

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN

EGUIMARA DE SOUZA BORGES FERNANDES

**ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE
MOSSORÓ DIANTE DA INFERTILIDADE MASCULINA**

MOSSORÓ

2013

EGUIMARA DE SOUZA BORGES FERNANDES

**ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE
MOSSORÓ DIANTE DA INFERTILIDADE MASCULINA**

Monografia apresentada à Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró –
FACENE/RN, como exigência parcial para a
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof. Esp. Joseline Pereira Lima

MOSSORÓ

2013

F398a

Fernandes, Eguimara de Souza Borges.

Atuação dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde de Mossoró diante da infertilidade masculina/ Eguimara de Souza Borges Fernandes. – Mossoró, 2013.

43f.

Orientador: Prof. Esp. Joseline Pereira Lima.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Infertilidade Masculina. 2. Unidades Básicas de saúde. 3. Saúde do homem. I. Título. II. Lima, Joseline Pereira.

CDU 614

EGUIMARA DE SOUZA BORGES FERNANDES

ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE
MOSSORÓ DIANTE DA INFERTILIDADE MASCULINA

Monografia apresentada pela aluna Eguimara de Souza Borges Fernandes, do Curso de Graduação de Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: ____ de _____ 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)
(ORIENTADORA)

Prof^a Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)
(MEMBRO)

Prof^a Esp. Lucidio Clebeson de Oliveira (FACENE/RN)
(MEMBRO)

Ao meu esposo pelo incentivo, apoio, dedicação e amor.
Dedico

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus que, com seu infinito amor, tem sido meu refúgio, a minha fortaleza e em quem confiei para chegar até aqui. Que com toda sua graça, colocou pessoas muito especiais ao meu lado, cada uma com uma tarefa especial e um único objetivo: não deixar que eu jamais desistisse.

Ao meu esposo Alcivan, pelo seu cuidado para comigo, por estar sempre presente nos momentos em que eu mais precisei. Essa conquista também é sua meu amor, por tudo isso, amo-te ainda mais.

A minha mãe Guiomar, mesmo sem entender a senhora me deu forças para continua e chegar até aqui, esta conquista é nossa, mãe te amo!

A minha irmã Eguiberta, pelo seu apoio, carinho e pelas palavras certas no momento em que eu estava precisando, só tenho a te agradecer maninha.

Ao meu sobrinho Erik, pelo seu carinho e pelo apoio, te amo!

A minha sogra Toita e ao meu sogro Antônio Tomas, pelo apoio, conselhos, carinho e pela força oferecida nos momento em que eu mais precisei de uma mãe e de um pai vocês estavam lá, me apoiando, obrigada por tudo.

Aos meus cunhados, Alcimar, Alcilene, Anailza e seu esposo Madson e Aldivan e esposa Kaliane, os meus agradecimentos também vão para vocês pelo apoio a mim concedido.

Quero aqui também expressar o meu agradecimento a FACENE/RN na pessoa de João Fernandes Santiago (Joca), Maria da Conceição Santiago Silveira de Souza (Tetê) e Diego Veloso, obrigada pelo apoio, pelas orientações e pela oportunidade concedida de ser funcionária e discente desta instituição, e agora Graduada em Enfermagem.

Agradeço de coração a minha orientadora Joseline Lima pelo apoio, pela paciência a mim concedida. Pelo carinho e principalmente por ter aceitado realizar este trabalho comigo, foi muito bom ter você como minha orientadora e amiga, que Deus continue te abençoando a cada alvorada de sua vida!

Assim como aos membros da banca, obrigada pelas orientações e por terem aceitado o meu convite. Que Deus continue abençoando Verusa Fernandes e Lucidio Clebeson.

Aos professores da FACENE, assim como a coordenadora de enfermagem Patrícia Fernandes o meu muito obrigado pelos ensinamentos que impregnaram para o resto da minha vida, com a certeza de que irei contribuir na área da saúde junto à população.

Aos preceptores da FACENE, quero também aqui deixar o meu agradecimento, que possam se estendidos a todos que participaram da minha formação em especial a Amanda Morais.

Quanto aos meus amigos da FACENE não poderia de deixar de agradecer a Natália Rebouças e Leidivam pelo apoio prestado, pela amizade, e pela solidariedade nos momentos

tristes e difíceis que passamos juntas, amigas eu também devo esta conquista a vocês. Obrigada por tudo, para sempre amigas.

Aos demais amigos da FACENE, Maria José, Vanessa Camilo, Raimundo, Deise, Maykon, Elán, Esterzinha, Wildson, Gabriela Costa, Priscila Fernandes, Priscila Medeiros, Sara Gyslamara, Emanuel Domingos e Adria Ligia. Que a nossa amizade seja separada por vírgulas, mas nunca por um ponto final.

Aos amigos da sala de aula, em especial a Flávia Sonária e Marcilene, na qual com o passar do tempo a nossa amizade foi se desenvolvendo e trazendo felicidades e reduzindo o sofrimento, duplicando a nossa alegria e dividindo a nossa dor. Agradeço a Deus pela amizade de vocês, amadas!

E aos demais amigos como, Jackson, Dayara Pessoa, Paula Cristina, Leyla, Natália, Raniedina, Elizabeth, Priscila Cassandra dentre outros que fazem parte da sala de aula. Que mesmo que suas vidas se reorganizem que sejamos sempre amigos mesmo que venhamos a tomar caminhos diferentes mas, que em nossa memória fique as mais lindas recordações do tempo em que passamos juntos.

Assim como também as amigas Franciêlda Amorim, Aline, Lorena e Greycy, onde quer que nos encontremos, são os nossos amigos que constituem o nosso mundo. Erika Fernandes, só existe uma coisa melhor do que fazer novos amigos: conservar os velhos, te amo amiga.

A minha amiga Gilvanete não poderia deixar de te agradecer pela nossa amizade, verdadeiramente nossa amizade já tem alguns anos e quantas coisas nós passamos juntas tanto na alegria como na dor e você tem se feito presente em todos estes momentos da minha vida, obrigada por tudo. Um irmão pode não ser um amigo, mas um amigo será sempre um irmão.

A espera do milagre da vida eu ainda estou e disso não abro mão,
porque Deus é fiel para comigo em todo o tempo.
Anônimo.

RESUMO

Todo casal sonha em formar uma família, a qual se constitui a princípio na figura do cônjuge, com o tempo se expande com o nascimento dos filhos, resultando assim na descendência. Porém esse sonho pode ser interrompido devido a inúmeros fatores, dentre os quais a infertilidade masculina. Para o enfermeiro como membro da equipe da ESF, surge mais um desafio, de inserir o homem como um todo nos serviços oferecidos pela ESF, assim se faz necessário preparar a equipe para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Tem como objetivo geral: analisar a atuação do enfermeiro das Unidades Básicas de Saúde de Mossoró/RN diante da infertilidade masculina. Como objetivos específicos: caracterizar a situação sócio demográfica dos enfermeiros entrevistados; identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a infertilidade masculina, com relação ao conceito, causas e tratamento deste problema; conhecer a consulta de enfermagem para homens com infertilidade; e descrever as condutas dadas pelos enfermeiros aos homens com diagnóstico de infertilidade. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quanti-qualitativa, realizada em 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Mossoró, através de entrevista. A população foi composta por enfermeiros escolhidos de forma aleatória que atuam nas UBS de Mossoró/RN, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A amostra foi de dez enfermeiros. Os dados quantitativos foram analisados através da estatística descritiva e os dados qualitativos através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A pesquisa obedeceu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE, conforme o protocolo nº 116/13 e CAAE 19013813.9.0000.5176. Prevaleram entrevistados entre 41-50 anos, do sexo feminino, casados, especialistas, com mais de 10 anos de formados, e que atuam na ESF de 5 a 10 anos. Quanto ao conhecimento sobre infertilidade masculina os entrevistados não têm conhecimento sobre a temática, outros têm pouco conhecimento devido à falta de capacitação, ou apresentam conhecimento restrito. Com relação à causa foi relatado que pode ser ocasionado por diversos fatores dentre os quais problemas com o espermatozóide, já quanto à forma de tratamento os mesmos desconhecem, e parte deles conhecem apenas um tipo de tratamento, sobre a consulta de enfermagem, relatam que é feita a anamnese e o encaminhamento médico, ao questionarmos sobre as condutas inseridas, parte deles desconhecem as condutas a serem realizadas diante dos homens com este problema, outros dariam apoio psicológico. A partir destes preceitos, devemos considerar as queixas dos profissionais no intuito de tratar esta clientela para que possa prestar os cuidados tanto sociais, psicológicos, além dos aspectos biológicos que nela estão envolvidos.

Palavras-chaves: Enfermagem, Saúde do Homem, Infertilidade.

ABSTRACT

Every couple dreams of starting a family, which constitutes firstly in the figure of the spouses, expanding later with the children's birth, thus resulting in the descendants. But this dream can be disrupted due to numerous factors, among them male infertility. To the nurse as a member of the ESF team, there is another challenge, inserting the man services offered by the ESF as a whole, so it is necessary to prepare the team for the National Policy for Integral Attention to the Man's Health (NPIAMH). Its general objective is: analyzing the performance of the nurse of Basic Health Units in Mossoró / RN on male infertility. As specific objectives: characterizing the sociodemographic situation of the nurses interviewed; identifying the nurses' knowledge on male infertility, and describing the behaviors given by nurses to men diagnosed with infertility. This is a descriptive and exploratory research with quantitative and qualitative approach, held on 5 Basic Health Units (BHU) of Mossoró, through interviews. The population consisted of nurses chosen at random who work at UBSs from Mossoró/RN, who agreed to participate and signed the Informed Consent Form (ICF). The sample was ten nurses. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data were analyzed through the Collective Subject Discourse (CSD). The research followed the Resolution 466/12 of the National Health Council and Resolution 311/2007 of the Nursing Federal Council (COFEN) and was approved by the Ethics and Research Committee of FACENE/FAMENE, according to the protocol No. 116/13 and CAAE 19013813.9.0000.5176. Most of the respondents were between 41-50 years of age female, married, specialists, with over 10 years of graduated, and who work at the ESF for 5 to 10 years. Regarding knowledge about male infertility respondents have no knowledge on the subject, others have little knowledge due to lack of training, or have limited knowledge. Regarding the cause it was reported that the problem might be caused by several factors among them problems with the sperm, the respondents were unaware of the ways of treatment, and part of them know only one type of treatment, on the nursing consultation they report that anamnesis and medical referral are made, when questioning about inserted pipes, some of them are unaware of the procedures to be performed on men with this problem, others would give psychological support. From these precepts, we must consider professional's complaints in order to treat those patients so that they can provide both the social and psychological care, in addition to biological aspects that are involved.

Keywords: Nursing, Man's Health, Infertility.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	06
1.2 HIPÓTESE	06
1.3 OBJETIVOS	06
1.3.1 Objetivo Geral	06
1.3.2 Objetivos Específicos.....	06
2 REFERENCIAL TEÓRICO	07
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	07
2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	08
2.3 POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE DO HOMEM	10
2.4 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA REPRODUTOR MASCULINO	11
2.5 INFERTILIDADE	12
2.6 INFERTILIDADE MASCULINA	12
3 METODOLOGIA	15
3.1 TIPO DE PESQUISA	15
3.2 LOCAL DA PESQUISA	15
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	15
3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	16
3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	16
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	16
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	17
4 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	19
4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	19
4.2 DADOS RELACIONADOS À ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DA INFERTILIDADE MASCULINA	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE	40
ANEXO.....	42

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Todo casal sonha em formar uma família, a qual se constitui a princípio na figura do cônjuge, com o tempo se expande com o nascimento dos filhos, resultando assim na descendência (LISBOA, 2007). Porém esse sonho pode ser interrompido devido a inúmeros fatores, dentre os quais a infertilidade masculina (CAMBIAGHI, [2010?]).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a infertilidade é definida como a ausência da concepção após dois anos de relações sexuais regulares sem o uso de qualquer método contraceptivo. Uma das causas de infertilidade está associada ao sexo masculino chegando de 30% a 40% dos casos (PORTUGAL, 2008).

Neste sentido, existem diversas alterações ocasionais que podem estar relacionada à infertilidade masculina, sendo as mais frequentes a oligosperma, astenospermia, teratospermia, azoospermia e varicocele, impedindo assim o processo de procriação conjugal pelo método natural (CAMBIAGHI, [2010?]).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) oferta ações que tem como base atender toda a população, com o desígnio na prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. O trabalho da equipe é realizado de acordo com as necessidades desta, em diferentes áreas visando seus aspectos socioculturais (OHARA; SAITO, 2010; FONTINELE JUNIOR, 2010).

Para o enfermeiro como membro da equipe da ESF, surge mais um desafio, de inserir o homem como um todo nos serviços oferecidos pela ESF, assim se faz necessário preparar a equipe para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e de tal modo que se possa complementar a saúde da família no intuito de ofertar uma qualidade de bem-estar para todos os componentes (OHARA; SAITO, 2010).

Difundida em 2009 pelo Ministério da Saúde, a PNAISH tem como objetivo orientar a população masculina sobre a prevenção de patologias, através de ações para promover e estender os serviços de saúde, estimulando deste modo, a procura pela Estratégia de Saúde da Família. Esse atendimento será fundamental a promoção da equidade na atenção a essa população, que deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição sócio – econômica étnica – racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou intelectual e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas. (BRASIL, 2009).

Embora a PNAISH apresente vários tópicos relacionados ao cuidado para com os homens, esta não abrange a infertilidade masculina, contudo o Ministério da Saúde afirma que a infertilidade masculina é um problema de saúde pública (PORTUGAL, 2008).

Tendo em vista que uma das atuações do enfermeiro é o atendimento individual de enfermagem, cabe a ele orientar, quanto à prática sexual adequada, para que a mesma seja compatível com a obtenção de uma gravidez, por um período de três meses, a partir do momento em que descobre o período fértil, indicar concentração das relações sexuais no período fértil da esposa, eliminar qualquer fator que interfira na passagem do sêmen, ou que dificulte a migração espermática através do trato genital feminino (BRASIL, 2005).

Entendemos que assim, a assistência do enfermeiro diante da infertilidade masculina é de grande relevância para este homem. A motivação para realização desta pesquisa partiu do interesse em conhecer como é a atuação dos enfermeiros diante deste quadro, uma vez que durante a vida acadêmica não fora percebido claramente tal função.

A infertilidade masculina é vista com preconceito diante da sociedade e até mesmo dos próprios homens. Esta situação pode vir afetá-los em vários momentos de sua vida, tanto na área social, afetiva, conjugal, profissional e psíquica. Então, à procura por resposta do que poderia ter ocasionado esta infertilidade e os tipos de tratamento, pode-se observar que poucas são as informações relacionadas à ação do enfermeiro perante a infertilidade masculina.

Diante disso questiona-se: como é a atuação do enfermeiro diante da infertilidade masculina?

Espera-se que este trabalho seja de relevância para a academia, na medida em que o conhecimento construído venha a transcorrer de maneira satisfatória, despertando de tal modo novas pesquisas nesta área. Será de grande importância para minha vida pessoal e profissional, uma vez que tenho bastante afinidade com a temática e estarei me deparando com informações que me atrai. Será de proeminência para os enfermeiros, no sentido em que através dos resultados desta pesquisa poderão melhorar a sua assistência em relação à saúde do homem. E trará consequências positivas para os homens também, na medida em que estes podem ter uma atenção mais individualizada e qualificada no cuidado de um problema que pode trazer danos pessoais e sociais.

1.2 HIPÓTESE

Tendo em vista que a infertilidade masculina é um assunto pouco abordado acredita-se que os enfermeiros não tenha atuação eficaz diante deste quadro, que pode ser ocasionada

pela falta de informações sobre este assunto ou acúmulo de responsabilidades destes profissionais.

1. OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

- Analisar a atuação do enfermeiro das Unidades Básicas de Saúde de Mossoró/RN diante da infertilidade masculina.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a situação sociodemográfica dos enfermeiros envolvidos na pesquisa.
- Identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a infertilidade masculina, com relação ao conceito, causas e tratamento deste problema.
- Conhecer como é a consulta de enfermagem para homens com infertilidade.
- Descrever quais são as principais condutas dadas por estes profissionais aos homens com diagnóstico de infertilidade.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Brasil, ao longo do tempo, adquiriu características marcantes que seguiram as convergências políticas e econômicas de cada período histórico relacionado à área da saúde (AGUIAR, 2011).

A expressão políticas de saúde abrange tanto as questões relativas ao poder como em relação ao aspecto natureza, estrutura, relações, distribuídas e lutas como as que dizem respeito ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (PAIM, 2003).

Um destes períodos surgiu nos anos 80 com o movimento da reforma sanitária no qual teve como raízes a classe de profissionais da saúde em busca de novas pesquisas no intuito de melhorar o modelo vigente de saúde sendo assim adquiridos em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, onde foi discutida publicamente pela primeira vez uma proposta de reorganização do sistema de saúde (FONTINELE, 2008).

Foi na VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília no ano de 1986 com participação de cerca de 5.000 pessoas que foi debatido os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, destacando-se o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado, a criação do Sistema Único de Saúde (AGUIAR, 2011).

O Sistema Único de Saúde foi posto formalmente a partir da Constituição Federal de 1988, tendo seu registro na Carta Magna passando a atender as proposições da sociedade civil organizada, incorporando mudanças no papel do Estado e alterando de forma expressiva a estrutura jurídico-institucional do sistema público de saúde brasileira, pautada, por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional (CAMPOS, 2006).

Sendo que somente em agosto de 1990 o Congresso Nacional aprovou a primeira versão da Lei Orgânica da Saúde, a de nº. 8.080/90 na qual dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e ainda regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo o país (BRASIL, 1990).

Os princípios doutrinários do SUS são divididos em três e compreendem: a universalidade, onde assegura a toda à população os serviços de saúde, em todos os planos de proteção; a equidade, que já preconiza situação de risco de vida para qualquer pessoa; e a integralidade da atenção, que é compreendida como sendo um conjunto de articulações que atua em forma de prevenção e curativas, tanto individual como coletiva, exigido para cada caso, uma abordagem de acordo com o nível de necessidades e da complexidade do sistema.

Já os princípios organizadores são: a descentralização, a regionalização e hierarquização do sistema e a informação sobre o controle social (AGUIAR, 2011).

É nesta articulação em meio a princípios, método e diretrizes que as ações de formação têm sido propostas e formadas. As diretrizes dos processos de formação da Política Nacional de Humanização se assentam no princípio de que a formação é essencial para os processos de mudanças, através de intervenções e assim experimentarem em ato as mudanças nas práticas de gestão e de cuidado, na direção da afirmação do SUS como política inclusiva, equitativa, democrática, solidária e capaz de promover e qualificar a vida do povo brasileiro (BRASIL, 2008).

Desde então o pacto pela vida foi confirmado entre os gestores do SUS, em relação às prioridades que apresentam impacto sobre a saúde da população brasileira. As prioridades são postas por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, incumbindo aos estados, regiões e municípios acordarem as obras indispensáveis para o alcance das metas e dos objetivos propostos. Uma das prioridades pactuadas é a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (LOBO; LIMA; ACIOLI, 2011).

2.2 ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Os princípios gerais da Atenção Básica vêm a valorizar os princípios dos SUS. A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem oferecendo uma ampliação em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios onde as equipes de saúde da família funcionam, realizando cadastramento domiciliar, análise situacional, atuações dirigidas aos problemas de saúde de maneira compactuada com a comunidade, procurando cuidar dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, sendo o desenvolvimento de atividades de encontro com as necessidades da população, buscando-se a participação de organizações sociais para que haja a junção de parcerias e com isso adquirir um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2007).

Sendo assim, a forma como a ESF foi elaborada tem o intuito de acrescentar melhorias aos serviços de Atenção Primária a Saúde (APS) caracterizando pelos princípios do SUS, baseado em equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um médico generalista ou da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e contínua de cerca de 800 famílias, podendo ser complementadas por equipes de saúde bucal composta por um odontólogo e uma auxiliar de

consultório dentário onde se pode contar também com presença de um técnico de higiene dental (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Tendo em vista a preocupação com as necessidades da população relacionada à saúde, em 1980 foi concretizada uma reorganização da assistência à saúde pública, até então voltada somente para o pronto atendimento e a demanda espontânea (FIGUEREDO, 2009).

A operacionalização da Estratégia Saúde da Família vai ao encontro às mudanças do paradigma na área da saúde, tendo como modelo ações de promoção, proteção da saúde e prevenção das doenças e atenção integral as pessoas através dos programas (SANTOS, 2009).

De acordo com Figueiredo (2009) os programas foram criados devido à priorização de agravos referente a patologias específicas como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase dentre outros, através das informações do perfil epidemiológico da população por onde se deu articulações de caráter individual e coletivo.

Deste modo, são desenvolvidos pela ESF o Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto (PAISA), o Programa de Atenção Integral à Saúde Mulher (PAISM), o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), o Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso (PAISI), dentre outros (FIGUEIREDO, 2009).

No Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto (PAISA) se tem a priorização de alguns agravos específicos ocasionado pelas doenças crônicas não transmissíveis, citadas anteriormente, caracterizada pela forma de incapacidade residual sendo necessário ao portador procurar capacitação para habituar-se ao seu autocuidado de acordo com a sua situação econômica (OHARA; SAITO, 2010).

Segundo Santos (2009), o Programa de Atenção Integral à Saúde Mulher (PAISM), vem oferecendo vários serviços com o objetivo de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, mediante a garantia de direito legalmente constituído e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; Contribuir para a redução da mortalidade e mortalidade feminina no Brasil; Amplificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), no qual esta voltada para a maximização do alcance da assistência à saúde infantil, o que significa tanto estender a cobertura dos serviços de saúde quanto aperfeiçoar seu poder de resolução diante dos problemas de saúde mais prevalentes e relevantes inserido na população. Ainda faz parte o Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso (PAISI) sendo que todos têm o intuito de promover melhorias na saúde tanto para o indivíduo como para a população em geral (FIGUEIREDO, 2009).

Em 2009 foi criado, pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto (PAISA), a Política Nacional de Saúde do Homem. Com a intenção de facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. A iniciativa é uma resposta à observação de que os agravos do sexo masculino são um problema de saúde pública. Eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevada. Por meio dessa iniciativa, o governo federal quer que, pelo menos, 2,5 milhões de homens na faixa etária de 20 a 59 anos procurem o serviço de saúde ao menos uma vez por ano (BRASIL, 2009).

2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

O conceito de que os homens adentram no sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como efeito o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É imprescindível fortalecer e qualificar a atenção primária para que se possa garantir, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis (BRASIL, 2009).

Tendo como cenário que os homens talvez tenham dificuldades em reconhecer suas necessidades reais e cultivam um pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso (BRASIL apud SILVA, 2011).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, conseqüentemente, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade aponta o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade vigente comprometem o acesso à atenção integral, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população às situações de violência e de risco para a saúde (BRASIL, 2009 p.6).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009 apud LOPES, 2010), diz que a política propõe que além dos aspectos educacionais, dentre outras ações, os serviços públicos de saúde estejam ordenados de forma a contribuir para que este homem perceba e sinta-se integrado a esta nova política, e assim, as necessidades de mudanças nos padrões no que concerne a percepção dos homens em relação com os cuidados a sua saúde e de toda a sua família.

Como formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas pelo setor saúde, as seguintes diretrizes devem reger a elaboração dos planos, programas, projetos e atividades. Elas foram elaboradas tendo em vista a integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade, sendo norteadas pela humanização e a qualidade da assistência, princípios que devem permear todas as ações (BRASIL. 2009).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica que tem como intuito ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, com as estratégias de humanização, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo assim ações e serviços em redes e cuidados da saúde de mais este grupo (BRASIL, 2008).

Quanto aos direitos sexuais e reprodutivos Brasil (2008), cita o direito do pai em participar do planejamento reprodutivo assim como o de que ele tem o direito de participar de todo o processo, desde ter ou não ter filhos, como e quantos tê-los, ainda resguarda o direito do adolescente e do idoso quanto ao ato sexual por fazer parte de relações entre pessoas (BRASIL, 2009).

2.4 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA REPRODUTOR MASCULINO

Os órgãos genitais são responsáveis pela produção de novos indivíduos, portanto o material genético passa de geração para geração. O aparelho genital masculino é composto por dois testículos, um sistema de ductos composto por ductos deferente, ductos ejaculatório e a uretra, glândulas sexuais acessórias como vesículas seminais, próstata e glândula bulbouretral, sendo que ainda existem as estruturas de suporte como o escroto e o pênis (TORTORA; GRABOWSKI, 2002).

Os testículos são responsáveis pela produção de esperma e secretam hormônios, já o sistema de ductos transporta e armazena esperma, auxiliando também na sua maturação conduzindo-o para o exterior juntamente com as secreções das glândulas sexuais acessórias, onde sua função endócrina revela o desenvolvimento normal do macho da espécie em sua virilização e na sua capacitação para reprodução e a função exócrina vai resultar na espermatogênese (TORTORA; GRABOWSKI, 2007).

Por dia formam-se cerca de 120 milhões de espermatozoides. Neste processo, vão forma-se dos gametas haplóides a partir da divisão meiótica das espermatogônias, que são diplóides. O processo de espermatogênese demora cerca de 72 dias. Sob a influência de um ambiente hormonal

adequado (FSH e testosterona) e na dependência da célula de Sertoli, a espermatogonia vai dar origem ao espermatócito de 1.^a ordem, que se desenvolve no espermatócito de 2.^a ordem e finalmente na espermátide. Esta sofre um processo de metamorfose (espermiogénese) e é então libertada para o túbulo seminífero como espermatozoide (espermição). Este, ainda imóvel, vai ser levado para o epidídimo, através do fluido tubular, onde adquire mobilidade e será expulso com a ejaculação. Este fluido tubular é segregado pelas células de Sertoli e é completamente diferente do soro ou do líquido intersticial [21]. É na transição do espermatócito de 1.^a ordem para o espermatócito de 2.^a ordem que se dá a meiose (SILVA; CARVALHO, 2010, p. 14).

2.5 INFERTILIDADE

Segundo Simões (2010) a infertilidade é definida como a incapacidade de engravidar após um período de pelo menos 12 meses, com relações sexuais regulares e sem contraceção.

Os fatores etiológicos tanto pode ser feminino como masculino, sendo que cerca de 35% das causas são atribuídas a fatores inexplicáveis, 20% relacionadas ao homem e 30% às mulheres (MOREIRA, 2010).

A infertilidade pode ser classificada como primária quando tanto o homem como a mulher não têm história de concepção prévia, mesmo mantendo relações sexuais ativas e sem o uso de métodos contraceptivos. É a secundária, quando o homem ou mulher, ou ambos, concebeu anteriormente, porém, não conseguem realizar novamente, mesmo cultivando relações sexuais sem o uso de métodos contraceptivos (BARROS; GRANER; FARIA; 2009).

2.5.1 Infertilidade Masculina

Determinadas alterações podem comprometer a capacidade reprodutiva masculina como a oligospermia, astenospermia, teratospermia, azoospermia varicocele e a disfunção sexual, podendo vim a ser ocasionado pelo uso de substâncias como: álcool, cigarro, drogas ilícitas, hábitos alimentares e estilos de vida inadequados, exposição profissional a alguns agentes pode alterar a fertilidade assim como o calor na região do escroto, radiações, pesticidas e solventes ou outros agentes químicos (PORTUGAL, 2008; MOREIRA, 2014).

Portanto, a necessidade de uma avaliação por etapas, iniciando-se pela história clínica, exame físico, estudo citobioquímico de espermatozoides e criteriosos testes laboratoriais, de forma a tentar classificar a causa da infertilidade masculina, na qual pode se divididas em: causas

endócrinas (pré-testiculares), causas testiculares, causas obstrutivas (pós-testicular), causas genéticas e idiopáticas (LOPES; VENDEIRA, 2010).

O tratamento da infertilidade deve basear-se na melhor evidência clínica (LISBOA, 2010). Para Vieira e Glina (2010) o fator decisivo para escolha do tratamento masculino vai de encontro à concentração, motilidade e morfologia dos espermatozoides obtidos após processamento seminal.

As condutas variam desde o aconselhamento relacionado ao estilo de vida como sendo uma das causas pela fraca qualidade dos parâmetros seminais: por exemplo, consumo excessivo de álcool, uso de esteroides anabolizantes, esforços extremos, temperatura escrotal devido à roupa interior térmica, ou exposição ocupacional a fontes de calor lembrando que ainda existe um número considerável de fármacos que podem afetar a espermatogênese (DOHLE et al. ([20004?])

Vieira e Glina (2010) defende que existe alternativas tratáveis, bem como o tratamento cirúrgico por ser opção que trate a causa, devolve autonomia reprodutiva ao casal e tem menor custo ao uso de tratamento de reprodução assistida como em pacientes que tem varicocele, sua correção cirúrgica visa à ligadura das veias espermáticas e suas tributárias. O acesso pode ser retroperitoneal, inguinal ou subinguinal ou até mesmo uma reversão de vasectomia.

Em casos mais complexos existem outras técnicas como: a Inseminação Intra Uterina (IIU) ou Fertilização *In Vitro* (FIV) para pacientes que tem uma baixa contagem e baixa mobilidade de espermatozoides. Quando há a ausência de mobilidade utiliza-se IIU, Injeção Intracitoplasmática do Espermatozoide (ICSI) e FIV (CAMBIAGHI, [2010?]).

Na ausência de espermatozoide na ejaculação o indicado é o PESA (Aspiração microepididimal do esperma) no qual se aspira uma pequena quantidade de sêmen do epidídimo e os espermatozoides recuperados são utilizados para fertilização por ICSI, já o TESA (Biópsia do tecido testicular) é uma técnica similar, na qual os espermatozoides são retirados por uma minúscula biópsia de tecido testicular. Depois são recuperados e são utilizados para fertilização por ICSI no mesmo modo da técnica anterior, ou pode empregar-se também a MICRODISSECÇÃO no se realiza uma microcirurgia que possibilita a retirada dos espermatozoides diretamente dos ductos seminíferos, que é o local onde eles estão em maior concentração. Esta técnica é utilizada em homens que não eliminam espermatozoides pela ejaculação, mas fabricam em pequena quantidade. A vantagem quando comparada com outras técnicas é o fato de ser menos agressiva e oferecer a possibilidade de se retirar várias amostras de esperma, possibilitando o congelamento para uso futuro. Quando ocorre a ausência de espermatozoide no testículo a solução se dá através do banco de sêmen (CAMBIAGHI, [2010?]).

Cativos aos condicionamentos culturais, os homens em sua grande maioria quando procuram os consultórios demonstrando força, otimismo e indiferença muda a partir do momento em que recebem o diagnóstico diferente daquilo que confiavam do ideal de ser fértil (PLATT, FICHER, SILVER apud CARVALHO et al, 2006).

Quando o homem se depara com o diagnóstico de infertilidade o que mais se observa são as mudanças nos nível de ansiedade, tendo como tendência aumentar com o passar do tempo. (ANDREWS; ABBEY; HALMAN, 1991, CONNOLLY et al.,1992 apud CARVALHO, 2006).

A parte psicológica do homem fica bastante afetada quando ele descobre que o problema reprodutivo está relacionado a ele, sendo assim as relações sociais e familiares tendem a se tornar afetadas devido a diversos fatores dentre eles algumas situações onde ocorre um grande sofrimento, tais como reuniões onde são comentados assuntos relacionados a filhos, em especial quando o casal é questionado a respeito. Por outro lado, mitos e crenças socialmente partilhados, como por exemplo, as associações entre fertilidade e virilidade e entre fecundidade, esta situação pode influenciar até mesmo o rendimento no trabalho, tanto pelo estresse emocional quanto pelo tempo consumido pela procura de uma solução para o problema (AVELAR et al, 1999).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quanti-qualitativa. Segundo Gil (2007) uma pesquisa descritiva é uma descrição das características de um grupo ou de um evento. Pode ser considerado até mesmo um estabelecimento de relações variáveis.

O mesmo autor relata que a pesquisa exploratória é aquela que adequa maiores familiaridades com o problema, tornando-a de maneira mais explícita e de forma a levantar hipóteses. Os estudos descritivos e exploratórios são realizados habitualmente por pesquisadores no momento em que surgir uma preocupação com a atuação prática diante de um determinado problema.

A pesquisa quantitativa é um processo que se apropria da análise estatística sobre os fatos, amplamente utilizada na condução de pesquisas, evitando-se distorções de análise sobre interpretação, possibilitando assim uma margem de segurança quanto às interferências (RICHARDSON, 2010).

Quanto à pesquisa qualitativa, é um método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais relacionados ao conhecimento referente a grupos particulares, propicia à construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação, sendo de tal modo, utilizada para elaboração de novas presunções, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias, sendo que o pesquisador qualitativo tem de evitar controlar a pesquisa, para o estudo conservar-se no contexto naturalista (MINAYO, 2010).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Centro Clínico Evangélico Edgard Bulamarqui, situada na Rua Jose Negreiro, nº 346, centro; UBS Francisco Pereira de Azevedo, situada Rua Pedro Paraguai S/N Bairro Liberdade I; UBS Dr. José Holanda Cavalcante, localizada na Rua Erondina Cavalcante Dantas, nº 03, Bairro Dom Jaime Câmara; UBS Vereador Lahyre Rosado situada na Rua João Neponuceno de Moura S/N Bairro Sumaré e UBS Dr. Antônio Soares Junior localizada na Rua Antônio Geraldo de Medeiros S/N Bairro Bom Jesus. Foram escolhidas devido as UBS em regiões diferentes de

Mossoró devido ser a porta de entrada para os demais níveis de saúde e para que o resultado da pesquisa seja o mais abrangente possível.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O termo população se define como um conjunto de elementos que possuem determinadas características, já a amostra é o subconjunto da população (RICHARDSON, 2010).

A população do presente estudo foi composta por enfermeiros escolhidos de forma aleatória que atuam nas UBS de Mossoró/RN, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice I). A amostra foi composta por dez enfermeiros.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A técnica da coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE B). A entrevista é, conseqüentemente, uma forma de interação social. Mais especificamente, é um diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (GIL, 2009).

O roteiro de entrevista constituiu-se por duas partes, à primeira relacionada à situação sociodemográfica, com perguntas fechadas e a segunda relacionada à atuação do enfermeiro diante da infertilidade masculina, com perguntas abertas.

3.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de uma entrevista. Segundo Minayo (2010), a entrevista consistiu em uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por atuação do entrevistador, designada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa.

Ocorreu nos meses de setembro e outubro, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/FAMENE), conforme certidão em anexo. A entrevista constituiu-se através da gravação de um tablet, o entrevistado foi abordado na própria ESF na sala da enfermagem onde lhe foi explicado os objetivos e a justificativa da pesquisa. Sendo solicitada a assinatura

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual lhe garante o sigilo das informações. Após a coleta, os dados serão transcritos para posterior análise.

3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados quantitativos foram analisados através da estatística descritiva e apresentados em forma de gráficos e tabelas e discutido a literatura pertinente.

Os dados qualitativos serão analisados através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Segundo Alvântara e Vesce (2008, p. 2216) como uma:

Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo faz uma investigação de opinião acerca de um tema, fracionado em questões abertas, focado em uma determinada população, sendo que cada uma das questões produz um número diferenciado de opiniões e posicionamentos, ou seja, de diferentes Discursos de Sujeitos Coletivo.

O DSC é feito tradicionalmente por categorias, adotando os seguintes critérios: dados provenientes de questões abertas, um conceito, uma expressão que venha a revelar a essência do sentido da resposta (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa realizou-se obedecendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a qual incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 466/ 2013).

Foi embasada também pela Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Esta resolução aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e exercentes das atividades elementares de enfermagem no qual permite tais profissionais de realizarem pesquisa com seres humanos e os orientar quanto ao seu comportamento no seu campo de pesquisa e respeitar todas as formas éticas na sua legalidade (COFERN, 2007).

Este estudo foi enviado e submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE, onde seguiram os trâmites legais, orientações e normas para que assim seja realizada a coleta dos dados.

3.8 FINANCIAMENTO

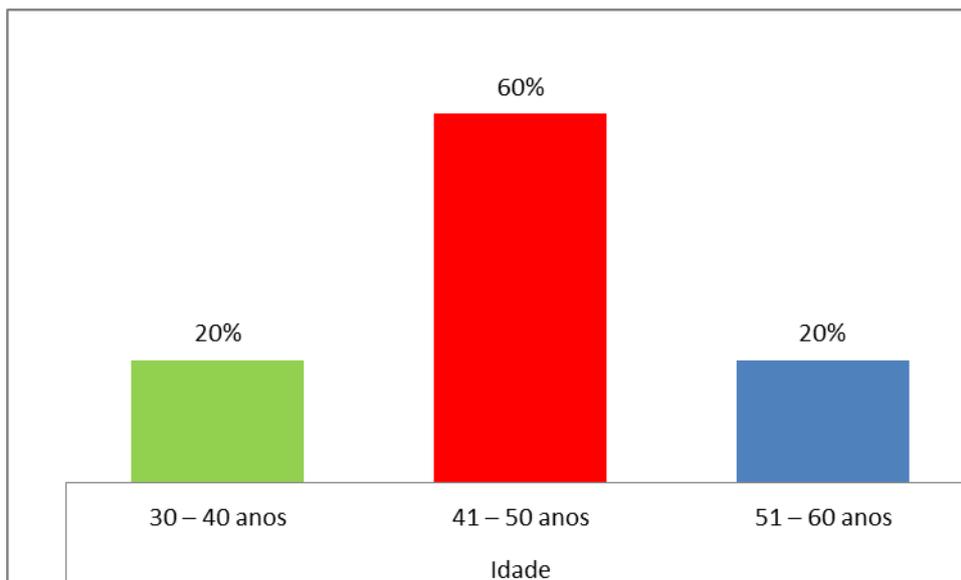
Todas as despesas do projeto de pesquisa foram de total responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) disponibilizou o seu acervo bibliográfico, assim como a orientadora e a banca examinadora.

4 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados da pesquisa. Os dados foram divididos em duas partes. A primeira parte relacionada aos dados sociodemográficos, referentes à idade, sexo, o estado civil, nível de formação, tempo de formação e tempo de atuação na ESF, analisados quantitativamente, apresentados em forma de gráficos e discutido a luz da literatura pertinente. A segunda parte relacionada à atuação do enfermeiro diante da infertilidade masculina, analisados qualitativamente, através do Discurso do Sujeito Coletivo e apresentados em forma de quadros.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Gráfico 1. Dados relacionados à idade dos entrevistados. Mossoró/RN

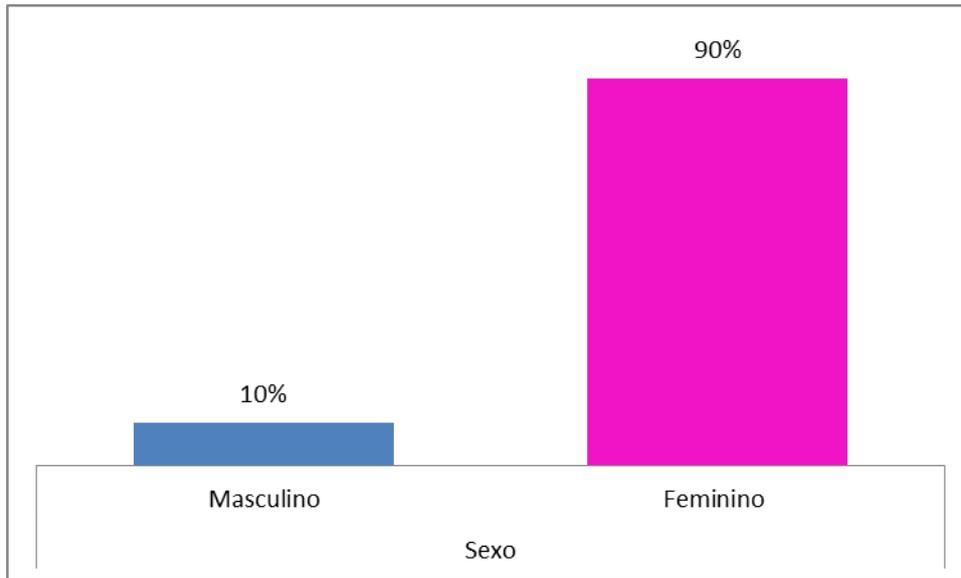


Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

Observou-se no Gráfico 1 que os enfermeiros prevalecem na faixa etária de 41 a 50 anos com 60%, sendo os demais 30 a 40 anos em 20% e de 51 a 60 anos em 20% totalizando uma amostra de 10 enfermeiros.

De acordo com o presente estudo, a faixa etária predominante em relação à idade dos entrevistados é de 41 a 50 anos de idade, semelhante aos estudos de Dias (2012) ao citar a faixa etária dos enfermeiros da ESF no município de Fortaleza-CE, entre 28 a 48 anos de idade.

Gráfico 2. Dados relacionados ao sexo dos entrevistados. Mossoró/RN

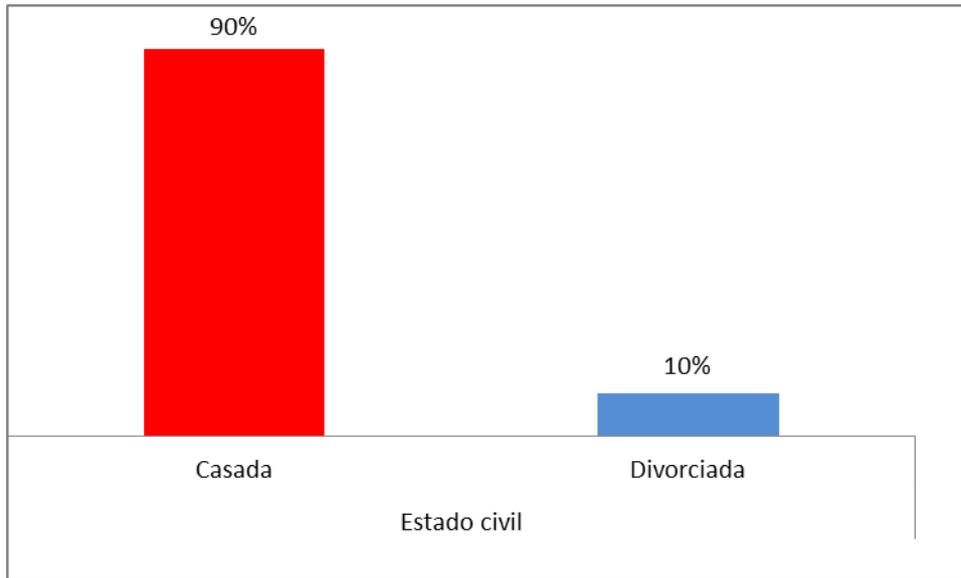


Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

O Gráfico 2 mostra que 10% dos entrevistados são do sexo masculino e 90% do sexo feminino.

Segundo Lopes (2005) existe uma porcentagem maior do sexo feminino na área da enfermagem, característica própria da profissão, pois esta nasceu como um serviço organizado de ordens religiosas que impuseram, por longo período, o exercício institucional majoritariamente feminino e caritativo; consideraram-se, ainda, a influência de Florence Nightingale que institucionalizou na Inglaterra Vitoriana (1862), uma profissão para as mulheres, na qual estas eram “naturalmente preparadas” a partir de valores que se consideravam femininos, como o cuidar, por exemplo.

Gráfico 3. Dados relacionados ao estado civil dos entrevistados. Mossoró/RN

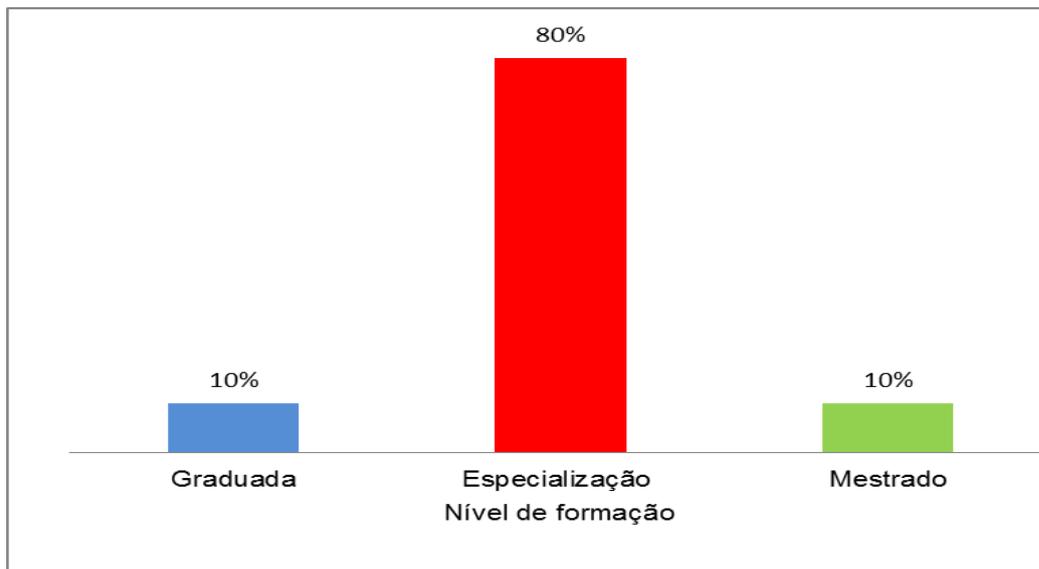


Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

Através do Gráfico 3 observamos que 90% dos entrevistados são casados e que 10% são divorciados.

Foi observado, no que se refere ao estado civil, para Fernandes (2010) os resultados indicam que os indivíduos casados obtêm maior qualidade de vida comparada aos solteiros, nos domínios psicológicos, independência, relações sociais e ambientes.

Gráfico 4. Dados relacionados nível de formação dos entrevistados. Mossoró/RN



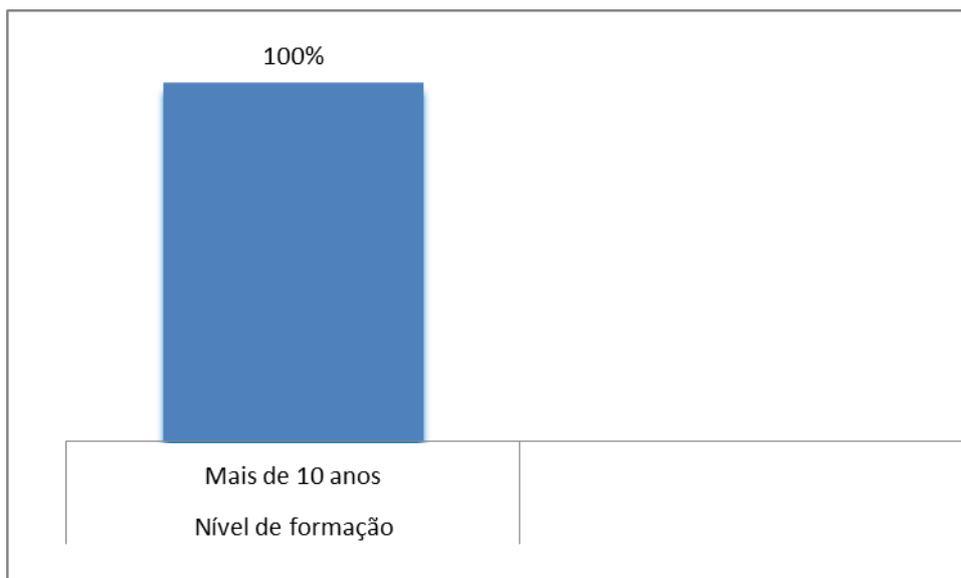
Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

Observou-se no Gráfico 4 que os dados relacionados aos entrevistados a nível de formação varia entre graduação (10%), especialização (80%) e mestrado (10%).

Para Pierantoni, (2008) A busca por cursos de especialização pode ser explicada, por um lado, pela maior seletividade do mercado de trabalho e a esperança de aumento salarial. Por outro, a necessidade de ter um perfil diferenciado para o trabalho na ESF pode ter contribuído para este movimento, além da possibilidade de trabalhar no ensino de graduação, que passou a ser um mercado em expansão nos últimos anos.

Deste modo, é preciso adquirir uma posição diante dos desafios postos ao enfermeiro para enfrentar um novo período, cujas tendências exigem, do profissional do futuro, o perfil de uma pessoa capaz de investir no seu autoconhecimento, que seja ágil e criativo na resolução de problemas, que tenha conhecimento variado eclético e com habilidades nas relações humanas, tendo em vista que vivemos em um mundo globalizado onde o acesso à informação é aparentemente universal, a tecnologia endeusada e as transformações ocorrem rapidamente no modo de produção. Por consequência, o profissional do novo milênio tem de ajustar-se a esta nova realidade (ESPERIDIÃO, 2000).

Gráfico 5. Dados relacionados ao tempo de formação dos entrevistados. Mossoró/RN

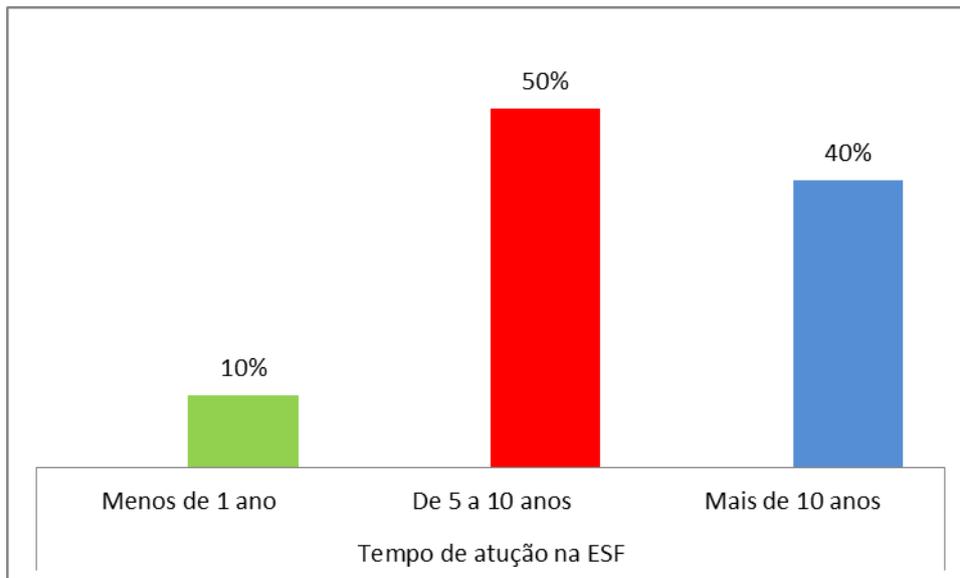


Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

No Gráfico 5 observou-se que o tempo de formação dos entrevistados equivale a mais de 10 anos de formação totalizando uma porcentagem de 100%.

O tempo de formação dos entrevistados pode influenciar no seu dia a dia na tomada de decisões, iniciativas e resoluções para determinado problemas, cabe ao profissional procurar sempre se qualificar para o melhor desenvolvimento de suas tarefas diante dos usuários da ESF.

Gráfico 6. Dados relacionados ao tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família entrevistados. Mossoró/RN



Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

Observou-se no Gráfico 6 que 50% dos entrevistados com atuação na ESF estão trabalhando de 5 a 10 anos, 40% a mais de 10 anos e 10% a menos de 1 ano.

O tempo de formação dos entrevistados pode influenciar no seu dia a dia na tomada de decisões, iniciativas e resoluções para determinado problemas, cabe ao profissional procurar se qualificar, sempre, para o melhor desenvolvimento de suas tarefas diante dos usuários da ESF.

2. DADOS RELACIONADOS À ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DA INFERTILIDADE MASCULINA

QUADRO 1. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à pergunta: Qual é o seu conhecimento sobre infertilidade masculina?

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Não tem conhecimento	“Dentro da estratégia eu não conheço nada não (...)”. (E6).
Ideia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Pouco conhecimento devido à falta de capacitação	“Quase nada de conhecimento porque não participamos de nenhum treinamento sobre este tema (...) Para ser sincero não foi passado nada não (...) É muito primário, é elementar, até hoje não existe capacitação, não existe ação direcionada para infertilidade”. (E1, E6, E9).
Ideia Central III	Discurso do Sujeito Coletivo
Conhecimento restrito	“(...) Eu sei o que é uma pessoa infértil, que é uma pessoa que não pode ter um filho, pronto (...) Infertilidade é quando não pode gerar filhos (...) Porque ele tem problema justamente na motilidade do espermatozoide além de ser insuficiente”. (E3, E5, E10).

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

No Quadro I foram identificadas três Ideias Centrais. A Ideia Central I mostra que os participantes da pesquisa não tem conhecimento sobre a infertilidade masculina. A Ideia Central II mostra que os entrevistados tem pouco conhecimento devido à falta de capacitação e na Ideia Central III percebe-se que os participantes da pesquisa tem conhecimento restrito sobre a temática abordada.

Estudos realizados por Lindner (2006) e Moura (2010), concluíram que existe um déficit de conhecimento dos enfermeiros e que a atenção aos casais inférteis é ausente ou inadequada, portanto, estudos realizados no município de Mossoró/RN foram constatados realidades semelhantes à de Fortaleza-CE e a de Florianópolis-SC, em que ambas se caracterizaram pela fragilidade da atenção em infertilidade na ESF.

Segundo Moura et al. (2013) o nível de conhecimento sobre os tipos de infertilidade pode comprometer a qualidade da assistência prestada pelos enfermeiros, uma vez que ao

realizar a investigação e a abordagem, irá permitir identificar o tipo de infertilidade e assim proceder com o método a ser adotado para a problemática.

Brasil (2010) descreve que a infertilidade é definida como a ausência de gravidez em um casal após um ano ou mais de atividade sexual regular e sem uso de medidas anticonceptivas. A infertilidade se subdivide em: infertilidade primária quando existe a ausência de gestação previa, e a infertilidade secundária que esta ligada a falha na capacidade reprodutiva que tenha se estabelecido após uma ou mais gestações.

Para Moreira (2004) existem fatores determinais que estejam ligados ao homem, que podem comprometer a capacidade reprodutiva, dentre as mais freqüentes, segundo Lisboa (2008), destacam-se a oligospermia na qual se consisti a baixa quantidade de espermatozoide, astenospermia corresponde a alterações na motilidade dos espermatozoides, azoospermia consiste na ausência de espermatozoides no ejaculado, teratospermia está relacionado à morfologia inadequada, o que torna os espermatozoides incapazes de perfurar a camada externa do óvulo, a varicocele ocorre devido à dilatação varicosa das veias do cordão espermático e por ultimo a disfunção sexual que é um problema erétil que pode impedir a deposição do esperma no canal da vagina e ate mesmo de manter ereção normal.

Já Leal; Figueiredo e Silva [?] diz que existe ausência nos serviços de saúde referente, até mesmo, para a implantação da PNAISH, seguida da falta de conhecimento relacionada à saúde do homem e até mesmo deficiência do material didático e apoio para as ações de ponta que possuem sobre a política articulada citada anteriormente, o conhecimento tem se tornado de forma bastante superficial ocasionado por esta deficiência nas ESF.

Deste modo, Silva, Ogata e Machado (2007) dizem que os processos de capacitações dos trabalhadores devem tomar como referência as necessidades de saúde da população, da gestão e do controle social para qualificar as práticas de saúde e a educação dos profissionais e melhorar assim atenção à saúde na comunidade.

QUADRO 2. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à pergunta: Você sabe qual é a sua causa?

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Pode ser ocasionado por diversos fatores	<p>“Diversas... Biológica, traumáticas etc. (...) Podem ser drogas, pode ser doenças genéticas, bebidas e doenças (...) Algumas doenças transmissíveis, doenças da infância, traumas nos órgãos genitais (...) Assim de uma maneira geral é varicocele, complicações da gonorreia, tem a caxumba, trauma”.</p> <p>(E2, E4, E8, E9).</p>
Ideia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Problemas com o espermatozoide	<p>“É quando a produção de espermatozoides é insuficiente ou produz espermatozoide mais que não tem capacidade de fecundar o óvulo (...) Em alguns casos pode ser hormonal, quanto à mobilidade do espermatozoide e a quantidade”.</p> <p>(E3, E10)</p>

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

O Quadro 2 mostra em sua Ideia Central I que, segundo os entrevistados, a infertilidade masculina pode ser ocasionada por diversos fatores, enquanto que a Ideia Central II delimitou mais a causa da infertilidade, no qual os participantes da pesquisa relacionaram-no com problemas com o espermatozoide.

Para Delgado (2007), a origem de um novo ser se tem através da conjunção de uma célula reprodutora feminina – o ovócito, e de uma célula reprodutora masculina – o espermatozoide, para que ocorra a fecundação é indispensável que o sistema reprodutor masculino produza espermatozoides em quantidade e qualidade adequadas.

Portanto para Gonçalves (2005), a infertilidade pode decorrer de fatores não patológicos e patológicos. Sendo assim, Cedars (2005) diz que as alterações da qualidade dos espermatozoides podem advir de alterações hormonais, fatores genéticos, alteração na vascularização testicular, assim como o uso de medicação, infecções, sequelas cirúrgicas, exposição ambiental a tóxicos, tabagismo e aumento da temperatura testicular. O mesmo autor também relata que 20% dos casos de infertilidade são mistos, e 10% dos casos são de

causa desconhecida onde não se tem explicação na medida onde não se tem como identificar o fator.

QUADRO 3. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo: Conhece alguma forma de tratamento? Quais?

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Desconhece as formas de tratamento	<p>“ (...) Não conheço nenhuma, até porque assim como a gente não trabalha dentro do nosso atendimento, porque o que a gente trabalha muito é a saúde da mulher além de não ter um cronograma voltado só para saúde do homem (...) Não, e não conheço nenhuma forma de tratamento porque às vezes os homens tem preconceito de fazer alguns exames e a gente sempre acha que a culpa é das mulheres (...) Não, conheço para mulher para homem assim conheço não.”</p> <p>(E1, E2, E3).</p>
Ideia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Conhece um tipo de tratamento	<p>“(...) o In vitro”.</p> <p>(E10)</p>

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

No Quadro 3 percebe-se, com a Ideia Central I, que os entrevistados desconhecem as formas de tratamento da infertilidade masculina. A Ideia Central II revela que os participantes conhecem apenas um tipo de tratamento para a infertilidade masculina.

A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida vem sendo inserida na ESF desde 2005, através das seguintes Portarias a N° 426 e 388/2005, com o intuito de identificar os principais problemas de infertilidade de casais em idade fértil desde o nível primário podendo ser referenciada para outros níveis também como a de média e alta complexidade (COSTA, 2006).

Para Delgado (2007) o tratamento da infertilidade masculina sofreu uma revolução nos últimos anos oferecendo esperança a homens que nunca tinham tido hipóteses de procriar.

Este passa pela introdução de correção nos fatores causais através de meios específicos, sendo também eles, médicos ou cirúrgicos, sendo assim o tratamento médico consiste no tratamento hormonal, utilizado para correção de desequilíbrios ou insuficiências hormonais detectadas, na introdução de medidas gerais para melhorar a qualidade dos espermatozoides, na administração de antibióticos quando diagnosticada uma infecção, ou ainda no tratamento da infertilidade de causa imunológica (diminuição dos anticorpos anti-espermáticos, através da administração de corticóides).

É também utilizada a abordagem cirúrgica, em caso de obstrução que comprometa a progressão dos espermatozoides, em qualquer nível do trato genital ou ainda, na correção de uma varicocele.

Segundo Lisboa (2008) existe algumas técnicas como a de Reprodução Assistida na qual se encontra a Inseminação Artificial onde o espermatozoide é introduzido no órgão genital feminino, ICSI consiste na deposição mecânica de um único espermatozoide no interior do citoplasma oocitário.

Os espermatozoides para injeção podem ser obtidos a partir do ejaculado ou quando necessário, recorrendo a técnicas cirúrgicas através do recolhimento dos espermatozoides, quando em casos de azoospermia ou oligospermia grave ou alterações da ejaculação. Estas são a Aspiração Microcirúrgica de Espermatozoides do Epidídimo (MESA), consistindo numa técnica em que os espermatozoides são recuperados por aspiração a partir do epidídimo; e a Extração Testicular de Espermatozoides (TESE), quando realizada a biópsia do testículo a fim de obter espermatozoides diretamente do tecido testicular.

Apenas um dos entrevistados cita um dos tratamentos, “In vitro”, que segundo Faustino (2005) a Fertilização In Vitro (FIV) é a técnica mais utilizada, tendo sido através dela que nasceu o primeiro bebé com recurso a biotecnológico, no Reino Unido, em 1978. É indicada em casos de infertilidade inexplicada, de fatores femininos, tais como obstrução tubária, de fatores masculinos, como alterações severas na qualidade do esperma, e ainda em casos de infertilidade de causa imunológica ou incompatibilidade entre o muco cervical e os espermatozoides.

QUADRO 4. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo: Como você realiza a consulta de enfermagem para homens com infertilidade?

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Através da anamnese	<p>“ (...) Eu ia conversar, vê né... da família, fazer uma anamnese (...) No caso a gente faz a anamnese”</p> <p>(E1, E7)</p>
Ideia central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Encaminhamento ao médico	<p>“Geralmente encaminha para o médico, porque na maioria das vezes estes casos quando vem não vem diretamente para a enfermagem, geralmente quando eles vão que é muito pouco vão direto a consulta médica (...) A gente encaminha para o médico da unidade para ele encaminhar para um urologista”.</p> <p>(E5, E7)</p>

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

No Quadro 4, a Ideia Central I mostra que os entrevistados realizam a consulta de enfermagem para os homens com infertilidade através da anamnese e na Ideia Central II percebe-se que a conduta durante a consulta é o encaminhamento ao médico.

Segundo Delgado (2007), a investigação deve partir desde a anamnese, onde se inicia a história clínica relativa aos antecedentes pessoais médicos e cirúrgicos, bem como os de hábitos de vida nocivos. Deve ser realizado também o exame físico geral e a inspeção do aparelho reprodutor na busca de alterações morfológicas, dentre estes pontos ainda existe outros métodos que podem ajuda a identificar o tipo de infertilidade masculina como: doseamentos hormonais, o espermograma, teste da função espermática, testes genéticos, a deferentografia, a ecografia trans-retal, a ecografia e o doppler escrotal.

Com relação ao encaminhamento ao médico, percebeu-se uma semelhança ao relacionar o presente estudo junto ao de Dias et al (2012), o autor referenciado diz que em algumas unidades de saúde, cuja clientela com essa necessidade é encaminhada ao médico,

sem passar pela consulta de enfermagem, mas que existe uma baixa procura por este serviço, uma vez que é raramente ofertado, levando a clientela a procurar serviço de média ou alta complexidade mediante manifestação de infertilidade. A esse respeito, enfermeiros e equipe da ESF que têm como uma de suas atribuições cuidar de indivíduos inférteis deve planejar-se para oferecer atendimento nessa área aos seus usuários.

QUADRO 5. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo: Quais são as principais condutas que você realiza ou daria aos homens com diagnóstico de infertilidade?

Ideia central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Desconhece as condutas	<p>“(…) Eu acho que no momento eu desconheço as condutas e não faria nada (...) É como eu disse não tem um fluxograma definido aqui em Mossoró (...) A infertilidade também mais a nível de enfermagem sinceramente eu não conheço”.</p> <p>(E1, E9, E6)</p>
Ideia central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Encaminhamento ao médico	<p>“(…) Ia encaminhar para um urologista que é o que a gente tem na rede de Mossoró, mais o bom seria que fosse para um geneticista alguma coisa assim né? Para poder vê e procurar a causa e o tipo de tratamento. (...) procura saber se ele procurou um médico para fazer algum tipo de tratamento ou se procurou saber informações sobre este problema. Com certeza eu iria encaminhá-lo ao médico (...) A princípio encaminha ao especialista, é o que temos aqui”</p> <p>(E3, E5, E6)</p>

Ideia central III	Discurso do Sujeito Coletivo
Apoio psicológico	<p>“(…) A conduta... (pausa) não só a orientação e o apoio psicológico já que ele não podia ter e que no último caso ele adotasse uma criança, que tem tanta criança ai né! ”. (...) O que eu poderia fazer é... eu poderia fazer uma parte social e espiritual, conversar e passar um pouco de autoestima e levantar a autoestima dele.</p> <p>(E4, E5).</p>

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

O Quadro 5 mostra, através da Ideia Central I, que os entrevistados desconhecem as condutas que devem se implementadas ao homem com diagnóstico de infertilidade masculina. A Ideia Central II revela que a conduta utilizada é o encaminhamento ao médico, preferencialmente o especialista no caso. Enquanto que a Ideia Central III diz que a conduta utilizada pelos enfermeiros participantes da pesquisa é dar apoio psicológico aos pacientes atendidos.

Existem alguns aspectos que devem ser levado em consideração pelo enfermeiro nestes casos até mesmo para poder orientar o usuário como, por exemplo: o relacionamento sexual do casal, devendo ser investigados aspectos, tais como a frequência do coito e masturbação, existência de disfunção erétil que comprometa a penetração, disfunção ejaculatória, posições utilizadas, uso de lubrificantes, aspectos culturais e/ou religiosos relacionados e detenção de conhecimentos relativos à fisiologia da reprodução (BRASIL, 2010).

Tendo em vista que ao procurarem um especialista em infertilidade, muitos casais geralmente já vivenciaram esta ampla variedade de emoções conflitantes. Os aspectos psicológicos envolvidos no tratamento da infertilidade têm como base a conjunção de uma série de circunstâncias, as quais os pacientes têm que enfrentar quando decidem por essa opção tudo deve ser levado em conta assim como os aspectos emocionais, financeiros, demanda física do tratamento, processos legais, éticos e morais dentro da comunidade (AVELAR, 1999).

Segundo Delgado (2012), para alguns casais, a infertilidade torna-se uma das maiores obsessões das suas vidas. Nestes casos a ajuda psicológica é ainda referida como importante para auxiliar os casais a elaborar os conflitos psicológicos desencadeados ou agravados pela infertilidade, avaliando o impacto dos exames e tratamentos e identificando as dificuldades psicológicas emergentes (Moreira et al., 2005).

Para Cedars (2005), o homem tem tendência a assumir o papel de otimista durante a crise causada pela infertilidade, sobretudo durante os períodos difíceis em que as suas companheiras estão desencorajadas ou tristes, o que tem a ver com os fatores sociais e culturais sobre o que deve ser o papel masculino dentro da formação de uma família, os mesmo tem se mostrado relutantes em expressar os seus sentimentos, o motivo desta relutância é a crença de que não devem contribuir para agravar o estresse vivido por ambos enquanto casal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber, ao finalizar este trabalho, que a infertilidade masculina tem tirado o sonho de muitos homens de terem filhos, de construírem uma família através do método natural.

Os objetivos da pesquisa foram atingidos, na qual foi constatado que os entrevistados não têm conhecimento sobre a infertilidade masculina e que este problema pode ser causado por diversos fatores, entre os quais problemas com o espermatozóide; que desconhecem as formas de tratamento, e conhece apenas uma forma de tratamento; que a consulta de enfermagem é feita através da anamnese e encaminhamento médico e que desconhecem as condutas a serem realizadas diante dos homens com este problema ou dariam apoio psicológico. Assim, foi confirmado à hipótese apresentada.

Ao se correlacionar com outras literaturas, nota-se uma aproximação da realidade também vivida em Mossoró, pois os enfermeiros não tiveram acesso a material ilustrativo pertinente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, tendo em vista que esta política não se restringe somente a ao exame da próstata, como é demonstrado nas propagandas, existem outros itens que abrangem o homem como um todo, apesar do que no item “Direito sexual e direito reprodutivo” ainda deixa muito a desejar.

Considerando-se ainda o tema abordado, atual, importante e pertinente, tanto para os homens com infertilidade, como para os profissionais de saúde. Um maior conhecimento e compreensão da natureza ocasionada pela infertilidade masculina, que este estudo venha a oferecer subsídios para melhorar à qualidade da assistência prestada pelos enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde referente à infertilidade masculina.

Portanto, a infertilidade masculina possui causas multideterminadas, deste modo, não se admite uma intervenção que exclua a dimensão emocional e nem o contexto ambiental no qual está inserida. A partir destes preceitos, não podemos falar em tratar enfermidades, mas sim em tratar sujeitos, observando as suas queixas. O entendimento interdisciplinar é de grande relevância, pois estamos tratando de destacar os processos sociais, psicológicos, além dos aspectos biológicos que nele estão envolvidos.

Os homens quando procurarem atendimento precisará de um olhar do médico, do enfermeiro, do apoio social e de todos os profissionais que estão comprometidos com seu tratamento. Caberá aos enfermeiros procurarem se atualizar e não espera somente pelos gestores, as capacitações, materiais didáticos e melhorias no ambiente de trabalho são de fundamental para poder receber esta nova clientela tão importante na construção de uma família.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde, antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.** São Paulo: Martinari, 2011.

ALVÂNTARA, Anelise Montañes. **As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa** ([2008?]) Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/724_599.pdf Acesso em: 21 de maio 2013.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro et al. A Estratégia Saúde da família. In: DUNCAN, Bruce.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANE, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 3. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

AVELAR, Cássia Maria et al. **Infertilidade e Emoção.** Belo Horizonte, 1999. Disponível em: http://www.pro-criar.com.br/downloads/infertilidade_emocao.pdf Acesso em: 21 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do homem.** 2009. Disponível em: portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/8147/162/projetos-para-saude-do-homem-terao-recursos-do-ms.html Acesso em: 24 fer. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAISH.** 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?co_seq_campanha=3504&id_area=137&pagina=dspDetalheCampanha Acesso em: 15 abr. 2013.

BRASIL. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país:** 2005. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do homem.** 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?co_seq_campanha=3504&id_area=137&pagina=dspDetalheCampanha Acesso em: 20 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As diretrizes dos processos de formação da Política Nacional de Humanização.** 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf Acesso em: 20 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 338/2005. **Institui Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.** 2005. Disponível em:

http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-em-reproducao-humana-assistida-1/Portaria_388.pdf Acesso em: 26 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Homem**: Projetos para saúde do homem terão recursos do MS. [2008?]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/8147/162/projetos-para-saude-do-homem-terao-recursos-do-ms.html>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar**: Manual Técnico. 4. ed. Brasília: MS, 2002.

CAMBIAGHI, Arnaldo Schizzi. **Fertilidade do homem**. [2010?]. Disponível em: <http://www.fertilidadedohomem.com.br/tratamentos.html> Acesso em: 15 abr. 2013.

CAMIÁ, Gislaíne Eiko Kuahara; BARBIERI, Márcia. Planejamento Familiar In: **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica**: guia para a prática assistencial. 2. ed. São Paulo. Roca, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

CARVALHO, Cilly de Almeida P. et al. **Guia sobre saúde mental em reprodução humana**. São Paulo: Comitê de Psicologia da SBRH, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. 2007. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html Acesso em: 29 abr. 2013.

CUNHA, Christelle Faria. **Vivenciais de um casal infértil**. 88f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima, 2012.

DELGADO, Maria João Coito. **O desejo de ter um filho... as vivências do casal infértil**. 213 f. Dissertação (Mestrado em comunicação) - Universidade Aberta Lisboa, 2007.

DOHLE, G. E. et al. **Orientações para a investigação e tratamento da infertilidade masculina**. [2004?]. Disponível em: <http://www.apurologia.pt/guidelines/Infert-Mascu.pdf> Acesso em: 20 abr. 2013.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida. **Práticas de Enfermagem** Ensinando a Cuida em Saúde Pública. 1. Ed. São Paulo: Yendis, 2009.

FONTINELE JÚNIOR, Klinger. **Programa Saúde da Família (PSF)**: comentado. Goiânia: editora AB, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. 8. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A.M.C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O Discurso do Sujeito Coletivo: Uma nova Abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LOBO, Fernanda Senna; LIMA, Ísis Fernanda dos Santos; ACIOLI, Karen Lidiane Benfica Oliveira. Pacto pela Saúde. In: AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde, antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

LOPES, Vivian Daiane. **Política Nacional da saúde do homem: a percepção da população masculina sobre este novo programa**. 50 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, Mossoró, 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MINAYO, Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo Editora Hucitec, 2010.

MONTEIRO, Maria João Pinto **Enfermagem de Família: a construção de competências**. Porto: Esep, 2009. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/enfermagem_de_familia.pdf Acesso em: 20 abr. 2013.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2. ed. São Paulo: editora Martinari, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. **Programa Nacional de Saúde Reprodutiva Saúde reprodutiva: Planeamento familiar**. Lisboa: DGS, 2008. - 67 p. - ed. revista e actualizada.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. **Saúde reprodutiva infertilidade: cuidados de saúde hospitalares**. Lisboa: DGS, 2010.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas** 3. ed. São Paulo: Editora Atlas S. A., 2010.

SANTOS, Maria Cristina Honório. Atenção Básica. In: KAWAMOTO, Emilia Emi **Enfermagem comunitária**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 2009.

SILVA, Luiz Ferraz; CARVALHO, La Fuente **Actualizações na infertilidade masculina**. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Andrologia, 2010.

SILVA, Luiz Ferraz; CARVALHO, La Fuente. **Actualizações na infertilidade masculina**. ed. Sociedade portuguesa de andrologia. Saúde, Sá — Artes gráficas, 2010.

SILVA, Samara Karla Nogueira. **Saúde do homem**: Conhecimento e Aplicabilidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família. 61f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, Mossoró, 2011.

SIMIÃO, Fernanda Cristina Nunes; CRUZ, Fátima Maria Leite; OLIVEIRA FILHO, Pedro. **Atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens**: discursos de profissionais do Programa Saúde da Família de Recife. [2008]. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/aten%C7%C3o%20%C0%20sexualidade%20e%20%C0%20sa%DAde%20reprodutiva%20dos%20homen. Acesso em: 10 abr. 2013.

SIMÕES, Maria Inês Táboas. **Infertilidade**: Prevalência. 28f. Monografia (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal, 2010.

SOUSA, Maria Augusta. Desenvolvimento Profissional – Individualização das especialidades em Enfermagem Fundamentos e Proposta de Sistema. **Ordem dos enfermeiros**, n.26, jul. 2007.

TORTORA, Gerard J. ; GRABOWSKI, Sandra Reynolds. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 9. ed. Rio de Janeiro Editora Guanabara Koogan S.A. , 2002.

TORTORA, Gerard J.; GRABOWSKI, Sandra Reynolds. **Corpo Humano Fundamentos de Anatomia e Fisiologia**. 6. ed. Editora S. A. Porto Alegre, 2007.

VIEIRA, Marcelo; GLINA, Sidney. Infertilidade masculina. In: DIAS, José Santos. **Urologia Fundamental** - na Prática Clínica. Goiânia: Lidel, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A presente pesquisa intitulada Atuação dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde de Mossoró diante da infertilidade masculina desenvolvida por Eguimara de Souza Borges Fernandes, pesquisadora associada e aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação da pesquisadora responsável, a professora Esp. Joseline Pereira Lima, tem como objetivo geral: Analisar a atuação dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde de Mossoró/RN Centro Clínico Evangélico Edgard Bulamarqui, situada na Rua Jose Negreiro, nº 346, centro; UBS Francisco Pereira de Azevedo, situada Rua Pedro Paraguai S/N Bairro Liberdade I; UBS Dr. José Holanda Cavalcante, localizada na Rua Erondina Cavalcante Dantas, nº 03, Bairro Dom Jaime Câmara; UBS Vereador Lahyre Rosado situada na Rua João Neponuceno de Moura S/N Bairro Sumaré e UBS Dr. Antônio Soares Junior localizada na Rua Antônio Geraldo de Medeiros S/N Bairro Bom Jesus, diante da infertilidade masculina. E objetivos específicos: Caracterizar a situação sociodemográfica dos enfermeiros envolvidos na pesquisa; Identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a infertilidade masculina, com relação ao conceito, causas e tratamento deste problema; Conhecer como é a consulta de enfermagem para homens com infertilidade; Descrever quais são as principais condutas realizadas por estes profissionais aos homens com diagnóstico de infertilidade.

A mesma justifica-se pelo fato da infertilidade masculina ser vista com preconceito diante da sociedade e até mesmo dos próprios homens. Esta situação pode vir afetá-los em vários momentos de sua vida, tanto na área social, afetiva, conjugal, profissional e psíquica. Entendemos que assim, a assistência do enfermeiro diante da infertilidade masculina é de grande relevância para este homem.

Será utilizada como instrumento para a coleta de dados, a aplicação de um roteiro de entrevista. Desta forma, venho, através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitar a sua participação nesta pesquisa e a autorização para utilizar os resultados para fins científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários, etc.).

Convém informar que a pesquisa apresenta riscos mínimos porém os benefícios superam os riscos. Será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa. Você não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Informamos também que a pesquisa apresenta riscos mínimos às pessoas envolvidas, porém os benefícios superam os riscos.

As pesquisadoras¹ e o Comitê de Ética em Pesquisa desta IES² estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, a justificativa, riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo em participar do mesmo. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, documento ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, ____/____/ 2013.

Pesquisadora Responsável/ Associada

Participante da Pesquisa/ Testemunha

¹**Endereço residencial da Pesquisadora Responsável:** Av. Presidente Dutra, 701. Alto de São Manoel – Mossoró/RN. CEP 59628-000 Fone: /Fax : (84) 3312-0143. E-mail: josy_enf@facenemossoro.com.br

²**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** R. Frei Galvão, 12. Bairro Gramame – João Pessoa/PB. Fone: (83) 2106-4790 e-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. DADOS RELACIONADOS À SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.

Idade: () Sexo ()

Estado civil: Casado () Viúvo () Solteiro () União estável ()

Nível de formação:

() Graduação

() Mestrado

() Especialização

() Doutorado

Tempo de formação:

() Menos de 1 ano

() de 5 a 10 anos

() De 1 a 5 anos

() mais de 10 anos

Tempo de atuação na ESF

() Menos de 1 ano

() de 5 a 10 anos

() De 1 a 5 anos

() mais de 10 anos

2. DADOS RELACIONADOS À ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DA INFERTILIDADE MASCULINA.

a) Qual é o seu conhecimento sobre infertilidade masculina?

b) Você sabe qual é a sua causa?

c) Conhece alguma forma de tratamento? () sim () Não Qual(is)?

d) Como você realiza a consulta de enfermagem para homens com infertilidade?

e) Quais são as principais condutas que você realiza ou daria aos homens com diagnóstico de infertilidade?

ANEXO

ANEXO A – Certidão

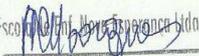
Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 6º Reunião Extraordinária realizada em 22 de Agosto 2013 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulado **"ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE MOSSORÓ DIANTE DA INFERTILIDADE MASCULINA"**, protocolo número: 116/13, CAAE: 19013813.9.0000.5176 e Parecer do CEP:375.040, Pesquisadora responsável: **Joseline Pereira Lima** e dos Pesquisadores associados: **Eguimara de Souza Borges Fernandes, Lucidio Cleberson de Oliveira e Verusa Fernandes Duarte**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/09/2013, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 28 de Agosto de 2013


 Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

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

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil
 CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777