



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

CAROLINE OLIVEIRA DE CASTRO

**AÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO A NECESSIDADES DE
SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Rio de Janeiro
Abril/2012

Caroline Oliveira de Castro

**AÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO A NECESSIDADES DE
SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Relatório Final de Dissertação de Mestrado, apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr. Florence Romijn Tocantins.

Rio de Janeiro
Abril/2012

**AÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO A NECESSIDADES DE
SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

CAROLINE OLIVEIRA DE CASTRO

Relatório Final de Dissertação de Mestrado apresentado a Banca Examinadora no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Presidente: Prof. Dr. Florence Romijn Tocantins - UNIRIO

1º Examinador

2º Examinador

C355 Castro, Caroline Oliveira de.
Ação do enfermeiro no atendimento a necessidades de saúde do homem na estratégia saúde da família / Caroline Oliveira de Castro, 2012. 56f. ; 30cm

Orientador: Florence Romijn Tocantins.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

1.Schutz, Alfred, 1899-1959. 2. Saúde do homem. 3. Atenção primária à saúde. 4. Fenomenologia. 5. Cuidados em enfermagem - Planejamento. I. Tocantins, Florence Romijn. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. IV. Título.

CDD – 613.04234

DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente a Deus essa vitória, ”porque dEle e por Ele, para Ele são todas as coisas...

...A ELE A GLÓRIA, PARA SEMPRE AMÉM...”

Aos meus pais, fundamentais em toda a minha vida e em minha trajetória de estudos, sem eles nunca teria chegado aonde cheguei...

...E POR ELES EU CONTINUO ESSA CAMINHADA!

As minhas irmãs, que torceram por mim e sempre estiveram prontas a me ajudar.

AMO VOCÊS!

AGRADECIMENTOS

Agradeço sempre a **Deus**, que me deu o fôlego de vida e a oportunidade de chegar até aqui, não há como expressar minha eterna gratidão por todos os momentos que Ele me permitiu viver. GLÓRIA A DEUS!

À minha querida orientadora, **Florence**, que muitas vezes transcendeu o papel de orientadora e se tornou uma pessoa insubstituível em minha vida. Muito além de aprender a ser pesquisadora, ela me ensinou a ser ética, responsável e acreditar que eu sempre sou capaz, MUITO OBRIGADA!

Ao meu amado **Luciano**, mesmo que sua entrada em minha vida tenha sido na reta final do mestrado. É uma pessoa que sempre me incentivou a perseverar, mesmo quando estava sem ânimo, abrindo mão da atenção que seria dispensada ele, para que eu pudesse concluir um dos meus sonhos. EU TE AMO!

Aos **profissionais** que participaram voluntariamente do estudo, abrindo mão do seu tempo para que hoje esse trabalho fosse concluído.

Aos **colegas de mestrado**, por dividirem as angústias que antecederam a qualificação e a defesa da dissertação, MUITO OBRIGADA!

Agradeço aos meus **colegas de trabalho** que sempre me deram força, para que eu pudesse concluir o mestrado. MUITO OBRIGADA!

Enfim, **aos meus eternos amigos** que me acompanham desde anos atrás, orando por mim, torcendo por mim, chorando comigo, MEU MUITO OBRIGADA!

RESUMO

CASTRO, Caroline Oliveira de. Ação do Enfermeiro no atendimento a necessidades de saúde do homem na Estratégia Saúde da Família. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. UNIRIO, 2012.

De acordo com o Pacto pela Vida, a saúde do homem tem sido uma das prioridades do Ministério da Saúde, concretizando-se com a criação, em 2008, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Esse documento discorre sobre a melhoria das condições de saúde da população masculina, reduzindo sua morbimortalidade, mediando o enfrentamento racional dos fatores de risco, promovendo o acesso aos serviços e a uma assistência integral a saúde do homem. Ora, se a política de atenção ao sexo masculino é tão recente, será que os Enfermeiros estão conscientes de que existem diretrizes e orientações para o desenvolvimento de suas atividades, atuam conforme os princípios dessa Política? Esse estudo tem como objetivos: apontar as ações desenvolvidas pelos Enfermeiros ao atender o usuário do sexo masculino na Estratégia Saúde da Família; compreender a ação do Enfermeiro ao atender o usuário do sexo masculino e a analisar as ações do Enfermeiro no contexto das políticas de atenção a Saúde do homem. A presente pesquisa é delineada como um estudo de campo apoiado na abordagem teórico-metodológica da Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz. Os sujeitos foram 12 Enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família, situadas nas áreas programáticas 4.0 e 5.1. Foi utilizado como instrumento para desenvolver a entrevista um formulário semiestruturado que também apresenta a pergunta fenomenológica: O que você pretende (tem em vista) quando cuida/atende de um usuário do sexo masculino? A análise das informações obtidas baseou-se em concepções da Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz e literatura temática correlata. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Como resultado pôde-se identificar que as ações desenvolvidas pelos Enfermeiros focalizam predominantemente situações que envolvem grupos ou indivíduos com doenças crônicas. A análise do significado das ações do Enfermeiro permitiu captar o motivo-para, emergindo assim uma categoria concreta do vivido que aponta para um típico da ação profissional: O Enfermeiro quando desenvolve ações assistenciais junto ao usuário do sexo masculino na Estratégia Saúde da Família, visa que este cuide de si na perspectiva da prevenção de doenças. Ao atender o usuário do sexo masculino, o profissional de enfermagem identifica necessidades de saúde como necessidades de autocuidado e prevenção de agravos, que são atendidas mediante contato profissional. Destaca-se que o Enfermeiro utiliza-se da expressão Promoção da Saúde agindo de forma preventiva, focalizando de modo relevante agravos crônicos. O estudo permitiu identificar que as ações predominantes são aquelas voltadas para grupos – de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus e Planejamento Familiar, e indivíduos – atendimento de demanda

espontânea. Estas ações, que fortalecem o foco na doença, visam predominantemente atender necessidades de autocuidado e prevenção de agravos. A análise as ações do Enfermeiro no contexto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, permite apontar um distanciamento principalmente com relação ao conceito ampliado de Promoção da Saúde. Reconhece-se a importância da educação permanente e o fortalecimento da concretização de um modelo assistencial adequado às condições e necessidades de saúde do homem no seu cotidiano.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Saúde do Homem; Atenção Primária à Saúde; Fenomenologia; Alfred Schutz.

ABSTRACT

CASTRO, Caroline Oliveira de. Nursing action attending men's healthcare needs in Family Health Strategy. Dissertation (Master in Nursing). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. UNIRIO, 2012.

In accordance with the Brazilian Covenant for Life, man's health became a priority of the Ministry of Health, with its concretion in 2008, through the National Policy on Comprehensive Man's Health Care. This document considers the improvement of health conditions of the male population, aiming to reduce morbidity and mortality, mediating the confronting rational risk factors, promoting access to health care services and a comprehensive man health care. However, if the policy of male health attention is so recent, are nurses aware that there are guidelines for the development of their activities; do they act according to the principles of this Policy? This study aims: to point out the actions taken by nurses to attend the male service users of the Family Health Strategy; to understand the nurse action nurse when developing health care to male service users and to analyze the actions of the nurse in the context of man health policies. This research is delineated as a field study supported by the theoretical and methodological approach of the social phenomenology of Alfred Schutz. The subjects were 12 nurses working in a Family Health Strategy Unit, located in the programmatic areas 4.0 and 5.1 from the city of Rio de Janeiro. It was used as interview instrument a semi-structured formulary which also presents the phenomenological question: What do you intend (have in mind) when you care for or attend a male service user? The analysis of the subject's speech occurred based on conceptions of Schutz Sociological Phenomenology and related thematic literature. The study was approved by the Municipal Health and Civil Defense's Ethic in Research Committee of the city of Rio de Janeiro. As results it was possible to identify that the actions taken by nurses' focus predominantly on situations involving groups or individuals with chronic diseases. The analysis of the meaning of nurse's actions allowed to capture the 'in order to motive', emerging a concrete lived category that points out at a typical professional action: The nurse, when develops health care actions to male service users of the Family Health Strategy, aims that he cares for himself with the perspective of disease prevention. When attending male health service users, nursing professionals identifies health needs as the need for self-care and as the need for prevention of injuries, which are attended by professional contact. It is noteworthy that the nurse uses the term health promotion acting preventively, focusing on relevant chronic diseases. The study identified that the predominant actions are those aimed at groups - Hypertension, Diabetes mellitus and Family Planning, and individuals - spontaneous demand. These actions, which strengthen the focus on disease, predominantly aim at meeting the needs of self-care and disease prevention. The analysis of the nurse's actions in the context of the National Policy on Comprehensive Man's Health Care, allows pointing out at a distance especially as regard to the broader concept of Health Promotion. It is recognized the importance of continuing education and strengthening the implementation of a

healthcare model appropriate to the conditions and health needs of the man in his daily life.

Key-words: Nursing care; Men's Health; Primary Health Care; Phenomenology; Alfred Schutz.

SUMÁRIO

	Pag.
APRESENTAÇÃO	10
1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1.1 Problematização	13
1.2 Questão Norteadora	13
1.3 Objetivos do Estudo	14
1.4 Relevância	14
2. CONCEPÇÕES TEÓRICAS	19
2.1 A Estratégia Saúde da Família como modelo para a (Re)orientação da Atenção Primária à Saúde no Brasil	19
2.2 Do Pacto pela Vida à Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem – PNAISH	24
2.3 As Necessidades de Saúde como questão ética do cuidar e do assistir	28
3. ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	31
3.1 Abordagem Teórica	31
3.2 Caminho Metodológico	33
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
6. REFERÊNCIAS	46
APÊNDICES	51
I – Roteiro para Coleta de dados	52
II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	53
ANEXOS	54
A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	55
B – Mapas das Áreas Programáticas 4.0 e 5.1 do Município do Rio de Janeiro	56

APRESENTAÇÃO

A proposta do presente estudo surgiu durante o curso de graduação, enquanto frequentava as reuniões da linha de pesquisa Enfermagem e Saúde da População: conhecimentos, atitudes e práticas em Enfermagem e o Grupo de Estudos sobre Alfred Schutz – GEAS.

Durante esse período analisamos quais os grupos da população eram contemplados por Políticas Públicas de Saúde e assim identificamos que o sexo masculino tornava-se “invisível” quando pensávamos em assistência às suas necessidades específicas, como: acesso aos serviços, presença nas unidades básicas de saúde e uma Política que contemplasse essa população. Tal fato, nos fez despertar o interesse em pesquisar sobre o que os Enfermeiros realizavam para conseguir captar esse sujeito para uma assistência/atenção integral, especificamente no cenário da Estratégia Saúde da Família - ESF.

Foi escolhido como cenário a Estratégia Saúde da Família, pois se trata de um modelo expandido como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, local esse que atende a família de forma integral, onde o homem adolescente, jovem adulto ou idoso é parte integrante.

Nesse cenário, estão presentes além da família, uma equipe de profissionais de saúde basicamente composta por Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e o Agente Comunitário de Saúde.

Logo, como o Enfermeiro atende a essa família, que também é integrada por homens, identificar qual é o motivo que o faz realizar ações de saúde para essa clientela específica se torna indispensável, para que essa assistência/atenção responda as necessidades de saúde explicitadas ou não por esses homens, um dos motivos que deu origem a esse estudo.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A partir de 2008, de acordo com as novas prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida (BRASIL, 2008c), a saúde do homem se tornou uma das prioridades do Ministério da Saúde - MS, concretizando-se com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

A PNAISH discorre sobre a melhoria das condições de saúde da população masculina, evidencia os principais fatores de sua morbimortalidade, se utilizando do enfrentamento racional dos fatores de risco, facilitando o acesso e promovendo uma assistência integral a saúde do homem. (BRASIL, 2008a)

Reconhece-se que a PNAISH articula-se diretamente com a Política Nacional de Atenção Básica, logo, é necessário que as ações realizadas pelos profissionais que atuam nesse cenário para os homens sejam identificadas.

Destaca-se para fins deste estudo o fortalecimento da Atenção Básica no cuidado ao homem, formando e qualificando os profissionais da rede básica para um atendimento eficaz à saúde do homem, a partir dos seguintes objetivos específicos:

Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, à atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde;

Fortalecer a atenção básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde e;

Formar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem. (BRASIL, 2008a p.38)

Segundo a PNAISH (BRASIL, 2008a), a ESF é a porta de entrada indicada para que os homens tenham acesso aos serviços de saúde, onde suas necessidades de saúde possam ser respondidas.

Essa Estratégia foi expandida e consolidada como prioridade para reorganização da Atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2000) com a proposta de criar de vínculo entre usuário e profissional de saúde, promover saúde e prevenir doenças.

Logo, torna-se importante investir em qualificação para os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) incentivando a implantação efetiva e eficaz de um atendimento ao usuário do sexo masculino.

Para que as ações realizadas por esses profissionais (BRASIL, 2000), com destaque para o Enfermeiro, sejam efetivas, torna-se necessário uma visão ampliada

sobre as necessidades de saúde da família como núcleo e de cada membro da mesma, fortalecendo esse modelo de Atenção Básica, por meio de capacitação dos profissionais inseridos.

Cecílio (2001, p.114-115) descreve sobre a temática “necessidades de saúde”, de forma taxonômica, articulando a visão dos sujeitos individuais e coletivos, organizando-as da seguinte forma:

Necessidades de boas condições de vida; necessidade de acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida; necessidades de ter vínculo comum profissional ou uma equipe de saúde (sujeitos de relação); e por fim, necessidade de autonomia na construção do seu “modo de andar a vida” (a construção do sujeito).

Utilizando-se da classificação dos tipos de necessidades descritos anteriormente, podemos identificar a importância do papel do Enfermeiro como um dos profissionais essenciais dentro da ESF, pois possui um papel primordial para a criação de vínculo entre usuário/profissional, relacionando os fatores: crenças e práticas de saúde, valores familiares, papéis familiares e padrões de comunicação e o enfrentamento familiar. (ÂNGELO & BOUSSO, 2001)

Desta forma, ao se trabalhar com indivíduos e família, reconhece-se e compreende-se como a saúde de cada membro da família influencia a unidade familiar e também a influência da unidade familiar sobre a saúde de cada indivíduo na família, dando apoio as ações que podem ser realizadas pelo Enfermeiro. (ÂNGELO & BOUSSO, 2001)

Além da importante criação de vínculo, o profissional Enfermeiro também tem como atribuições, citadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006b), a assistência integral às pessoas e famílias na Unidade Saúde da Família (USF) se indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, realizando consultas de enfermagem, solicitando exames complementares e prescrevendo medicações, de acordo com as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e outras instâncias de governo.

Destaca-se assim, de acordo com as atribuições citadas, a previsão de o Enfermeiro atuar tanto com a família como núcleo único e/ou com os indivíduos integrantes da mesma, individualmente, onde se insere o homem.

Segundo Castro e Tocantins (2007), os Enfermeiros atendem aos usuários do sexo masculino, porém o atendimento a eles dispensado é baseado em programas de saúde que abrangem toda a população (mulheres, adultos e idosos), além das demandas espontâneas, diluindo assim as reais necessidades de saúde desses usuários.

Em 2008, quando foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, o seu texto destacou a proposta de orientar o trabalho desenvolvido, com foco nas necessidades de saúde desses usuários do serviço, pelos profissionais de saúde, dentre eles o Enfermeiro (BRASIL, 2008a). Logo, torna-se indispensável que os profissionais conheçam as Políticas que direcionam seu trabalho e especificamente nesse caso, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem.

1.1 Problematização

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (BRASIL, 2007) os Enfermeiros realizam a consulta de enfermagem identificando situações de saúde/doença, momento esse que se prescreve e se implementa medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção da saúde, prevenção de doenças, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade; modelo assistencial que se adéqua às condições e necessidades de saúde da população.

Entende-se que esse profissional possui competência para atender os usuários do sexo masculino, e os atende (CASTRO e TOCANTINS, 2007). Contudo, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007, p.45); o profissional Enfermeiro deve se utilizar dos “(...) protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal”, para atender os usuários do sexo masculino, respaldando sua ação a esse grupo da população.

Logo, para fins desse estudo entende-se que existe uma relação entre as ações realizadas pelo Enfermeiro e o conteúdo das diretrizes e orientações das políticas de saúde que focalizam o usuário do sexo masculino.

1.2 Questão Norteadora

Considerando que a Política de atenção aos usuários do sexo masculino é tão recente, será que os Enfermeiros estão cientes de que existem diretrizes e orientações para o desenvolvimento de suas atividades e atuam conforme seus princípios?

1.3 Objetivos do estudo

- Apontar as ações desenvolvidas pelos Enfermeiros ao atender o usuário do sexo masculino, na Estratégia Saúde da Família;
- Compreender a ação do Enfermeiro ao atender o usuário do sexo masculino;
- Analisar as ações do Enfermeiro no contexto da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem.

1.4 Relevância

A relevância deste estudo localiza-se no fato de que o Enfermeiro, atuante na Estratégia Saúde da Família, é um profissional que cria um vínculo com a comunidade, incluindo o homem (CASTRO e TOCANTINS, 2007). Logo, desenvolve um papel importantíssimo na estimulação ao autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2008a).

A partir da criação do Programa Saúde da Família (PSF) e sua expansão como Estratégia Saúde da Família (ESF) o Enfermeiro vem desenvolvendo papel primordial no atendimento das necessidades de saúde da população da área adstrita que sua equipe atende.

No executar de suas ações o Enfermeiro atua no núcleo familiar, núcleo esse que possui personagens de sexos diferentes, pensamentos diferentes e uma diversidade de outras diferenças que devem apontar para um atendimento baseado na integralidade, igualdade e na especificidade de cada componente da mesma.

Com a expansão da ESF as ações do Enfermeiro tornaram-se cada vez mais solicitadas. Sujeitos que anteriormente não buscavam os serviços de saúde, a atenção básica, começaram a expor os mais diferentes tipos de necessidades.

A partir dessas necessidades expressadas pela população, onde se insere o homem, no cenário da ESF, tornou-se necessário que o Enfermeiro possua subsídios para desenvolver uma prática fortalecida em literatura que respalde suas ações.

Em 2008 foi criada a então Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem – PNAISH, que aponta alguns objetivos específicos, com destaque para: o fortalecimento da Atenção Básica no cuidado ao homem, formando e qualificando os

profissionais da rede básica para um atendimento eficaz à saúde do homem. (BRASIL, 2008a)

Com a criação da PNAISH, a proposta de atenção e assistência ao usuário do sexo masculino vem sendo reelaborada, focalizando a forma de atuação dos profissionais de saúde que compõem a Equipe de Saúde da Família.

Então, para o fortalecimento dos objetivos da PNAISH, identificar a produção científica com foco na área de enfermagem, voltada para a saúde do homem e apontar qual é o foco das produções científicas de enfermagem sobre a saúde do homem, torna-se ponto primordial para o início de um novo olhar: usuário do sexo masculino - serviços oferecidos.

O levantamento de literatura de enfermagem com esta temática vem contribuir para a capacitação do Enfermeiro, por entender que toda prática necessita ser subsidiada por uma teoria, logo, toda ação deve possuir um fundamento para que então possa ser realizada. Segundo Castro e Tocantins (2007) os Enfermeiros atendem os homens na ESF, porém, há necessidade de se identificar literatura que subsidie essa prática.

Optou-se então por levantar literatura de enfermagem que possuísse em sua temática a saúde do homem, utilizando como metodologia a perspectiva de uma pesquisa bibliométrica, com características qualitativas (ARAÚJO, 2006).

Para a realização da pesquisa foram levantadas e analisadas publicações de periódicos disponíveis nas bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), particularmente Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Base de Dados de Enfermagem - BDENF, Literatura Internacional em Ciências da Saúde - MEDLINE, que estavam disponíveis na íntegra tanto na Biblioteca Científica Eletrônica (SCIELO), quanto nos sites das instituições de origem dos periódicos.

Para realizar o levantamento foram utilizados os seguintes Descritores de Assunto (DEcs): homens, saúde do homem, cuidados de enfermagem, enfermagem e atenção primária; trabalhando com esses descritores de forma conjugada utilizando todas as possibilidades de combinação.

Tabela 1 – Total de artigos identificados de acordo com os descritores de assuntos nas bases de dados Medline, LILACS e BDEF.

Descritores de Assunto/Bases de dados	Medline	Lilacs	Bdenf	Total
Homens	1312	251	11	1573
Homens e cuidado de Enfermagem	3	-	-	3
Homens e Atenção Primária	22	1	-	23
Saúde do homem	475	52	10	535
Saúde do homem e Atenção Primária	13	2	-	15
Saúde do homem e cuidados de Enfermagem	-	1	1	2
Total	1825	307	22	2155

Pôde-se observar na tabela 1, que os descritores “Saúde do homem e cuidados de Enfermagem” quando utilizados na busca de forma conjugada identificam poucas produções, já os descritores “Homens” e “Saúde do homem”, utilizados separadamente, mostram uma grande quantidade de artigos expressivos em todas as três bases de dados pesquisadas.

Logo, é possível constatar a importância de adequação correta dos descritores de assunto, pois muitas das publicações de enfermagem não contêm descritores que contemplem a categoria, não sendo encontrados quando é realizada uma busca sistematizada com a utilização de descritores.

Tabela 2 – Artigos identificados nas bases de dados LILACS, BDEF e MEDLINE classificados em artigos em português disponíveis na íntegra, artigos em português (não disponíveis na íntegra) e em outros idiomas, trabalhos acadêmicos, documentos institucionais.

BASE DE DADOS	ARTIGOS EM PORTUGUÊS DISPONÍVEIS NA ÍNTEGRA	ARTIGOS EM PORTUGUÊS (NÃO DISPONÍVEIS NA ÍNTEGRA) E EM OUTROS IDIOMAS	TRABALHOS ACADÊMICOS (mestrado e doutorado)	DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS
LILACS	70	140	39	58
BDEF	4	12	6	-
MEDLINE	13	1813	-	-
TOTAL	87	1965	45	58

Observa-se na tabela 2 que há predominância dos artigos em português, disponíveis na íntegra na base de dados LILACS; dos 4 artigos contidos na base de dados BDNF todos também se encontravam disponíveis na base de dados LILACS.

Dos 87 artigos em português que possuíam o link - disponíveis na íntegra, 25 estavam repetidos ou não foi conseguido abrir o artigo pelo endereço indicado. Logo, 62 artigos disponíveis na íntegra foram identificados nas bases de dados LILACS, BDNF e MEDLINE. Os 62 artigos encontrados foram analisados, seus autores tiveram o Currículo Lattes acessado e foram organizados em um quadro segundo: Título do artigo, Ano de publicação, Categoria profissional do autor, Vínculo Institucional do autor, Estado da Federação de vínculo do primeiro autor e Periódico de publicação.

Para a organização dos artigos disponíveis na íntegra sobre o tema Saúde do Homem, encontrados com os respectivos descritores, foi estruturado um quadro, contendo as seguintes informações: Título do artigo, ano de publicação, Categoria profissional do primeiro autor, Vínculo Institucional do primeiro autor, Estado da Federação de vínculo do primeiro autor e Periódico de publicação, onde algumas informações foram extraídas dos Currículos Lattes dos primeiros autores.

Após esta classificação inicial dos artigos disponíveis, foram recortados somente os artigos produzidos por Enfermeiros. O conjunto de artigos delimitados também foi analisado de acordo com sua contribuição para a Enfermagem e a Saúde do homem.

Na análise do quadro com produções de enfermagem, pôde-se observar que os textos foram divulgados entre os anos de 2000 a 2009, sendo o ápice de produções sobre saúde do homem o ano de 2005; a maior parte dos autores, sete no total, é docente de universidades públicas federais. Relativo ao estado da federação de vínculo do autor, o sudeste, principalmente: Rio de Janeiro e São Paulo se destacam. Dos nove artigos, seis foram publicados em periódicos de Enfermagem, os outros cinco artigos se distribuíram entre periódicos de Saúde Pública e Epidemiologia.

Na análise das produções, identificamos como foco principal, a visão do homem apenas como o reprodutor ou pai. Os textos abordam grandemente as questões sexuais, prevenção a DSTs e AIDS, como é a vida desse homem após um diagnóstico positivo para DST e/ou AIDS. O foco nos cânceres de próstata, pênis entre outros também surgiu em menor destaque.

Outro foco interessante levantado por alguns artigos foi a questão da paternidade e a importância da participação dos homens em todo processo de abortamento, controle de natalidade e a decisão de ter mais um filho juntamente com a mulher.

Analisando as perspectivas abordadas nos artigos, identificou-se que há uma redução da visão integral do usuário do sexo masculino quanto as suas necessidades de saúde. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem a visão integral é primordial para um atendimento que responda as necessidades de saúde desse usuário. Logo, esse homem deve ser visto como um cidadão que possui anseios, desejos, sonhos, direitos que vão muito além das questões sexuais e/ou reprodutoras e questões voltadas à doença.

É necessário que a visão que o Enfermeiro tem desse homem seja voltada para a promoção da saúde e o direito a saúde indo ao encontro dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem.

Por esse motivo torna-se extremamente significativa a ida ao campo no cenário da ESF, contribuindo para o desenvolvimento de ações que sejam mais pontuais para esse homem, inserindo-o no dia a dia da equipe de saúde da família. É necessário saber o que esse profissional Enfermeiro realiza para fortalecer a presença desse usuário nos serviços de Atenção Básica, principalmente a ESF.

2. CONCEPÇÕES TEÓRICAS

2.1 A Estratégia Saúde da Família como modelo para a (Re)orientação da Atenção Primária à Saúde no Brasil

A proposta de criação do Programa Saúde da Família (PSF) surgiu após o Ministério da Saúde avaliar a experiência positiva do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) em 1991. O PACS tinha como profissionais atuantes um Enfermeiro e Agentes Comunitários de Saúde e foi uma das primeiras experiências a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão somente) o indivíduo, também foi no PACS que iniciou a noção de área de cobertura (por família).

Em 1994, instituiu-se o Programa Saúde da Família (PSF), inicialmente implantado na região Nordeste. Sendo seus princípios, os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) 1990 - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – que estruturou-se a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, tendo como atividades principais a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Com a expansão do Programa de Saúde da Família – PSF houve uma consolidação e implantação deste programa, sendo nomeado de Estratégia Saúde da Família, transformando-se em uma estratégia nacional de reorganização da Atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2004).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) conta com uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros.

Segundo a PNAB (BRASIL, 2006b) a ESF visa reorganizar os serviços de Atenção Básica de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, o processo de trabalho desenvolvido na ESF deve ser realizado de acordo com os seguintes princípios:

- I - definição do território de atuação das UBS;
- II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;
- III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;

- IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas, odontológicas;
- VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e
- X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social. (BRASIL, 2006b, p. 21)

Além dos princípios utilizados para a organização dos serviços, a ESF deve também:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V - ser um espaço de construção de cidadania. (BRASIL, 2006b, p.22)

A ESF é um modelo possui um processo de trabalho que envolve além das ações da Atenção Básica, ações específicas do modelo, são elas:

- I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa

propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

(BRASIL, 2006b, p.28)

Para que haja o cumprimento dessas ações de forma adequada, o modelo da ESF se utiliza do curso introdutório, onde todo profissional é capacitado para atuar de acordo com os princípios do SUS e da PNAB. Esse curso é realizado concomitantemente ao início do trabalho da equipe e deve ocorrer no período máximo de três meses após a implantação da estratégia.

De acordo com a PNAB os conteúdos do Curso Introdutório e da Educação Permanente na ESFs são realizados de acordo com a regulamentação específica do Ministério da Saúde e:

I - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde; e

III - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, e da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. No Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes. (BRASIL, 2006b, p.29)

Os profissionais atuantes na ESF possuem atribuições que são comuns a todos descritas na PNAB (BRASIL, 2006b), essas atribuições são realizadas de acordo com a gestão local e as necessidades da população que é atendida:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- XII - participar das atividades de educação permanente; e
- XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. (BRASIL, 2006b, p.44-45)

Além das atribuições comuns a todos os profissionais atuantes na ESF, cada profissional possui atribuições específicas, inerentes a sua profissão regulamentadas pelo Ministério da Saúde; neste estudo apontaremos somente as atribuições específicas do Enfermeiro, pois trata-se do sujeito de nossa pesquisa. As atribuições do Enfermeiro que atua na ESF são:

- I - realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.
- II - realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal.” (NR)
- III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

- V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e
- VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (Os itens I e II estão com nova redação, conforme Portaria N° 1.625, de 10 de julho de 2007) (BRASIL, 2006b, p.46-47)

As ações do Enfermeiro no contexto da Estratégia Saúde da família devem estar voltadas diretamente aos usuários do serviço, de acordo com as necessidades expressadas ou não pela população e as especificidades territoriais de acordo com os dados epidemiológicos, incluindo todos os grupos humanos/etários [incluindo o homem].

Esse modelo se destaca como estratégia para reorganização da Atenção Básica na lógica da vigilância à saúde, pois traz uma concepção centrada na promoção da qualidade de vida e ganhou novo impulso a partir de 1996 com a operacionalização da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS 96. (BRASIL, 2000)

Por meio dessa expansão nacional, a Estratégia Saúde da Família tem proporcionado mudanças positivas na relação entre os profissionais que nela atuam e a população, na estrutura dos serviços e no padrão de assistência à saúde oferecida à população pelo Sistema Público de Saúde (BRASIL, 2006b).

A Saúde da Família deve ser entendida como um modelo que está plenamente sintonizado com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações, voltada principalmente à permanente defesa da vida do cidadão, estrutura-se na lógica básica de atenção a saúde, possibilitando novas práticas intersetoriais e a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (BRASIL, 2006b).

Essa concepção de trabalho dos profissionais da ESF, que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997), caracteriza-se por um vínculo entre os membros de uma equipe. Permite maior diversidade das ações e busca permanente de um consenso, baseado na interdisciplinaridade que requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe, o que exige mudanças profissionais nas abordagens, individual, na família e na comunidade.

Os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família devem ter o papel de aliar-se a família no cumprimento de sua missão, núcleo de apoio aos que dela são componentes, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, sem substituí-la, ajudando a descobrir e desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas (BRASIL, 2006b); para que isso aconteça torna-se necessário que a equipe de Saúde da Família conheça a realidade da população sob sua responsabilidade, suas necessidades de saúde; baseados na análise dos determinantes e condicionantes de saúde, de sua área de abrangência, que significa área sob sua responsabilidade (BRASIL, 1997).

Essa Unidade de Saúde da Família (USF) deve realizar uma assistência integral, contínua e de qualidade, que seja desenvolvida por uma equipe multiprofissional na própria Unidade e também nos domicílios e em locais comunitários como escolas, asilos, entre outros (BRASIL, 1997).

A USF trabalha com uma ou mais equipes de acordo com sua área de abrangência, essas equipes desenvolvem ações com uma população adscrita, com um número fixo de famílias, entre 600 a 1000, com limite máximo de 4500 habitantes (BRASIL, 1997 p.13).

2.2 Do Pacto pela Vida à Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem – PNAISH

A Saúde do Homem foi inserida como prioridade em saúde, no ano de 2008, por meio do Pacto pela Vida - versão 2008, que é um documento que, juntamente com o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS, compõe o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Tal documento define ações prioritárias no campo da saúde que deverão ser executadas com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. (BRASIL, 2006a)

Há uma revisão anual desse documento, com base nos princípios constitucionais do SUS com ênfase nas necessidades de saúde da população, juntamente com os outros documentos que compõe o Pacto pela Saúde. (BRASIL, 2006a)

No ano de 2008 a versão do Pacto pela Vida contemplou a Saúde do Homem como uma das prioridades em Saúde, fortalecendo a implantação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem.

Ainda em sua criação, ano de 2006, o Pacto pela Vida apresentou objetivos, tanto para a Promoção da Saúde - Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular alimentação saudável e combate ao tabagismo, quanto para a Atenção Básica - Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2006a).

Este objetivo voltado para a Atenção Básica fortalece a expansão da ESF em todo território Nacional, como facilita o acesso do homem aos serviços de saúde e reforça o direito a saúde que todo cidadão brasileiro tem como direito inalienável.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) traduz um anseio da sociedade no reconhecimento de que os agravos do sexo masculino são verdadeiros problemas de saúde pública. Como um dos seus objetivos que fortalecem as ações de enfermagem destaca-se a promoção da saúde como contribuição significativa para a compreensão singular da realidade dos homens brasileiros nos contextos socioculturais e político-economicos, possibilitando o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

A proposta trazida pela PNAISH visa a qualificação da atenção à saúde da população masculina resguardando a integralidade da atenção, alinhando-se com a Política Nacional de Atenção Básica, porta de entrada do SUS e com as estratégias de humanização em saúde, visando estimular o auto-cuidado e, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2008a).

Segundo a PNAISH (BRASIL, 2008a), os homens não conseguem reconhecer suas necessidades, rejeitando a possibilidade de adoecer, pensamento fortalecido pelo fato de que muito dos serviços privilegia ainda ações de saúde para a criança, o

adolescente, a mulher e o idoso. Outro ponto importante é a justificativa utilizada por esses sujeitos para a não procura pelos serviços de saúde baseadas na posição de provedor que ele se encontra, o horário de funcionamento dos serviços de saúde e a “perda” de um dia todo de trabalho para marcações de consultas.

Fortalecendo o pensamento “machista” dos homens, a histórica busca pelos serviços de saúde, por cuidados de saúde, era considerado papel feminino, fruto de uma educação machista, onde o homem era o provedor universal da família (GIFFIN, 2005).

Segundo Schraiber, Gomes e Couto (2005) considera-se que as representações sociais sobre masculinidade podem comprometer o acesso aos serviços de atenção primária e aumentam a exposição à situações de violência e de risco para a saúde desses usuários.

Com o entendimento de quais são as barreiras sócio-culturais e institucionais foi criada a PNAISH em 2008, com a proposta de promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, o qual deve ser porta de entrada para o SUS.

Esse documento se utiliza do reconhecimento dos determinantes sociais, os quais resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos de saúde.

Para elaboração da Política foi estabelecido um recorte estratégico da população de homens, focando homens adultos na faixa etária de 25 a 59 anos, o que não configura restrição a população a outras faixas etárias. Esse recorte foi necessário, pois ele corresponde a parcela preponderante da força produtiva que também exerce um significativo papel sociocultural e político (BRASIL, 2008a).

Os princípios que regem essa PNAISH são os da humanização e da qualidade, porém para que esses princípios sejam cumpridos devem-se considerar alguns elementos, os quais destacamos:

- 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;
- Informações e orientação à população-alvo, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem;
- Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do Homem, entre outros (BRASIL, 2008a, p.35).

Para se formular as diretrizes para a elaboração de ações, foram utilizados os seguintes princípios, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a, p.36):

- A integralidade – prevê o transito do usuário por todos os níveis de atenção, assegurando a continuidade no processo de atenção e cuidado;
- A factibilidade – disponibilidade de recursos, tecnologia e estrutura administrativa;
- A coerência – as propostas estão baseadas nos princípios do SUS e a,
- Viabilidade – relacionada aos três níveis de gestão e do controle social.

Destacamos então as seguintes diretrizes que regem as ações da Política e orientam as ações dos profissionais da Atenção Básica, incluindo os Enfermeiros, para a concretização dos seus objetivos:

- 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;
- Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde;
- Integrar as entidades da sociedade organizada na coresponsabilidade das ações governamentais pela convicção de que a saúde não é só um dever do Estado, mas uma prerrogativa da cidadania;
- Incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008a, p.37);

A PNAISH torna-se assim grande aliada para a formulação de ações que insiram o homem no contexto da ESF, orientando o trabalho de todos os profissionais de saúde que compõem a equipe de saúde da família, principalmente o Enfermeiro.

2.3 As Necessidades de Saúde como questão ética do cuidar e do assistir

Antes de discorrermos sobre o tema Necessidades de Saúde, merece destaque a dificuldade em se encontrar uma única definição para o tema, primeiramente pelo caráter conceitual, pois existem necessidades essenciais e outras reconhecidas como contingenciais. O segundo desafio perpassa pela ordem institucional ou organizacional envolvendo as dimensões biopsicossociais, de gestão, prioridades e diretrizes organizacionais (TRAD, 2010).

As necessidades de saúde devem ser visualizadas pelos profissionais da Atenção Básica como forma de expressão da cultura, dos valores, dos projetos e desejos dos sujeitos tanto individuais quanto coletivos, que vão até os serviços de saúde (SILVA, BATISTELLA e GOMES, 2007).

Essa ideia é fortalecida quando analisamos a saúde como resultante da organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da subjetividade, da cultura e do lazer, um conjunto da experiência social individualizado e vivenciado num corpo que também é biológico (VAITSMAN apud SILVA JUNIOR, 2006).

De acordo com Stotz (1991) as necessidades de saúde se situam no nível das necessidades sociais mais gerais e mesmo que sejam determinadas e constituídas social e historicamente, só poderão ser apreendidas em sua dimensão individual, o que reforça a discussão entre a saúde do homem e a resposta as suas reais necessidades de saúde.

Segundo Cecílio e Matsumoto (2006) as necessidades de saúde têm um componente de natureza subjetiva e individual, mas são sempre históricas, dinâmicas e cambiantes.

Com a proposta de se adotar uma forma operacional para a identificação das necessidades a fim de nortear as ações da Equipe de Saúde da Família, Cecílio (2001) e Cecílio e Matsumoto (2006, p. 114-115), propõem uma taxonomia de necessidades de saúde, descritas como:

Necessidade de boas condições de vida:

(...) são entendidas em dois sentidos: um mais funcionalista, que enfatiza os fatores do “ambiente”, “externos”, que determinam o processo saúde-doença (Leavel e Clark, 1976) e o outro nas formulações de autores marxistas que enfatizam os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo nas

sociedades capitalistas como as explicações mais importantes para o adoecer e morrer. (CECÍLIO & MATSUMOTO, 2006, p. 114-115)

Necessidade de acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida:

A garantia de acesso e consumo de toda tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida está relacionada à visão de que, dependendo do momento em que vive o usuário, a tecnologia de saúde de que necessita pode estar em uma unidade básica de saúde ou em um algum serviço de procedimentos mais sofisticados, logo a equipe de saúde da família (gestores e demais profissionais), sobretudo, deverá atuar no sentido de garantir aos usuários um fluxo seguro a todos os serviços, que venham atender as suas necessidades, “linhas de cuidado”. (CECÍLIO & MATSUMOTO, 2006, p. 114-115)

Necessidade de criação de vínculo com um profissional ou com uma equipe de saúde (sujeitos de relação).

Vínculo é entendido como referência e relação de confiança, é o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal, intrasferível e calorosa, ou seja, um encontro de subjetividades (Cecílio, 2001). A produção de vínculo entre profissional/equipe de saúde e usuário está relacionada tanto a busca por um maior percentual de curas quanto à noção que valoriza a construção de espaços propícios à construção de sujeitos autônomos. (CECÍLIO & MATSUMOTO, 2006, p. 114-115)

Necessidade de autonomia e autocuidado na construção do “modo de andar a vida” (a construção do sujeito).

O objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente [para] melhorar o seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, das suas relações com o meio social e, em consequência, da capacidade de cada um de instituir normas que ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida. O objetivo dos serviços de saúde seria a ampliação da capacidade de autonomia das pessoas. (CECÍLIO & MATSUMOTO, 2006, p. 114-115)

Porém, para Garcia e Egry, (2010, p. 66) não há um trabalho sistematizado para o reconhecimento de necessidades de saúde e vulnerabilidades da população no processo de trabalho das equipes. Dessa forma, responder às necessidades de saúde deve significar implementar ações que incidam nos determinantes sociais e de saúde, e não

apenas na doença, que é o resultado de processos de desgaste, expressos no corpo biopsíquico individual.

Assim, nessa pesquisa visamos compreender as ações do enfermeiro desenvolvidas no contexto da ESF visando às necessidades de saúde do homem, a fim de discuti-las frente à PNAISH.

3. ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

3.1 Abordagem Teórica

Para a realização deste estudo utilizou-se uma abordagem qualitativa, de orientação fenomenológica, mediante um estudo de campo. A abordagem qualitativa proporciona uma aproximação da realidade e dos pensamentos dos sujeitos estudados (GIL, 2002).

Segundo Neves (1996), o estudo qualitativo baseia-se em técnicas interpretativas que visam descrever e decifrar os componentes de um sistema complexo de significados e tem por objetivo traduzir e expressar fenômenos do mundo social, diminuindo a distancia entre contexto e ação.

Como abordagem teórico-metodológica, foi utilizada a Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz, que segundo Castelo Branco (1996, p.14) “... teórica e metodologicamente ele permite abordar a questão do ”significado da ação”, que é o sentido que o sujeito dá a sua ação...”.

A fenomenologia é uma palavra de origem grega *phainomenon* (aquilo que se mostra em si mesmo) e *logos* (discurso esclarecedor). Surgiu no século XIX, nascida das reflexões e estudos de Edmund Husserl, passa a ser vista como ciência voltada para as experiências vividas, ou seja, preocupação com a essência dos fenômenos existenciais do ser humano.

A partir dos pressupostos estabelecidos por conceitos de Husserl e nos estudos da sociologia compreensiva de Max Weber, Alfred Schutz fundamentou a estrutura de uma sociologia fenomenológica, denominada fenomenologia compreensiva de Schutz, que se apropria dos conceitos husserlianos de intencionalidade e intersubjetividade. (CAPALBO, 1998)

Schutz (1976), apud Kieling (2010), trabalha com a questão da sociabilidade, ou seja, a relação entre pessoas ou grupos e atitudes pessoais que são pragmaticamente reproduzidas ou modificadas na vida cotidiana. A partir disso constata-se que a realidade é construída socialmente por seres humanos que atribuem sentidos diferentes em determinados contextos.

As relações sociais ou intersubjetivas (entre pessoas ou grupos) ocorrem no que para Schutz, é denominado “mundo da vida”, trata-se da vida cotidiana, modo como

percebemos, interpretamos e agimos no mundo em que nos encontramos (SCHUTZ, 1979).

No “mundo da vida” ocorrem as ações. Essas ações são realizadas com uma intencionalidade e partem da interpretação de um estoque de experiências anteriores a ele, podendo ser nossas próprias experiências ou vindas de nossos predecessores, que é a chamada “Bagagem de conhecimento” (SCHUTZ, 1979).

Quando há necessidade em realizar uma ação intencional, faz-se o uso do “conhecimento a mão”, que são as vivências contidas na bagagem de conhecimento, que se transformam em possibilidades de se desenvolver algo específico, nos auxiliando como um código de referência. Essa “Bagagem de conhecimento” se faz presente como fundamentação para a ação profissional do Enfermeiro (SCHUTZ, 1979).

Toda a ação tem sua significação, propósito, um motivo para ser desenvolvida; possui uma intencionalidade, pois para Schutz (1979), as ações humanas só são compreensíveis se encontrarmos nelas motivações. Então, quando o profissional Enfermeiro realiza uma ação, ele a faz intencionalmente mediante o conhecimento absorvido em sua graduação e experiências vivenciadas em sua prática, o que proporciona uma significação para sua ação, que será desenvolvida com um propósito, um “motivo-para” e em um determinado espaço de tempo, linha cronológica, respondendo as necessidades apresentadas pelo sujeito que se apresenta no hoje, na contemporaneidade.

Entende-se que o Enfermeiro age de acordo com as necessidades da clientela a ser atendida (COFEN, 2007), logo, é necessário apontar que necessidades da clientela masculina estão sendo identificadas, para que as mesmas possam ser supridas mediante a ação do Enfermeiro.

Schutz (1972), apud Castelo Branco (2000 p.15) destaca ainda que “... é possível compreender a ação, sua significação subjetiva, através dos ”motivos da ação”, ou seja os “motivos-para”, que para ele, referem-se a algo que se pretende realizar, os objetivos que se pretende alcançar...”.

Quando se realiza uma ação que possui temporalidade, com objetivos que surgem da experiência tanto de formação como de estar desenvolvendo uma atividade na prática, começa-se a identificar traços similares no *modos-operanti* desses profissionais, que é o chamado *Típico da Ação*, onde é possível interpretar a ação dos

Enfermeiros por meio de traços comuns nas atividades que envolvem a Saúde do Homem.

3.2 Caminho Metodológico

Inicialmente, foi acessado o portal Armazém de dados do Instituto Pereira Passos, disponível no site da Prefeitura do Rio de Janeiro, para identificar qual Área Programática (AP) possui maior quantidade de habitantes do sexo masculino, viabilizando assim a execução da pesquisa. Em seguida foram identificadas as USF, distribuídas nessa AP e posteriormente, a caracterização da quantidade de equipes em cada USF, entendendo que em cada equipe deve existir pelo menos a presença de um Enfermeiro (BRASIL, 2000).

Para ser realizada a pesquisa foram escolhidas as APs 4.0 e 5.1 (ANEXO 2), pois apresentam a maior quantidade de habitantes do sexo masculino (RIO DE JANEIRO, 2000) e uma quantidade de 13 equipes que atuam mediante a Estratégia Saúde da Família (RIO DE JANEIRO, 2008).

Considerando a disponibilização para contato de acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ), além de maior quantitativo de equipes, delimitaram-se as seguintes Unidades: Canal do Anil e Curicica da Área Programática 4.0 e Vila Vintém, COHAB e Silvio Barbosa da Área Programática 5.1.

A previsão da quantidade de sujeitos a serem acessados foi de no mínimo 10 Enfermeiros, pois segundo Tocantins (1993), a partir do 10º sujeito começa a ocorrer uma repetição dos “motivos-para” da ação. Foram entrevistados 12 Enfermeiros, o que permitiu identificar o típico da ação, qual seja, os traços típicos encontrados na ação em estudo. (POPIM, 2006)

Antes da ida a campo, foram encaminhados a Coordenação das Áreas Programáticas 4.0 e 5.1 as Folhas de Rosto do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para assinatura dos responsáveis pelas APs e os Termos de Autorização da Unidade para a assinatura dos responsáveis pelas Unidades de Saúde da Família - USF para aprovação inicial e posterior encaminhamento ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (CEP/SMSDC-RJ).

Após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo CEP/SMSDC – RJ – nº 208/10 (ANEXO 1), foi realizada a ida às Unidades de Saúde que desenvolvem a Estratégia Saúde da Família, para a coleta das entrevistas com os Enfermeiros que lá atuam.

Inicialmente foram acessados os Enfermeiros que trabalhavam em Unidades de Saúde da Família (USF) que eventualmente poderiam apresentar dificuldade de acesso por motivo de violência, para que o andamento da pesquisa não fosse prejudicado.

O acesso aos Enfermeiros foi feito via telefonemas aos gerentes das unidades de saúde, onde foi marcado o dia e o horário em que os profissionais pudessem disponibilizar tempo. As entrevistas foram realizadas dentro dos consultórios nos intervalos das consultas para que não houvesse prejuízo no atendimento a população, identificando quais são as ações realizadas por eles e qual é significado de suas ações quando ocorre o atendimento da clientela do sexo masculino.

Para a realização das entrevistas foi apresentado aos Enfermeiros o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, que continha informações sobre o andamento do estudo, a garantia do sigilo das informações prestadas e a informação que toda a entrevista seria gravada e armazenada para quaisquer esclarecimentos, amparado pela Resolução 196/96 do Conselho nacional de Saúde. (APÊNDICE I)

Após a assinatura do TCLE, foi apresentado ao Enfermeiro o Roteiro de Entrevista (APÊNDICE II) contendo dados para a identificação do profissional, são eles: pseudônimo, idade, sexo, tempo de graduação, realizou algum curso de especialização, tempo de atuação na ESF, se recebeu algum treinamento relativo à Atenção ao usuário do sexo masculino, se desenvolveu ou desenvolve assistência ao usuário do sexo masculino na ESF, quais atividades e ações ele desenvolve junto aos usuários do sexo masculino, a pergunta fenomenológica, data e tempo da entrevista.

Para poder captar a motivação (motivo-para) do Enfermeiro ao assistir o usuário do sexo masculino, foi lançado o seguinte questionamento Fenomenológico: O que você pretende (tem em vista) quando cuida/atende de um usuário do sexo masculino? As entrevistas duraram em média 20 minutos.

As entrevistas foram transcritas e analisadas de acordo com a Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz (1979), utilizada como Referencial Teórico e Metodológico nesse estudo, tendo como fundamento o significado da ação profissional.

A estratégia utilizada para a análise teve por fundamento as etapas utilizadas por Tocantins (1993) apud Parga Nina (1978), são elas:

- leitura atenta dos depoimentos transcritos para poder captar os aspectos gerais da situação vivenciada e dos motivos - para dos sujeitos envolvidos;

- identificação da categoria concreta, a partir das falas analisadas;

- releitura cuidadosa das falas para a extração e registro dos trechos das falas, tendo por referência a categoria concreta identificada;

- construção do Típico da ação, mediante a acentuação dos aspectos mais relevantes, de maior significado para os autores da ação.

Após a análise, identificou-se a Categoria do Concreto Vivido, que fundamentou a discussão do presente estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após as transcrições e análises das entrevistas pôde-se identificar as características do grupo pesquisado, apresentado no quadro 1.

Quadro 1 - Características dos profissionais entrevistados por pseudônimo, idade, sexo, tempo de graduação, Curso de especialização, Tempo de atuação na ESF, Treinamento sobre Saúde do Homem e desenvolvimento de assistência ao usuário do sexo masculino.

Pseudônimo	Idade	Sexo	Tempo de graduação	Curso de especialização	Tempo de atuação na ESF	Treinamento sobre Saúde do Homem	Desenvolve assistência ao usuário do sexo masculino
De Paula	31 anos	Feminino	6 anos	Sim – PSF	2 anos	Sim	Sim
Margarida	30 anos	Feminino	7 anos	Sim – Enfermagem do trabalho	1 ano e 6 meses	Não	Sim
Rocha	44 anos	Feminino	8 anos	Sim- UTI neonatal e saúde da Família	6 anos	Não	Sim
Pereira	44 anos	Feminino	16 anos	Sim- Saúde Coletiva	11 anos	Sim	Sim
Duarte	24 anos	Feminino	3 anos	Sim- Saúde da Mulher	7 meses	Não	Sim
Santos	32 anos	Masculino	7 anos	Sim – Saúde da Família/UTI/Auditoria	7 meses	Não	Sim
Conforti	39 anos	Feminino	4 anos	Sim – Saúde da Família	8 meses	Não	Sim
Sacramento	33 anos	Feminino	3 anos	Sim- PSF	8 meses	Não	Sim
Verde	53 anos	Feminino	30 anos	Sim – Saúde Pública	7 anos	Não	Sim
Cereja	41 anos	Feminino	17 anos	Sim – Saúde da Família e Comunidade	14 anos	Não	Sim
Azul	37 anos	Feminino	16 anos	Sim – Saúde Mental e Psiquiatria	10 anos	Não	Sim
Delta	59 anos	Feminino	21 anos	Sim – Saúde Pública/Gestão em Saúde da Família	12 anos	Não	Sim

Observando o quadro 1 identifica-se que a maioria dos Enfermeiros entrevistados são do sexo feminino, apresentam idade que varia de 24 a 59 anos e

tempo de graduação entre 3 e 21 anos, com curso de especialização voltado predominantemente para a área de Atenção Básica à Saúde. Apresentam experiência profissional de atuação na ESF variando de 7 meses a 14 anos, sendo que a maioria não realizou treinamento voltado para a Atenção a Saúde do Homem, apesar de todos desenvolverem assistência a esse grupo da população.

As ações desenvolvidas no contexto da assistência ao usuário do sexo masculino podem ser visualizadas no quadro 2.

Quadro 2 - Ações realizadas junto aos usuários do sexo masculino, relatadas pelos enfermeiros entrevistados:

Ações Realizadas / Entrevistado	Grupos Hip/Diab	Demanda Espontânea	Visita domiciliar	Planejamento Familiar	Busca Ativa	Consulta/ orientações sobre temas específicos	Ações preventivas
De Paula	X			X	X		
Margarida	X						
Rocha		X					
Pereira	X	X	X				
Duarte	X						
Santos	X					X	
Conforti	X	X					
Sacramento	X						
Verde				X			X
Cereja	X		X			X	
Azul	X			X			
Delta	X			X		X	

Assim identifica-se que ações desenvolvidas prioritariamente, englobam atividades de grupos de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Planejamento Familiar; já nas ações voltadas para o indivíduo predominam aquelas relacionadas à demanda espontânea e a consulta de enfermagem/orientações sobre

temas específicos, porém essas aparecem de forma menos expressiva como atividades realizadas pelos profissionais.

Entretanto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006b) preconiza que esses usuários tenham como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) a ESF e destaca a necessidade de considerar o sujeito em sua singularidade. Logo, o profissional que está inserido nessa estratégia deve trabalhar com o homem de forma singular, integral, buscando a promoção de sua saúde, prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos que comprometam a possibilidade de viver de forma saudável.

Observa-se então um distanciamento da proposta da PNAB com a prática exercida na ESF, pois o profissional Enfermeiro ainda utiliza como prioridade a proposta de inserir o usuário do sexo masculino em ações de grupos.

Apoiando essa orientação, a PNAISH (BRASIL, 2008a), destaca de forma inicial, como um de seus objetivos principais a promoção de ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos (...), logo, aponta-se a necessidade de avaliação das ações realizadas pelos profissionais da ESF, inserindo de forma efetiva o que a PNAISH preconiza na atenção ao usuário do sexo masculino.

Quando se analisou as falas dos Enfermeiros em resposta ao questionamento Fenomenológico: O que você pretende (tem em vista) quando desenvolve ações assistenciais junto aos usuários do sexo masculino? pôde-se captar o motivo-para das ações, emergindo assim a Categoria Concreta do Vivido: “Cuidar de Si”.

Esta categoria fundamenta-se em todas das falas dos entrevistados a seguir:

“(...) Ajudar na necessidade do cliente, do usuário (...)” (Conforti)

“(...) Despertar mais assim o conceito do próprio homem o interesse em cuidar mais da própria saúde (...)” (Sacramento)

“(...) estar buscando a saúde pra ele se cuidar (...)” (Delta)

“(...) que eles enxerguem que eles precisam cuidar da saúde deles (...)” (Duarte)

“(...) fazendo despertar para esse cuidado (...)” (Santos)

“(Não deixar o homem solto (...)” (Rocha)

“A melhoria da qualidade de vida (...)” (Margarida)

“(...) fazer com que cuide mais da saúde (...)” (De Paula)

*“(...) eles se cuidarem para eles não ficarem se expondo a doenças (...)”
(Pereira)*

*“Levar pra ele uma orientação. (...) pensando na prevenção, mais ou menos
isso.” (Verde)*

“(...) pra ter o cuidado, usar sempre preservativo (...)” (Azul)

*“(...) que ele veja que não é só importante a mulher vir em consulta, que só
mulher adocece... que ele faça a mesma coisa que a esposa dele, a namorada, amante, a
mãe dele faz com a vida dela, entendeu.” (Cereja).*

Ao mesmo tempo esta Categoria Concreta do Vivido aponta para um Típico da Ação: “- O Enfermeiro quando desenvolve ações assistenciais junto ao usuário do sexo masculino na Estratégia Saúde da Família (ESF), visa que este cuide de si na perspectiva da prevenção de doenças”.

Identifica-se assim que o Enfermeiro visa que o homem cuide de si na perspectiva da prevenção de doenças e dê ênfase à questão do autocuidado.

A temática autocuidado no contexto da área de enfermagem vem sendo abordada desde 1959, tendo como sua expressão principal a teórica Dorothea Orem (FOSTER & BENNETT, 2000). Orem (1991), apud Foster e Bennett (2000), trabalha o conceito de autocuidado como sendo o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar.

No contexto da atenção básica, o conceito de autocuidado correlaciona-se diretamente ao conceito de promoção da saúde, onde o principal objetivo é aumentar a saúde e o bem-estar (CZERESNIA, 2003).

Segundo a Carta de Ottawa (1986, p.1), Promoção da Saúde é definida como:

... o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde (...), (...) o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio.

Porém o Típico da Ação identificado aponta para um autocuidado voltado para a prevenção de doenças, sinalizando uma enfermidade, algo específico, menos amplo, fundamentado na História Natural da Doença (LEAVEL E CLARK, 1976).

Czeresnia (2003, p.4) aborda a prevenção em saúde como:

... uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença, ações definidas como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo assim prevalência e incidência das mesmas. Já promoção da saúde é definida de forma mais ampla, pois não se dirige a uma determinada doença ou desordem, mas sim em aumentar a saúde e o bem estar gerais, enfatizando a transformação das condições de vida e de trabalho, demandando uma abordagem intersetorial.

Logo, o Enfermeiro que planeja ações de saúde para a população do sexo masculino deve levar em consideração essa amplitude que a promoção em saúde proporciona, para que então possa ter resultados que aumentem a saúde e o bem estar geral desses usuários.

Porém, a literatura de Enfermagem disponível voltada para a temática saúde do homem ainda é restrita e trabalha na lógica da prevenção de doenças. Segundo Leitão e Araújo, (2005) é necessário que haja ações preventivas específicas para a população masculina, corroborando com Queiroz, Braga e Ximenes (2006, p. 410), (...) “onde recomenda-se que a prática de enfermagem preventiva, através da educação em saúde, valorize o cenário ambulatorial e a formação de grupos comunitários (...)”. Esses trechos retirados dos artigos encontrados na revisão bibliométrica explicitam o distanciamento do que realmente é priorizado pela PNAISH no atendimento ao usuário do sexo masculino, a promoção da saúde que envolva o modo de vida desse sujeito, singular e único.

Observa-se ainda que o Enfermeiro aborda a questão do direito de acesso aos serviços de saúde, destacando a importância da participação do homem nas Unidades de Saúde da Família (USF).

“Levar pra ele uma orientação. (...) pensando na prevenção, mais ou menos isso.” (Verde).

“(...) que ele veja que não é só importante a mulher vir em consulta, que só mulher adoecer... que ele faça a mesma coisa que a esposa dele, a namorada, amante, a mãe dele faz com a vida dela, entendeu.” (Cereja).

A perspectiva de participação é apontada na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (BRASIL, 2008a, p.5) para “fortalecer a mobilização popular masculina brasileira, politizar e sensibilizar os usuários do sexo masculino para o reconhecimento e enunciação de suas condições sociais e de saúde”.

Ao analisarmos o direito ao acesso aos serviços de saúde, surgem os seguintes questionamentos: ter acesso aos serviços de saúde é garantia de consumo dos mesmos? O acesso aos serviços de saúde garante que as necessidades de saúde do usuário do sexo masculino sejam verdadeiramente respondidas? Garantir acesso não significa que esse homem esteja usufruindo dos serviços de saúde de forma consciente, logo, é necessário trabalhar inicialmente os tipos de necessidades de saúde apresentadas por esses sujeitos, para então garantir uma assistência adequada e eventual resolutividade das mesmas.

Entendemos ainda que, nem todas as necessidades de saúde localizam-se na perspectiva restrita do processo saúde-doença, apontando para o fortalecimento da questão do vínculo e a preocupação em ajudar esse homem no caminhar de sua vida também, como é explicitada na fala de Rocha:

“Não deixar o homem solto (...)” (Rocha).

No que se refere a necessidades de saúde essas também perpassam pela questão social, influenciada principalmente pelo “modo de viver a vida” de cada sujeito ou grupo de sujeitos, argumento esse que é trazido pela PNAISH com a proposta de um olhar integral ao usuário do sexo masculino (BRASIL, 2008a).

O típico também aponta para uma concepção de necessidades de saúde do homem de forma singular, não somente a particularidade do grupo, o que podemos perceber na fala de Cereja:

“(...) que ele veja que não é só importante a mulher vir em consulta, que só mulher adoecer... que ele faça a mesma coisa que a esposa dele, a namorada, amante, a mãe dele faz com a vida dela, entendeu.” (Cereja).

Além de sua experiência profissional o Enfermeiro também possui a experiência própria que é expressa por sua situação biográfica, os momentos particulares vividos

que também influenciam no modo de agir como profissional (Schutz (1976)), apud Kieling (2010), proporcionando um olhar racional sobre a realidade vivida desse homem, aproximando as ações de enfermagem às necessidades de saúde dessa população.

Desta forma, torna-se importante entender tanto a singularidade como a particularidade de cada grupo de usuários, homens, mulheres, crianças, jovens e idosos, concepção esta que requer um olhar mais atento dos profissionais que atuam mediante a Estratégia Saúde da Família (ESF).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permite identificar que os Enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) realizam atividades com os usuários do sexo masculino, dentre essas ações predominam aquelas voltadas para grupos e indivíduos com destaque para doenças crônicas, ações essas que fortalecem o pensamento na doença, a resolução de algo já estabelecido para a vida daquele usuário.

O Enfermeiro ao atender o usuário do sexo masculino identifica as necessidades de saúde como necessidades de autocuidado e prevenção de agravos, porém, para o Enfermeiro, essas necessidades são atendidas a partir do momento em que o usuário do sexo masculino entra em contato com o profissional, pelo simples fato de ir à unidade de saúde, não responsabilizando o homem por sua situação de saúde atual. Estar presente na unidade de saúde não significa que esse usuário modifique seu modo de viver a vida e o seu estado da saúde.

A concepção de necessidades de saúde que fundamentam a prática profissional do Enfermeiro, na perspectiva do autocuidado localiza-se no fato de que o usuário deve ter a capacidade de melhorar o seu entendimento do próprio corpo, da capacidade de decidir quanto às possibilidades de sobrevivência e qualidade de vida. Este olhar é o que chamamos de ampliação da autonomia das pessoas, que tem peso efetivo no modo de viver a vida e a satisfação das necessidades de forma mais ampla possível.

Por esse motivo, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) destaca a importância de incentivar o homem a fazer escolhas saudáveis, logo, ir à unidade de saúde (acesso aos serviços), não garante que esse profissional influencie nessas escolhas. Torna-se imprescindível que esse Enfermeiro ao atender o homem lance mão da criação de vínculo tanto com o serviço quanto com os profissionais, para que assim as escolhas saudáveis sejam adequadas à realidade desse homem e prioridades na vida dele.

Identificou-se ainda que a expressão Promoção da Saúde é utilizada como forma de classificar ações de cunho preventivo, voltadas para a prevenção de doenças pontuais, como as doenças crônico-degenerativas, o que se distancia do conceito ampliado de promoção da Saúde.

Quando analisamos as ações do Enfermeiro no contexto da PNAISH, identificamos um distanciamento entre proposta da Política e as ações na prática, com relação ao conceito ampliado de Promoção da Saúde utilizado na Política e o conceito de Promoção da Saúde na concepção do Enfermeiro.

Esse aspecto aponta para a relevância de ações de Educação Permanente, ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, ações que sejam voltadas para a concepção de saúde ampliada, inserindo a visão sobre os determinantes de saúde nas ações voltadas para os usuários do serviço de saúde.

As ações de Educação Permanente devem focar além das necessidades de saúde dos usuários do serviço, a realidade do território sob atuação da equipe de saúde da família. O Enfermeiro deve ser instruído dentro da especificidade regional que ele atua, criando estratégias para a captação dos usuários do sexo masculino, lançando mão da cultura daqueles homens, dos hábitos e outros costumes.

Historicamente o usuário do sexo masculino possui barreiras relacionadas a questões de saúde, trabalhar o rompimento desses "tabús" torna-se primordial para um atendimento eficaz a esses homens, criando laços de confiança entre o profissional de saúde, que nesse estudo especificamente é o Enfermeiro.

Então, propõe-se, por meio desse estudo, contribuir para o fortalecimento e apoio às ações realizadas na Estratégia Saúde da Família e para o desenvolvimento de novas produções relacionadas a prática do Enfermeiro junto ao usuário do sexo masculino.

Entende-se também que este estudo contribui para a prática profissional do Enfermeiro no fortalecimento da concretização de um modelo assistencial adequado às condições e necessidades de saúde do homem no cotidiano.

Na divulgação do conhecimento de enfermagem, ampliando discussões sobre os conceitos de necessidades de saúde e Promoção da Saúde que orientam o desenvolvimento de ações de enfermagem para a população masculina brasileira, proporcionando a oportunidade de novas pesquisas na área de Enfermagem que trabalhem a saúde do homem, na inserção de novos olhares e abertura de espaços para divulgar experiências que vem sendo desenvolvidas na prática.

Sendo assim, é de suma importância fortalecer o cenário da ESF pois tornou-se uma grande aliada no desenvolvimento de ações que verdadeiramente respondam as necessidades de saúde a todos os usuários do serviço, incluindo o homem, abriu espaços de atuação do Enfermeiro e fortaleceu sua a autonomia profissional, espaços esses que nunca foram tão marcantes.

6. REFERÊNCIAS

ANGELO M, BOUSSO R.S. Fundamentos da Assistência à Família em Saúde. In: Ministério da Saúde (Org.). **Manual de Enfermagem**. São Paulo: Universidade de São Paulo; p. 14-7, 2001.

ARAÚJO C. A. **Bibliometria: evolução histórica e questões atuais**. Em *Questão*, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 11-32, jan.-jun. 2006.

ARAÚJO M. A. L. e LEITÃO G. C. M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p.396-403, mar-abr, 2005.

BIREME. **Descritores de assunto**. Disponível em <http://www.bireme.br>. Acesso em: 28 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde** - Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família** – Caderno de Atenção Básica 1 – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. A Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; 1986; Ottawa; Ca. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 19, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Pacto pela Saúde**. Brasília, DF; 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica - Série Pactos pela Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, v.4, ed. 4, p.68, 2006b.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 159/1993**. 2007. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>>. Acesso em: 09. Março. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e diretrizes)**. 2008a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008**. Pacto pela Vida 2008b. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria_325_210208.pdf. Acesso em: 07 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Pacto pela Saúde**. Brasília, DF; 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96**. 1996. Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm#conf>. Acesso 05 out. 2009.

CAPALBO, C. **Metodologia de Ciências Sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz**. Paraná, Londrina. UEL; p.95, 1998.

CASTELO BRANCO, A. L. **A Cliente Internada e a Enfermagem Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Gráfica Minister, 1996.

CASTRO, C. O., TOCANTINS, F. R. **Estratégia Saúde da Família e as necessidades assistenciais do homem: um olhar diferenciado do Enfermeiro**. In: 6ª Jornada de Iniciação Científica; Rio de Janeiro, Brasil: UNIRIO – PROPg; v.1, p. 12-16, jun, 2007.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2001.

CECÍLIO, L. C. de O. & MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; PERLA, A. A. & MATTOS, R. A. (OrgS.) **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro, Caxias do Sul: Cepsc, IMS, Uerj, EducS, 2006.

CZERESNIA D. O conceito de saúde e a diferença entre a prevenção e promoção, 1999. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Org.) **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 117-139, 2003.

FOSTER P. G. e BENNETT A. M.. Dorothea E. Orem - Capítulo 7. In: George J .B. e Col. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre, RS. 4ª ed. Artmed editora, 2000.

GARCIA, Telma R. e EGRY, Emiko Y (col). **Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GIFFIN, Karen. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v 10, n 1, p.47-57, 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KIELING K. G. **A Fenomenologia de Alfred Schutz Aplicada à Comunicação**: Uma Ponte entre o Conhecimento e o Mundo da Vida. XI Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul – Novo Hamburgo, RS; 2010.

LEAVELL, S. & CLARCK, E.G. **Medicina Preventiva**. McGraw-Hill, São Paulo: 1976.

NEVES, J. L. **Pesquisa qualitativa: Características, usos e possibilidades**. USP. São Paulo, 1996. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>. Acesso em 25 de março de 2012.

PARGA NINA, L (coord). **Estudo das Informações não estruturadas do ENDEF e de sua integração com os dados quantificados**. Rio de Janeiro: RJ, 1978.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre, RS, Artmed; 2004.

TRAD, L. A. B. Necessidades de saúde; desafios (que persistem) no plano conceitual e da sua operacionalização nos serviços sanitários. In: PINHEIRO, R e SILVA JÚNIOR, A. G da (org). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

POPIM, Regina Célia; BOEMER, Magali Roseira. **O cuidar em oncologia** – diretrizes e perspectivas. São Paulo: UNESP, 2006.

QUEIROZ D. T., BRAGA V. A. B., XIMENES A. B., Homens portadores do Papilomavírus Humano: reações emocionais na confirmação do diagnóstico. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro; v.14, n.3, p.405-11, jul-set 2006.

RIO DE JANEIRO. INSTITUTO PEREIRA PASSOS. **Armazém de dados** - Estatísticas Municipais - População por cor/raça e sexo, segundo as Regiões Administrativas - 2000. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>. Acesso em: 05 set. 2010.

RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. **Programa Saúde da Família** - Equipes da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro- 2008. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=134893>. Acesso em: 05 set. 2010.

SCHRAIBER LB, GOMES R, COUTO MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ. v.10, n.1, p. 7-17, 2005.
SCHUTZ, Alfred. **Collected Papers 1** – The Problem of Social Reality. 6 ed., Dordrecht (NL):Kluwer Academic Publishers, 1990.

SCHUTZ, Alfred. **Fenomenologia Del Mundo Social** – Introducción a La Sociologia Compreensiva. Buenos Aires (AR): Editorial Paidos, 1972.

SILVA JUNIOR, A. G. da. **Modelos tecnoassistenciais em Saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA, J. P. V.; BATISTELLA, C.; GOMES, M. L. de. Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. **O Território e o Processo Saúde-Doença**, Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 159-176, 2007.

SOUZA, E. R. de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ. v. 10, n.1, p.59-70, 2005.

STOTZ, E. N. **Necessidades de Saúde**: mediações de um conceito – contribuições das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais

da área de planejamento em saúde, 1991. Tese (doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – FIOCRUZ, 1991.

TOCANTINS, F. R. **As necessidades na relação cliente-enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde** – uma abordagem na perspectiva de Alfred Schutz. Tese (doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Rio de Janeiro, 1993.

APÊNDICES

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO: AÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO À NECESSIDADES DE SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisadora: Enfermeira Caroline Oliveira de Castro.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Enfermeiro,

Estamos realizando um estudo cujo objetivo é: Compreender a ação dos Enfermeiros que atuam nas equipes da ESF ao atender o usuário do sexo masculino.

E estamos nos dirigindo (a) ao senhor (a), a fim de solicitar a possibilidade de sua participação na entrevista. Esta entrevista fundamentará nosso estudo e propiciará a identificação das ações de enfermagem realizadas pelo enfermeiro com relação à clientela masculina nesta Unidade.

Durante a entrevista serão feitas perguntas como: nome (pseudônimo), idade, sexo, entre outras.

Para apreender cada detalhe da fala, faz-se necessário o uso do gravador durante a entrevista, entretanto garantimos que será mantido o anonimato de todos os participantes.

Este estudo está sendo realizado dentro dos padrões éticos amparados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que garante a integridade e a não exposição do cliente.

É importante, que ao respondê-lo, a senhor (a) saiba que os seguintes aspectos estarão assegurados:

- A garantia do sigilo que assegure a privacidade dos dados confidenciais envolvidos no estudo, mesmo durante a divulgação dos resultados em eventos e publicações. Ao mesmo tempo assegura-se o anonimato;
- Os responsáveis pela realização do estudo se comprometem a zelar pela integridade e bem estar dos participantes do estudo;
- Serão assegurados aos participantes do estudo os benefícios resultantes do mesmo, seja em termos de produção de dados;
- A liberdade do participante de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase do estudo, sem penalização alguma e sem prejuízos;

Em caso de concordância solicitamos que seja assinado o presente documento.

Concordo em participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado O Enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família no contexto das Políticas Sociais de Atenção a Saúde do Homem, referido neste documento.

Assinatura do Participante

Rio de Janeiro, _____ de 2010.

Contatos: Comitê de Ética em Pesquisa. E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br. Tel.: 3971-1590
Caroline Oliveira de Castro. E-mail: carolineoliveiradecastro@yahoo.com.br. Tel.: 8143-4263
Florence Romijn Tocantins. E-mail: florence@unirio.br. Tel.: 2542-7142

Apêndice II – Formulário para Entrevista:Dados de Identificação:

Pseudonome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Tempo de graduação: _____

1. Realizou curso de especialização: () sim () não Qual: _____
2. Tempo de atuação na ESF: _____
3. Recebeu treinamento relativo à Atenção ao usuário do sexo masculino:
() sim () não Quais os aspectos foram abordados? _____
4. Desenvolveu ou desenvolve assistência ao usuário do sexo masculino na Estratégia Saúde da Família: () sim () não
5. Quais atividades e ações você desenvolve junto aos usuários do sexo masculino?

Pergunta fenomenológica:

O que você pretende quando desenvolve ações assistenciais junto aos usuários do sexo masculino?

Data: _____

Início da entrevista: _____ horas

Término da entrevista: _____ horas

ANEXOS



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 04A/2011

Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 2011.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:


<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Fabio Tuche Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Andréa Estevam de Amorim Carla Costa Vianna Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira Clotilde Teixeira Cristina Maria Venetillo de Souza José M. Salame Nara da Rocha Saraiva Rodrigo de Carvalho Moreira Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p>Secretária Executiva: Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 208/10 CAAE nº: 0238.0.314.000-10 e 0239.0.314.000-10</p> <p>TÍTULO: O enfermeiro e a Estratégia de Saúde da Família no contexto das políticas sociais de atenção a saúde do homem.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Caroline Oliveira de Castro.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: CAP 4.0 e CAP 5.1.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 31/01/2011.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
---	---

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

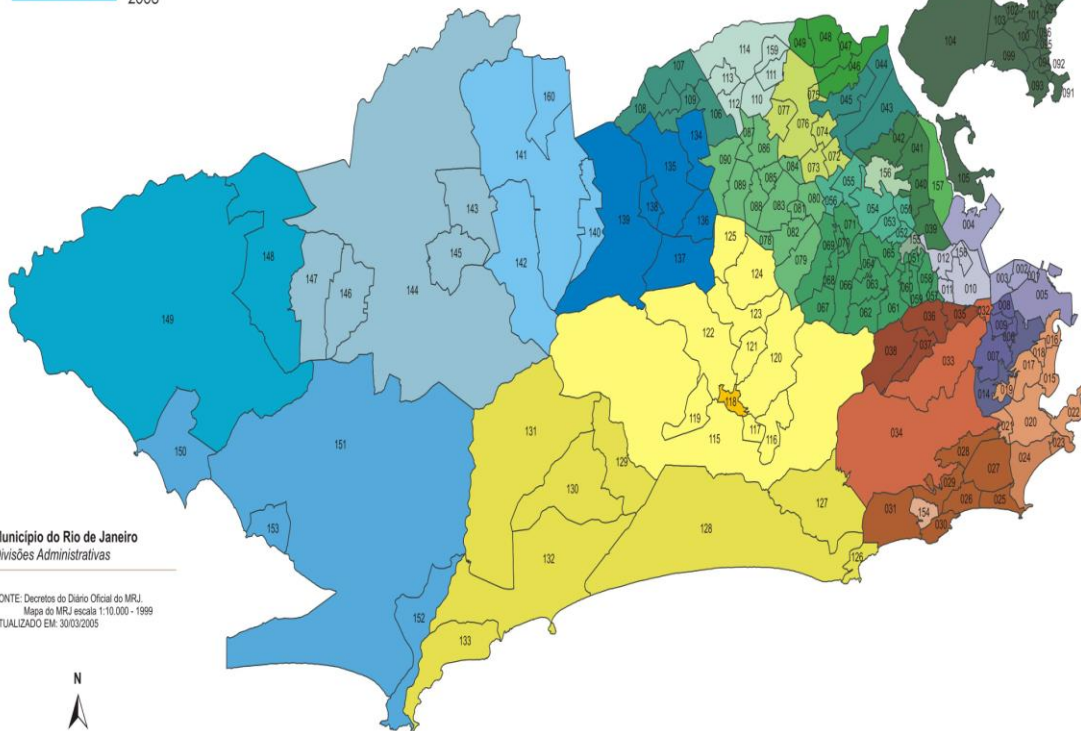

Salesia Felipe de Oliveira
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO PEREIRA PASSOS
 Diretoria de Informações Geográficas - DIG
 Gerência de Cartografia
 2008



Município do Rio de Janeiro
 Divisões Administrativas

FONTE: Decretos do Diário Oficial do MRJ.
 Mapa do MRJ escala 1:10.000 - 1999
 ATUALIZADO EM: 30/03/2005



Área de Planejamento 1	Área de Planejamento 2	Área de Planejamento 3	Área de Planejamento 4	Área de Planejamento 5	
I RA - Pontalá 001 - Saúde 002 - Sombrio 003 - Santo Onofre 004 - Capó II RA - Centro 005 - Centro III RA - Rio Comprido 006 - Catumbé 007 - Rio Comprido 008 - Cidade Nova 009 - Estácio IV RA - São Cristóvão 010 - São Cristóvão 011 - Maré 012 - Belfort 013 - Vasco da Gama	V RA - Santa Tereza 014 - Santa Tereza VI RA - Lapa 015 - Lapa 016 - Lapa Superior 017 - Lapa Superior 018 - Candelária 019 - Candelária Velha 020 - Botafogo 021 - Humaitá 022 - Urca VII RA - Copacabana 023 - Leme 024 - Copacabana VIII RA - Lagoa 025 - Lagoa 026 - Lacerd 027 - Lagoa 028 - Jardim Botânico 029 - Glória 030 - Vidigal 031 - São Conrado	IX RA - Vila Isabel 032 - Vila Isabel 033 - Maracanã 034 - Vila Isabel 035 - Andaraí 036 - Ondas X RA - Tijuca 037 - Praça de Bandeira 038 - Tijuca 039 - Alto da Boa Vista 040 - Chácara 041 - Sampaio 042 - Engenheiro Neves 043 - Lins de Vasconcelos 044 - Maré 045 - Rocha dos Santos 046 - Rocha dos Santos 047 - Cachorro 048 - Engenho de Dentro 049 - Água Santa 050 - Pisedo 051 - Abadiânia 052 - Planas XI RA - Inhaúma 053 - Inhaúma 054 - Maré da Graça 055 - Do Carmo 056 - Inhaúma 057 - Engenho da Rainha 058 - Tereza Coelhe	XII RA - Mirim 059 - Jardim 060 - São Francisco Xavier 061 - Rocha 062 - Riachuelo 063 - Sampaio 064 - Engenheiro Neves 065 - Rocha dos Santos 066 - Rocha dos Santos 067 - Cachorro 068 - Engenho de Dentro 069 - Água Santa 070 - Pisedo 071 - Abadiânia 072 - Planas XIII RA - Iguai 073 - Visconde de Cavalho 074 - Vila Penha 075 - Vila Alegre 076 - Inhaúma 077 - Colégio	XIV RA - Madureira 078 - Cantagalo 079 - Cantagalo 080 - Cantagalo 081 - Engenheiro Leal 082 - Cascadura 083 - Madureira 084 - Vila Liberdade 085 - Tijuca 086 - Noroeste Mirante 087 - Noroeste Mirante 088 - Noroeste Mirante 089 - Noroeste Mirante 090 - Noroeste Mirante 091 - Noroeste Mirante 092 - Noroeste Mirante 093 - Noroeste Mirante 094 - Noroeste Mirante 095 - Noroeste Mirante 096 - Noroeste Mirante 097 - Noroeste Mirante 098 - Noroeste Mirante 099 - Noroeste Mirante 100 - Noroeste Mirante	XV RA - Complexo do Alemão 101 - Tuiú 102 - Alvorada 103 - Portuguesa 104 - Gávea 105 - Cidade Universitária 106 - Maré XVI RA - Complexo da Maré 107 - Maré XVII RA - Anchieta 108 - Anchieta 109 - Anchieta 110 - Anchieta 111 - Anchieta 112 - Anchieta 113 - Anchieta 114 - Anchieta 115 - Anchieta 116 - Anchieta 117 - Anchieta 118 - Anchieta 119 - Anchieta 120 - Anchieta 121 - Anchieta 122 - Anchieta 123 - Anchieta 124 - Anchieta 125 - Anchieta XVIII RA - Barra da Tijuca 126 - Joo 127 - Barra da Tijuca 128 - Barra da Tijuca 129 - Barra da Tijuca 130 - Barra da Tijuca 131 - Barra da Tijuca 132 - Barra da Tijuca 133 - Barra da Tijuca 134 - Barra da Tijuca 135 - Barra da Tijuca 136 - Barra da Tijuca 137 - Barra da Tijuca 138 - Barra da Tijuca 139 - Barra da Tijuca 140 - Barra da Tijuca 141 - Barra da Tijuca 142 - Barra da Tijuca 143 - Barra da Tijuca 144 - Barra da Tijuca 145 - Barra da Tijuca 146 - Barra da Tijuca 147 - Barra da Tijuca 148 - Barra da Tijuca 149 - Barra da Tijuca 150 - Barra da Tijuca 151 - Barra da Tijuca 152 - Barra da Tijuca