



DIAGNÓSTICO DE VULNERABILIDADES DE HOMENS QUE JOGAM FUTEBOL E A ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

DIAGNOSIS OF VULNERABILITIES OF MEN WHO PLAY FOOTBALL AND NURSING: CASE STUDIES

DIAGNÓSTICO DE VULNERABILIDADES DE HOMBRES QUE JUGAN FÚTBOL Y ENFERMERÍA: ESTUDIOS DE CASO

Renata Evangelista Tavares¹, Luanny Regina de Oliveira Santos Araújo², Débora de Souza Barbosa da Silva³, Langs de Arantes Ferreira de Mello⁴, Daniele Geane Conceição do Nascimento⁵, Florence Romijn Tocantins⁶

RESUMO

Objetivos: relatar a experiência de desenvolver o diagnóstico de vulnerabilidade e propor ações de enfermagem junto a um grupo de homens que jogam futebol em Niterói/RJ, Brasil. **Método:** estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Utilizou-se como estratégia o acesso à base de dados sociais e epidemiológicos e um encontro social com um grupo de homens, considerando as dimensões: condições sociais e de saúde, acesso a serviços, meio e estilo de vida. A articulação destas dimensões permitiu diagnosticar vulnerabilidades em saúde e propor ações de enfermagem. **Resultados:** os homens que jogam futebol apresentam vulnerabilidade para: alterações dermatológicas, distúrbios osteomusculares, fadiga no trabalho, transtornos gástricos e acidentes automobilísticos. As ações propostas foram elaboradas fundamentadas na pedagogia problematizadora. **Conclusão:** a atividade consistiu em importante estratégia de ensino-aprendizagem para graduandos, sinalizando que atuação do enfermeiro não se limita a muros institucionais. **Descritores:** Vulnerabilidade em Saúde; Saúde do Homem; Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: reporting the experience to develop the diagnosis of vulnerability and propose nursing actions among a group of men playing football in Niterói/RJ, Brazil. **Method:** a descriptive study of type experience report. It was used as a strategy the access to social and epidemiological database and a social meeting with a group of men, considering the dimensions: social and health conditions, access to services, environment and lifestyle. The articulation of these dimensions allowed diagnosing vulnerabilities in health and proposing nursing actions. **Results:** men who play football show vulnerability for: skin changes, musculoskeletal disorders, work fatigue, stomach disorders and traffic accidents. The actions proposed have been prepared based on problem-based pedagogy. **Conclusion:** the activity consisted of important teaching and learning strategy for graduate, signaling that the nurses' performance is not limited to institutional walls. **Descriptors:** Health Vulnerability; Men's Health; Nursing.

RESUMEN

Objetivos: presentar la experiencia para desarrollar el diagnóstico de la vulnerabilidad y proponer acciones de enfermería entre un grupo de hombres que juegan al fútbol en Niterói/RJ, Brasil. **Método:** estudio descriptivo del tipo de informe de experiencia. Fue utilizada como una estrategia el acceso a la base de datos sociales y epidemiológicos y una reunión social con un grupo de hombres, teniendo en cuenta las dimensiones: condiciones sociales y de salud, el acceso a los servicios, el ambiente y estilo de vida. La articulación de estas dimensiones permite diagnosticar las vulnerabilidades en materia de salud y proponer acciones de enfermería. **Resultados:** los hombres que juegan al fútbol presentan vulnerabilidad para: cambios en la piel, trastornos musculoesqueléticos, fatiga laboral, trastornos estomacales y accidentes de tránsito. Las acciones propuestas se han elaborado sobre la base de la pedagogía basada en problemas. **Conclusión:** la actividad consistió en importante estrategia de la enseñanza y aprendizaje para pregrado, lo que indica que el rendimiento de las enfermeras no se limita a las paredes institucionales. **Descritores:** Vulnerabilidad en Salud; Salud de los Hombres; Enfermería.

¹Enfermeira, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/Unirio. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, E-mail: renataunirio@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/Unirio. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, E-mail: luanny.enf09@gmail.com; ³Enfermeira, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/Unirio. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, E-mail: debora.enf09@yahoo.com.br; ⁴Enfermeiro, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/Unirio. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, E-mail: langsmello@live.com; ⁵Discente, Curso de Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/Unirio. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, E-mail: daniele.geane@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Titular, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/Unirio. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, E-mail: florenceromijn@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O homem apresenta algumas características relacionadas à questão de gênero que estão presentes na cultura de diversos países. Dentre estas, pode ser identificado, por exemplo, a demonstração de sinais que representam a sua não fragilidade.¹ Dessa forma, e numa perspectiva de construção social, o homem “julga-se invulnerável, situação que contribui para que cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco”.^{1:6}

Com este entendimento, o homem alega não cuidar de si mesmo, na maioria das vezes por falta de tempo, afinal, ele tem a responsabilidade socialmente construída de ser o provedor, ou seja, o responsável por prover recursos para o sustento da família. Essa “responsabilidade”, concebida majoritariamente masculina, vem sendo alterada ao longo dos anos, em virtude da constante inserção da mulher no mercado de trabalho.²

Nesta perspectiva, é nítido o paradoxo: a mulher mesmo com diversas atribuições no cotidiano, muitas vezes com dupla jornada de trabalho, consegue cuidar da sua saúde e o homem não.³ O não cuidar da própria saúde implica e resulta no acesso aos serviços de saúde por meio da média ou alta complexidade.¹ Além disto, os serviços de saúde “privilegiam as ações voltadas para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso”,^{1:6} não existindo na maioria das vezes o foco na saúde do homem. Na prática, o homem é inserido nas ações direcionadas ao idoso (quando este possui idade a partir de 60 anos) e nas ações de acompanhamento e controle de algum agravamento à saúde previsto nas ações programáticas, como observado nos Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.⁴

Considerando o conjunto de questões anteriormente abordadas, articuladas com as altas taxas de mortalidade e morbidade da população do sexo masculino, principalmente em decorrência do(a): violência, alcoolismo e tabagismo, acidentes relacionados ao transporte, tumores (principalmente do aparelho digestivo, aparelho respiratório, e câncer de próstata), doenças do aparelho circulatório,¹ foram fatores que impulsionaram a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

Na PNAISH está prevista a realização de “um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção”,^{1:37} com destaque para promoção da

saúde e prevenção de doenças, principalmente “na atenção básica, com o foco na Estratégia de Saúde da Família”.^{1:37} Assim, tendo como foco a Estratégia de Saúde da Família, pode-se dizer que a responsabilidade de realizar o conjunto de ações supracitadas é da equipe de saúde, sendo o enfermeiro um de seus integrantes.⁵ Portanto, para que este profissional realize ações com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, faz-se necessário ter clareza da concepção de cada uma delas. Nesse sentido, de modo objetivo, a concepção de promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e de saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”,^{6:19} e prevenção de doenças significa evitar doenças ou evitar que ela evolua.⁷

Uma das formas de ação voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças é o diagnóstico de vulnerabilidade. A vulnerabilidade “considera a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos [...]”.^{8:123} Logo, diagnosticar a vulnerabilidade significa identificar um conjunto de situações: condições sociais e de saúde, acesso a serviços, meio ambiente e estilo de vida; que articuladas ao longo do tempo apontam para a possibilidade de determinados grupos da população apresentarem agravos à saúde. Desse modo, focalizando a população do sexo masculino, torna-se importante que o enfermeiro realize o diagnóstico de vulnerabilidades(s),⁹ de modo que sejam antecipados os eventos que possam levar a ocorrência de agravos.⁸ Portanto, quando são identificadas as vulnerabilidades, emergem as necessidades sociais e de saúde, que “extrapolam categorias identificáveis em nível individual e buscam vislumbrar necessidades universais e globais”.¹⁰

Diante desses apontamentos, o objetivo traçado é relatar a experiência de desenvolver o diagnóstico de vulnerabilidade e propostas de ações de enfermagem junto a um grupo de homens que jogam futebol em Niterói - RJ.

MÉTODO

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciado por graduandos de enfermagem do 7º período, que cursavam a disciplina de “Enfermagem na Atenção à Saúde da População” na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

A atividade proposta pela docente responsável pela disciplina possibilitou a experiência em desenvolver o diagnóstico de vulnerabilidade e propostas de ações de enfermagem, oportunizando a escolha, por parte dos acadêmicos, do grupo da população e cenário para o diagnóstico de vulnerabilidade. Essa oportunidade para tomada de decisões está prevista nas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem,¹¹ que destaca a importância dos acadêmicos estarem aptos a apresentarem competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas. Sendo assim, os acadêmicos escolheram como cenário um campo de futebol, pois “os campos de futebol são locais coletivos de sociabilidade ocupados por homens”.^{1:9} Desta forma, para a realização do diagnóstico de vulnerabilidades, utilizou-se, no primeiro momento, como estratégia o levantamento de informações por meio de pesquisa em base de dados, e no segundo momento realizou-se uma conversa social com cada integrante do grupo de homens.

A pesquisa em bases de dados¹² teve como propósito, buscar informações relacionadas com o meio em que o grupo populacional estudado encontra-se inserido. Os dados levantados permitiram à caracterização do município de Niterói quanto a: população, domicílios, lazer, serviços de saúde e mortalidade.

A conversa social foi realizada para captar diferentes aspectos relacionados ao estilo de vida, além de complementar informação quanto a condições sociais e de saúde, acesso a serviços e meio ambiente.

As conversas sociais ocorreram no período de março de 2013, junto a 19 homens, na faixa etária de 18 a 60 anos de idade. A obtenção das informações se deu por meio de um roteiro, abordando quatro tópicos correspondendo às dimensões de vulnerabilidade.

Após a busca em base de dados e conversa social com grupo de homens, foi realizado o diagnóstico de vulnerabilidades e em seguida foram propostas ações de enfermagem que visam reduzir as vulnerabilidades identificadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência dos acadêmicos de enfermagem em obter informações em base de dados para reconhecer o meio em que o grupo de homens que jogam futebol está inserido, proporcionou o aprendizado em operacionalizar a busca em bases de dados.

Estas são ferramentas fundamentais para o planejamento de ações nos serviços de saúde, e também os estimulou a pensar criticamente acerca da realidade da população, com foco nas condições de vida e de saúde.

Deste modo, permitiu identificar que no município de Niterói residem 487.562 pessoas, maior quantitativo de pessoas do sexo feminino (53,7%), de cor ou raça branca (63,5%) e com faixa etária de 18 a 59 anos (62,2%). A população economicamente ativa corresponde a 51,2%, sendo a maioria homens (52,5%).¹²

No município de Niterói a média de moradores por domicílio é de 2,87. Os mesmos contam com o abastecimento de água proveniente de diferentes métodos de obtenção, são eles: 97,3% provenientes da rede geral de distribuição, 1,6% de poço ou nascente na propriedade e 0,2% fora da propriedade, 0,6% utilizam carro-pipa, água de chuva armazenada em cisterna ou armazenada de outra forma, rio, açude, lago ou igarapé ou outras não formas mencionadas.¹²

Além do abastecimento de água, que é um serviço básico, 99,9% dos domicílios tem acesso a energia elétrica.¹² Outro serviço básico que cabe ser mencionado é a coleta de lixo, onde se identificou que 83% são coletados por serviço de limpeza, 15,9% são depositados em caçamba para ser coletado posteriormente pelo serviço de limpeza, 0,7% são jogados em terreno baldio, 0,4% são queimados ou enterrados na propriedade, jogados em rio, lago ou mar ou ainda tem outro destino.¹²

Ainda, no município de Niterói com relação à escolaridade tem-se 10,5% da população frequentando o ensino fundamental, 0,6% frequentando educação para jovens e adultos correspondendo ao ensino fundamental, 3,6% o ensino médio, 6,5% o ensino superior, 1,4% frequentando curso de pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado).¹²

Em Niterói existem como opções para o lazer: teatros, cinemas, centros de cultura, museus, parques, praças, hortos, praias. E conta com o total de 350 “Estabelecimentos de Saúde”,¹³ os quais 280 são estabelecimentos privados e 70 são públicos, ou seja, pertencentes ao Sistema Único de Saúde.¹³ Percebe-se a discrepância em termos numéricos que existe entre o setor privado e o setor público, considerando principalmente o acesso a serviços de saúde como direito do cidadão.

No que se refere aos dados referentes à mortalidade, em 2010 ocorreram 1.122 óbitos,

dentre os quais 52,5% correspondem a homens e 47,5% a mulheres.¹³

As conversas sociais permitiram captar que o grupo de homens apresenta como condições sociais e de saúde, majoritariamente: ensino superior completo; vínculo empregatício; renda média mensal de R\$1.731,10; possuem de 0 a 1 pessoa que depende da sua renda; gastam de 30 minutos a 1 hora de deslocamento de sua residência até o campo de futebol; e utilizam como meio de transporte o carro.

Relativo ao acesso a serviços caracterizam-se por terem assistência de saúde pelo plano de saúde; em caso de acidentes ou lesões relacionadas à prática do futebol os homens “tratam-se em casa” (cuidado pessoal); e já precisaram se afastar dos jogos de futebol devido a lesões e acidentes ocorridos durante essa prática desportiva.

Com relação ao estilo de vida, realizam de três a quatro refeições diárias, com predomínio de carboidratos; possuem o hábito de ingerir preferencialmente alimentos gordurosos, frituras, *fast food* e doces de três a quatro vezes por semana; ingestão hídrica diária a partir de 2 litros de água (com mínimo de 1 a 1,5 litros); jogam futebol de 1 a 2 vezes por semana, há mais de 11 anos; praticam outras atividades físicas, principalmente musculação e corrida; têm como lazer (além do futebol) atividades coletivas, como baladas, shows, bares, e não se socializam com os colegas de futebol fora do ambiente dos jogos; fazem uso de bebida alcoólica, de duas a três vezes por semana; têm de 6 a 7 horas de sono por noite, que não consideram suficientes, e não repousam durante o dia; se expõem ao sol durante os jogos, com tempo de exposição acima de 1 hora e não utilizam nenhuma forma de proteção ao sol durante os jogos e nem no cotidiano.

Concernente ao meio ambiente físico foi realizada observação direta pelos graduandos.

Quanto ao campo de futebol, este é sem proteção contra os raios solares, a grama é sintética e apresenta-se em perfeito estado de conservação, boa qualidade e sem irregularidades. Os jogadores possuem uma área para descanso, coberta com “toldo”, com cadeiras, pia e churrasqueira, para usarem também como área de lazer, no entanto, foi observado que a maioria dos jogadores descansa, entre um jogo e outro, sentados no próprio gramado, na lateral do campo, sem cobertura e sem cadeiras.

Há dois vestiários, um fica aberto e o outro fechado, que possuem chuveiros com água fria. Há dois banheiros, sendo um masculino e um feminino, os dois apresentando boas condições de uso, vasos sanitários com rede de esgoto e pia com água encanada para lavagem das mãos. O clube, onde está inserido o campo de futebol, não possui cozinha, refeitório e posto de atendimento de saúde; possui apenas uma cantina.

Foi verbalizado que o grupo de homens joga a mesma partida de futebol independente da diferença de idade entre eles, não há divisões de grupo por faixa etária. Há um tesoureiro (escolhido pelo grupo) que recolhe o dinheiro de todos os jogadores para pagar o aluguel do clube. Cada jogador é responsável por lavar o seu colete, sendo que, em algumas divisões de grupo o colete é coletivo e há revezamento de responsáveis para lavar todos os coletes.

Com o conjunto das informações obtidas relativas aos diferentes aspectos relacionados às dimensões condições sociais e de saúde, acesso a serviços, meio e estilo de vida, foi possível realizar diagnósticos de vulnerabilidades e propostas de ações de enfermagem, visando reduzi-las.

Conforme apresentado na Figura 1, a articulação dos aspectos relativos ao meio e estilo de vida, apontam para o diagnóstico de vulnerabilidade para alterações dermatológicas.

Diagnóstico de vulnerabilidade	Meio	Estilo de vida
Vulnerabilidade para alterações dermatológicas	- Campo sem cobertura.	- Exposição ao sol durante os jogos; - Tempo de exposição ao sol acima de 1 hora; - Não usa filtro solar durante os jogos e nem no dia a dia.

Figura 1. Representação da articulação dos aspectos que apontam para o diagnóstico de vulnerabilidade para alterações dermatológicas.

Reconhece-se a foto proteção a principal forma de prevenção contra as alterações dermatológicas.¹⁴

Logo, elaborou-se como propostas de ações de enfermagem:

- Problematizar e levar o grupo de homens a uma reflexão sobre sua

conduta durante os jogos de futebol, principalmente em relação a exposição solar e não proteção. A partir dessa reflexão pretendeu-se propor estratégias de melhoria da qualidade de vida e saúde, com o uso de filtro solar (e reaplicação a cada duas horas) em todos os jogos (inclusive no cotidiano), escolha do horário da partida de futebol de preferência no início da manhã ou ao final da tarde, e utilização de roupas adequadas.

- Propor ao grupo a possibilidade de mudança do local dos jogos de futebol para um que possua campo coberto ou a cobertura do próprio campo onde já estão inseridos, mediante recursos financeiros dos próprios jogadores e do clube.

Conforme apresentado na Figura 2, a articulação dos aspectos relativos ao acesso a serviços e estilo de vida, apontam para o diagnóstico de vulnerabilidade para distúrbios osteomusculares.

Diagnóstico de vulnerabilidade	Acesso a serviços	Estilo de vida
Vulnerabilidade para distúrbios osteomusculares	- Conduta em caso de acidentes ou lesões relacionadas ao futebol: trata-se em casa (cuidado pessoal); - Afastamento do futebol devido a Acidente/lesão no futebol.	- Joga futebol de 1 a 2 vezes por semana e há mais de 11 anos; - Realiza outras atividades físicas, principalmente musculação e corrida.

Figura 2. Representação da articulação dos aspectos que apontam para o diagnóstico de vulnerabilidade para distúrbios osteomusculares.

O futebol é atualmente considerado como uma das modalidades desportivas onde o risco de lesão é mais elevado.¹⁵ Muitos fatores predisponentes de lesões no futebol são pessoais, como idade e lesões prévias, no entanto, fatores que influenciam o coletivo como a qualidade do campo, equipamentos adequados ao local do jogo, e violações das regras do jogo (como faltas excessivas e jogadas violentas) também são importantes causadores de lesões.

Tendo em vista esta vulnerabilidade diagnosticada, elaborou-se como propostas de ações de enfermagem:

- Capacitar o grupo a identificar e avaliar situações durante a atividade esportiva que necessitem de intervenção profissional, assim como o reconhecimento do acompanhamento médico anual como prática importante para prevenção de lesões e manutenção da saúde.
- Estimular a reflexão através de práticas educativas (se possível juntamente com um educador físico) acerca da prevenção de lesões no esporte, abordando temas como o uso de equipamento de proteção adequado ao local de jogo, respeito às regras do jogo e realização de exercícios de aquecimento (preferencialmente específicos para futebol) antes dos jogos. Para isso, sugere-se abordar aspectos do “Manual FIFA 11+”, que é voltado a prevenir lesões específicas do futebol a jogadores amadores.
- Orientar quanto à importância de na ocorrência de lesões, aguardar a

recuperação completa da lesão antes de voltar à atividade esportiva e na ocorrência de dores sugestivas de lesão durante o jogo, parar imediatamente para que não haja agravamento.

De acordo com a Figura 3, a articulação dos aspectos relativos às condições sociais e de saúde e estilo de vida, apontam para o diagnóstico de vulnerabilidade para fadiga no trabalho.

Diagnóstico de vulnerabilidade	Condições sociais e de saúde	Estilo de vida
Vulnerabilidade para fadiga no trabalho	-Possuem vínculo empregatício.	- Realizam: 3 a 4 refeições por dia; -Preferência por Frituras/Gordura/Fast Food e Doces; - 6 a 7 horas de sono por noite; - Não consideram suficientes as horas de sono por noite; - Não repousam durante o dia.

Figura 3. Representação da articulação dos aspectos que apontam para o diagnóstico de vulnerabilidade para fadiga no trabalho.

Esta vulnerabilidade pode ocasionar durante o trabalho irritabilidade, conflitos, falta de concentração, desatenção, atrasos, falta de disposição, não cumprimento de tarefas, e até demissão do emprego.

Considerando esta vulnerabilidade diagnosticada, elaborou-se como propostas de ações de enfermagem:

- Orientar para encorajar a importância do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (fatores de proteção à fadiga no trabalho), como a manutenção e regularidade da prática de atividades físicas que lhe dão prazer, de outras formas de lazer (além do futebol) tanto individual quanto coletivo, da alimentação saudável, do aumento do número de refeições diárias e da diminuição do consumo de alimentos gordurosos, frituras, *fast food* e doces (principalmente próximos do horário de sono noturno).

- Problematizar junto ao grupo de homens a avaliação de suas condições de trabalho, função e carga de trabalho, carga horária, e, de seus direitos trabalhistas previstos nas “Normas Gerais de Tutela do Trabalho”, em especial o Artigo 66 que menciona: “Entre 2 (duas) jornadas de trabalho haverá um período mínimo de 11 (onze) horas consecutivas para descanso”.

- Auxiliar o grupo de homens a elaborarem a organização de suas atividades diárias para melhor gerenciamento do tempo de trabalho e de descanso (lazer), a fim de melhorar o rendimento e desempenho de suas tarefas diárias e condições para o sono.

Com base na Figura 4, a articulação dos aspectos relativos às condições sociais e de saúde e estilo de vida, apontam para o diagnóstico de vulnerabilidade para transtornos gástricos.

Diagnóstico de vulnerabilidade	Condições sociais e de saúde	Estilo de vida
Vulnerabilidade para transtornos gástricos	-Possuem vínculo empregatício.	- Realizam 3 a 4 refeições por dia; - Alimentação rica em carboidratos; -Preferência por Frituras/Gordura/Fast food e Doces, com Frequência de 3 a 4 vezes por semana.

Figura 4. Representação da articulação dos aspectos que apontam para o diagnóstico de vulnerabilidade para transtornos gástricos.

A falta de tempo devido ao trabalho (vínculo empregatício) na vida urbana faz com que as pessoas realizem poucas refeições, escolham refeições rápidas e pouco nutritivas e não tenham tempo para descanso após as

refeições. Como consequência dessas situações elas apresentam problemas gástricos/digestivos.

Considerando esta vulnerabilidade diagnosticada, elaborou-se como proposta de ação de enfermagem:

- Apoiá-los na construção de um planejamento alimentar (se possível com o apoio do profissional nutricionista), trabalhando junto com eles os horários possíveis para alimentação e auxiliando na

escolha de alimentos saudáveis, considerando assim, a autonomia e recursos financeiros de cada um.

De acordo com a Figura 5, a articulação dos aspectos relativos às condições sociais e de saúde e estilo de vida, apontam para o diagnóstico de vulnerabilidade para acidentes automobilísticos.

Diagnóstico de vulnerabilidade	Condições sociais e de saúde	Estilo de vida
Vulnerabilidade para acidentes automobilísticos	- Meio de transporte utilizado no deslocamento até o clube é o carro.	- Tipo de lazer: coletivo (balada, shows, bares, etc.); - Uso de substância psicoativa, do tipo bebida alcoólica, com frequência de 2 a 3 vezes por semana.

Figura 5. Representação da articulação dos aspectos que apontam para o diagnóstico de vulnerabilidade para acidentes automobilísticos.

Existem projeções que destacam acidentes de trânsito (automobilísticos) poderão ocupar terceiro lugar nas causas gerais de mortalidade a nível mundial em 2020.¹⁶

Considerando esta vulnerabilidade diagnosticada, elaborou-se como propostas de ações de enfermagem:

- Problematizar junto ao grupo de homens questões que envolvem a associação de consumo de bebida alcoólica e a direção de veículos automobilísticos e as implicações que essa associação pode acarretar.
- Identificar junto ao grupo de homens as preferências de lazer, registrando as falas de cada um de modo que fiquem visíveis a todos. Perguntar se em cada uma delas existe o consumo de bebida alcoólica, caso exista, buscar junto com eles alternativas para a não associação com a direção de veículos.

CONCLUSÃO

Esta experiência de desenvolver o diagnóstico de vulnerabilidade e propostas de ações de enfermagem junto a um grupo de homens que jogam futebol em Niterói - RJ reforçou para os acadêmicos que atuação do enfermeiro não se limita a muros institucionais e nem a atividades previstas unicamente em ações programáticas. A atuação do enfermeiro se dá a partir do momento em que exista o indivíduo, ou grupo ou ainda, a comunidade.

Com este entendimento foi analisado criticamente que saúde não é apenas ausência de sinais e sintomas, mas sim resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso

e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Assim, e considerando o conceito ampliado de saúde, a abordagem do diagnóstico de vulnerabilidade se mostra mais adequada e unificadora, na perspectiva de uma sistematização da assistência, visando a promoção de saúde e a prevenção de doenças. Assim, a experiência fortaleceu o entendimento de que quando se tem métodos e ferramentas para conhecer a realidade concreta de determinado grupo populacional e a enfermagem planeja e desenvolvem ações com base neste conjunto de informações, estas tendem a ser mais efetivas, por focarem especificamente as vulnerabilidades diagnosticadas e conseqüentemente as necessidades de saúde de um grupo da população.

Torna-se relevante destacar que as propostas de ações elaboradas foram construídas baseadas na pedagogia problematizadora que representa uma atividade indispensável para a atuação do enfermeiro, principalmente no campo da Saúde Coletiva.¹⁸ Esta perspectiva pedagógica também foi uma estratégia primordial para o aprendizado, pois contribuiu para colocar em prática o conjunto de conhecimentos adquiridos na parte teórica da disciplina através de leituras propostas, discussões em grupo e reflexões individuais. Assim, e tendo por base o empoderamento e a capacitação do indivíduo, a enfermagem deve atuar integrada a comunidade utilizando-se de ferramentas da pedagogia problematizadora, de forma que a educação em saúde se dê horizontalizada, bilateral e dialógica contribuindo ativamente para uma melhor qualidade de vida e de saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
2. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Why do men use health services less than women? Explanations by men with low versus higher education. *Cad saúde pública* [Internet]. 2007 Mar [cited 2014 May 09];23(3):565-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>
3. Domingues PS, Daher DV, Pinto AA. Educação em saúde como possibilidade para a promoção da saúde do homem. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2012 Dec [cited 2014 May 12]; 6(12):3034-40 Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2791/pdf_1756
4. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (BR), Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde. Rio de Janeiro (RJ): SMSDC/Coren; 2012.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto de Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
7. Pellon LHC, Pinto CB, Tocantins FR. Enfermagem na promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Figueredo NMA, Machado WCA (Org.). Tratado cuidados de enfermagem. São Paulo (SP): Roca; 2012.
8. Ayres JRCM, Júnior IF, Calazans GJ, Filho HCS. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2004.
9. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fraccolli LA. The use of the "vulnerability" concept in the nursing area. *Rev latinoam enferm* [Internet]. 2008 Sept/Oct [cited 2014 May 17];16(5):[aprox. 7 telas]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf
10. Oliveira DC. As necessidades humanas e de saúde e sua apropriação no campo da enfermagem em saúde coletiva. In: Santos I, et al. Enfermagem e campos de prática em saúde coletiva. São Paulo (SP): Atheneu; 2008.
11. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº3, de 7 novembro de 2001: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2001.
12. CENSO - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pulacao/censo2010/>
13. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Assistência Médica Sanitária; 2009. Available from: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
14. Purim KSM, Leite N. Fotoproteção e exercício físico. *Rev Bras Med Esporte* [Internet]. 2010 [cited 2014 May 10];16(3):224-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922010000300014&script=sci_arttext
15. Santos PB. Lesões no futebol: uma revisão. *Rev. Digital* [Internet]. 2010 [cited 2014 May 12]; 15 Available from: <http://www.efdeportes.com/efd143/lesoes-no-futebol-uma-revisao.htm>
16. Abreu AMM, Lima JMB, Matos LN, Pillon SC. Uso de álcool em vítimas de acidentes de trânsito: estudo do nível de alcoolemia. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2014 May 10]; 18(1):513:20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a05v18nspe.pdf>
17. Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988 Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
18. Souza MCMR, Horta NC. Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012

Submissão: 07/05/2014

Aceito: 20/08/2014

Publicado: 15/12/2015

Correspondência

Florence Romijn Tocantins
 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
 Departamento Enfermagem de Saúde Pública
 Rua Dr. Xavier Sigaud, 290, sala 504/505
 CEP 22290-180 Urca - Rio de Janeiro (RJ),
 Brasil