+literatura. Acesso em: 05/06/14.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAUJO, F. C. 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, v. 23, n. 3, Mar. 2007. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-wRU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Por+que+os+homens+buscam+menos+os+servi%C3%A7os+de+sa%C3%BAde+do+que+as+mulheres%3F+As+explica%C3%A7%C3%B5es+de+homens+com+baixa+escolaridade+e+homens+com+ensino+superio. Acesso em: 21/09/13.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, 2003. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-wRU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=.+Sexualidade+masculina+e+sa%C3%BAde+do+homem%3A+proposta+para+uma+discuss%C3%A3o Acesso em: 03 /11/13.

GOMES, R. et al. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, Outubro 2012. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-wRU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Sentidos+atribu%C3%ADdos+%C3%A0+pol%C3%ADtica+voltada+para+a+Sa%C3%BAde+do+Homem. Acesso em 13/ 03/14.

Instituto Nacional do câncer- INCA. Prevenção do câncer de próstata. 2008.

Disponível em:

https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=cVSSU46IElyX8Qev2YDIAG&gws_rd=ssl#q=Instituto+Nacional+do+c%C3%A2ncer+INCA.+Preven%C3%A7%C3%A3o+do+c%C3%A2ncer+de+pr%C3%B3stata. Acesso em: 01/06/14.

Instituto Nacional do Câncer-INCA. Câncer de pênis. 2010 [citado 2010 Mar 29].

Disponível em:

https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=cVSSU46IElyX8Qev2YDIAG&gws_rd=ssl#q=+Instituto+Nacional+do+C%C3%A2ncerINCA.+C%C3%A2ncer+de+p%C3%AAnis
Acesso em: 04/06/14.

JULIÃO, G. G.; WEIGELTH, L.D. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégias da família. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v.1, n.2, maio/agosto 2011, p.144-152. Disponível em:

https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=.+Aten%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+sa

[.+Aten%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+sa%C3%BAde+do+homem+em+unidades+de+estrat%C3%A9gias+da+fam%C3%ADlia](https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=.+Aten%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+sa%C3%BAde+do+homem+em+unidades+de+estrat%C3%A9gias+da+fam%C3%ADlia)
a. Acesso em: 25/05/14.

KNAUTH, D.R.; COUTO, M.T.; FIGUEIREDO, W.S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, Out. 2012. Disponível em:

https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=A+vis%C3%A3o+dos+profissionais+sobre

[+a+presen%C3%A7a+e+as+demandas+dos+homens+nos+servi%C3%A7os+de+sa%C3%BAde+de+perspectivas+para+a+an%C3%A1lise+da+implanta%C3%A7%C3%A3o+da+Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+Integral+%C3%A0+Sa%C3%BAde+do+Homem](https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=A+vis%C3%A3o+dos+profissionais+sobre+a+presen%C3%A7a+e+as+demandas+dos+homens+nos+servi%C3%A7os+de+sa%C3%BAde+de+perspectivas+para+a+an%C3%A1lise+da+implanta%C3%A7%C3%A3o+da+Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+Integral+%C3%A0+Sa%C3%BAde+do+Homem). Acesso em: 25/09/13.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar. 2005. Disponível em:

https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Perfil+epidemiol%C3%B3gico+da+morbi

[mortalidade+masculina](https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Perfil+epidemiol%C3%B3gico+da+morbi+mortalidade+masculina). Acesso em: 03/03/13.

LEI FEDERAL N.8080, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em:

https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=LEI+FEDERAL+N.8080%2C+de+19+de+S

[tembro+de+1990](https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=LEI+FEDERAL+N.8080%2C+de+19+de+S). Acesso em: 01/05/14.

LIMA, N. V.T. (org.) et al. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 33-34.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, Nov. 2011. Disponível em:

https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Concep%C3%A7%C3%B5es+de+g%C3%

[%](https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Concep%C3%A7%C3%B5es+de+g%C3%)

AAnero%2C+masculinidade+e+cuidados+em+sa%C3%BAde%3A+estudo+com+profissionais+de+sa%C3%BAde+da+aten%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria. Acesso em 13/03/14.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2011, p 57.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

MOURA, E.C.; LIMA, A.M.P.; URDANETA, M. Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, Outubro 2012. Disponível em: [https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=wRU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Uso+de+indicadores+para+o+monitoramento+das+a%C3%A7%C3%B5es+de+promo%C3%A7%C3%A3o+e+aten%C3%A7%C3%A3o+da+Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+Integral+%C3%A0+Sa%C3%BAde+do+Homem+\(PNAISH\)](https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=wRU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Uso+de+indicadores+para+o+monitoramento+das+a%C3%A7%C3%B5es+de+promo%C3%A7%C3%A3o+e+aten%C3%A7%C3%A3o+da+Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+Integral+%C3%A0+Sa%C3%BAde+do+Homem+(PNAISH)). Acesso em:13/03/14.

MURTA, G. F. et al. **Saberes e Práticas Guia para Ensino e Aprendizado de Enfermagem**. São Paulo:Difusão,2010, p.142 e 143.

NETTER, F. H. **Atlas de Anatomia Humana**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000, p.142.

NETO, F. R. G. X. et al. Trabalho do enfermeiro na Atenção à saúde do homem no território da estratégia da saúde da família. **Revista Gestão e Saúde**, universidade de Brasília, v.4, n.1, p.1741-1756, 2013. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-wRU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Trabalho+do+enfermeiro+na+Aten%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+sa%C3%BAde+do+homem+no+territ%C3%B3rio+da+estrat%C3%A9gia+da+sa%C3%BAde+da+fam%C3%ADlia. Acesso em: 25/05/14.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, Set. 2013 .Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-wRU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=.+Atributos+essenciais+da+Aten%C3%A7%C3%A3o+Prim%C3%A1ria+e+a+Estrat%C3%A9gia+Sa%C3%BAde+da+Fam%C3%ADlia. Acesso em: 10/11/13.

RIBEIRO, L. M.; MEDEIROS, S. M.; ALBUQUERQUE, J. S. and FERNANDES, S. M. B. A. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2010, vol.44, n.2, pp. 376-382. ISSN 0080-6234. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-wRU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=.+Sa%C3%BAde+mental+e+enfermagem+na+estrat%C3%A9gia+sa%C3%BAde+da+fam%C3%ADlia%3A+como+est%C3%A3o+atuando+os+enfermeiros%3F. Acesso em: 18 /11/13.

SANTANA, NS; LIMA, EMM; BULHÕES, JLF; MONTEIROS, EMLM; AQUINO, JM. A atenção à saúde do homem: ações e perspectivas dos enfermeiros. **Reme – Rev. Min. Enferm.**;15(3): 324-332, jul./set., 2011. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=.+A+aten%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+sa%C3%BAde+do+homem%3A+a%C3%A7%C3%B5es+e+perspectivas+dos+enfermeiros. Acesso em: 01/06/14.

SANTOS, A. da S.; CUBAS, M.R. Saúde Coletiva linhas de cuidados e consulta de enfermagem. In: SOUZA, M. de F. de S. **Conceitos essenciais à compreensão da estratégia saúde da família no âmbito da atenção básica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.p.304.

SAUTHIER, M.; GOMES, M. L. B. Gênero e planejamento familiar: uma abordagem ética sobre o compromisso profissional para a integração do homem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 3, Junho 2011 .Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=G%C3%AAnero+e+planejamento+familiar%3A+uma+abordagem+%C3%A9tica+sobre+o+compromisso+profissional+para+a+integra%C3%A7%C3%A3o+do+homem. Acesso em 13/03/14.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, Jun. 2013. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Sa%C3%BAde+do+homem+e+masculinidades+na+Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+Integral+%C3%A0+Sa%C3%BAde+do+Homem%3A+uma+revis%C3%A3o+bibliogr%C3%A1fica. Acesso em:24/09/13.

SILVA, P. A. dos S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Sept. 2012. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=A+sa%C3%BAde+do+homem+na+vis%C3%A3o+dos+enfermeiros+de+uma+unidade+b%C3%A1sica+de+sa%C3%BAde. Acesso em: 01/06/14.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59, n. 4, Aug. 2006 .Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=.+A+forma%C3%A7%C3%A3o+do+enfermeiro%3A+construindo+a+integralidade+do+cuidado. Acesso em: 25/05/14.

SILVA, P. A. S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Set. 2012. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=.+A+sa%C3%BAde+do+homem+na+vis%C3%A3o+dos+enfermeiros+de+uma+unidade+b%C3%A1sica+de+sa%C3%BAde. Acesso em: 02/11/13.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, Out. 2009. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Pr%C3%A1xis+educativa+em+sa%C3%BAde+dos+enfermeiros+da+Estrat%C3%A9gia+Sa%C3%BAde+da+Fam%C3%ADlia. Acesso em: 03/11/13.

SCHWARZ, E. et al. Política de saúde do homem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, Dec. 2012. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=Pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde+do+homem.+Rev.+Sa%C3%BAde+P%C3%BAblica. Acesso em: 22/09/13.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar. 2005. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=.+Homens+e+sa%C3%BAde+na+pauta+da+Sa%C3%BAde+Coletiva. Acesso em: 28/04/14.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, maio 2010. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=.+Necessidades+de+sa%C3%BAde+e+m+asculinidades%3A+aten%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria+no+cuidado+aos+homens. Acesso em: 03 /11/13.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner/Suddarth**: Tratado de enfermagem médico – cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2009.

VIANA, A. L. D. and DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. 2005, vol.15, suppl., pp. 225-264. ISSN 0103-7331. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=A+reforma+do+sistema+de+sa%C3%BAde+no+Brasil+e+o+Programa+de+Sa%C3%BAde+da+Fam%C3%ADlia. Acesso em: 18 /11/13.

VIEIRA, L. J.; SANTOS, Z. M. S.A.; LANDIM, F. L.P.; CAETANO, J. A.; NETA, C. A. S. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, jan./fev. 2008. Disponível em: https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=-w-RU66mEeei8wexhoCIDQ&gws_rd=ssl#q=.+Preven%C3%A7%C3%A3o+do+c%C3%A2ncer+de+pr%C3%B3stata+na+%C3%B3tica+do+usu%C3%A1rio+portador+de+hipertens%C3%A3o+e+diabetes. Acesso em: 04/06/14.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

