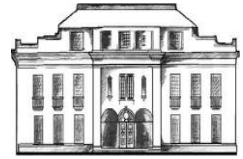




**Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Escola de Enfermagem Anna Nery**



**Grace Kelly da Silva Dourado**

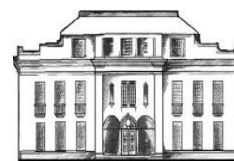
**SAÚDE DO HOMEM: O CUIDAR/CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS  
VÍTIMAS DE IAM EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA.**

**Rio de Janeiro**

**2016**



**Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Escola de Enfermagem Anna Nery**



**Grace Kelly da Silva Dourado**

**SAÚDE DO HOMEM: O CUIDAR/CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS  
VÍTIMAS DE IAM EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora: Professora Doutora Maria José Coelho.**

**Rio de Janeiro**

**Março, 2016**

Grace Kelly da Silva Dourado

SAÚDE DO HOMEM: O CUIDAR/CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS DE IAM EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

---

Maria José Coelho, Professora, Doutora, EEAN/ UFRJ.  
Presidente

---

Ronald Teixeira Peçanha Fernandes, Universidade Estácio de Sá  
1º Examinador

---

Deyse Conceição Santoro, Professora Doutora, EEAN/UFRJ  
2º Examinador

---

Cristina Maria Pereira Dutra, Enfermeira Doutora, Hospital Federal dos Servidores do Estado  
Suplente

---

Alexandre de Oliveira Barbosa, Professor Doutor, EEAN/UFRJ  
Suplente

Rio de Janeiro, 29 de março de 2016.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Dourado, Grace Kelly da Silva.

Saúde do homem: o cuidar/cuidado de enfermagem às vítimas de IAM em uma unidade de pronto atendimento – UPA/ Grace Kelly da Silva Dourado. Rio de Janeiro: UFRJ, EEAN, 2016.

xiv, 164 f: il; 31 cm

Orientadora: Maria José Coelho

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ EEAN/ Programa de pós-graduação em Enfermagem, 2016.

Referências Bibliográficas: f. 127 -136

1 Infarto do Miocárdio. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Saúde do Homem. I. Coelho, Maria José. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. III Título.

## DEDICATÓRIA

Ao meu querido filho Isaac Augusto que em meio à tessitura deste trabalho crescia dentro de mim, cada movimento seu me deu forças para trilhar essa jornada. E o nascer do seu sorriso me encorajou a vencer.

## AGRADECIMENTOS

A Deus que me sustentou perante as dificuldades e me fez vencedora, sem Ele nada do que fiz seria possível.

A minha mãe Almerinda, por estar sempre esteve ao meu lado oferecendo seu colo, apoio, carinho, atenção e amor. Quem me mostrou que para vencer as guerras, primeiro é necessário lutar as batalhas, e não desistir. Obrigada por ser minha mãe e meu pai, e exercer com maestria os dois papéis.

Ao meu querido esposo Isaac, meu companheiro, meu amigo e meu amor, por estar ao meu lado todos os dias, pela dedicação, carinho, amor e compreensão que me encorajaram a ultrapassar meus limites.

A minha irmã Daniele, minha melhor amiga, pelo seu companheirismo, cumplicidade e amizade.

A toda minha família, em especial minha prima Edilma Lúcia que muito me incentivou á trilhar essa jornada profissional, por ser minha irmã e amiga. Minha tia Maria das Dores, que representou e representa minha segunda mãe. Ao meu primo Elvryn, que em muitos momentos da minha vida representou meu pai. Ao meu primo Leonardo pelo apoio e orações.

A minha orientadora Professora Maria José, por nortear meus pensamentos, pelo incentivo acadêmico e profissional. Nunca vou esquecer sua frase: “O não você já tem, agora vamos buscar o sim”, que marcou minha trajetória acadêmica.

Aos homens vítimas de infarto do miocárdio que aceitaram participar deste trabalho e contribuíram de maneira essencial e enriquecedora na construção da pesquisa.

## RESUMO

DOURADO, Grace Kelly da Silva. **SAÚDE DO HOMEM: o Cuidar/Cuidado de Enfermagem às vítimas de IAM em uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA.** Rio de Janeiro, 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

A relação entre masculinidade e saúde vem sendo trabalhada em diversos estudos, cujos resultados apontam que esse comportamento pode gerar danos à saúde. Uma das principais causas de mortalidade masculina segundo o Ministério da Saúde é a doença isquêmica do coração. Objeto de estudo: cuidados de enfermagem a homens com hipótese diagnóstica de IAM socorridos em uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA. Objetivos: descrever os cuidados de enfermagem recebidos pelos homens com hipótese diagnóstica de IAM; identificar como a masculinidade se apresenta no contexto de adoecimento de homens por IAM; discutir a relação entre a masculinidade e o adoecimento por infarto agudo do miocárdio sob a ótica dos cuidados de enfermagem recebidos pelos homens no atendimento de emergência. Metodologia: método misto, descritivo exploratório. Resultados: A masculinidade influenciou no tocante ao adoecimento masculino, na dificuldade de realizar medidas de auto cuidado e adoção de comportamentos de risco. Evidenciou-se que a demanda de cuidados inicia-se desde a fase pré-hospitalar, na prevenção do adoecimento cardiovascular, no auxílio ao reconhecimento dos sintomas de isquemia miocárdica. Na análise dos boletins de atendimento verificou-se que os cuidados mais frequentes foram: monitorização cardíaca contínua, ventilação não invasiva contínua, controle dos sinais vitais, controle da glicemia capilar, oximetria de pulso. Com base na observação dos atendimentos de emergência, pôde-se considerar que não existe uma especificidade dos cuidados prescritos aos homens, que são determinados a partir das diretrizes de cuidado de emergência ao IAM. Entretanto, os homens receberam cuidados que vão para além das prescrições realizadas, ou de aspectos fisiológicos da doença.

**Palavras chave:** Infarto do Miocárdio, Cuidados de Enfermagem, Saúde do Homem.

## ABSTRACT

DOURADO, Grace Kelly da Silva. **MEN'S HEALTH: the Care / Nursing Care for AMI victims in an Emergency Care Unit - ECU**. Rio de Janeiro, 2016. Dissertation (Master in Nursing) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

The relationship between masculinity and health has been worked in several studies, which results indicate that this behavior may cause damage to health. One of the main causes of male mortality according to the Ministry of Health is the ischemic heart disease. Object of study: nursing care for men with a diagnosis of acute myocardial infarction (AMI) rescued in an Emergency Care Unit - ECU. Objectives: To describe the nursing care received by men with diagnostic hypothesis of AMI; identify how masculinity is presented in the context of men falling ill by AMI; discuss the relationship between masculinity and illness due to acute myocardial infarction from the perspective of nursing care received by men in emergency care. Methodology: mixed method, exploratory descriptive. Results: Masculinity influenced regarding the male illness, the difficulty of performing self-care measures and adoption of risky behaviors. It was evident that the demand for care starts from the prehospital phase, in the prevention of cardiovascular illness, to aid in the recognition of symptoms of myocardial ischemia. In the analysis of service bulletins, it was identified that the most frequent care were: continuous cardiac monitoring, continuous non-invasive ventilation, control of vital signs, control of blood glucose, pulse oximetry. Based on the observation of emergency care, it could be considered that there is not a specificity of the treatment prescribed to men, which is determined from AMI emergency care guidelines. However, men received care that go beyond the made prescriptions, or of physiological aspects of the disease.

**Keywords:** Myocardial Infarction, Nursing Care, Men's Health.



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>15</b>
	Objeto de estudo.....	21
	Questões norteadoras.....	21
	Objetivos.....	21
1.1	RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO .....	22
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>24</b>
2.1	REVISÃO DE LITERATURA INTEGRATIVA.....	25
2.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	33
2.3	REFERENCIAL TEÓRICO .....	40
	2.3.2 Cuidar/ Cuidados de Enfermagem em Emergência, MJ 1999.....	40
	2.3.3. Masculinidade.....	42
	2.3.4. O Cotidiano de Michael Certeau .....	43
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL METODOLÓGICO .....</b>	<b>45</b>
3.1.	DELINEAMENTO METODOLÓGICO .....	46
3.2.	TIPO DE ESTUDO.....	46
3.3.	CENÁRIO DO ESTUDO .....	47
	3.3.1. O fluxo de atendimento dos homens com suspeita de IAM na Unidade de Pronto Atendimento – Penha.....	48
3.4.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	49
3.5.	PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	49
	3.5.1 Seleção dos boletins de atendimento .....	50
3.6.	DINÂMICA DA COLETA DOS DADOS.....	51
	3.6.1.Fases da coleta dos dados.....	52
3.7.	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	53
3.8.	ANÁLISE DOS DADOS .....	54
3.9.	PAPEL DO PESQUISADOR.....	55
3.10.	TRAMITAÇÃO ÉTICA .....	55
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>56</b>
❖	CATEGORIA I – Infarto Agudo do Miocárdio e sua relação com os homens no tocante a masculinidade.....	57
➤	Subcategoria I – Caracterização dos homens atendidos na UPA.....	58
➤	Subcategoria II - Classificação de risco de gravidade.....	66
➤	Subcategoria III. Exames, medicações e cuidados no atendimento ao homem com hipótese diagnóstica de IAM.....	84
➤	Subcategoria IV - A masculinidade e o infarto agudo do miocárdio.....	90
❖	CATEGORIA II – Discussão dos casos de estudo e os cuidados de enfermagem observados, a partir da Tipologia de Cuidados por Coelho (1997).....	100

<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>121</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>127</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>137</b>
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	138
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS CLÍNICOS...	139
APÊNDICE C – DADOS DO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA.....	140
APÊNDICE D – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS HOMENS .....	141
APÊNDICE E – CUIDADO COM A SAÚDE .....	141
APÊNDICE F – HOMEM E MASCULINIDADE .....	143
APÊNDICE G – O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.....	143
APÊNDICE H – JORNAL SAÚDE DO HOMEM.....	144
<b>ANEXOS .....</b>	<b>149</b>
ANEXO A – TIPOLOGIA DE CUIDADOS .....	150
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	160
ANEXO C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	163
ANEXO D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ECLARECIDO.....	164

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** Número de artigos encontrados, elegíveis e selecionados na base de dados LILACS com os descritores utilizados para pesquisa.....26

**Tabela 2.** Número de artigos encontrados, elegíveis e selecionados na base de dados BDENF com os descritores utilizados para pesquisa.....26

**Tabela 3.** Número de artigos encontrados, elegíveis e selecionados na base de dados EBSCOhost com os descritores utilizados para pesquisa.....29

**Tabela 4.** Número de artigos pesquisados de acordo com a base de dados utilizada....32

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro I.</b> Distribuição dos artigos selecionados nas bases de dados de acordo com os cruzamentos dos descritores acima.....	27
<b>Quadro II.</b> Distribuição dos estudos encontrados nas bases de dados LILACS e BDENF com os respectivos objetivos e metodologia utilizados.....	28
<b>Quadro III.</b> Distribuição dos artigos selecionados nas bases de dados de acordo com os cruzamentos dos descritores nas bases de dados CINAHL with full text e MEDLINE Complete.....	30
<b>Quadro IV.</b> Distribuição dos estudos encontrados nas bases de dados CINAHL with full text e MEDLINE Complete com os respectivos objetivos e metodologia utilizados.....	31
<b>Quadro V.</b> Distribuição de acordo com a queixa principal apresentada, Rio de Janeiro, 2015.....	71
<b>Quadro VI.</b> Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de infarto de acordo com as medicações em uso domiciliar, Rio de Janeiro, 2015.....	77
<b>Quadro VII.</b> Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de infarto de acordo com os principais exames prescritos, Rio de Janeiro, 2015.....	84
<b>Quadro VIII.</b> Distribuição dos cuidados mais prescritos nas primeiras 24 horas de atendimento, Rio de Janeiro, 2015.....	85
<b>Quadro IX.</b> Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de infarto de acordo com as medicações prescritas, Rio de Janeiro, 2015.....	87
<b>Quadro X.</b> Distribuição dos casos de acordo com as principais variáveis analisadas.....	110
<b>Quadro XI.</b> Distribuição dos cuidados reafirmados, Rio de Janeiro, 2015.....	111

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Elemento gráfico sobre o cuidado de enfermagem ao infarto na literatura científica.....	32
Figura 2 – Diagrama de representação das bases conceituais do estudo.....	40
Figura 3 – Elemento gráfico para exemplificar o fluxo de atendimento da Unidade de Pronto Atendimento.....	48
Figura 4 – Elemento gráfico para exemplificar as fases da coleta de dados.....	53
Figura 5 – Elemento gráfico que representa o cotidiano assistencial do infarto agudo do miocárdio na UPA.....	89
Figura 6 – Elemento gráfico para exemplificar os fatores de risco apresentados pelos homens do estudo.....	110
Figura 7 – Elemento gráfico dos principais cuidados de enfermagem registrados no estudo.....	119

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico I.</b> Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com a idade, Rio de Janeiro, 2015.....	58
<b>Gráfico II.</b> Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com a cor da pele (declarada/observada), Rio de Janeiro, 2015.....	60
<b>Gráfico III.</b> Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com bairro de origem, Rio de Janeiro, 2015.....	61
<b>Gráfico IV.</b> Distribuição dos homens de acordo com os meios de transporte utilizados para chegar a UPA, Rio de Janeiro, 2015.....	62
<b>Gráfico V.</b> Distribuição dos homens de acordo com o tempo total de permanência em atendimento na UPA, Rio de Janeiro, 2015.....	65
<b>Gráfico VI.</b> Distribuição de acordo com a classificação de risco, Rio de Janeiro, 2015.....	67
<b>Gráfico VII.</b> Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com o nível de consciência apresentado, Rio de Janeiro, 2015.....	68
<b>Gráfico VIII.</b> Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com a intensidade de dor informada durante a classificação de risco, Rio de Janeiro, 2015.....	69
<b>Gráfico IX.</b> Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com as doenças pré-existentes relatadas, Rio de Janeiro, 2015.....	74
<b>Gráfico X.</b> Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com a pressão arterial aferida na classificação de risco, Rio de Janeiro, 2015.....	79
<b>Gráfico XI.</b> Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com o pulso aferido durante a classificação de risco, Rio de Janeiro, 2015.....	80
<b>Gráfico XII.</b> Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com o tempo de início dos sintomas, Rio de Janeiro, 2015.....	81
<b>Gráfico XIII.</b> Distribuição dos homens com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com a saída da UPA, Rio de Janeiro, 2015.....	82

# 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

*“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”*

*(Florence Nightingale)*

A saúde do homem é um tema em ampla discussão no meio de saúde e acadêmico e isso vem acarretando um aumento progressivo na produção de novos conhecimentos, justificado pelas elevadas taxas de morbidade e mortalidade apresentadas por essa população (FIGUEIREDO 2005). Essas questões resultaram na formulação da Política Nacional de Promoção e Atenção Integral à Saúde do Homem pelo Ministério da Saúde (BRASIL 2008).

A relação entre masculinidade e saúde vem sendo trabalhada em diversos estudos, cujos resultados apontam que esse comportamento pode gerar danos à saúde, devido à adoção de fatores de risco que colocam a vida do homem em posição de perigo.

Connell, e seu estudo *Masculinities*, publicado em 1995, uma das principais referências das pesquisas sobre masculinidades, fundamentou o conceito de masculinidade hegemônica e a sua relação com a adoção de comportamentos de risco. Pode-se descrever a masculinidade como a “posição nas relações de gênero, as práticas pelas quais os homens e as mulheres se comprometem com essa posição, e os efeitos dessas práticas na experiência corporal, na personalidade e na cultura” (Connell, 1997 apud Separavich, 2013, p. 418).

Segundo Connell, masculinidade é um processo, e não uma categoria estática que pode ser definida. São configurações produzidas pelas relações de gênero, o autor propôs a existência de quatro padrões principais de masculinidade: a hegemônica, a subordinada, a cúmplice e a marginalizada.

A masculinidade hegemônica não possui caráter fixo, está ligada a noções de patriarcado e dominação masculina, é a masculinidade que ocupa posição hegemônica nas relações de gênero (CONNELL, 1995). A hegemonia pode ser praticada apenas por uma minoria dos homens atualmente, entretanto muitos homens usufruem dessa hegemonia (COSTA, 2003). A masculinidade hegemônica é normativa e exige que todos os outros homens que não a praticam se posicionem em relação a ela. O conceito de masculinidade hegemônica e subordinada auxiliou no campo da saúde a compreensão da exposição dos homens a situações de risco (CONNELL, 2013).

O comportamento de risco, no que se diz respeito à saúde, pode estar associado ao ideal de masculinidade socialmente construído. As masculinidades estão relacionadas a espaços simbólicos que ordenam as identidades dos sujeitos, modelando comportamentos e atitudes que passam a estruturar um modelo a ser seguido



(COURTENAY, 2000; KEIJZER, 2003; GOMES, 2008). Os homens, baseados em afirmações sociais de masculinidade, muitas vezes negam a existência de vulnerabilidades ligadas à dor ou sofrimento, reforçando a oposição ao universo feminino, atitude que os distanciam da busca de cuidados contribuindo para maior vulnerabilidade a doenças (MACHIN, 2011). Essa conceituação pode associar-se à baixa procura por serviços de saúde e à dificuldade na verbalização das necessidades demonstradas por esse público. (COURTENAY, 2000; GOMES, 2007; FIGUEIREDO, 2005).

Alguns estudos comprovaram que homens são mais vulneráveis às doenças graves e crônicas (COURTENAY, 2000; LAURENTI, 2005). Uma das principais causas de mortalidade masculina segundo o Ministério da Saúde são as doenças cardiovasculares, destacando-se a doença isquêmica do coração (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS, 2010).

Neste estudo, pôde-se observar um dos participantes, identificado como “VP”, *homem de 58 anos, natural do Rio de Janeiro, casado, técnico de informática, portador de hipertensão e ex-tabagista*. Foi socorrido em uma noite de 2015 na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com queixa de dor torácica com irradiação para dorso. Após avaliação inicial, foi determinado o diagnóstico primário de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

A história clínica de VP pode refletir a história de muitos homens que, baseados em constructos de uma masculinidade idealizada, permanecem no pólo do não cuidado e “invisíveis” em espaços de saúde e prevenção. VP, pai de três filhos, relatou que nunca cuidou de sua saúde ou de sua alimentação:

*“(...) a alimentação era horrível; gostava muito de uma lingüiça com bacon, de umas ‘cervejinhas’, quero dizer, tudo que não prestava eu gostava. Isso foi me complicando” (VP).*

A alimentação gordurosa, com alto consumo de embutidos e frituras, pode ter contribuído para a ocorrência do infarto agudo do miocárdio.

Em relação a práticas de cuidado em saúde, VP afirmou que não cuidava de sua saúde, apesar de ser hipertenso: *“cuido da saúde da pior forma possível” (VP)*. Estudos apontam para a existência de um modelo masculino socialmente construído que está associado à situação de saúde desfavorável apresentado pelos homens (COSTA-JUNIOR, 2009). Machin (2011) concluiu em sua pesquisa que os homens estão situados

no pólo do não cuidado, pois permanecem ausentes e pouco participativos na atenção básica de saúde, além da recorrente busca de práticas curativas em detrimento da prevenção de agravos.

Um fato que faz a história clínica desse homem de grande relevância para a realização dessa pesquisa, e que pode se repetir em diversas histórias de homens infartados é a existência de um infarto do miocárdio prévio. No caso de VP, o primeiro caso de infarto agudo do miocárdio ocorreu há quatro anos; em 2015, ele passou por um novo episódio. Entre as diversas explicações para essa recorrência, ele relatou que a principal dificuldade foi à mudança dos hábitos alimentares:

*“O meu problema era alimentação; no médico eu costumava ir, até porque eu fui infartado há quatro anos, então acompanhamento médico eu sempre tive. Mas nunca cuidei da alimentação. Quando eu enfartei da primeira vez, fiquei até um mês mais ou menos na disciplina; depois que passou aquela fase crítica, eu comecei a fazer tudo que não podia.” (VP)*

A ocorrência do primeiro infarto não exerceu mudanças significativas nos hábitos de vida de VP, pois o mesmo permaneceu com sua alimentação rica em gorduras e o tabagismo, apesar de ter abandonado o consumo de cigarro quatro meses antes do acontecimento do segundo IAM. Três dos fatores de risco apresentados por VP estão relacionados a eventos cardiovasculares, tais como a hipertensão arterial, o tabagismo e a hipercolesterolemia, os quais estão fortemente associados à ocorrência do infarto agudo do miocárdio (SILVA, 1998; AVEZUM, 2004; AVEZUM, 2005).

Além da recorrência do evento cardíaco, VP também apresentou um acidente vascular cerebral durante o atendimento de emergência na Unidade de Pronto Atendimento, o que colaborou para o agravamento do seu estado clínico. Após 13 dias de permanência na UPA, ele foi transferido para um hospital de cardiologia no estado do Rio de Janeiro, onde foi submetido a um cateterismo cardíaco e angioplastia coronariana.

A masculinidade socialmente construída pôde ser observada nesse caso porque, mesmo após o acontecimento do primeiro infarto, VP não aderiu a cuidados de saúde para prevenção da recorrência de novos episódios de isquemia miocárdica. Essa atitude pode estar associada ao pensamento de invulnerabilidade frente ao adoecimento e à preferência de práticas curativas, evidenciada pela busca do serviço de saúde,

preferencialmente o de urgência, somente em caso de dor, ao invés da adoção de práticas de autocuidado e prevenção de agravos.

Nas palavras de VP, a masculinidade pode influenciar o estado de saúde do homem no que se refere às preocupações ditas como masculinas, como o desempenho de diversos papéis sociais, tais como de provedor, pai e chefe de família, o que pode contribuir para uma maior dificuldade no exercício do cuidado de sua saúde, gerando assim fatores de risco.

*“(...) o homem que leva a masculinidade a unhas e dentes (...) vai querer abraçar os problemas só por ser homem e isso pode influenciar no acontecimento de um infarto. O homem acha que pode tudo, então vai pro lado ruim, do cigarro e bebida.” (VP).*

Entendendo-se que a masculinidade é dinâmica e mutável, o “poder” referido na fala de VP nasce através das relações sociais de poder, tem característica adaptativa. O poder de decidir sobre a sua saúde exerce influência no adoecimento masculino.

Nesse contexto, a enfermagem desempenha um papel fundamental. Os cuidados prestados pelo enfermeiro vão desde o primeiro atendimento na UPA (Unidade de Pronto de Atendimento), onde é feita a classificação de risco, etapa crucial para a determinação da gravidade do caso clínico; na tessitura dos cuidados de emergência que serão recebidos por esses homens até o auxílio à prevenção de agravos relacionados ao IAM e sua recorrência por meio da realização de cuidados de promoção de saúde, seja na alta da UPA ou até no seguimento do tratamento.

O acolhimento com classificação de risco prevê a resolução dos problemas de saúde das pessoas que buscam uma unidade de urgência como a UPA, onde todos serão acolhidos por um profissional da equipe de saúde nesse sentido o Enfermeiro na porta de entrada dos serviços. No acolhimento esse profissional vai escutar a queixa, realizar a identificação do risco e vulnerabilidades, com responsabilidade pela resposta ao usuário, e para resolutividade do caso vai iniciar uma ação em conjunto em uma rede multidisciplinar de compromisso com a resolução do caso (BRASIL, 2009).

A importância da classificação na porta de entrada das urgências é evidenciada na medida em que a não distinção de riscos faz com que casos se agravem na fila de espera, podendo resultar em morte devido ao não atendimento em tempo hábil (BRASIL, 2009).

A avaliação do risco como postura ética implica na atenção ao grau de sofrimento físico e psíquico do cliente. Considera-se a classificação de risco como uma ferramenta que além de reorganizar a ordem de atendimento nos serviços de saúde através da avaliação do sofrimento do cliente, prevê outros objetivos como a garantia do atendimento imediato do cliente com grau de risco de vida elevado no cotidiano das redes de urgência e emergência (BRASIL, 2009).

A problemática dessa pesquisa foi observada através da análise dos dados epidemiológicos atuais. De acordo com o Ministério da Saúde, as doenças do aparelho circulatório permanecem como uma importante causa de morbidade e mortalidade na população masculina em idade adulta (BRASIL, 2008)

O número de óbitos por IAM no Brasil na faixa etária adulta de 20 a 59 anos foi de 2.894, considerando o período de janeiro de 2014 a fevereiro de 2015; destes, 1.870 foram óbitos masculinos. No estado do Rio de Janeiro, esse número foi de 241; destes, 156 foram de homens (DATASUS, 2015).

Os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS revelam que no Brasil, de janeiro de 2014 a fevereiro de 2015, foram realizadas 45.469 internações por infarto agudo do miocárdio na faixa etária adulta de 20 a 59 anos; destas internações, 31.253 eram de homens (DATASUS, 2015).

Ao restringir a pesquisa para o estado do Rio de Janeiro, foi constatado que o número de internações por infarto agudo do miocárdio foi de 3.356, sendo 2.252 internações masculinas (DATASUS, 2015).

No período de janeiro de 2014 a fevereiro de 2015, a UPA Penha realizou 168.896 atendimentos de urgência, aproximadamente 398 atendimentos por dia. Destes atendimentos, 2.828 foram classificados como risco amarelo observação e 330 como de risco vermelho. No mesmo período, foram registrados 228 boletins de atendimento com diagnóstico primário de infarto agudo do miocárdio; destes, 150 boletins eram de homens.

O infarto agudo do miocárdio possui uma característica súbita, o que determina a necessidade da prevenção precoce do comprometimento arterial e dos fatores de risco modificáveis, assim como da identificação de fatores de risco não modificáveis.

Analisando especificamente sob a perspectiva da saúde do homem, o padrão de saúde desfavorável da população masculina contribui para a ocorrência do IAM e está permeado pelas questões de gênero socialmente construídas, que corroboram para a

geração de hábitos de vida não saudáveis. O gênero é um fator de grande importância na caracterização dos padrões de morbimortalidade masculina; isto porque, na construção de gênero, muitos homens assumem riscos que interferem em sua saúde (FIGUEIREDO 2005).

A falta de cuidado por parte da população masculina é evidenciada pela ausência em serviços de atenção primária. Esse fenômeno pode ser proveniente de diversas razões, dentre elas a dificuldade de inserção do homem nesses espaços de prevenção, o conflito de horários de atendimento com o trabalho formal, a dificuldade de abordagem de temas masculinos em espaços majoritariamente femininos, a percepção masculina de que as unidades básicas de saúde são destinadas apenas para mulheres e crianças e a invisibilidade dos homens nos programas de saúde. Esse conjunto de fatores tende a distanciar essa população de espaços de cuidado e contribuem para essa situação alarmante (BRITO, 2013; GOMES, 2007 GOMES et al, 2011).

Ao analisar as altas taxas de mortalidade e morbidade relacionadas à doença isquêmica do coração na população masculina e as questões sociais de gênero que estão atreladas à caracterização do padrão de saúde desfavorável dos homens, fica clara a necessidade de determinar as especificidades dos cuidados de enfermagem que devem recebidos por essa população, visando ao restabelecimento de sua condição de saúde, à prevenção de agravos e à redução dos fatores de risco cardiovascular.

Diante do problema exposto, considerando os dados epidemiológicos que demonstram que os homens são gravemente afetados, foi definido o seguinte **objeto de estudo**: cuidados de enfermagem aos homens com hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio socorridos em uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA.

Foram traçadas as seguintes **questões norteadoras**:

- Quais cuidados de enfermagem o homem recebe quando é atendido no serviço de emergência com hipótese diagnóstica de IAM?
- Como a masculinidade influencia no adoecimento de homens com hipótese diagnóstica de IAM?

Para responder aos questionamentos deste estudo foram delineados os seguintes **objetivos**:

- Descrever os cuidados de enfermagem recebidos pelos homens com hipótese diagnóstica de IAM.

- Identificar como a masculinidade se apresenta no contexto de adoecimento de homens com hipótese diagnóstica de IAM.
- Discutir a relação entre a masculinidade e o adoecimento por infarto agudo do miocárdio sob a ótica dos cuidados de enfermagem recebidos pelos homens no atendimento de emergência.

### **1.1 RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO**

A relevância para o desenvolvimento desse estudo se justifica em virtude da Doença Arterial Coronariana ser uma das prioridades de pesquisa preconizada pelo Ministério da Saúde, descrita na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (2011). Dados epidemiológicos fornecidos pelo Ministério da Saúde demonstram que os homens estão vulneráveis ao adoecimento por infarto agudo do miocárdio, com elevados índices de mortalidade.

Ao analisar a situação de saúde desfavorável da população masculina, o Ministério da Saúde, em 2008, formulou a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, a qual teve por objetivo nortear as ações de atenção integral, visando a 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, 2008).

No texto da política, são ressaltados dados epidemiológicos que definem a situação preocupante da saúde masculina. Estudos comparativos entre homens e mulheres têm demonstrado que eles são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (LAURENTI, 2005).

A entrada masculina nos serviços de saúde se dá em sua maioria através da rede de urgência e emergência, devido à predileção por práticas curativas em detrimento da prevenção de doenças (MACHIN, 2011). Pinheiro aponta a prevalência masculina em serviços emergenciais como o pronto-socorro e farmácia (PINHEIRO, 2002). A busca pela resposta imediata e resolutiva às demandas masculinas norteia as práticas curativas e a demanda por unidades de pronto atendimento (FIGUEIREDO, 2005; GOMES, 2007). Dessa maneira, essa pesquisa é organizada em torno de um cenário de emergência a assistência ao IAM na modalidade Pronto Atendimento.

No ano de 2013, o Ministério da Saúde publicou um Manual Instrutivo das redes de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde e determinou, dentre

as estratégias e linhas de cuidado prioritárias no componente da atenção hospitalar da rede de urgência e emergência, a Linha de Cuidado Cardiovascular, com foco na atenção ao infarto agudo do miocárdio.

“A Portaria MS/GM nº 2.994, de 23 de dezembro de 2011, aprova a linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio e o protocolo de síndromes coronarianas agudas, considerando a necessidade de implementar estratégias no SUS que deem conta da necessidade epidemiológica “urgente” de promover estratégias para ampliação, agilidade e qualificação do atendimento ao usuário que necessite de cuidados ao IAM.”(BRASIL, 2013, p.51)

Este estudo possui relevância no tocante à produção científica de enfermagem relativa aos cuidados recebidos por homens infartados e à influência da masculinidade sobre o adoecimento por infarto.

Esta pesquisa contribuiu com a produção de novos conhecimentos científicos a fim de subsidiar a prática de enfermagem e auxiliará no ensino de enfermagem por meio da reflexão profunda acerca dos cuidados prestados ao homem infartado hospitalizado, e também para a compreensão da masculinidade como possível fator determinante do adoecimento e condição de saúde masculina.

Para a produção científica e de conhecimentos para o Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar, e para o Grupo de Pesquisa Cuidar/Cuidado de Enfermagem.

Para prática do cuidado de enfermagem individual com o objetivo de assistir o homem a partir de suas necessidades e especificidades, culturalmente construídas ou não, tendo em foco o restabelecimento de sua saúde e a prevenção da recorrência de infartos.

Portanto, este estudo foi desenvolvido para identificar a relação entre a masculinidade e o adoecimento por infarto agudo do miocárdio, a partir da visão dos homens, e discutir os cuidados que são recebidos por eles no atendimento de emergência.

Na análise e discussão dos resultados desta pesquisa emergiram duas categorias: categoria I – Infarto Agudo do Miocárdio e sua relação com os homens no tocante a masculinidade; categoria II – Discussão dos casos de estudo e os cuidados de enfermagem observados, a partir da Tipologia de Cuidados por Coelho (1997).

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”*

*(Charles Chaplin)*



## 2.1 REVISÃO DE LITERATURA INTEGRATIVA

Para investigar os cuidados de enfermagem recebidos por homens com hipótese diagnóstica de IAM socorridos em uma UPA foi realizada uma busca da produção científica na Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e BDENF – Base de Dados de Enfermagem) e no periódico CAPES (CINAHL e MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde) com o objetivo de sintetizar o estado do conhecimento sobre a temática em pauta. Para essa revisão integrativa, foi formulada a seguinte pergunta: *qual a produção do conhecimento na área de enfermagem no que se diz respeito à saúde do homem com infarto agudo do miocárdio?*

De acordo com o método revisão integrativa (MENDES, 2008), estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: estudos publicados no período de 2011 a 2015 com resumo disponível nos idiomas português, espanhol e inglês e que sejam artigos originais e de revisão. Os critérios de exclusão foram: editoriais, relatos de experiência, monografias e artigos repetidos entre as bases de dados.

Estabeleceram-se os seguintes descritores para a realização da pesquisa DECS/MESH: SAÚDE DO HOMEM; ENFERMAGEM; CUIDADOS DE ENFERMAGEM; INFARTO DO MIOCÁRDIO; MASCULINIDADE (MEN'S HEALTH; NURSING; NURSING CARE; MYOCARDIAL INFARCTION; MASCULINITY).

- ❖ Foi realizado o cruzamento com os seguintes descritores, sendo obtido resultado nulo nas bases de dados LILACS e BDENF: **"SAUDE DO HOMEM" [Descritor de assunto] and "INFARTO DO MIOCARDIO" [Descritor de assunto] and "ENFERMAGEM" or "CUIDADOS DE ENFERMAGEM" [Descritor de assunto].**

Faz-se necessário destacar o resultado do cruzamento entre os descritores acima mencionados, o qual aponta para a lacuna do conhecimento relativo aos cuidados de enfermagem ao homem com infarto agudo do miocárdio, seletivo por gênero.

O cruzamento entre os descritores **"MASCULINIDADE" [Descritor de assunto] and "INFARTO DO MIOCARDIO" [Descritor de assunto]** obteve resultado nulo nas bases LILACS E BDENF.

Foi realizada a pesquisa com os descritores: **"SAUDE DO HOMEM" [Descritor de assunto] and "INFARTO DO MIOCARDIO" [Descritor de assunto],**

sendo obtido resultado nulo na base de dados BDENF e apenas um trabalho na base LILACS.

**Tabela 1.** Número de artigos encontrados, elegíveis e selecionados na base de dados LILACS com os descritores utilizados para pesquisa.

<b>Descritores</b>	<b>Artigos Encontrados</b>	<b>Artigos Selecionados</b>
"SAUDE DO HOMEM" and "INFARTO DO MIOCARDIO"	1	1
"INFARTO DO MIOCARDIO" and ENFERMAGEM or "CUIDADOS DE ENFERMAGEM"	06	03
"SAUDE DO HOMEM" and (ENFERMAGEM) or "CUIDADOS DE ENFERMAGEM"	14	06
Total	21	10

Na realização das pesquisas, foram encontrados 21 estudos com aplicação dos descritores acima na base de dados LILACS, entretanto após a realização dos critérios de inclusão e exclusão e leitura dos resumos encontrados foram selecionados 10 trabalhos para compor a revisão de literatura, aproximadamente 50% dos resultados.

**Tabela 2.** Número de artigos encontrados, elegíveis e selecionados na base de dados BDENF com os descritores utilizados para pesquisa.

<b>Descritores</b>	<b>Artigos Encontrados</b>	<b>Artigos Selecionados</b>
"INFARTO DO MIOCARDIO" and ENFERMAGEM or "CUIDADOS DE ENFERMAGEM"	03	01
"SAUDE DO HOMEM" and (ENFERMAGEM) or "CUIDADOS DE ENFERMAGEM"	03	01
Total	06	02

Pode-se observar que a partir da pesquisa realizada na base de dados BDENF, foram encontrados seis estudos com o cruzamento dos descritores acima, entretanto após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão definidos, foram selecionados dois trabalhos para compor a revisão de literatura, aproximadamente 30% dos achados.

**Quadro I.** Distribuição dos artigos selecionados nas bases de dados de acordo com os cruzamentos dos descritores acima.

DESCRITORES	BASE	TÍTULO	ANO	REVISTA
"SAUDE DO HOMEM" and "INFARTO DO MIOCARDIO"	LILACS	Experiencias de los hombres durante la etapa posinfarto de miocardio y presencia de estados depresivos	2011	Cultura del Cuidado ENFERMERIA.
"INFARTO DO MIOCARDIO" and ENFERMAGEM or "CUIDADOS DE ENFERMAGEM"	LILACS	Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola	2014	Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (RECOM)
	LILACS	Perfil epidemiológico de pacientes internados com infarto agudo do miocárdio estudo retrospectivo	2012	Revista da SOCESP
	LILACS	Evaluación de las acciones de enfermería en el Tiempo Puerta Aguja en pacientes con tratamiento trombolítico	2011	Revista Cubana de Enfermería
	BDENF	Determinação do tempo de apresentação à emergência de pacientes com infarto agudo do miocárdio	2013	Revista de Enfermagem da UFSM
"SAUDE DO HOMEM" and (ENFERMAGEM) or "CUIDADOS DE ENFERMAGEM"	LILACS	Saúde dos homens: abordagem na formação de Enfermeiros	2014	Revista de Enfermagem UERJ
	LILACS	Entraves para a implementação de programas assistenciais dirigidos ao público masculino: visão de profissionais de saúde	2013	Revista de Enfermagem UERJ
	LILACS	O cuidado na saúde dos homens: realidade e Perspectivas	2013	Revista de Enfermagem UERJ
	LILACS	Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno	2014	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem
	LILACS	O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde.	2014	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem
	LILACS	Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros	2014	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem
	BDENF	Atenção à saúde do homem em unidades de Estratégia de Saúde da Família	2011	Revista de Enfermagem da UFSM

No quadro I são listados os trabalhos encontrados, as respectivas bases de dados de indexação, ano e revista de publicação relacionados os cruzamentos dos descritores.

**Quadro II.** Distribuição dos estudos encontrados nas bases de dados LILACS e BDEF com os respectivos objetivos e metodologia utilizados.

<b>TÍTULO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>DESENHO METODOLÓGICO</b>
Experiencias de los hombres durante la etapa posinfarto de miocardio y presencia de estados depresivos	Describir la experiencia de los hombres en la etapa postinfarto agudo de miocardio durante los seis primeros meses de ocurrencia del evento, para identificar la presencia de sintomatología que pueda sugerir estados depresivos.	Estudo descritivo, abordagem qualitativa.
Dor torácica: atuação do enfermeiro e m um pronto atendimento de um hospital escola	Identificar a atuação do enfermeiro frente ao paciente com dor torácica em uma unidade de pronto atendimento.	Estudo exploratório, abordagem quantitativa e descritiva.
Perfil epidemiológico de pacientes internados com infarto agudo do miocárdio estudo retrospectivo.	Conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes internados com IAM.	Estudo Retrospectivo.
Evaluación de las acciones de enfermería en el Tiempo Puerta Aguja en pacientes con tratamiento trombolítico	Determinar el tiempo utilizado para las acciones de enfermería en el intervalo Puerta Aguja a los pacientes con Infarto Agudo del Miocardio sometidos a tratamiento trombolítico en el servicio de urgencias en el periodo de Junio- Diciembre 2009.	Estudo descritivo transversal.
Determinação do tempo de apresentação à emergência de pacientes com infarto agudo do miocárdio	Identificar o tempo entre a apresentação dos sintomas do paciente com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) até a apresentação a um serviço de emergência.	Estudo descritivo transversal.
Saúde dos homens: abordagem na formação de enfermeiros.	Analisar como a temática relacionada à saúde dos homens é abordada nos currículos dos Cursos de Graduação em Enfermagem em um município do Rio Grande do Sul – RS, Brasil.	Pesquisa documental, qualitativa.
Entraves para a implementação de programas assistenciais dirigidos ao público masculino: visão de profissionais de saúde	Identificar obstáculos para a inserção de programas assistenciais voltados para o público masculino na atenção primária à saúde.	Estudo exploratório descritivo, abordagem qualitativa.
O cuidado na saúde dos homens: realidade e perspectivas.	Conhecer a produção científica acerca do cuidado à saúde dos homens.	Artigo de revisão de literatura narrativa.
Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno.	Analisar as contribuições advindas com a ampliação do horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, para o horário noturno, no que concerne ao atendimento às necessidades de saúde da clientela masculina.	Estudo exploratório, com abordagem qualitativa.
O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde.	Compreender a percepção de enfermeiros sobre as implicações das questões de gênero na saúde do homem e na oferta de serviços a este público.	Pesquisa qualitativa
Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros.	Conhecer as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no contexto da saúde do homem na atenção básica.	Pesquisa exploratória-descritiva com abordagem qualitativa.
Atenção à saúde do homem em unidades de Estratégia de Saúde da Família	Analisar as ações de atenção à saúde do homem realizadas por enfermeiros em Unidades de Estratégia de Saúde da Família e as condições de informação desses profissionais sobre a Política Integral de Saúde do Homem.	Pesquisa exploratória-descritiva com abordagem qualitativa.

No quadro II, foram descritos os trabalhos encontrados nas bases de dados LILACS e BDEF no que diz respeito aos objetivos e desenho metodológico utilizados para as pesquisas.

Em relação ao desenho metodológico, com base na leitura realizada, pode-se definir que oito estudos eram descritivos, sendo cinco exploratórios, dois do tipo transversal. Oito de abordagem qualitativa, um estudo retrospectivo, um artigo de revisão e uma pesquisa documental.

- ❖ No periódico CAPES da Universidade Federal do Rio de Janeiro, por meio da base EBSCOhost, foram consultadas simultaneamente as bases CINAHL with full text e MEDLINE Complete, com os seguintes descritores: **men's health AND myocardial infarction AND nursing; men's health AND myocardial infarction; myocardial infarction AND nursing care; myocardial infarction AND masculinity.**

**Tabela 3.** Número de artigos encontrados, elegíveis e selecionados na base de dados EBSCOhost com os descritores utilizados para pesquisa.

Descritores	Artigos Encontrados	Artigos Selecionados
men's health AND myocardial infarction AND nursing	03	02
men's health AND myocardial infarction	22	03
myocardial infarction AND nursing care	31	06
myocardial infarction AND masculinity	3	1
Total	59	12

Na pesquisa as bases de dados CINAHL with full text e MEDLINE Complete foram encontrados 59 trabalhos a partir do cruzamento dos descritores definidos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e leitura dos resumos foram selecionados 12 estudos para compor a revisão de literatura, que corresponde aproximadamente a 20% do resultado da pesquisa.

**Quadro III.** Distribuição dos artigos selecionados nas bases de dados de acordo com os cruzamentos dos descritores nas bases de dados CINAHL with full text e MEDLINE Complete.

DESCRITORES	BASE	TÍTULO	ANO	REVISTA
men's health AND myocardial infarction AND nursing	MEDLINE Complete	Intimate relationships and sexual function in partnered patients in the year before and one year after a myocardial infarction: A longitudinal study.	2015	European Journal Of Cardiovascular Nursing.
	MEDLINE Complete	Gender difference in treatment and mortality of patients with ST-segment elevation myocardial infarction admitted to Victorian public hospitals: A retrospective database study.	2015	Official Journal Of The Confederation Of Australian Critical Care Nurses
men's health AND myocardial infarction	MEDLINE Complete	Beneficial and adverse effects of testosterone on the cardiovascular system in men.	2013	The Journal Of Clinical Endocrinology And Metabolism
	MEDLINE Complete	Testosterone deficiency syndrome and cardiovascular health: An assessment of beliefs, knowledge and practice patterns of general practitioners and cardiologists in Victoria, BC.	2014	Canadian Urological Association journal
	CINAHL with Full Text	Gender-based cardiometabolic risk evaluation in minority and non-minority men grading the evidence of non-traditional determinants of cardiovascular risk.	2011	International Journal of Clinical Practice
myocardial infarction AND nursing care	CINAHL with Full Text	Patient involvement climate: views and behaviours among registered nurses in myocardial infarction care.	2015	Journal of Clinical Nursing
	CINAHL with Full Text	Continuity of care from the emergency department nurse to the intensive care nurse of patients with ACSEST.	2011	Metas de Enfermería
	CINAHL with Full Text	Development of a Therapeutic Hypothermia Protocol: Implementation for Postcardiac Arrest STEMI Patients.	2014	Critical Care Nursing Quarterly
	CINAHL with Full Text	Achieving door-to-balloon times in less than 90 minutes.	2011	Critical Care Nursing Quarterly
	CINAHL with Full Text	Managing the acute coronary syndrome patient: Evidence based recommendations for anti-platelet therapy.	2015	Heart & Lung
	CINAHL with Full Text	Incidência e características sociodemográficas de pacientes internados com coronariopatia.	2011	Revista de Enfermagem Referência
myocardial infarction AND masculinity	MEDLINE Complete	The male partners' experiences of the intimate relationships after a first myocardial infarction.	2011	European Journal Of Cardiovascular Nursing

No quadro 3 foram listados os trabalhos encontrados de acordo com o ano e revista de publicação, as bases de dados de pesquisa e indexação dos estudos, em relação aos descritores utilizados na busca.

**Quadro IV.** Distribuição dos estudos encontrados nas bases de dados CINAHL with full text e MEDLINE Complete com os respectivos objetivos e metodologia utilizados.

TÍTULO	OBJETIVOS	METODOLOGIA
Intimate relationships and sexual function in partnered patients in the year before and one year after a myocardial infarction: A longitudinal study.	To explore and compare partnered first-time MI patients' ratings of intimate relationship satisfaction and sexual function before the MI as compared to one year after the event.	Estudo longitudinal.
Gender difference in treatment and mortality of patients with ST-segment elevation myocardial infarction admitted to Victorian public hospitals: A retrospective database study.	To determine whether patient sex was associated with patterns of reperfusion treatment variation or increased in hospital mortality in patients with STEMI.	Estudo retrospectivo.
Beneficial and adverse effects of testosterone on the cardiovascular system in men.	To know of the relationship between testosterone and the cardiovascular system.	Artigo de revisão.
Testosterone deficiency syndrome and cardiovascular health: An assessment of beliefs, knowledge and practice patterns of general practitioners and cardiologists in Victoria, BC.	As general practitioners and cardiologists primarily care for these patients, we sought to assess their knowledge, beliefs and practice patterns with respect to TDS and cardiac health.	Quantitativo
Gender-based cardiometabolic risk evaluation in minority and non-minority men grading the evidence of non-traditional determinants of cardiovascular risk.	This review will elaborate the definition of cardiometabolic risk and apply the use of surrogate markers for cardiovascular risk stratification in men in addition to the traditional Framingham-based markers.	Artigo de revisão.
Patient involvement climate: views and behaviours among registered nurses in myocardial infarction care.	To introduce and define the patient involvement climate and measure its quality and strength via views and behaviours among nurses in coronary care units.	Transversal.
Continuity of care from the emergency department nurse to the intensive care nurse of patients with ACSEST.	To determine the most important information that should be provided when transferring a patient with Acute Myocardial Infarction from the out-of-hospital emergency department nurse to the CCCU (Critical Coronary Care Unit) nurse.	Estudo descritivo, qualitativo.
Development of a Therapeutic Hypothermia Protocol: Implementation for Postcardiac Arrest STEMI Patients	The purpose of this quality improvement initiative was to develop and implement a TH protocol for postcardiac arrest STEMI patients at CFVMC.	Prática baseada em evidências. Qualitativo.
Achieving door-to-balloon times in less than 90 minutes	The purpose of this article is to present an advanced practice nurse's attempt to change practice and the challenges faced when attempted to improve upon a system.	Qualitativo. Descritivo.
Managing the acute coronary syndrome patient: Evidence based recommendations for anti-platelet therapy.	This article summarizes recent updates to American College of Cardiology Foundation/American Heart Association guidelines for the management of unstable angina (UA)/non ST-segment elevation ACS (NSTEMI-ACS) and ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI), focusing on antiplatelet therapy.	Artigo de revisão.
Incidência e características sociodemográficas de pacientes internados com coronariopatia.	Objetivou-se verificar a incidência da população que foi internada no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina para tratamento clínico e cirúrgico de coronariopatia e caracterizar as variáveis sócio-demográficas dos pacientes submetidos à revascularização miocárdica.	Estudo descritivo, retrospectivo, transversal.
The male partners' experiences of the intimate relationships after a first myocardial infarction.	This study aimed to explore and describe the experience of men's intimate relationships in connection to and after their female partner's first MI.	Exploratório, qualitativo.

No quadro IV estão distribuídos os estudos encontrados nas bases de dados CINAHL e MEDLINE de acordo com os objetivos propostos e o desenho metodológico utilizado, contendo quatro trabalhos qualitativos, três artigos de revisão, dois estudos transversais, um estudo longitudinal, um retrospectivo, e um quantitativo.

**Tabela 4.** Número de artigos pesquisados de acordo com a base de dados utilizada.

Base de dados	Artigos Encontrados	Artigos Selecionados
LILACS	21	10
BDENF	06	02
<b>EBSCOhost</b> (CINAHL with full text e MEDLINE Complete)	59	12
<b>TOTAL</b>	86	24

Na tabela 4 foram distribuídos os artigos encontrados e selecionados a partir das bases de dados de indexação pesquisadas. Na base LILACS foram encontrados 21 estudos, sendo 10 selecionados. Na base BDENF foram encontrados 06 trabalhos, 02 selecionados. Na base EBSCOhost, foram encontrados 59 artigos, 12 selecionados. O total de trabalhos encontrados em todas as bases pesquisadas foi de 86, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e leitura dos resumos selecionou-se 24 estudos que integraram a revisão de literatura integrativa da temática em pauta, que correspondeu a aproximadamente 30% dos achados.

#### ❖ O cuidado de enfermagem ao IAM na literatura:



Figura 1 – Elemento gráfico sobre o cuidado de enfermagem ao infarto na literatura científica.



A figura 1 exemplifica um apanhado geral dos resultados da revisão de literatura quanto aos cuidados de enfermagem ao infarto agudo do miocárdio, com base na leitura dos artigos pesquisados que são: assistência e controle da dor torácica, classificação de risco, redução do tempo Gate-needle, administração da terapia trombolítica, orientação para alta, reabilitação pós-infarto, educação em saúde. Foram encontrados artigos que discutiam sobre a redução do tempo de reconhecimento dos sintomas e instituição da terapia e a importância da assistência da Enfermagem nesse processo através da classificação de risco.

Outro ponto trazido à tona foi o tratamento e os cuidados pós-infarto, incluindo abordagem cirúrgica, ou o uso de medicações antiplaquetárias e a hipotermia terapêutica. Ainda observaram-se artigos que discorrem sobre os benefícios e malefícios da testosterona na recuperação cardiovascular.

Os trabalhos encontrados com o descritor “SAÚDE DO HOMEM” se referiram ao atendimento no âmbito da atenção primária, às dificuldades de adesão a esse serviço e às estratégias necessárias para a assistência da população masculina e de suas particularidades.

Em relação à masculinidade aliado ao infarto, destaca-se um estudo que apontou os desafios masculinos ao ter sua parceira com infarto agudo do miocárdio e o impacto desse fator nas relações conjugais. “As implicações na vida sexual pós-infarto” também foi um tema que emergiu desses achados.

O resultado da pesquisa referente à produção científica da saúde do homem com infarto agudo do miocárdio justifica a importância da realização deste estudo, com destaque para os cuidados de enfermagem recebidos por esses homens no cotidiano do contexto de atendimento emergencial, o que pode proporcionar uma redução da taxa de mortalidade de pessoas do gênero masculino.

## **2.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO**

No último século, médicos e sanitaristas realizaram prerrogativas, do ponto de vista da saúde pública, que colocavam os homens como indivíduos em perigo (ou potencialmente perigosos). Entretanto, não havia sido criado até então um discurso que objetivasse a masculinidade ou os homens em si como um foco da preocupação da saúde; o máximo feito pensando nesse público foram campanhas contra o alcoolismo e

doenças venéreas, que eram especialmente criadas para higienizar espaços “masculinos” (CARRARA, 2009).

E foi em meio à luta contra as doenças sexualmente transmissíveis nos anos 1930 e 1940, em que foi proposta no Brasil a criação da andrologia, uma ciência que cuidaria dos problemas sexuais masculinos (CARRARA, 1996, 2009). Contudo, essa especialidade médica não se consolidou.

Na primeira década do século XXI, em meio a mudanças nos modelos culturais e processos político-econômicos, a transformação das estruturas familiares permitiu que a população masculina progressivamente desocupasse a posição de representantes da humanidade e saísse da invisibilidade da saúde pública, passando assim a utilizar os serviços de saúde, espaços vistos como predominantemente femininos (CARRARA, 2009).

Em 2007, o médico sanitário José Gomes Temporão, ministro da saúde, discutiu a criação de uma política voltada para a assistência à saúde do homem. Em 2008, foi criada a Área Técnica de Saúde do Homem. Finalmente, em agosto de 2009, foi lançada oficialmente a Política Nacional de Promoção e Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), promovida pelo Ministério da Saúde (CARRARA, 2009).

As elevadas taxas de mortalidade e morbidade masculina no Brasil nos últimos anos colaboraram para a criação de iniciativas em âmbitos locais, regionais e até nacionais, as quais foram peças importantes na formulação PNAISH pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

A PNAISH possui a função de orientar as ações de atenção integral à saúde do homem, objetivando estimular o auto cuidado e, principalmente, a definição de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2008).

A problemática está fundamentada na percepção de que os homens colocam em segundo plano o cuidado da própria vida em detrimento das muitas atividades e papéis sociais desempenhados. Essa negligência do homem em relação à própria saúde desencadeia comportamentos poucos saudáveis, que geram fatores de risco para doenças (BUSS 2000). Segundo os estudiosos Sabo (2002) e Bozon (2004), o homem se vê como invulnerável; esse entendimento colabora para que ele cuide menos de si.

A não adesão dos homens a medidas de prevenção são resultantes principalmente de questões culturais. De acordo com Coelho (2001), as práticas de cuidar na sociedade sempre estiveram atreladas ao gênero feminino. Os fatores que determinam a situação desfavorável de mortalidade entre os homens, quando comparado às mulheres, estão ligados à questão de gênero, já que o papel de cuidar é socialmente atribuído a elas. (LOURENÇO, 2010; GOMES, 2007).

Machin (2011) aponta em seu estudo a discussão do gênero como princípio ordenador de práticas sociais. Para a autora, os homens situam-se no “pólo do não cuidado”, pois são compreendidos como ausentes e pouco participativos nos serviços de saúde, com a predileção por práticas curativas. O modelo da masculinidade hegemônica é responsável por associar a demonstração de necessidades de saúde com fraqueza e feminilização (LEITE, 2010; SCHRAIBER, 2005).

Foi realizada uma pesquisa em três capitais brasileiras a fim de problematizar a questão dos homens e a masculinidade no contexto do serviço público de saúde, por meio de observação dos sentidos e das práticas de indivíduos do sexo masculino que eram atendidos em instituições públicas de saúde. Como resultado, observou-se que ainda é necessário avançar nas práticas de saúde, que ainda são inspiradas pela perspectiva do gênero feminino (LYRA, 2012).

Lyra, analisando estudos sobre o tema, percebeu que os homens ainda aparecem dentro de um discurso de responsabilidade e obrigação na manutenção da qualidade de vida das mulheres e crianças. Assim, a visão do homem como sujeito de direitos e objeto das políticas sociais permanece distante da realidade.

A partir de análise da literatura, Lyra coloca que:

“(…) não há uma única masculinidade, apesar de existirem formas hegemônicas e subordinadas a ela. Tais formas baseiam-se nas posições de poder social dos homens, mas são assumidas de modo complexo por homens particulares, que também desenvolvem relações diversas com outras masculinidades.” (LYRA, 2012 p.09)

LYRA et al. (2012) destacou, nos resultados de sua pesquisa, as dificuldades em relação à participação dos homens nos serviços de saúde, tomando como ponto de partida as falas dos profissionais. A rejeição dos próprios homens, a resistência de alguns profissionais, a estrutura inadequada e os horários dos serviços são alguns dos fatores que agravam esse quadro. Observou também que o gênero masculino apresenta comportamentos que são socialmente associados à masculinidade e que, ao mesmo

tempo, acabam por afastar essas pessoas da busca de cuidados; características como a incompreensão e a impaciência são compreendidas como inerentes ao “ser homem” o que torna justificável o fato de que esse público normalmente não procure os serviços de saúde.

A dificuldade de inserção do homem em programas de atenção primária, as questões de gênero relacionadas ao imaginário social de que eles não necessitam de cuidados de saúde preventivos, a falta de adaptação dos serviços de saúde para o atendimento a clientela masculina e o conflito de horário de atendimento com a jornada de trabalho dessas pessoas, tanto como a falta de capacitação de profissionais para atender às demandas de saúde masculinas são problemáticas que agravam essa situação já tão alarmante (BRITO, 2013; POZZATI, 2013). A respeito disso, a ampliação do horário de funcionamento das unidades básicas de saúde para o período noturno é uma das estratégias que objetiva atender as demandas do público masculino trabalhador formal (CORDEIRO, 2014).

A visão reducionista e a não compreensão das singularidades e necessidades específicas que envolvem os significados de ser homem fortalecem os entraves pessoais e sociais referentes ao auto cuidado e os distancia dos espaços de saúde. Albuquerque (2014) afirma em seu estudo que é preciso que se desenvolvam estratégias de desconstrução dos estereótipos sociais de gênero que determinam a invulnerabilidade masculina a doenças a fim de que haja uma aproximação dessa população aos serviços de saúde, possibilitando, assim, a verbalização de suas necessidades.

Grande parte da procura dos homens por unidades de saúde se dá em caráter emergencial, na presença de algum sintoma que cause desconforto, dor, sofrimento ou que atrapalhe as suas atividades laborais (POZZATI, 2013). Essa atitude dificulta o diagnóstico precoce, o que, por sua vez, atrasa a abordagem clínica e o início do tratamento, contribuindo para o agravamento do caso, cronicidade das doenças e a elevação da mortalidade por causas evitáveis, sendo o IAM um exemplo disso.

Essa tendência masculina de assumir estilos de vida pouco saudáveis é proveniente de estereótipos culturais. Os estereótipos de gênero determinam o modelo masculino a ser seguido (BRASIL, 2008), tendo como consequência a geração de fatores de risco para o adoecimento.

Quanto a comportamentos de risco oriundos da população masculina, destacou-se uma pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro, na qual foi

colocada em voga a questão de homens que sofrem intoxicação causada pelo produto popularmente conhecido como “chumbinho”. Os resultados dessa pesquisa demonstraram que esses casos de envenenamento acarretaram em uma elevada taxa de mortalidade masculina. O estudo alertou para a importância da orientação do público masculino sobre os riscos do uso da substância e da necessidade de notificar as intoxicações no serviço de emergência, uma vez que estes casos são de notificação compulsória (SILVA, 2012).

Outra pesquisa que evidenciou o comportamento de risco masculino trata de um estudo desenvolvido no Rio de Janeiro sobre cuidados de enfermagem a homens vítimas de acidentes com motocicletas. Constatou-se que a ocorrência de um segundo acidente na condução desse tipo de veículo pode ser associada a homens de idade elevada; uma espécie de autoconfiança adquirida a partir do número de acidentes sofridos. Apontada pelo autor como uma condição de invulnerabilidade masculina, a habilidade de superar a experiência de sofrer um acidente produz um excesso de confiança e os leva a não se abalar diante do risco de um novo episódio, abrindo precedentes para a ocorrência de um novo acidente. (FERNANDES, 2013).

Uma das principais causas que levam essa população a óbito são as doenças cardiovasculares, destacando-se a doença isquêmica (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS, 2010). A propensão masculina a assumir comportamentos de risco, torna-os mais predispostos a desenvolver doenças, principalmente graves e crônicas responsáveis pela elevação dos índices de mortalidade dessa população (COURTENAY, 2000; LAURENTI, 2005).

A doença arterial coronariana pode se manifestar na forma de *angina pectoris*, infarto agudo do miocárdio (IAM), miocardiopatias isquêmicas e morte súbita (DANTAS, 2002). O IAM possui uma característica súbita, o que determina a necessidade da prevenção precoce e identificação dos fatores de risco ao adoecimento.

A gravidade da doença coronariana depende de diversos fatores, que podem inclusive contribuir para a mortalidade. Além das características individuais, existem outros fatores relacionados a doenças no coração que são modificáveis, como a hipertensão arterial, diabetes, sobrepeso/obesidade, tabagismo, retardo da chegada ao hospital, condições sócio-demográficas desfavoráveis e assistência de saúde precária (FERREIRA, 2009).

O reconhecimento dos fatores de risco modificáveis pode auxiliar na prevenção do infarto agudo do miocárdio e na recorrência dos episódios isquêmicos, alterando a progressão da doença aterosclerótica (COLOMBO 1997).

A determinação do perfil epidemiológico do infarto agudo do miocárdio é imprescindível a fim de traçar os cuidados prestados na assistência de enfermagem nos âmbitos de educação em saúde, atendimento de emergência e redução dos fatores de risco na prevenção de novos infartos.

Mamaniujra (2012) aponta a presença dos seguintes fatores de risco no perfil de pacientes que sofreram IAM: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo, faixa etária de 51 a 60 anos, sexo masculino. O referido estudo observou uma maior letalidade do infarto agudo do miocárdio em homens.

Os Cuidados de Enfermagem no atendimento ao homem com suspeita de infarto tem sido um dos assuntos relevantes na discussão acadêmica; a pesquisa de Caveião (2014), por exemplo, destaca a assistência no pronto atendimento à dor torácica. Nesse estudo, ressalta-se a importância do cuidado de enfermagem e do socorro imediato ao indivíduo com dor torácica para o sucesso do prognóstico do IAM. O autor pontua as fases de atuação da enfermagem, que perpassam o contexto de emergência da vítima de isquemia cardíaca até a educação para a redução de riscos e prevenção de agravos.

As práticas educativas são atividades primordiais do enfermeiro, tais como a conscientização sobre os fatores de risco cardiovascular e do reconhecimento dos sintomas comuns do IAM, com o objetivo de reduzir o tempo de socorro após o início da dor (FIGUEIREDO, 2013).

A tessitura dos cuidados deve ser realizada de forma a atender às demandas da saúde do homem de forma singular, correlacionando os aspectos socioculturais do gênero masculino e do processo saúde-doença como forma de evitar a superficialização e fragmentação da assistência.

Entre os principais cuidados de emergência ao IAM está a terapia trombolítica. O tempo de início da terapêutica prescrita está intimamente associado à rapidez da identificação da dor torácica e classificação de risco cardiovascular. O chamado tempo porta agulha (Gate – Needle) é determinado pelas ações de enfermagem e interfere diretamente no sucesso do prognóstico pós-infarto. (ACOSTA GONZALEZ, 2011)

No momento da alta, as orientações de enfermagem acerca dos cuidados pós-infarto que os homens precisam adotar devem ser realizadas de maneira que haja um

clima de envolvimento enfermeiro-paciente integrado, caracterizado pelo estímulo ao auto cuidado e à participação do homem no manejo da sua saúde (ARNETZ, 2015).

O prognóstico pós-infarto prevê a necessidade de mudanças nos hábitos de vida e constitui uma fase crítica para o homem. As percepções masculinas referentes ao prognóstico do infarto estão relacionadas à preocupação com o cuidado da família, a um sentimento de incapacidade de realizar atividades diárias, às dificuldades e limitações impostas pela doença (MALAVER, 2011) e a ausentar-se do trabalho (EMSLIE, 2005). A ocorrência do IAM pode acarretar impacto negativo na vida sexual masculina, e interferir nas suas relações conjugais fragilizando os significados de ser homem (THYLEN, 2015).

Considerando as diferenças de gênero socialmente construídas que implicam na forma precária de cuidar de si por parte da população masculina, o que pode ser demonstrado pelas elevadas taxas de morbidade e mortalidade, fazem-se necessário priorizar a criação de estratégias que objetivem a melhora das condições de saúde e o planejamento de cuidados ao homem hospitalizado, de maneira individualizada e de acordo com suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e biológicas.

Ribeiro (2014) propôs uma mudança na assistência de enfermagem direcionada para essa clientela, antes fundamentada de forma genérica sobre o processo saúde-doença e aspectos anátomo-fisiológicos do adulto, com vistas a singularizar a saúde do homem e sua correlação com aspectos do contexto histórico-cultural e familiar masculino, levando em consideração a posição social ocupada pelo homem na família, como provedor e responsável pela força produtiva.

O cuidado, antes de tudo, é direcionado a um ser humano, o qual é dotado de objetividade e subjetividade. O ser humano é um ser espiritual, emocional e físico. Assim sendo, o cuidado pode diferir de acordo com o gênero do sujeito e isso deve ser respeitado; ele deve ser individualizado, visando resgatar os aspectos que estão encobertos pela hospitalização (COELHO, 2006).

Promover um cuidado integral, holístico, individualizado, que leve em conta conceitos e relações sociais e também as questões de gênero, e que compreenda o sujeito em sua totalidade de ser físico, biológico, social e psicológico é o desafio da enfermagem atual diante da PNAISH lançada pelo Ministério da Saúde em 2008.

## 2.3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para fundamentar a dissertação foi delineado o referencial teórico que baseou-se nos conceitos de Cuidar/ Cuidados de Enfermagem em Emergência (COELHO, 1997/1999), de Masculinidade (GOMES, 2008) e de Cotidiano (CERTEAU, 1996).

### 2.3.1 Bases conceituais:

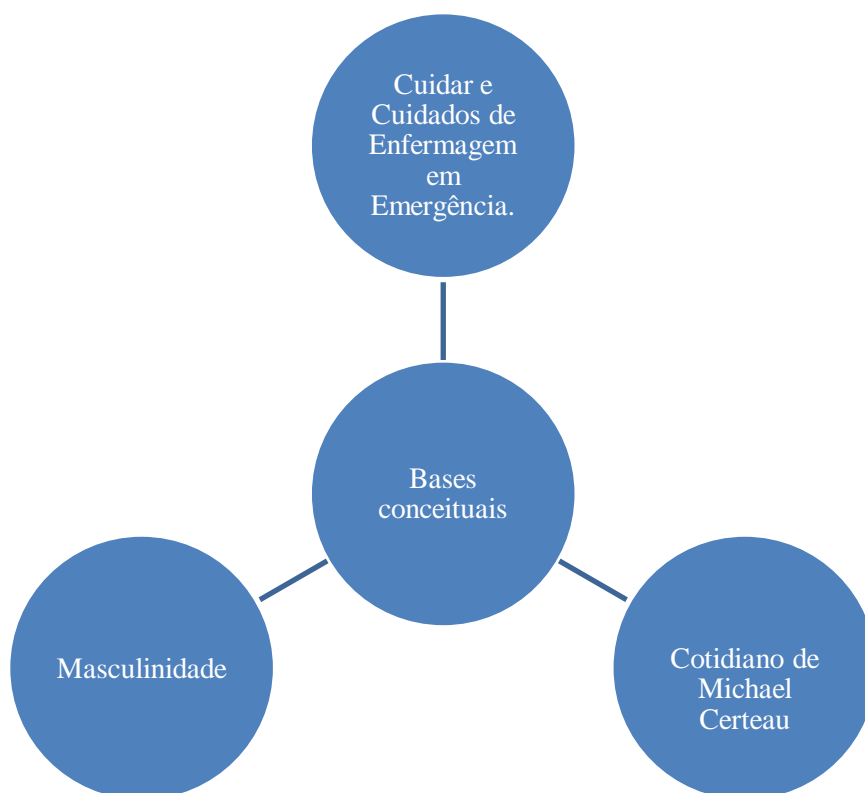


Figura 2 – Diagrama de representação das bases conceituais do estudo.

Fonte: Diagrama desenvolvido pela autora do estudo.

### 2.3.2 Cuidar/ Cuidados de Enfermagem em Emergência, MJ 1999.

O estudo está fundamentado nos conceitos de cuidar/cuidados de enfermagem e emergência descritos por COELHO, 1999. A autora propôs em sua tese de doutorado uma tipologia de cuidados em emergência que foi utilizada nesse estudo para a avaliação dos cuidados prestados ao homem infartado.



Os termos que serão definidos a seguir foram conceituados no livro *O socorro, o socorrido e o socorrer: cuidar/cuidados em enfermagem de emergência* por Coelho (1999, página 15).

“CUIDAR é o processo de expressão, de reflexão, de elaboração do pensamento, de imaginação, de meditação e de aplicação intelectual, desenvolvido pela enfermeira, em relação as ações mais simples até as mais complexas, e requer um mínimo de condições estruturais, ambientais e de recursos humanos que seja razoável para assegurar a confiabilidade, a credibilidade dos atos/ações direcionados ao atendimento dos clientes nos níveis imediato, mediato e tardio.”

“CUIDADO é a ação imediata prestada pela enfermeira ou algum elemento de sua equipe, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, em curto espaço de tempo, desenvolvido em vários momentos, envolvendo segurança e competência, aliadas à tecnologia específica que a situação exige”

Em relação ao conceito de cuidado em emergência, destacam-se os pressupostos de Coelho et al. (1997), que desenvolveu teorias fundamentadas no cuidar/cuidado de enfermagem aos pacientes em situação de emergência hospitalar. Em sua tese de doutorado, a autora descreve situações observadas em cenários de emergência. Segundo Coelho (1999), esse tipo de cuidado exige dos enfermeiros habilidades, conhecimentos e sensibilidade para com o outro. Coelho destacou que:

“O cuidar/cuidado em enfermagem de unidades de emergência apóia-se num referencial básico de cuidado direto e/ou indireto em que as necessidades humanas existem, sejam quais forem os diagnósticos e prognósticos clínicos, podendo ser percebidas por meio da análise dos sentidos das palavras, dos silêncios e das expressões faciais, dos gestos, além das necessidades biológicas.” (COELHO, 1999. p.50)

Coelho (1999) afirma que a unidade de emergência é responsável por criar uma atmosfera emocionalmente comprometida, na qual o estresse que está presente atinge inclusive o sujeito e suas necessidades básicas. A autora também defendeu a existência de critérios fundamentais para o cuidar em emergência, que estão relacionados a três questões importantes: a) rapidez nas ações; b) raciocínio, coerência de idéias; c) um modo especial de cuidar.

A unidade de emergência tem como característica oferecer serviços de alta complexidade no atendimento a pessoas em situação de risco de vida. Com o objetivo de estabilização das condições vitais do cliente, a assistência acontece através do suporte à vida, o que exige agilidade e objetividade no atendimento.

Os homens sofrem de tensão e medo pela sua situação de saúde, que está prejudicada. Dessa forma, esse ambiente de nervosismo cria um desafio para a construção de cuidados que considerem as suas dimensões éticas, subjetivas, técnicas e institucionais, e ainda os valores, sentimentos e limites inerentes ao ser humano. (DAL PAI, 2005)

### **2.3.3. Masculinidade por Gomes, 2008.**

Romeu Gomes é pedagogo formado pela Universidade Federal Fluminense (1970), licenciado em professor de sociologia e psicologia pelo Ministério da Educação. Fez mestrado em educação pela Universidade Federal Fluminense (1975) e doutorado em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1994). É professor titular da Fundação Oswaldo Cruz e docente pesquisador do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa/Hospital Sírio-Libanês. Também é pesquisador com experiência na área de saúde coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: sexualidade, gênero e saúde; saúde do homem; dimensão socioantropológica do processo saúde-doença e avaliação em gestão de tecnologia e inovação em saúde.

Para fundamentação do estudo, será utilizado o conceito de masculinidade por Gomes (2008), que define “*a masculinidade como um espaço simbólico que serve para estruturar a identidade de ser homem, modelando atitudes, comportamentos e emoções a serem adotados*” (GOMES, 2008. p. 70).

O modelo hegemônico de masculinidade está ligado a uma posição de autoridade cultural de liderança. Pode ser constatado, a partir dos estudos sobre homem e saúde, que a população masculina, quando influenciada por representações da masculinidade, tais como sucesso, poder e força, podem se expor a riscos de saúde. (GOMES & NASCIMENTO, 2006; GOMES, 2008).

Gomes, em seus estudos, constatou que os homens geralmente adoecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e que morrem mais cedo do que elas quando acometidos pelas principais causas de morte no Brasil.

Existe uma situação de saúde desfavorável dos homens em relação às mulheres, evidenciada pelos seus elevados índices de mortalidade, pela sua precária forma de cuidado com a saúde, o que pode ser constatado pela ausência deles nos serviços de atenção básica, sua pouca adesão e a procura tardia pelo cuidado, com conseqüente comprometimento da saúde. (GOMES, 2007)

A ausência de cuidado está relacionada com a visão machista socialmente construída do homem como ser viril, invulnerável, que não necessita de cuidados de saúde, os quais estão relacionados culturalmente com características femininas. Esta visão dificulta a adoção de práticas de auto cuidado por parte de pessoas do sexo masculino, pois procurar o serviço de saúde poderia associá-los a uma fraqueza, aproximando-os do universo feminino (GOMES, 2007).

Em relação aos serviços de saúde, os homens tendem a procurá-los em menor frequência, em virtude do pressuposto de que no gênero masculino há uma desvalorização com o auto cuidado e de que há uma precariedade nos serviços de saúde, sobretudo na atenção primária. (GOMES, 2007)

Gomes (2003, p. 828) relacionou a influência da masculinidade sobre a condição de saúde masculina.

“Aspectos relacionados à percepção ou não da crise da masculinidade, em específico, e aos sentidos atribuídos à sexualidade masculina, em geral, produzem reflexos no campo da saúde, revelando dificuldades, principalmente, no que se refere à promoção de medidas preventivas.”

Entende-se, dessa forma, que a masculinidade pode estar associada com a condição de saúde dos homens e com a desfavorável situação de cuidado a qual eles estão expostos, que fundamenta a pesquisa no tocante ao adoecimento masculino por IAM.

#### **2.3.4 O Cotidiano de Michael Certeau**

O teórico materialista dialético que fundamenta o estudo é Michel de Certeau, um historiador francês que se dedicou ao estudo da psicanálise, filosofia, e ciências sociais. A pesquisa empreendida por Certeau ocorreu entre os anos de 1974 a 1978; a organização proposta pelo autor se baseia em estudar práticas cotidianas como modos de ação. Em vez de ter o indivíduo como centro e foco de análise, o autor parte do pressuposto de que é a relação social que determina o indivíduo e não o inverso e, por isso, só se pode apreendê-lo a partir de suas práticas sociais.

Em sua obra *A invenção do cotidiano*, Certeau afirmou que

“O cotidiano é aquilo que nos é dado cada dia (ou que nos cabe em partilha), nos pressiona dia após dia, nos oprime, pois existe uma opressão do presente. Todo dia, pela manhã, aquilo que assumimos, ao despertar, é o peso da vida, a dificuldade de viver, ou de viver nesta ou noutra condição, com esta fadiga, com este desejo. (...) O cotidiano é aquilo que nos prende intimamente, a partir do interior. (...) É uma

história a meio de nós mesmos, quase em retirada, às vezes velada.”  
(CERTEAU, 1996:31)

Michel de Certeau propôs algumas maneiras de pensar a arte cotidiana, partindo do princípio que elas são de nível tático, e determinou três níveis para fazê-lo: as modalidades de ação, as formalidades das práticas e os tipos de operação especificados pelas maneiras de fazer. Todas as proposições teóricas foram submetidas ao teste de uma prática concreta. Sua pesquisa se objetivava em narrar práticas comuns.

As “maneiras de fazer” constituem as mil práticas pelas quais usuários se reapropriam do espaço organizado pelas técnicas de produção sócio-cultural.

A originalidade da obra de Michel de Certeau está em sua forma inversa de olhar as práticas sociais contemporâneas. Certeau tenta pôr em xeque o pensamento de que o melhor modo de se organizar pessoas e coisas é atribuir-lhes um papel, dentro de uma perspectiva racional; ele apresenta “o homem ordinário”, que inventa o cotidiano com mil maneiras de fazer. Assim acontece também no cenário dos cuidados, onde os homens infartados recebem cuidados sistematizados, mas também cuidados únicos, realizados de maneiras que podem divergir em muitos aspectos e que sofrem influência do ambiente, das características da pessoa cuidada e/ou da pessoa que presta os cuidados.

Essa proposição teórica foi eleita para referenciar a presente pesquisa acerca dos cuidados de enfermagem em virtude da sua característica observacional, na tentativa de mergulhar no cotidiano e buscar o invisível dos cuidados de enfermagem emergenciais prestados aos homens infartados. O que interessa ao pesquisador do cotidiano é o que não se vê.

Partindo do pressuposto de que o cuidado é algo singular, individual e que é traçado de maneira única para cada pessoa que o recebe, existe, portanto, um invisível na tessitura dos cuidados que não está protocolado. Todos os homens desta pesquisa têm em comum a suspeita de infarto, entretanto existem diversas características pessoais, biológicas, fisiológicas e psíquicas que os tornam únicos e que exigem a singularidade no cuidar.

### 3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”*

*(Arthur Schopenhauer)*

### 3.1.DELINEAMENTO METODOLÓGICO

O método utilizado para a pesquisa foi o método misto, que segundo Martha (2007) este termo refere-se a um único estudo que utiliza estratégias mistas para responder às questões levantadas pela problemática da pesquisa. Neste caso é a utilização da estratégia qualitativa e quantitativa em um só estudo (CRESWELL, 2010).

Minayo (1993), conclui em seu estudo que metodologicamente não existe contradição e nem tampouco continuidade entre as estratégias quantitativa e qualitativa, pois ambas são de natureza diferente. A investigação qualitativa analisa crenças, valores e opiniões com objetivo de aprofundar-se a complexidade de fenômenos e fatos específicos de pequenos grupos, enquanto a quantitativa trabalha indicadores e tendências observáveis. Assim sendo, um estudo quantitativo pode trazer resultados que podem ser aprofundados de forma qualitativa, o mesmo acontece de maneira inversa.

A articulação entre as abordagens qualitativa e quantitativa, na pesquisa em saúde possui importância no aprofundamento do conhecimento do complexo objeto saúde-doença. As contribuições da utilização das duas estratégias provêm justamente das suas diferenças. O quantitativo e qualitativo estudam, cada método da sua forma, o coletivo, o singular e o individual os fenômenos presentes no campo de pesquisa (DESLANDES & ASSIS, 2002).

### 3.2.TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, descritivo do fenômeno do cuidar e cuidados de enfermagem aos homens com hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio, com abordagem mista, abrangendo a assistência em sala de emergência, os dados quantitativos dos atendimentos às vítimas masculinas e a correlação do adoecimento por infarto agudo do miocárdio e a masculinidade.

A pesquisa exploratória envolve um conhecimento mais adequado e complexo da realidade. Piore (1995) destaca como finalidade principal da pesquisa exploratória, o conhecimento do repertório popular de respostas, que está relacionado ao conhecimento, opinião ou crença, atitude, valores e conduta. Segundo o pesquisador, qualquer tema cujo conhecimento popular seja mal estabelecido pode ser pesquisado por essa forma.

A pesquisa descritiva objetiva a compreensão profunda do fenômeno em estudo, dessa forma todos os dados envolvidos devem ser examinados. O foco desse tipo de

estudo está em analisar como o determinado fenômeno se manifesta nas atividades, procedimentos e interações (GODOY, 1995).

A interação do descritivo e exploratório se dá de forma a elucidar o objeto de pesquisa proposto partindo-se da análise profunda do fenômeno em seu ambiente de estudo. Essa relação se dá a partir da utilização do roteiro de entrevista, estudos de caso, e da observação do ambiente e do cuidado ao homem infartado.

### 3.3. CENÁRIO DO ESTUDO

Serviço de emergência da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – Penha, do Estado do Rio de Janeiro. Instituição coparticipante: Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro – SES, CNPJ 42.498.717/0001-55.

A UPA Penha está localizada na Área Programática 3.1 na Av. Lobo Júnior com Av. Brás de Pina, s/nº, Parque Ary Barroso, Rio de Janeiro - RJ.

De acordo com Portaria nº 342, de 4 de março de 2013, a Unidade de Pronto Atendimento – UPA é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a Atenção Básica de Saúde e a Atenção Hospitalar. A UPA compõe uma rede organizada de atenção às urgências.

A UPA 24h foi implantada em locais ou unidades estratégicas para a configuração da rede de atenção às urgências, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco, observadas as seguintes diretrizes: I - funcionar de modo ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos; e II - possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte.

A UPA tem objetivo de prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade; entre outras competências.

Compete ao gestor responsável pela UPA 24h: I - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar

atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso; II - estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos; e III - garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da unidade.

### **3.3.1. O fluxo de atendimento dos homens com suspeita de IAM na Unidade de Pronto Atendimento – Penha.**

O fluxo de atendimento foi orientado de acordo com a gravidade. A Classificação de risco faz parte do fluxo de atendimento da UPA, onde os homens são avaliados e classificados com o objetivo de priorizar o atendimento a partir do risco de vida apresentado.

Ao chegar à unidade o homem faz o cadastro, onde informa os dados de identificação e moradia. Após o cadastro ele é encaminhado para a classificação de risco, nesse momento é avaliado o nível de consciência, a queixa principal, a intensidade da dor (quando houver), as doenças pré-existentes, as medicações utilizadas, alergias, os sinais e sintomas e são verificados os sinais vitais. A partir dessas informações é determinado o risco apresentado que pode ser amarelo ou vermelho.

Quando a classificação de risco é vermelha, ou em situações que o homem chega à unidade em estado grave, é encaminhado diretamente para a sala de atendimento vermelha, para estabilização, e lá ele recebe atendimento clínico.

Após a classificação de risco o homem que é avaliado com suspeita de infarto é encaminhado ao eletrocardiograma e diretamente para a sala de atendimento amarela, onde ele será estabilizado e receberá o atendimento de urgência.

#### **❖ O fluxo de atendimento:**

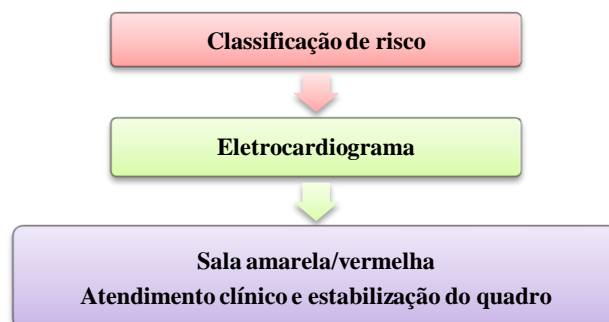


Figura 3 – Elemento gráfico para exemplificar o fluxo de atendimento da Unidade de Pronto Atendimento.



Os homens do estudo estavam sob atendimento de emergência na sala amarela. Esta sala era composta por dois ambientes. Ao passar pela porta de entrada, eram seis leitos, divididos em dois lados opostos, três leitos do lado esquerdo e três do lado direito. Ao lado de cada leito existia uma poltrona de descanso. Ao fundo da sala, havia uma mesa com computador para prescrição e evoluções. Na parede ao lado direito da mesa existia um quadro de relação de nomes dos pacientes atendidos por leito e idade. Ao fundo da sala um local de preparo de medicação. No segundo ambiente, outros quatro leitos e uma mesa com computador.

No total eram 10 leitos na sala amarela, 02 leitos na sala vermelha, 01 leito de isolamento respiratório e 02 leitos de observação.

### **3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.**

Para a definição dos participantes entrevistados da pesquisa foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão: homens com hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio; os participantes deveriam estar dentro das primeiras 48 horas de atendimento pós-infarto; faixa etária adulta (20-59 anos).

Os critérios de exclusão: homens dependentes de respiração artificial com tubo orotraqueal; homens com instabilidade clínica, determinada através da aferição da frequência cardíaca, pressão arterial e sinais e sintomas clínicos do infarto agudo. Não foram considerados aptos para realização das entrevistas os homens que apresentassem a pressão arterial de 140/90 mmHg, que é considerada pelo Ministério da Saúde (2006) como hipertensão arterial em estágio I, e/ou frequência cardíaca acima de 100 batimentos por minuto. Após o período de instabilidade clínica, o homem poderia fazer parte da pesquisa. Entretanto nenhum entrevistado apresentou os sinais e sintomas descritos acima.

### **3.5. PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Homens em idade adulta, de acordo com o Ministério da Saúde a faixa etária adulta corresponde de 20 a 59 anos, com hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio.

### 3.5.1 Seleção dos boletins de atendimento

A partir de janeiro de 2015 foi realizada uma coleta retrospectiva dos boletins de atendimento no banco de dados informatizado (Klinikos). O Klinikos funciona como um banco de dados que fornece dados referentes aos atendimentos de urgência e emergência, e relatórios da UPA. Foi considerado o período de 1 de abril de 2014 a 1 de abril de 2015 para a pesquisa dos boletins. Foram encontrados 169 boletins de atendimento de homens através da pesquisa por diagnósticos, foram selecionados os diagnósticos de dor precordial, com objetivo de filtrar os boletins com hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio.

Na análise dos boletins foram observados dois campos de preenchimento de diagnóstico, o diagnóstico primário e a hipótese diagnóstica. Conforme a **Portaria nº 1.324**, de 27 de novembro de 2014 do Ministério da Saúde que estabelece conceitos de diagnóstico principal e secundário utilizados no Programa de Apoio à Entrada de Dados das Autorizações de Internação Hospitalar (SISAIH01), o diagnóstico primário reflete achados clínicos descobertos durante a permanência do paciente, ele pode ser diferente do diagnóstico de admissão.

Após observação, identificou-se que alguns boletins de atendimento com diagnóstico primário de dor precordial foram classificados com hipótese diagnóstica ou diagnóstico confirmado de infarto agudo do miocárdio, portanto foram incluídos nos dados da pesquisa.

Após análise, 67 boletins de atendimento foram excluídos, destes, 64 com diagnóstico primário de dor precordial foram excluídos por não possuir hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio, 02 boletins foram excluídos por conter dados incompletos, e 01 por se tratar de diagnóstico de infarto antigo do miocárdio.

Portanto foram selecionados e analisados 102 boletins de atendimento de homens atendidos na UPA Penha no período de 01 de abril de 2014 a 01 de abril de 2015 com hipótese diagnóstica ou diagnóstico primário de infarto agudo do miocárdio. Dos 102 boletins de atendimento, 48 eram de homens com idade acima de 59 anos, que foram incluídos no estudo para traçar o perfil da clientela atendida na UPA.

### 3.6. DINÂMICA DA COLETA DOS DADOS

Para a coleta foi utilizada a Estratégia de Triangulação Concomitante. Conforme define Creswell, 2010 p 250-251.

“Em uma abordagem de triangulação concomitante, o pesquisador coleta concomitantemente os dados quantitativos e os qualitativos e depois compara os dois bancos de dados para determinar se há convergência, diferenças ou alguma combinação. Em condições ideais é atribuído peso igual aos dois métodos, (...)”

A coleta de dados foi realizada a partir de três técnicas: entrevista ao homem utilizando um roteiro de perguntas semi-estruturado; observação e registro dos cuidados recebidos por ele durante o processo de atendimento de emergência utilizando a tipologia de cuidados e diário de campo da pesquisadora; e análise dos documentos clínicos a partir de um roteiro pré-estruturado.

Ao chegar à Unidade de Pronto Atendimento, a pesquisadora recebeu livre acesso ao livro de ordem e ocorrências e livro de registros de entrada dos pacientes da sala amarela. Nesse livro são listados por leitos os nomes completos dos doentes, idade, diagnóstico ou hipótese diagnóstica e data e hora de admissão.

A identificação e eleição do participante da pesquisa foram realizadas a partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. A seguir, os homens foram convidados a participar do estudo, explicado os possíveis riscos e benefícios e o objetivo da pesquisa. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conduziram-se as entrevistas e observação dos cuidados recebidos.

As entrevistas realizaram-se dentro da sala amarela, a beira do leito, com auxílio de um roteiro semi-estruturado, que permitiu o aprofundamento das respostas sobre o assunto explicitado. No início das entrevistas foi solicitado permissão dos participantes para gravação do conteúdo das respostas.

A duração das entrevistas apresentou variação quanto ao aprofundamento das respostas, a maior duração foi de aproximadamente 15 minutos, e a menor de 3 minutos, totalizando 1 hora e 7 minutos de entrevista. A dificuldade na verbalização masculina sobre suas necessidades de saúde foram evidenciadas ao analisar o aprofundamento das respostas e tempo de duração. Figueiredo (2005) relatou que para a população masculina, falar de seus problemas de saúde está associado a uma possível demonstração de fraqueza ou feminização.

O tempo de observação dos cuidados de emergência foi proporcional ao tempo de atendimento do homem no campo de pesquisa e necessário ao preenchimento da tipologia de cuidados totalizando 22 horas de observação aproximadamente.

A observação e análise dos boletins de atendimento foram realizadas somente após a alta dos homens, pois é quando esse documento passava a estar disponível na pasta de relatórios do programa Klinikos. Essa etapa de coleta dos dados foi realizada na sala da administração da Unidade devido à disponibilidade do computador.

### **3.6.1. Fases da coleta dos dados**

**1º Fase:** Inserção do pesquisador no cenário da pesquisa. Nesta etapa a pesquisadora conheceu a rotina do atendimento de emergência da UPA e o contexto onde os cuidados são recebidos pelos homens.

**2º Fase:** Validação dos instrumentos de coleta dos dados.

Na fase de validação, o instrumento de entrevista apresentou necessidade de ajuste na aplicação das perguntas referentes à masculinidade, portanto foram acrescentadas mais duas perguntas ao instrumento:

*Pra você o que é ser homem?*

*De que forma ser homem influencia na sua saúde?*

**3º Fase:** Análise dos documentos clínicos. Nesta etapa foram analisados os documentos clínicos dos homens para seleção dos participantes a partir dos dados clínicos e diagnóstico. Nesta fase foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão definidos anteriormente.

Para a coleta dos documentos clínicos foi utilizado o programa Klinikos, que é um software de registro utilizado na unidade. Este programa funciona como um prontuário eletrônico e de atendimento. Contém as informações de todos os atendimentos realizados na UPA, dados de cadastro, classificação de risco, diagnóstico e prescrições médicas e de cuidados.

**4º Fase:** Observação. Nesta etapa foi observado o cenário da pesquisa, o contexto de atendimento de emergência, e os cuidados que foram recebidos pelos homens do estudo. Para esta etapa foi utilizada a tipologia de cuidados e diário de campo.

**5º Fase:** Entrevista. Esta etapa correspondeu à realização da entrevista com os participantes da pesquisa. As entrevistas foram gravadas com auxílio de um gravador e transcritas para análise pela própria pesquisadora.

❖ **As fases da coleta de dados.**

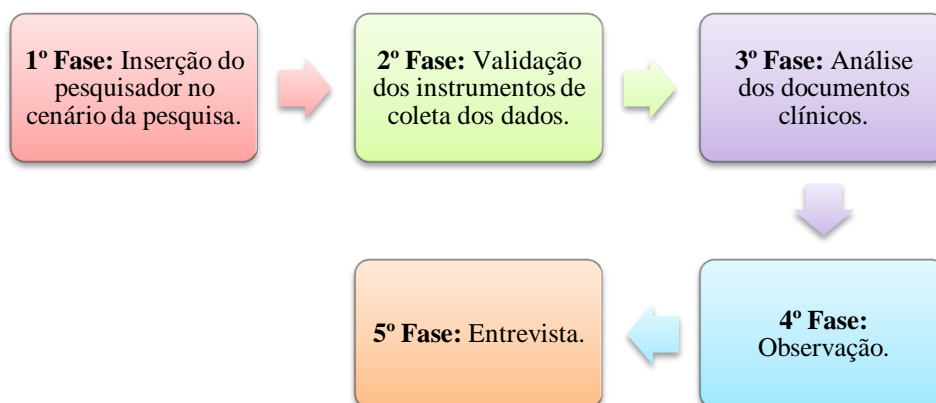


Figura 4 – Elemento gráfico para exemplificar as fases da coleta de dados.

Foram entrevistados oito homens com hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio e observado o seu cotidiano de atendimento e cuidados, no período de janeiro a abril de 2015, que correspondeu a 7,87% dos 102 boletins analisados.

A partir dos resultados obtidos das entrevistas emergiu uma série de estudos de caso composta por 08 (oito) casos de homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM que foram correlacionados com os dados clínicos e de observação dos cuidados descritos a partir da observação e aplicação da tipologia.

### 3.7. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados foram utilizados os instrumentos: Roteiro de entrevista (APÊNDICE A), Roteiro para análise dos documentos clínicos (APÊNDICE B), Tipologia de cuidados (ANEXO A).

- **Roteiro de entrevista semi – estruturada** - Identificou a influência da masculinidade sobre o adoecimento por infarto agudo do miocárdio.
- **Tipologia** - descreveu, identificou os cuidados.
- **Roteiro para análise dos documentos clínicos** – Norteou a análise do boletim de atendimento para coleta dos dados sócio demográficos, dados clínicos e de diagnóstico, e o plano de cuidados de enfermagem.
- **Diário de campo** – breves anotações referentes ao contexto de emergência e do cotidiano assistencial.

### 3.8. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos coletados a partir da análise dos boletins de atendimento foram organizados e analisados com auxílio do software Microsoft Office Excel 2007, a partir da construção de gráficos e tabelas com frequência simples e porcentagem. Os resultados foram expressos na forma de frequência simples e percentual visando traçar um perfil descritivo da amostra e foram supervisionados por um profissional da área de estatística.

Quanto os dados qualitativos foram analisados com auxílio do programa Atlas.ti Educacional Single User licence com licença segundo Nota Fiscal 00005793 adquirido em 17/11/2011 às 12:58 com o código de verificação LATJ-U4DF de Targetware informática Ltda CNPJ 09.240.519/0001-11 São Paul/SP. Atlas.TI é uma ferramenta de análise de dados qualitativos, cuja principal característica é a interatividade com os mais diversos formatos de arquivos. Esse software auxilia na análise, gerenciamento e extração de conhecimento de grandes quantidades de dados em formato de texto, vídeo, áudio.

Com auxílio do programa Atlas. TI criaram-se dois projetos denominados de Unidade Hermenêutica onde foram inseridos os textos das entrevistas, dados de observação e dos registros e dos casos de estudo. Os textos foram organizados e codificados em categorias a partir da extração do núcleo temático abordado.

Da Unidade Hermenêutica referente aos casos de estudo, emergiram 16 códigos com base na extração dos textos correspondentes aos núcleos temáticos: idade, cor, escolaridade, estado civil, profissão, hábitos de vida nocivos, doenças pré-existentes, medicações em uso domiciliar, sintomas que o levaram a UPA, tempo de início dos sintomas, sinais vitais, exames prescritos nas primeiras 24 horas, medicações prescritas nas primeiras 24 horas, cuidados prescritos, tempo de permanência na UPA, desfecho/alta. Foram formadas as seguintes redes semânticas: Dados dos atendimentos - construída por 07 famílias ou subcategorias de análise (APÊNDICE C), Perfil sociodemográfico - construída por 08 famílias (APÊNDICE D).

Da Unidade Hermenêutica referente à análise das entrevistas, emergiram 12 códigos dos textos extraídos correspondente ao núcleo temático abordado: cuidado com a saúde, demanda de cuidados, doenças pré-existentes, fatores causais do infarto, hábitos de vida nocivos, impacto do diagnóstico do infarto, mudanças no cotidiano masculino, sintomas que o levaram a UPA, pessoa que o acompanhou a UPA, relação

homem e saúde, significados de ser homem, masculinidade a partir da fala dos homens. Após análise e associação desses códigos foram formadas as seguintes redes semânticas: Cuidado com a saúde - construída por 13 recortes de texto (APÊNDICE E), Homem e Masculinidade - construída por 03 famílias ou subcategorias de análise (APÊNDICE F), Infarto Agudo do Miocárdio - construída por 06 famílias ou subcategorias de análise (APÊNDICE G).

### 3.9. PAPEL DO PESQUISADOR

O pesquisador desempenhou o papel de observador não participante, pois ele não interferiu de forma a influenciar o contexto de observação e de cuidados para a coleta dos dados.

### 3.10. TRAMITAÇÃO ÉTICA

Para a submissão do projeto à Plataforma Brasil foi necessário uma carta de anuência da Secretaria de Saúde como instituição coparticipante e da direção da Unidade de Pronto Atendimento - Penha, o processo para a assinatura das cartas durou cerca de três meses, e foram assinadas no dia 2 de outubro de 2014.

O projeto foi submetido para análise à Plataforma Brasil, e encaminhado para o comitê de ética em pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery dia 16 de outubro de 2014.

Foi submetido à reunião do CEP dia 04 de dezembro de 2014, e aprovado no dia 08 de dezembro de 2014. O parecer de aprovação da pesquisa foi liberado na Plataforma Brasil dia 09 de dezembro de 2014, Número do Parecer: 905.374 (ANEXO B)

Para a coleta dos documentos clínicos e boletins de atendimento foi entregue um Termo de confidencialidade (ANEXO C) a direção da Unidade. Para os participantes da pesquisa no momento da entrevista foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D) baseado na Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde em duas vias das quais foram assinadas após o sujeito receber orientações acerca das questões éticas e legais que envolvem o estudo, a pesquisadora reteve uma das vias do instrumento para arquivo ético.

Todos os documentos relacionados à pesquisa, tais como entrevistas, tipologia, documentos clínicos impressos serão guardados por cinco anos, sendo posteriormente incineradas. Os arquivos gravados em memória de dispositivo móvel foram apagados.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

*“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.”*

*(Mahatma Gandhi)*



❖ **CATEGORIA I – Infarto Agudo do Miocárdio e sua relação com os homens no tocante a masculinidade.**

Além dos aspectos epidemiológicos apresentados pela população masculina no que diz respeito a elevados índices de morbidade e mortalidade por infarto agudo do miocárdio, destacam-se os aspectos socioculturais que permeiam esse processo de adoecimento, entre eles situa-se a resistência à dor do infarto. A tolerância a dor evidencia-se na tentativa de evitar o afastamento do convívio social, das atividades laborais e da vida cotidiana, as expressões de dor estão opostamente relacionadas à força, coragem e vigor (MUSSI, 2010), características socialmente masculinas atribuídas a ideais de invulnerabilidade. A resistência à dor especificamente no IAM é fator de retardo na busca por socorro, com repercussões negativas no prognóstico cardiovascular.

Arraigado por representações sociais de saúde situa-se o homem como ser viril e voltado ao exercício do trabalho, postergando os cuidados de sua saúde para o final do seu ciclo de vida (CAMARGO, 2011).

No sentido de atender aos objetivos propostos, e responder as questões norteadoras, delimitaram-se 04 subcategorias de análise.

- Subcategoria I – Caracterização dos homens atendidos na UPA
- Subcategoria II – Classificação de risco de gravidade
- Subcategoria III – Exames, medicações e cuidados no atendimento ao homem com hipótese diagnóstica de IAM.
- Subcategoria IV – Masculinidade e Infarto Agudo do Miocárdio

As três primeiras categorias se construíram com base a delinear a população masculina atendida na UPA com hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio, a classificação de risco, diagnóstico e tratamento emergencial do infarto no contexto de atendimento de emergência.

A quarta subcategoria discutiu a visão do homem sobre a masculinidade no cuidado com sua saúde, e a influência do significado de ser homem no adoecimento por IAM.

➤ **Subcategoria I – Caracterização dos homens atendidos na UPA**

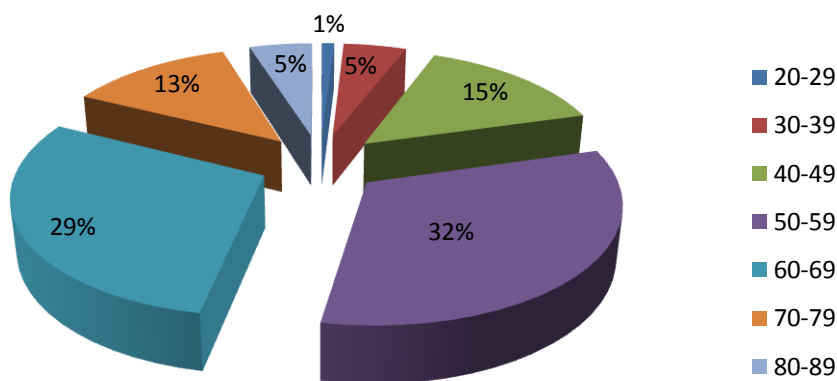
Nessa subcategoria foi apresentado e discutido o perfil dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM, com relação aos dados sócio demográficos, como idade, cor da pele, bairros de origem, meios de transporte utilizados para chegar a UPA e tempo total de permanência em atendimento na unidade.

Para identificar o perfil dos homens atendidos no serviço de urgências e emergências do Rio de Janeiro – UPA, foram analisados 102 boletins de atendimento de homens com hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio no período de 1(um) ano.

De acordo com os 102 registros analisados, todos os homens do estudo eram brasileiros, 99 homens naturais do Rio de Janeiro, sendo dois homens naturais do Rio Grande do Norte e um do estado do Espírito Santo.

**Gráfico I.** Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com a idade, Rio de Janeiro, 2015.

**Idade dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de infarto, Rio de Janeiro, 2015.**



Fonte: dados do estudo.

No gráfico I, destacam-se as faixas etárias de 50 a 59 anos e 60 a 69 anos, correspondendo à porcentagem de 32% e 29% respectivamente.

Faz-se necessário ressaltar as faixas etárias jovens de 20 a 29 anos, de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos que foram observadas em menor número quando comparadas ao total, entretanto demonstram a necessidade de ações de educação em saúde para o

adulto jovem que está sendo acometido por doenças cardiovasculares precocemente. Esses dados são preocupantes ao analisar que as faixas etárias acometidas estão relacionadas à faixa etária produtiva de vida.

A Política de Atenção Integral a Saúde do Homem evidencia que os homens acessam o sistema de saúde por meio da atenção especializada, como resultado disso o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção. A Política se estabeleceu mediante um recorte etário da população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos, apesar de não configurar uma restrição do público-alvo. Este grupo corresponde a 41,3 % da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil, corresponde à parcela preponderante da força produtiva, com grande influência sociocultural e político (BRASIL, 2008).

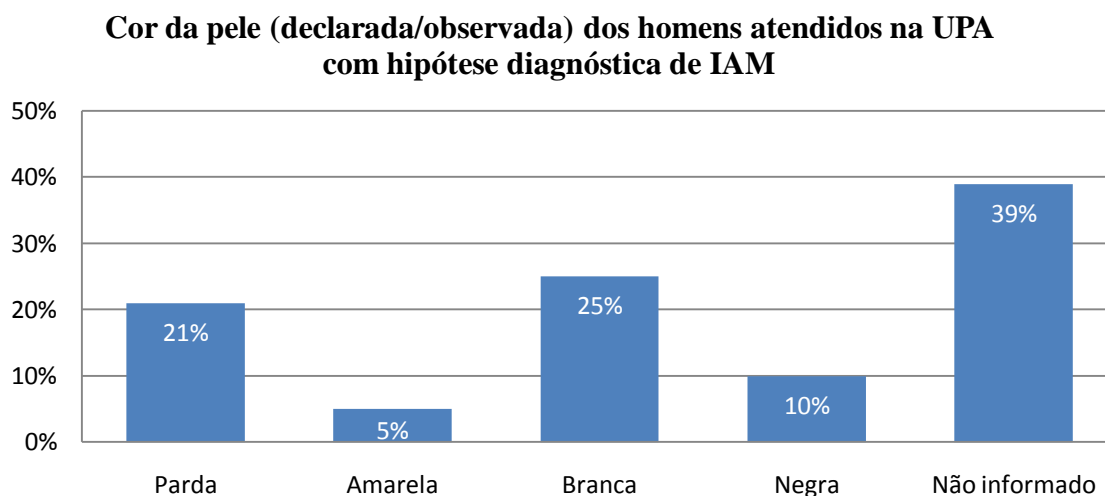
Da amostra analisada, 47% corresponderam à faixa etária de 60 a 89 anos, que primariamente não é o foco da Política de Atenção Integral a Saúde do Homem, entretanto aparecem nesse estudo por estarem expostos ao IAM. O processo de transição demográfica e epidemiológica, fez surgir uma faixa etária avançada, com conseqüente crescimento de morbidades crônicas. Este processo determinou um novo perfil epidemiológico que se reflete nas diferenças de gênero (LOURENÇO, 2010).

Entre as causas de mortalidade evidenciadas na política estão às doenças do aparelho circulatório, classificadas em segundo lugar, atrás das causas externas. Embora as causas externas de mortalidade, apresentem uma alta incidência nas faixas etárias mais jovens (dos 25 aos 40 anos), são quantitativamente superadas pelas doenças do aparelho circulatório (incluindo as coronariopatias) a partir dos 45 anos.

Entre a faixa etária adulta de 20 a 59 anos o número total de boletins analisados correspondeu a 53% enquanto somadas as porcentagens da faixa etária idosa 60 a 89 anos correspondeu a 47%.

De acordo com o DATASUS, no período de um ano (abril de 2014 a abril de 2015), na faixa etária adulta de 20 a 59 anos no município do Rio de Janeiro o número de óbitos foi de 49, enquanto no estado do Rio de Janeiro foi de 152. Na mesma faixa etária o número total de internações por infarto no estado foi de 2.141, enquanto no município foi de 633. As estatísticas apresentadas evidenciam que a todo ano elevado número de vidas que correspondem à grande parte da força produtiva do Brasil são perdidas por uma causa evitável.

**Gráfico II.** Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com a cor da pele (declarada/observada), Rio de Janeiro, 2015.



Fonte: dados do estudo.

Ao observar o gráfico II, 39% dos boletins de atendimento analisados não registraram a cor do homem atendido, 25% dos homens eram da cor branca, 21% da cor parda. A cor da pele pode ser considerada como um dos fatores de risco para infarto. Cunningham (1992) define que os fatores de risco podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Os fatores não modificáveis incluem idade, sexo, raça/cor e história familiar de doença aterosclerótica.

Neste estudo a cor de pele registrada no boletim de atendimento não pode ser classificada com relação à ocorrência do infarto, pois este dado não permite analisar se a cor foi autodeclarada no cadastro, ou foi preenchida de acordo com a percepção do entrevistador no momento da entrada na UPA.

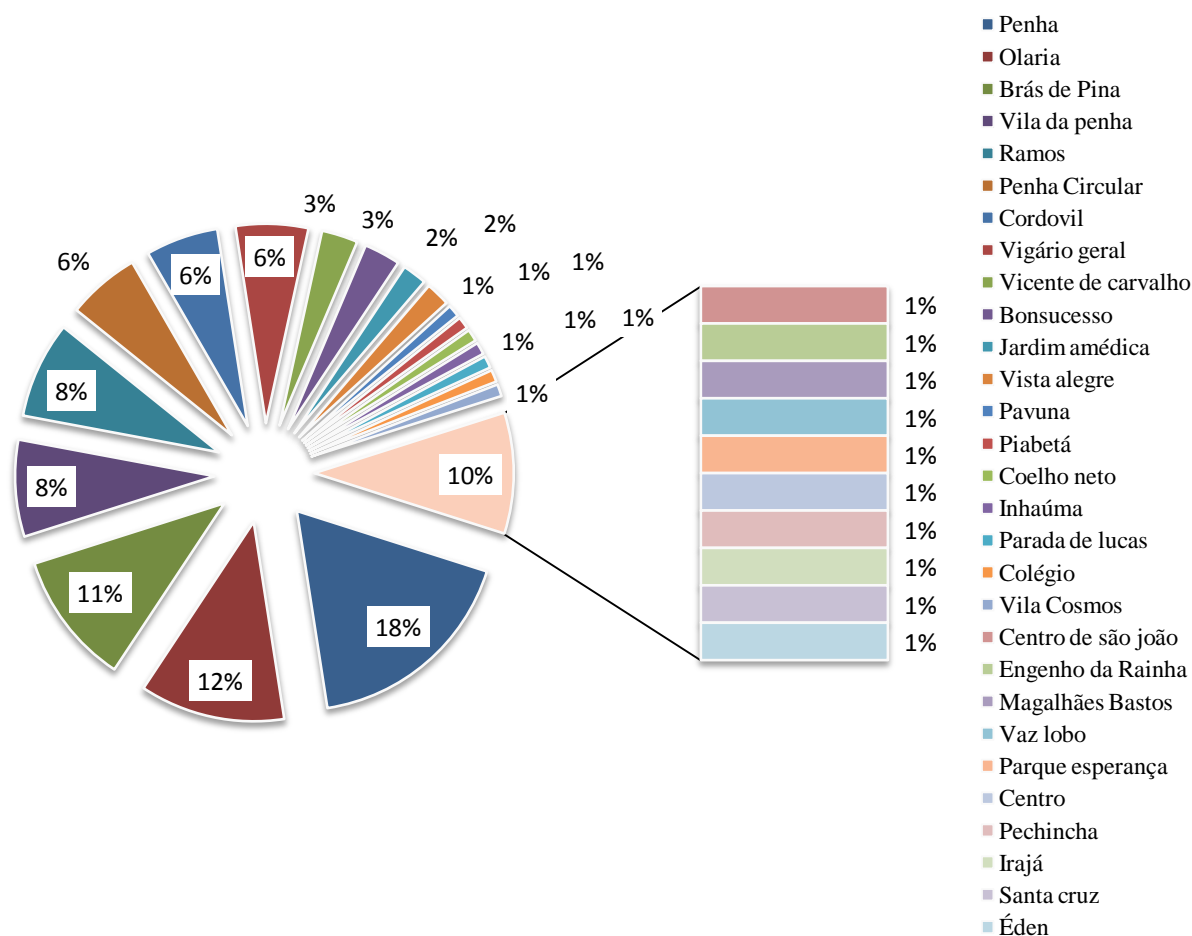
A ausência de registro de cor em 39% dos boletins dificulta a discussão dessa variável como um fator de risco para doença cardiovascular. Em razão da miscigenação racial no país, critérios para definição de raça pode ser questionável, de modo que a raça é determinada nos boletins de atendimento pela cor da pele (branca, parda, negra ou amarela) conforme nomenclatura de censos demográficos.

A raça negra está relacionada como elevado risco cardiovascular (LESSA, 2004). A prevalência de hipertensão, obesidade e diabetes entre negros pode contribuir para altos índices de mortalidade por doenças cardiovasculares (GAMA, 2010). Em

contraponto, a raça negra nesse estudo representou uma porcentagem baixa comparada a parda e branca.

**Gráfico III.** Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com bairro de origem, Rio de Janeiro, 2015.

### Bairros de origem dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM



Fonte: dados do estudo.

O gráfico III representou a distribuição dos homens de acordo com os bairros de origem. Os homens originaram de 25 bairros do município do Rio de Janeiro, sendo um bairro originário do município de Magé, dois do município de São João de Meriti, e um de Belford Roxo.

Os bairros de origem de maior frequência foram: Penha, Olaria, Brás de Pina, Vila da Penha, Ramos, Penha Circular, Cordovil e Vigário Geral, respectivamente. O índice de desenvolvimento humano desses bairros pode estar relacionado às condições de saúde e sanitárias da população residente. É necessário destacar as questões relativas ao acesso a serviços de saúde, nos diversos níveis de atenção, que podem contribuir para os índices de morbimortalidade da população.

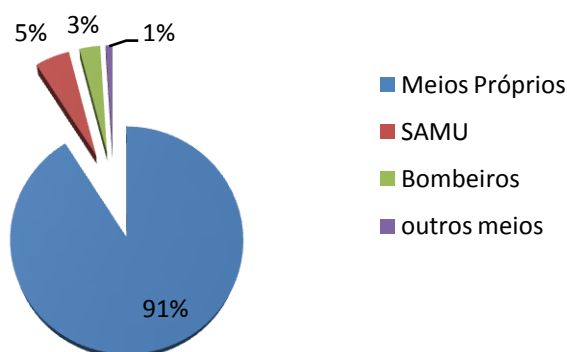
Considerando que a UPA Penha está localizada na Área de Planejamento (AP) 3.1, somente os bairros Penha, Bonsucesso, Vigário Geral, Ramos, Brás de Pina, Olaria, Penha Circular, Cordovil, Parada de Lucas, Jardim América fazem parte da AP 3.1 (Coordenação da AP 3.1, SUBPAV/SMSDC-Rio de Janeiro, setembro de 2009). Sendo 73% dos homens oriundos desses bairros.

A diversidade dos bairros de origem pode ser justificada devido à procura por atendimento de urgência via UPA acontecer em qualquer momento do dia, no qual o homem é direcionado para a unidade mais próxima do local no início dos sintomas, independente do seu bairro de residência.

Sob a ótica da masculinidade, a proximidade e a facilidade de acesso são fatores que podem estar presentes na escolha da UPA, tais como proximidade de local de trabalho pela maior facilidade de acesso em períodos durante ou após a jornada de trabalho, que implicam na escolha de unidades distantes do bairro de residência.

**Gráfico IV.** Distribuição dos homens de acordo com os meios de transporte utilizados para chegar a UPA, Rio de Janeiro, 2015.

**Meios de transporte utilizados para chegar a UPA.**



Fonte: dados do estudo.

Observa-se no gráfico IV que a 91% dos participantes chegou à UPA por meios próprios. O homem que chega a UPA por meios próprios é aquele que se utiliza de veículo automotor próprio ou qualquer meio de transporte que se locomove e se dirige até a unidade sem auxílio de ambulâncias ou veículos de remoção de pacientes da rede de urgências e emergências.

Em torno de 5% foi levado via SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), 3% através do Corpo de Bombeiros, 1% classificado por outros meios não especificados.

Os homens que chegam levados por ambulância são encaminhados diretamente para as salas de urgência amarela ou vermelha para atendimento imediato, observado a gravidade do caso, de acordo com a classificação de risco.

A complexidade do reconhecimento dos sintomas típicos do IAM pode interferir no meio de transporte que foi utilizado para chegar a UPA, pois a identificação dos sintomas e da gravidade da condição clínica do homem é fator relevante no acionamento do SAMU. O atendimento pré-hospitalar via ambulância pode alterar o prognóstico pós infarto, ou até prevenir o acontecimento da isquemia.

De acordo com Ministério da Saúde (2008) os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades em saúde, rejeitando a possibilidade de adoecer. Esse é um dos motivos que dificultam a busca por serviços de saúde e pode retardar o atendimento de urgência agravando o quadro clínico do infarto (BRASIL, 2008).

Gomes (2007) aponta que a procura pelo serviço de saúde acontece por dois motivos: quando a dor se torna insuportável e quando existe a impossibilidade de trabalhar. Nesse caso o infarto se encaixa no primeiro motivo apontado, a dor de grande intensidade característica do infarto que determina a busca pelo socorro. Em alguns casos como apontado neste estudo, os homens não podem se dirigir por meios próprios para a unidade de atendimento devido à gravidade clínica e são socorridos pela rede de atendimento de urgência e emergência móvel, como o SAMU ou corpo de Bombeiros e são encaminhados para os serviços de saúde.

Além dos meios de transporte utilizados para se dirigir na UPA, é pertinente discutir a presença de acompanhantes na busca por socorro. A população masculina está associada à busca por práticas curativas em pronto-socorros visando objetividade do atendimento e resolução dos sintomas. Machin (2011) aponta que na discussão do imaginário social de gênero são reproduzidos estereótipos que modelam atitudes acerca

do masculino e feminino reforçando as diferenças relativas ao cuidado em saúde, que coloca o homem na posição do não cuidado, enquanto as mulheres estão associadas a um maior cuidado com a saúde, premissa que contribui para a participação feminina na procura por assistência emergencial.

Na pesquisa pôde-se observar na fala dos homens a participação feminina na busca pelo atendimento de emergência. Os homens CJP, MBS e CCVM foram acompanhados da esposa para unidade de pronto atendimento.

*“Eu vim com meu sobrinho e minha esposa.” (MBS)*

*“Eu vim com a minha esposa.” (CJP)*

*“Estava em casa, vim com minha esposa e minha filha.” (CCVM)*

Gomes (2007) destacou em seu estudo que a procura aos serviços de saúde colocaria em risco a masculinidade do homem, pois poderia aproximá-lo as representações de feminilidade de demonstração de fraqueza e medo, características incompatíveis com o imaginário social de ser homem.

O RJFS afirmou que no momento do início dos sintomas do infarto estava no trabalho e dessa forma foi levado para a UPA por colegas.

*“Quem me trouxe foi o pessoal da firma. Eu passei mal no trabalho.” (RJFS)*

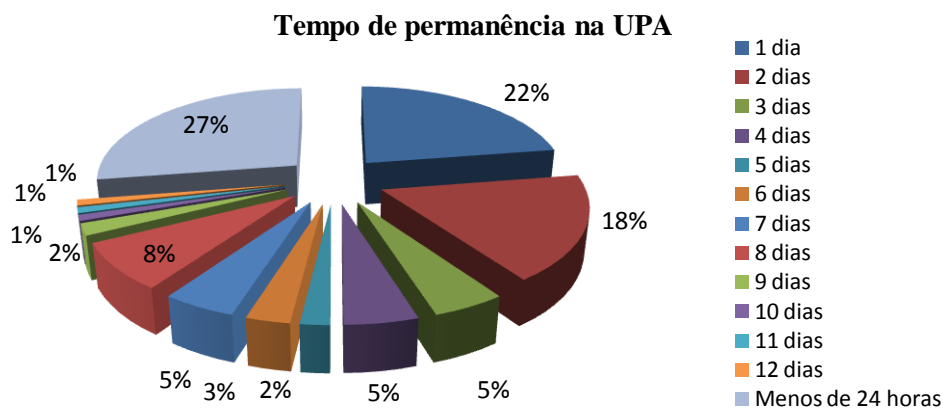
As atividades laborais aparecem como um dos motivos apontados pela pouca procura pelos serviços de saúde. Estudos destacam que a procura pelo serviço de saúde torna-se prioridade quando os sintomas da doença impossibilitam de exercer as atividades laborais, quando são insuportáveis e determinam restrições físicas (COURTNAY 2000; BRAZ, 2005; GOMES, 2007; COSTA-JUNIOR 2009).

A busca por atendimento de saúde se faz principalmente em caráter emergencial, na presença de dor e doença em níveis de atendimento intermediário e terciário. Evidenciou-se que todos os homens procuraram a UPA na iminência de dor, essa prática curativa em detrimento da preventiva é um dos fatores que pode contribuir com a mortalidade masculina por causas evitáveis.

A predileção por serviços emergenciais na busca por atendimento rápido e resolutivo resulta na baixa adesão aos serviços de atenção primária (GOMES, 2007; FIGUEIREDO, 2005) que determina esses espaços como prioritariamente femininos distanciando a população masculina do ambiente de cuidado em saúde.



**Gráfico V.** Distribuição dos homens de acordo com o tempo total de permanência em atendimento na UPA, Rio de Janeiro, 2015.



Fonte: dados do estudo.

Observa-se no gráfico V que o maior tempo de permanência na UPA foi 12 dias que correspondeu a 1% dos homens. 22% dos atendidos permaneceram na unidade por aproximadamente 24 horas, enquanto 27% por menos de 24 horas e 18% dos homens por 02 dias.

Dos homens atendidos 49% permaneceram na UPA por até 24 horas, se somado a porcentagem dos que permaneceram por aproximadamente 24 horas e aqueles que ficaram por menos de 24 horas na unidade.

De acordo com o Ministério da Saúde a Unidade de Pronto Atendimento é um serviço de nível intermediário de atenção que é composto pelo SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24H), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais.

As UPAs são destinadas a atender grande parte das urgências e emergências como o infarto. Quando o homem chega à unidade, a equipe de enfermagem realiza o primeiro atendimento e a classificação do risco, ele é então transferido para sala de atendimento onde o quadro clínico é estabilizado e é realizado o atendimento médico e detalhado o diagnóstico. Dessa forma o homem pode ser encaminhado a um hospital, ou é mantido em observação por 24 horas, se necessário.

Os casos em que o homem permanece por mais de 24 horas na UPA podem estar relacionadas à definição do diagnóstico, estabilização do quadro clínico, ou a espera da transferência para rede de alta complexidade, isto é hospital especializado.

Um exemplo da necessidade de transferência para hospital cardiológico é o relato do homem VP que sofreu o segundo infarto, ele compreendeu que se não fosse tratado em unidade especializada provavelmente teria problemas cardíacos mais graves. Referiu a necessidade de tratamento específico e a dificuldade da adoção de práticas de auto-cuidado.

*“Eu estou tendo dificuldade de uma transferência, porque aqui eu fui cuidado pelo o que aconteceu, mas se eu for pra casa a probabilidade de ter outros problemas é grande, porque eu preciso ser tratado em um hospital do coração. Eu estou aqui aguardando vaga. O cuidado primordial é ser transferido.” (VP)*

O tempo de permanência em atendimento na UPA pode ser considerado como um fator prejudicial para o homem em idade produtiva que trabalha, ou que exerce autonomia. No tocante ao papel social de provedor, a internação pode afetar a vida laboral em nível de reduzir ganhos e aumentar os custos. Perder dias de trabalho pode levar a ansiedade para receber a alta médica, mesmo que ainda necessite de cuidados especializados ou de transferência para unidade hospitalar cardiológica.

A permanência na UPA pode refletir a necessidade de cuidados demandada por esses homens, que na ótica da masculinidade pode representar uma fragilidade que os distancia dos ideais de invulnerabilidade presentes no imaginário social masculino. Nessa perspectiva, ser homem está associado à força e virilidade, características que são incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, que afetaria a sua masculinidade (GOMES, 2007).

➤ **Subcategoria II - Classificação de risco de gravidade.**

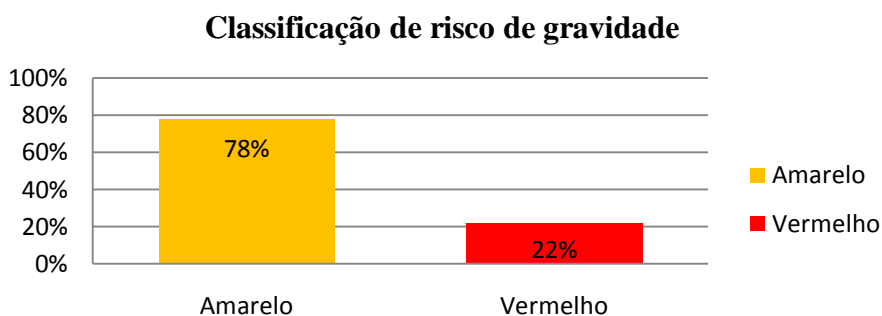
A Classificação de risco faz parte do fluxo de atendimento da UPA, onde os homens são avaliados e classificados de acordo com a gravidade clínica apresentada, com o objetivo de priorizar o atendimento de acordo com o risco apresentado. Esta etapa do atendimento do homem é realizada pelo enfermeiro, e possui fundamental importância na estratificação clínica, direcionamento das ações, e determinação da hipótese diagnóstica do IAM. O atendimento rápido pode reduzir as consequências do infarto e o índice de mortalidade.

Segundo a III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio, no primeiro atendimento dos homens com suspeita de IAM é necessário a realização de uma estratificação de risco de acordo com a probabilidade de desenvolvimento de

eventos e complicações cardíacas isquêmicas. Os procedimentos iniciais incluem história, exame físico e eletrocardiograma na admissão. Devem ser avaliados: idade; presença de diabetes, hipertensão e angina; exame físico: pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, avaliação do peso; presença de supradesnível do segmento ST anterior em traçado eletrocardiográfico (AVEZUM, 2004).

Nessa subcategoria são apresentados e discutidos os dados coletados na avaliação inicial do homem na UPA, como nível de consciência, intensidade da dor, queixa principal, doenças pré-existentes, medicações que fez uso domiciliar, pressão arterial aferida, pulso periférico, tempo de início dos sintomas.

**Gráfico VI.** Distribuição de acordo com a classificação de risco, Rio de Janeiro, 2015.



Fonte: dados do estudo.

O acolhimento com classificação de risco configura uma reestruturação dos modelos assistenciais de atendimento na rede de urgências do Sistema Único de Saúde, onde o atendimento é organizado de modo a atender as demandas de elevado risco e vulnerabilidade com agilidade e resolutividade, com objetivo de reduzir a mortalidade na fila de espera (BRASIL, 2009).

Na análise do gráfico VI, destacou-se que a maioria dos homens (78%) foi classificada como risco amarelo/observação, enquanto 22% foram classificados como risco de gravidade vermelho, isto é apresentaram risco eminente de morte e necessitaram de intervenção imediata.

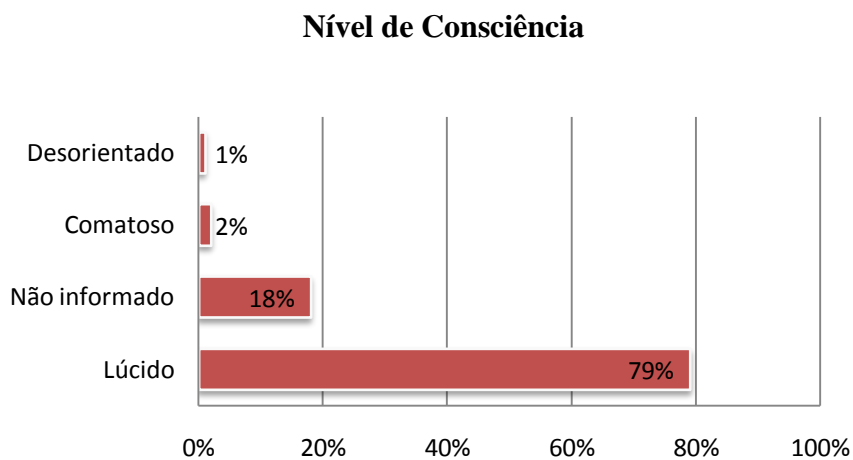
Todos os casos de urgência ou emergência que chegaram à UPA passaram pela classificação de risco de gravidade clínica. Os homens são classificados e encaminhados a um consultório ou à sala de observação amarela. Já os casos clínicos graves,

classificados como vermelho são encaminhados diretamente para a sala de emergência para atendimento.

Esta etapa do processo de atendimento é fundamental a verbalização da sintomatologia por parte do homem, entretanto pode ser prejudicada pela masculinidade que associa a apresentação das queixas de saúde à fraqueza e feminilidade. Inseridas no modelo de masculinidade idealizada estão à invulnerabilidade e o comportamento de risco presentes na cultura masculina, relacionados à dificuldade de verbalizar as próprias necessidades de saúde (FIGUEIREDO, 2005).

Na verbalização da queixa principal, história clínica e sintomatologia o nível de consciência apresentado pelo homem é fundamental. Esse dado é registrado pelo Enfermeiro e compõe a fase de identificação do risco.

**Gráfico VII.** Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com o nível de consciência apresentado, Rio de Janeiro, 2015.



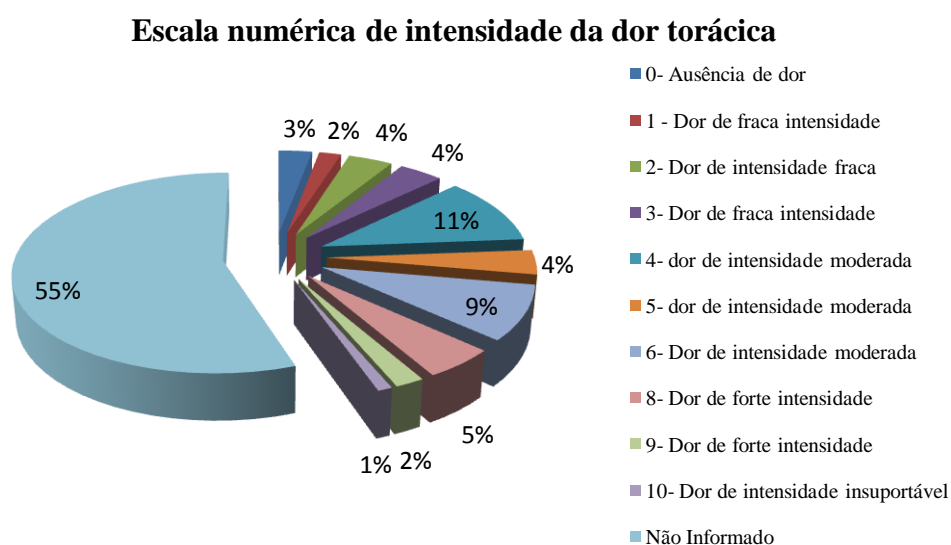
Fonte: dados do estudo.

Com relação ao nível de consciência, 79% dos homens atendidos se apresentaram lúcidos durante a classificação de risco. Esse dado foi registrado no boletim de atendimento pelo Enfermeiro no momento da classificação de risco no tocante a percepção da lucidez do entrevistado. 3% apresentaram nível comatoso e 1% desorientado.

Homens com nível de consciência baixo ou comatoso são encaminhados diretamente para a sala de atendimento vermelha. O nível de consciência é

extremamente importante na verbalização da queixa principal, que vai direcionar a hipótese diagnóstica clínica e determinam os cuidados de enfermagem recebidos e prestados, e na descrição dos sintomas que o homem esteja apresentando, a exemplo da dor precordial. A presença de dor e a classificação da sua intensidade influenciam na realização do protocolo de dor torácica e a suspeita do IAM.

**Gráfico VIII.** Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com a intensidade de dor informada durante a classificação de risco, Rio de Janeiro, 2015.



Fonte: dados do estudo.

A presença e a intensidade da dor foram avaliadas pela aplicação de escala numérica verbal na classificação de risco. Esta escala classifica a dor em valores numéricos de zero a 10. Parâmetros da escala definem zero igual à ausência de dor e 10 a maior dor sentida pelo paciente em toda a sua vida. A dor é classificada em níveis de intensidade fraca (1-3), moderada (4-6), forte (7-9) e insuportável (10) (SOUSA, 2004). Dos 102 homens, 24% apresentaram dor de intensidade moderada, enquanto 7% apresentaram dor de intensidade forte. Destaca-se que 3% relataram ausência de dor.

A existência e intensidade da dor é um dos motivos que levam o homem a busca por serviços de saúde, e a ausência dela na ocorrência de um infarto pode retardar a busca por atendimento clínico. Apoiados em modelos de masculinidade o homem pode

apresentar uma resistência à dor como sintoma clínico do IAM, retardando a busca por atendimento.

Aproximadamente 55% dos boletins analisados não registraram o nível da dor. Não se pode afirmar a partir da análise deste resultado que no momento da classificação o entrevistador não registrou o nível da dor relatada, que o homem não informou a intensidade da dor, ou que exista ausência de dor.

A dor torácica é classificada pela AHA (2004) como uma das causas mais comuns de procura de atendimento de emergência, entretanto 10 a 15% dos pacientes que chegam com dor no peito apresentam IAM.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia a dor torácica de origem miocárdica pode ser classificada em angina estável, angina instável ou infarto agudo do miocárdio. A dor pode durar alguns minutos (geralmente entre 10 e 20), como nos casos de angina instável, ou mais de 30 minutos, como nos casos de infarto agudo do miocárdio (FEITOSA, 2002).

A avaliação da dor constitui uma das etapas mais importantes na determinação diagnóstica clínica em especial do IAM. Existe uma grande variedade e gravidade das condições clínicas que causam a dor torácica, portanto é primordial um diagnóstico diferencial rápido e preciso das suas causas (VOLCHAN, 2002).

A intensidade da dor referida pelos entrevistados foi variável, ressaltou-se a fala do entrevistado MN que relatou uma dor de baixa intensidade: *“Eu senti só uma dorzinha no peito leve.”* (MN) Enquanto outros homens relataram uma dor de intensidade forte:

*“Muita dor no peito, tanta dor que eu não conseguia ficar em pé”.* (DRFL)

*“Dores muito fortes no peito e a dor irradiava pro lado direito do braço, então entrei no taxi e vim direto pra UPA.”* (CCVM)

As construções masculinas sobre o papel de provedor da família exercem influência na resistência à dor. Baseado em comportamentos associados ao modelo hegemônico de masculinidade, os homens tendem a manifestar resistência e até uma naturalidade como forma de enfrentamento a dor, minimizando, ocultando ou desconsiderando a sua devida importância, influenciados por constructos sociais de que o homem deve ser forte (MUSSI, 2010). Essa resistência a dor pode contribuir para o retardo da procura por atendimento de urgência e para elevação das taxas de mortalidade do IAM.

Além da dor torácica, outras queixas foram relatadas pelos homens e foram cruciais no delineamento do diagnóstico primário do IAM, e são descritas no quadro V.

**Quadro V.** Distribuição de acordo com a queixa principal apresentada, Rio de Janeiro, 2015.

Queixa	Fi	F%
Dor torácica	81	79,0
Dor nos membros superiores	6	5,9
Dor epigástrica	4	3,9
Dispneia	17	16,7
Sudorese	9	8,8
Náuseas	8	7,8
Vômito	6	5,9
Dormência no MSE	3	2,9
Tontura	5	4,9
Cefaléia	4	3,9
Mal estar	2	2,0
Síncope	2	2,0
Fraqueza	2	2,0

Fonte: dados do estudo.

De acordo como quadro V, as principais queixas apresentadas corresponderam à dor torácica, seguidos de dispneia, sudorese, náuseas, vômito e dor nos membros superiores.

Sampaio (2012), também identificou em sua pesquisa a predominância da dor precordial entre os sintomas típicos do IAM, e com menos frequência dispneia, tontura, náuseas, fadiga, síncope e palpitação, sudorese e vômito, estiveram entre os sintomas mais frequentes, contrapondo o exposto no quadro I.

A dificuldade de interpretação dos sintomas do infarto é devido a sua associação a diversas condições clínicas, entre elas destacam-se os problemas gastrintestinais (SAMPAIO, 2012). Experiência semelhante foi vivenciada por VP, que foi vítima de dois episódios de IAM:

*“Eu comecei a sentir uma queimação no esôfago, então achei que era alguma coisa relacionada ao aparelho digestivo, fui à farmácia comprei remédio e tomei, mas não resolveu.”. (VP)*

O não reconhecimento da origem da dor diante de um evento cardiovascular e a interpretação dos sintomas como não cardíacos está diretamente ligado ao aumento do

tempo de procura do serviço de emergência, refletindo na importância da atuação da enfermagem na educação em saúde para conscientização da sintomatologia do IAM.

A dor torácica na síndrome coronariana aguda é a de uma dor ou desconforto ou queimação ou sensação opressiva em aperto, localizada na região precordial ou retroesternal, que pode apresentar irradiação para o ombro e/ou braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula. A dor em muitos casos é acompanhada de diaforese, náuseas, vômitos, ou dispnéia (HUTTER, 2000). No estudo ela foi relatada por 81 participantes, a dor torácica muitas vezes é relatada como dor no peito.

A duração da dor pode ser variável e vai corresponder a clínica apresentada. Em casos de angina instável a duração é menor, geralmente de 10 a 20 minutos, em contraponto no IAM mais de 30 minutos. O paciente também pode apresentar sintomatologia como queixa de mal estar, indigestão, fraqueza ou apenas sudorese, sem dor. (HUTTER, 2000; VOLSCHAN, 2002).

A taxa de mortalidade do infarto pode ser reduzida com o rápido atendimento após o início dos sintomas apresentados. O sucesso da terapia de reperfusão coronária está intimamente ligado ao tempo de sua instituição (POTSCH, 2003; PIEGAS, 2009). Já o atraso na busca por socorro a partir do início dos sintomas de isquemia pode elevar a gravidade do episódio ou levar a morte.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a maioria das mortes por IAM ocorrem nas primeiras horas após o início dos sintomas. O tratamento instituído na primeira hora da manifestação dos sintomas exerce uma redução importante das taxas de morbidade e mortalidade associadas à doença isquêmica (MELO, 2006).

Segundo Piegas (2009) entre as condições pré-hospitalares que dificultam o atendimento precoce no IAM estão a não valorização dos sintomas de dor torácica como sendo de infarto e a atribuição dos sintomas a doenças crônicas pré-existentes ou a uma doença comum como gripe ou dor muscular. Evidencia-se a partir do exposto a necessidade da educação da população com relação à sintomatologia do IAM, com objetivo de reduzir o tempo entre o início dos sintomas e o primeiro atendimento.

Braz (2005) destacou que a construção da subjetividade masculina é complexa e árdua porque está baseada em contraposição ao feminino. O homem socialmente é criado para ser forte e isso o coloca numa posição de vulnerabilidade, pois admitir sintomas ou doenças pode denotar fragilidade. Essa atitude o coloca em situação de



risco para o adoecimento ou agravamento de doenças que poderiam ser evitáveis, a exemplo do IAM.

De acordo com Figueiredo (2005), associada à masculinidade idealizada está à dificuldade na verbalização das queixas clínicas, porque o relato de sintomas pode significar uma demonstração de fraqueza. Esta atitude pode interferir na verbalização dos sintomas do infarto e na procura por atendimento e serviço de emergência, retardando o tempo de instituição da terapia necessária.

A maioria dos homens informou que o principal sintoma foi à dor torácica. Outros sintomas relatados foram: sudorese fria, irradiação da dor para os membros superiores, queimação no estômago, dores na coluna. O homem MBS relatou que sentiu irradiação da dor para os braços, associada a tonturas e visão turva.

*“Foi a dor no peito, a dor nos braços. A dor no peito como se fosse angustia, apertando, apertando.” (MBS)*

*“Forte dor aqui no peito, muito grande, assim de chegar ao ponto de não saber onde eu estava, eu ficava tão concentrado na dor que esquecia o ambiente.” (RJFS)*

O homem RJFS destacou que a dor que sentiu foi de forte intensidade relacionada com a desorientação em espaço e tempo, em contraponto MN afirmou ter sentido uma leve dor torácica:

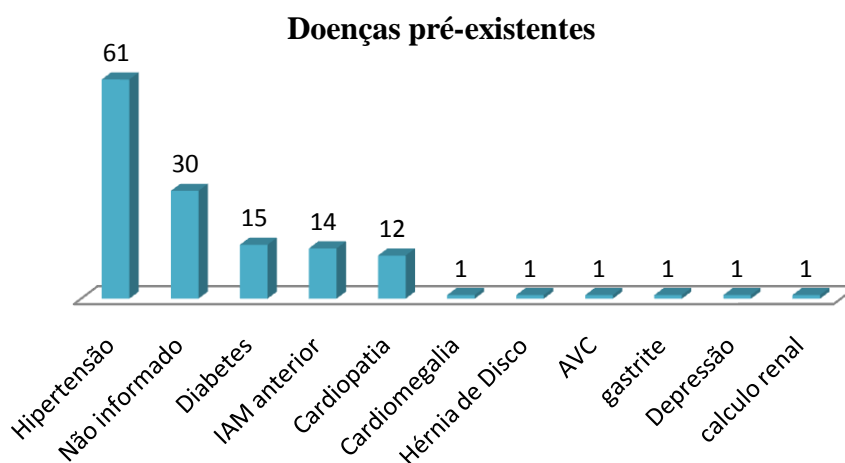
*“Eu senti só uma “dorzinha” no peito”. (MN)*

A sensação dolorosa entre os entrevistados deste estudo apresentou diferentes intensidades, demonstradas pelas falas dos homens, ao se referir dos sintomas do infarto. A dor de leve intensidade referida por MN pode ser um fator importante para o atraso na busca por socorro, na medida em que essa busca é influenciada por sintomas que interfiram de alguma forma no cotidiano de vida masculino.

A não valorização dos sintomas do infarto por parte dos homens pode acarretar conseqüências graves para a saúde. Os comportamentos associados às representações do modelo de masculinidade hegemônica fazem com que homens apresentem maior tolerância à dor do infarto, na tentativa de sustentar a idéia de força e retardem a busca de serviço de emergência. Mussi (2010) identificou em seu estudo que homens têm atrasado a procura por atendimento médico, fator que contribui para os índices de mortalidade e morbidade do infarto.

O sucesso na terapia do infarto não depende somente do seu atendimento no serviço de emergência, mas da fase pré-hospitalar da conscientização dos homens sobre a doença e como identificá-la.

**Gráfico IX.** Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com as doenças pré-existentes relatadas, Rio de Janeiro, 2015.



Fonte: dados do estudo.

Segundo o gráfico IX, 61 homens apresentaram hipertensão, 15 relatou ter diabetes, 14 IAM prévio. Dos 102 boletins analisados, 30 não apresentaram registro de doença pré-existente.

Dentre as doenças relatadas, a hipertensão arterial e o diabetes constituem fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares (CUNNINGHAM, 1992). A elevada frequência de hipertensão presente entre os homens em estudo demonstra a necessidade da intervenção da atenção primária no tratamento e controle da doença, entretanto estudos afirmam que a população masculina é pouco participativa e ausente nesse serviço de saúde.

Entre os motivos apresentados para sua ‘invisibilidade’ nos serviços de saúde está à característica da identidade masculina associada à desvalorização do auto cuidado, a preferência pela utilização de outros serviços como prontos-socorros relacionados à objetividade no atendimento, por outro lado, a atenção primária ainda é

vista como um espaço predominantemente feminino, fato que pode contribuir para o distanciamento dos homens desse serviço (FIGUEIREDO, 2005; GOMES, 2007).

Destacou-se o número de homens que relataram história de IAM prévio. Para Colombo (1997) a modificação dos comportamentos não saudáveis e dos fatores de risco modificáveis, pode reduzir incidência, prevenir recorrências de infartos e ainda modificar o prognóstico de pacientes com história de IAM. A observação do gráfico IX revela a importância da prevenção e promoção da saúde mesmo naqueles homens que já sofreram infarto, com objetivo de reduzir a gravidade da doença e prevenir novos episódios.

O gráfico IX demonstra que mais da metade dos homens do estudo apresentou alguma comorbidade principalmente a hipertensão arterial. Este dado ainda pode ser maior considerando os homens que desconhecem a existência de alguma doença pré-existente.

Além da hipertensão arterial e diabetes mellitus configurarem importantes fatores de risco para a ocorrência do IAM, outros fatores exercem influência no adoecimento como hipercolesterolemia, hábito de fumar, obesidade (consumo habitual de embutidos), antecedentes familiares positivos para doença coronariana (SILVA, 1998).

Os fatores de risco não controláveis: idade, gênero, etnia e hereditariedade merecem atenção em especial por indicar a vulnerabilidade aos fatores de risco controláveis como Diabetes Mellitus tipo 2, tabagismo, dislipidemia, sedentarismo, ingestão de álcool (GAMA, 2010).

No que diz respeito à dislipidemia, os homens CJP, RJFS e VP aproximaram a ocorrência do infarto com os hábitos alimentares. A má alimentação foi relacionada ao infarto, o consumo de alimentos gordurosos e o excesso de comida.

*“Eu acho que no natal ‘abusei’ da carne de porco e da cerveja.” (CJP)*

*“Não tenho uma alimentação boa, mas no final do mês, estou comprando coisas baratas, porém gordurosas, (...) eu engordei porque fumava então eu parei de fumar e comi desesperadamente porque fiquei muito nervoso, agora não consigo emagrecer.” (RJFS)*

*“Em minha opinião 80% foi culpa minha por não me cuidar em nível de alimentação.” (VP)*

Com relação ao consumo excessivo de alimentos gordurosos podemos evidenciar o papel da dislipidemia no desenvolvimento da aterosclerose na doença

arterial coronariana. A identificação precoce da dislipidemia e seu controle são fundamentais para a prevenção da doença aterosclerótica (GAMA, 2010).

No que concerne aos fatores psicossociais MN, CDRG e RJFS frisaram que o estresse e o aborrecimento podem ser fatores desencadeadores do infarto.

*“Muito trabalho, estresse.” (MN)*

*“Excesso de calor talvez e muito estresse de trabalho. O excesso de responsabilidades me levou ao problema do infarto.” (CDRG)*

*“O aborrecimento, você está com dificuldade de pagar as coisas, suas contas e até mesmo manter a casa, é muita coisa na mente, além da minha alimentação.” (RJFS)*

O estresse é configurado como um fator de risco cardiovascular e está relacionado a fatores externos, exemplo disso são: baixo padrão socioeconômico, dificuldades financeiras, atividades de trabalho estressantes e problemas familiares (PIEGAS, 2003).

Como afirmou Gomes (2007) as atividades laborais ocupam o primeiro lugar na lista das preocupações masculinas, como também o sustento da casa e da família. A priorização do trabalho afeta o cuidado com a saúde, uma vez, que eles relatam não freqüentar serviços de saúde. Nesse sentido existe um enorme desafio na redução dos fatores de risco cardiovascular que estão inerentes a vida social e psicológica do homem que o expõe a comportamentos não saudáveis.

Entre os fatores de risco para infarto estão: estresse, diabetes, hipertensão, tabagismo, alimentação, álcool, sedentarismo, obesidade (COLOMBO, 1997). O reconhecimento dos fatores de risco é fundamental para a mudança do comportamento e estilo de vida e alteração da progressão da doença vascular.

VP e MBS relacionaram o hábito de fumar e o uso de bebida alcoólica como fatores desencadeadores do IAM.

*“(...) essas coisas, cigarro, bebida.” (VP)*

*“Foi o cigarro mesmo. Tanto é que eu já parei. Eu tinha tomado uma cerveja também.” (MBS)*

O homem CCVM negou a influência da alimentação e do diabetes, atribuindo a coronariopatia somente ao tabagismo.

*“Eu acredito que foi o cigarro, porque ele entope artérias, não é nem o fato da diabetes e das comidas pesadas que eu gostava de comer. Foi o cigarro mesmo, eu atribuo toda a culpa ao cigarro.” (CCVM)*

O tabagismo é um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento da doença arterial coronariana (GAMA, 2010). Fumar cigarros é relacionado a elevados níveis de colesterol, reatividade vasomotora coronariana, formação de trombos e aumento da concentração de proteína C reativa, a inflamação crônica promove o desenvolvimento da arteriosclerose e o risco coronariano (NUNES, 2011).

Além disso, a história familiar positiva para IAM é um fator importante, consistente e independente para o risco de isquemia miocárdica. O risco é proporcionalmente maior a prematuridade da ocorrência de IAM entre os pais. Os antecedentes familiares constituem em uma forma ágil e simples para identificar homens com maior perigo de acometimento por doença arterial coronariana (CHOW, 2011). DRFL alegou a existência de um histórico familiar para doenças do aparelho circulatório, associando a ocorrência do IAM.

*“Minha família tem histórico, meu pai morreu de infarto, minha família tem problema no coração.” (DRFL)*

Na pesquisa, os homens associaram fatores de risco que estão mais presentes nos seus hábitos de vida cotidianos à ocorrência do IAM. Com exceção do RJFS que afirmou ser ex-tabagista, entretanto ele não relacionou o uso do cigarro como fator de risco e de CCVM que negou a relação entre diabetes e a ocorrência do infarto.

**Quadro VI.** Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de infarto de acordo com as medicações em uso domiciliar, Rio de Janeiro, 2015.

Medicamentos em uso	Fi	Fi%
Nega	17	16,7
Losartana	15	14,7
AAS	14	13,7
Enalapril	13	12,7
Atenolol	11	10,8
Sinvastatina	10	9,8
Captopril	10	9,8
Hidroclorotiazida	9	8,8
Carvedilol	8	7,8
Metformina	7	6,9
Furosemida	6	5,9
Digoxina	4	3,9

Fonte: dados do estudo.

Entre os medicamentos mais utilizados estavam os anti-hipertensivos (losartana, enalapril, atenolol, captopril, hidroclorotiazida e furosemida), resultado que se aproximou ao número de homens que relataram possuir hipertensão, que correspondeu a 61.

As medicações anti-hipertensivas são classificadas em classe de acordo com o seu mecanismo de ação, as medicações mais utilizadas foram losartana e enalapril, que atuam no sistema renina angiotensina (BRASIL, 2006).

Os diuréticos são os fármacos recomendados como primeira opção na terapia anti-hipertensiva (BRASIL, 2006), os diuréticos apontados no estudo são hidroclorotiazida e furosemida.

O uso de ácido acetil salicílico por 14 homens pode se relacionar ao número de homens que relataram infarto prévio (14) e cardiopatia não especificada (12) no gráfico IX que se refere a doenças pré-existentes.

Dentre 102 homens em estudo, 17 negaram o uso de medicação. O tratamento farmacológico pode ser influenciado por percepções de masculinidade, no tocante a associação da medicalização contínua com a demonstração de vulnerabilidade.

No que concerne à associação da necessidade de cuidado em saúde e a demonstração de fragilidade, Machin (2011) apontou que os homens apresentam dificuldade de procurar assistência em saúde justificada pela autopercepção alterada sobre sua demanda de cuidado e a atribuição dessa tarefa ao universo feminino.

Cabe nessa temática ressaltar a prática de automedicação, como forma de obter resultados rápidos e resolutivos de condições que trazem desconforto ao cotidiano masculino a exemplo da busca por farmácias, atitude identificada no relato de VP:

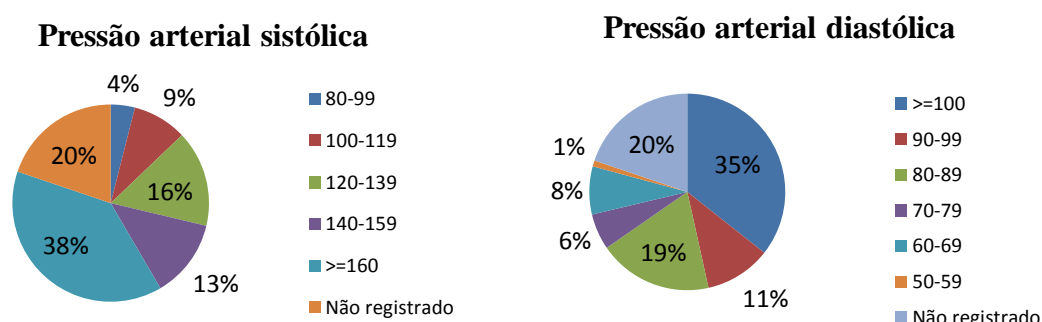
*“Eu comecei a sentir uma queimação no esôfago, achei que era alguma coisa relacionada ao aparelho digestivo, fui à farmácia, comprei remédio e tomei, mas não resolveu. Eu achei que poderia ser uma infecção então tomei amoxicilina. Resultado, psicologicamente eu tive uma melhora. Um dia depois eu comecei a sentir umas dores na coluna fortes, (...) eu já tinha noção que estava infartando de novo, porque foi igual ao primeiro episódio então vim pra UPA.” (VP)*

A necessidade de cuidados a exemplo do uso de medicação é uma característica incompatível com seres criados para serem fortes, provedores e invulneráveis (SCHRAIBER, 2005; GOMES, 2007). A construção da imagem de invulnerabilidade

pode ter conseqüências graves para a saúde dos homens através da adoção de práticas pouco saudáveis e na dificuldade de adesão ao tratamento farmacológico.

A grande utilização de farmácias pelo público masculino está ligado à necessidade de objetividade e resolutividade do sintoma incapacitante pode acarretar conseqüências severas à saúde em virtude da auto-medicação.

**Gráfico X.** Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com a pressão arterial aferida na classificação de risco, Rio de Janeiro, 2015.



Fonte: dados do estudo.

O Ministério de Saúde (2006) define a pressão arterial sistólica de 140 – 159 mmHg como estágio I de hipertensão, que foi aferida em 13% dos homens atendidos e estágio II de hipertensão como a pressão arterial sistólica maior ou igual a 160 mmHg observado em 38% dos homens. Somadas as porcentagens do estágio II de hipertensão (38%) e em estágio I (13%) aproxima-se da porcentagem dos que informaram ser hipertensos que foram aproximadamente 60%.

Os homens que apresentaram pressão arterial sistólica de 120 – 139 mmHg corresponderam a 16% e estão classificados segundo o Ministério da Saúde no estágio de pré-hipertensão.

De acordo com o gráfico da pressão arterial diastólica, 35% apresentou valor de pressão diastólica maior ou igual a 100 mmHg que é definida pelo Ministério da Saúde como estágio II de hipertensão. Enquanto 19% apresentaram pressão diastólica de 80-89 mmHg (estágio pré-hipertenso), e 11% de 90-99mmHg (estágio I de hipertensão).

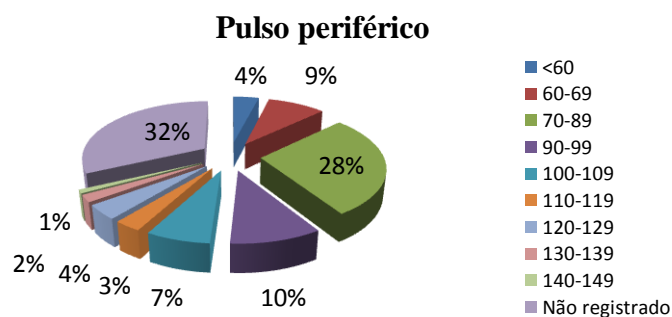
Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013, a porcentagem de homens com diagnóstico de hipertensão arterial em 2013 era de 18,3% (IBGE, 2014). A

hipertensão arterial sistêmica constitui um dos principais fatores de risco para o IAM. O diagnóstico e tratamento são frequentemente dificultados devido à característica assintomática que a doença pode assumir (BRASIL, 2006).

A característica assintomática da doença é condição de risco para a população masculina, pois a priorização de práticas curativas prejudica o diagnóstico precoce de doenças, visto que os homens situam-se em sua maioria no pólo do não cuidado por se fazerem ausentes e pouco participativos nos serviços característicos de prevenção e promoção à saúde (MACHIN, 2011). Essa situação vivenciada pela população masculina desfavorece o diagnóstico de doenças crônicas como a hipertensão que pode se apresentar de forma silenciosa.

Dos boletins de atendimento analisados, 20% não apresentaram registro de aferição da pressão arterial no momento da classificação de risco, fato importante considerando que a hipertensão é definida como um fator de risco para IAM e para a gravidade do caso clínico. Silva e colaboradores (1998) realizaram um estudo FRICAS, que determinavam os fatores de risco para infarto agudo do miocárdio no Brasil, entre os resultados obtidos destacou-se a hipertensão como fator de risco para a ocorrência de doença arterial coronariana ao analisar que a associação do IAM e hipertensão arterial sistêmica foi de 53,4%, evidenciando existir uma prevalência de hipertensão três vezes maior entre as pessoas que apresentaram IAM comparado à população adulta brasileira, estimado em 15%.

**Gráfico XI.** Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com o pulso aferido durante a classificação de risco, Rio de Janeiro, 2015.

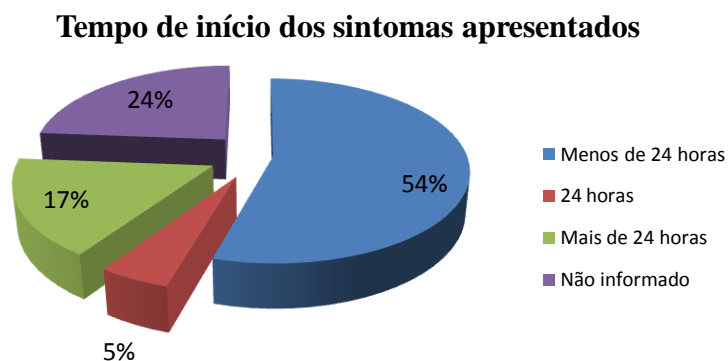


Fonte: dados do estudo.



Segundo o gráfico XI, 28% dos homens tiveram pulso arterial de 70-89 bpm (batimentos por minuto), 17% pulso maior que 100 bpm. Dos boletins analisados 32% não registraram o pulso aferido durante a classificação de risco.

**Gráfico XII.** Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com o tempo de início dos sintomas, Rio de Janeiro, 2015.



Fonte: dados do estudo.

Observa-se no gráfico XII que 54% relataram ter iniciado os sintomas em menos de 24 horas do atendimento na unidade. Enquanto 17% relataram ter iniciado os sintomas há mais de 24 horas do atendimento, 24% não informaram o início dos sintomas.

Os homens com sintomas de infarto não buscam imediatamente o atendimento de emergência, devido à dificuldade de reconhecimento dos sintomas (SAMPAIO, 2012). Esse fato é evidenciado no estudo através dos 17% de homens que demoraram mais de 24 horas para buscar a assistência de emergência na UPA.

AVEZUM (2004) define o período pré-hospitalar em dois momentos: início da dor e reconhecimento do sintoma do IAM pela pessoa até a procura por socorro; e da procura por socorro até o deslocamento ao hospital mais próximo. Observa-se que o primeiro momento que compreende o reconhecimento da dor como sintoma característico do infarto está relacionado à educação da população para o reconhecimento dos sintomas e a necessidade da busca imediata pelo atendimento de emergência. Esse resultado reforça a importância da conscientização da população dos sintomas do infarto, em vistas de reduzir o tempo de início do tratamento.

A dificuldade na verbalização ou no reconhecimento dos sintomas pode ser influenciada por noções de masculinidade idealizada e associá-los a demonstração de

fraqueza (BRAZ, 2005). Os homens ao receberem uma educação baseada em valores de masculinidade, não aprendem a relatar uma condição que exponha fragilidades (COSTA - JUNIOR, 2009). Adoecer pode estar ligado a uma demonstração de fragilidade masculina que contribui para a desvalorização dos sintomas do IAM, acarretando em atraso na busca por socorro diante da dor torácica.

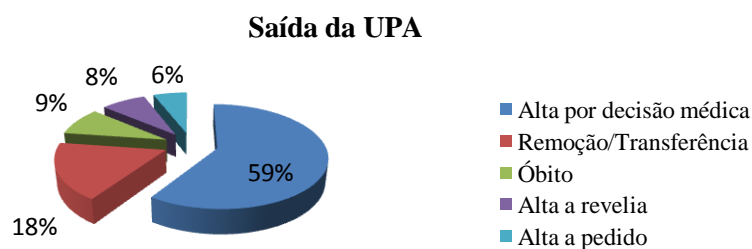
Costa – Junior (2009) enfatizou que atraso na procura por assistência de saúde pelos homens é justificado pelo exercício de suas atividades laborais, da necessidade de produzir e se manter ativo e de demonstrar resistência, isto é evidenciado no desprezo pelo reconhecimento dos sintomas de doenças, enquanto esses não interferem na realização de suas atividades cotidianas.

Para reduzir a mortalidade por infarto, é necessário reduzir o tempo pré-hospitalar (período decorrido entre o início dos sintomas e a chegada ao hospital), promovendo uma conscientização da importância da busca de tratamento precoce (MUSSI, 2006). Pois o atraso na procura por atendimento de saúde após o início dos sintomas tem papel fundamental no prognóstico do IAM.

Entre as condições que dificultam a busca por socorro na fase pré-hospitalar persiste a desvalorização pelo indivíduo, da dor torácica como sendo sintoma de IAM, por associar o infarto como um quadro grave, associando a dor a uma doença comum ou a uma condição pré-existente (PIEGAS, 2009).

O tempo entre o início dos sintomas até a instituição do tratamento (reperusão química ou mecânica) no caso do IAM com elevação do segmento ST está diretamente relacionada à gravidade do caso, o fator tempo é fundamental para o sucesso do tratamento (PIEGAS, 2009).

**Gráfico XIII.** Distribuição dos homens com hipótese diagnóstica de IAM de acordo com a saída da UPA, Rio de Janeiro, 2015.



Fonte: dados do estudo.

Ao analisar o gráfico XIII, constata-se que 59% dos atendidos com hipótese diagnóstica de infarto tiveram alta por decisão médica. 18% foram transferidos para unidades hospitalares e 8% evoluiu a óbito.

O desfecho do atendimento direcionou os cuidados que o homem necessitou receber. Aqueles que receberam alta da unidade demandaram **o cuidado de orientar** sobre a prevenção de um novo episódio de isquemia, quanto à redução dos fatores de risco, mudança nos hábitos de vida prejudiciais a saúde, sobre os sinais e sintomas do infarto com o objetivo de reduzir o tempo de procura por um serviço de urgência.

Os homens que foram transferidos, necessitaram receber cuidados referentes à transferência, como cuidado do transporte, no posicionamento e transporte por cadeiras, macas-leitos, na checagem de exames pendentes, no auxílio a deambulação, na passagem de informações, do cuidado de sua família, no encaminhamento de pertences, com as pessoas que o homem gostaria que tivesse informações suas, no preenchimento de informações no Livro de Ordem e Ocorrência entre outros cuidados que no cotidiano de um serviço de emergência não são descritos nos registros do cliente, mas são realizados e recebidos.

Os que evoluíram a óbito demandaram outros cuidados, entre eles estão na reanimação cardiopulmonar, de higienizar o corpo, para morte com dignidade, da parte legal e ética, do corpo morto, no pós-morte, de recolhimento e encaminhamento de pertences, de encaminhamento do corpo e de suporte a família.

➤ **Subcategoria III. Exames, medicações e cuidados no atendimento ao homem com hipótese diagnóstica de IAM.**

Nessa categoria são apresentados e discutidos os principais exames prescritos para o diagnóstico do IAM, as medicações propostas no tratamento, e os cuidados emergenciais para a estabilização do quadro clínico.

**Quadro VII.** Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de infarto de acordo com os principais exames prescritos, Rio de Janeiro, 2015.

<b>Exames prescritos</b>	<b>Fi</b>	<b>Fi%</b>
Troponina	98	96,1
CK-MB	98	96,1
Creatinofosfoquinase - CPK	97	95,1
Troponina quantitativa	78	76,5
Eletrocardiograma	87	85,3
Hemograma completo	88	86,3
Uréia	84	82,4
Sódio	81	79,4
Potássio	80	78,4
Creatinina	79	77,5
Glicose	70	68,6
Magnésio	21	20,6
Cálcio	20	19,6
RX tórax	36	35,3

Fonte: dados do estudo.

Entre os principais exames indicados no diagnóstico do infarto agudo do miocárdio estavam a troponina e CK-MB prescritos para 98 homens, e a creatinofosfoquinase – CPK prescrita para 97 homens, num total de 102. O eletrocardiograma foi prescrito para 87, entretanto ele é um exame realizado na rotina de admissão da suspeita de IAM.

Segundo IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST, pode-se definir o diagnóstico de IAM se houver elevação característica e diminuição gradual da troponina ou aumento e diminuição mais rápidos para CK-MB, associado à pelo menos uma das condições a seguir: a) sintomas isquêmicos; b) alterações eletrocardiográficas indicativas de isquemia; c) desenvolvimento de ondas Q patológicas no eletrocardiograma; ou d) evidência, em exames de imagem, de perda de viabilidade miocárdica ou contratilidade segmentar anormal (PIEGAS, 2009).

Os exames CK-MB e troponinas constituem marcadores bioquímicos de lesão miocárdica. A CK-MB, enzima indicadora de necrose miocárdica, eleva-se em torno de

4-6 horas após o início dos sintomas. Os marcadores de necrose miocárdica servem para estimar a extensão do infarto, prognóstico e diagnóstico de reperfusão coronária após tratamento com terapia fibrinolítica (PIEGAS, 2009).

O eletrocardiograma (ECG) deve ser realizado idealmente em menos de 10 minutos do início de atendimento de emergência, esse exame é importante no processo de decisão de pacientes com suspeita de infarto, pois a elevação do segmento ST possui especificidade de 91% e sensibilidade de 46% no diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Após o primeiro atendimento, o ECG deve ser repetido 12 horas após o atendimento e diariamente até a alta médica. Devido à possibilidade de surgimento de arritmias ventriculares no IAM é necessário que todos os homens sejam monitorizados com ECG contínuo na admissão hospitalar (PIEGAS, 2009). Nos atendimentos da UPA, o ECG foi o primeiro exame realizado, quando o homem entrava no protocolo de dor torácica, ainda na classificação de risco.

A dosagem de glicose é importante, pois a diabetes tipo II está associada a maior morbidade e mortalidade por doença arterial periférica e doença cardiovascular, em especial a doença arterial coronária (PIEGAS, 2009). O exame de glicose foi prescrito para 70 homens com suspeita de IAM.

Os exames de sódio e potássio que está relacionado ao tratamento e prevenção de arritmias cardíacas foram prescritos para em média 80 homens.

A radiografia de tórax, prescrita para 36 homens, auxilia na avaliação da presença de congestão pulmonar, condição que pode acontecer em casos de insuficiência cardíaca. Esta condição pode ocorrer durante a fase aguda do infarto, dificultando o prognóstico do paciente (PIEGAS, 2009). Além de contribuir no diagnóstico diferencial do IAM a despeito de outras condições clínicas.

**Quadro VIII.** Distribuição dos cuidados mais prescritos nas primeiras 24 horas de atendimento, Rio de Janeiro, 2015.

<b>Prescrição cuidados</b>	<b>Fi</b>	<b>F1%</b>
Monitorização cardíaca contínua	63	61,8
Ventilação não invasiva contínua	49	48,0
Controle dos sinais vitais	42	41,2
Oximetria de pulso	35	34,3
Controle de glicemia capilar	29	28,4

Fonte: dados do estudo.

De acordo com o quadro VIII, os cuidados mais freqüentes prescritos foram: monitorização cardíaca contínua, ventilação não invasiva contínua, controle dos sinais vitais, controle da glicemia capilar, oximetria de pulso. Dos boletins analisados, 18 não tiveram prescrição de cuidados. Foram prescritos cuidados menos freqüentes como a sondagem vesical de demora, balanço hídrico, banho no leito e mudança de decúbito.

A administração de oxigênio via cateter nasal (3l/min a 100%) é indicação do tratamento de todos os sujeitos com infarto agudo do miocárdio dentro das 3-6 primeiras horas de atendimento, ou mais, quando necessário (PIEGAS, 2009). A ventilação contínua não invasiva foi prescrita para 49 homens. A oximetria de pulso que deve ser instalada para verificação da saturação de oxigênio, foi prescrita para 35 homens.

A monitorização cardíaca foi prescrita para 63 homens, esta medida é fundamental no tratamento da pessoa com suspeita de infarto, porque auxilia no diagnóstico de arritmias, este cuidado faz parte do protocolo de cuidados no infarto. É imprescindível a verificação dos sinais vitais antes da administração de qualquer medicação prescrita. (BERNARDINO, 2002)

O controle da glicemia deve ser realizado na suspeita de infarto, não somente nos diabéticos. Existe uma relação entre hiperglicemia, diabetes e doença coronariana aguda, onde a hiperglicemia de estresse corresponde à elevação da glicemia durante o atendimento de infartados mesmo sem história pregressa de diabetes (CHACRA, 2008).

Pode-se constatar a existência de um “protocolo de cuidados” aos homens vítimas de IAM pela análise das prescrições registradas nos boletins de atendimento. Através da discussão dos boletins de atendimento, verificou-se a semelhança entre os cuidados prescritos, não determinados pelas questões individuais, mas de acordo com a característica principal que os aproximavam: a hipótese diagnóstica de IAM. Os cuidados foram prescritos em conjunto com os fármacos pelo médico responsável e realizados pela equipe de enfermagem. Entretanto, através da observação do cotidiano assistencial, pôde-se atentar que os homens receberam cuidados que foram além dos registros, os chamados cuidados “invisíveis” que estavam presentes em meio ao caos do cotidiano emergencial, permeados por demandas específicas apresentadas ao longo do atendimento na UPA.

**Quadro IX.** Distribuição dos homens atendidos na UPA com hipótese diagnóstica de infarto de acordo com as medicações prescritas, Rio de Janeiro, 2015.

<b>Prescrição medicamentosa</b>	<b>Fi</b>	<b>F1%</b>
Ácido acetil Salicílico	92	90,2
Clopidogrel	81	79,4
Enoxaparina sódica	60	58,8
Sinvastatina	53	52,0
Captopril	52	51,0
morfina	47	46,1
Isossorbida	44	43,1
Dipirona sódica	43	42,2
Atenolol	33	32,4
Omeprazol	32	31,4
Bromoprida	27	26,5
Furosemida	22	21,6
Ranitidina	20	19,6
Nitroglicerina	16	15,7
Alteplase	15	14,7
Propranolol	14	13,7
Ringer lactato	12	11,8
Metoclopramida	11	10,8
Enalapril	11	10,8
Tenecteplase	10	9,8

Fonte: dados do estudo.

É possível observar no quadro IX, que as medicações mais prescritas foram ácido acetilsalicílico (AAS) para 92 homens, clopidogrel para 81 homens.

Na realização do cuidado de administração da medicação endovenosa e oral, são analisados diversos fatores que vão exigir a tessitura de outros cuidados de acordo com a farmacologia de cada medicamento.

O AAS, fármaco mais prescrito no estudo, é o único antiinflamatório não esteróide indicado para quase todos os indivíduos com suspeita de IAM, exceto nos casos de contra indicação (PIEGAS, 2009). O antiplaquetário ácido acetilsalicílico deve ser administrado a todos os pacientes com IAM tão rápido quanto possível após o diagnóstico ser considerado provável (AVEZUM, 2004).

Os cuidados de enfermagem na administração do AAS incluem a observação e reconhecimento de reações adversas como náusea, vômito, sangramento gastrointestinal, hematomas, tempo de sangramento elevado; monitorar hematócrito, hemoglobina, função renal, sinais de petéquias ou de sangramentos nas gengivas ou gastrintestinais (AME, 2009)

De acordo com Piegas (2009), as evidências do uso do clopidogrel, antiagregante plaquetário, no infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST

estão relacionadas ao uso em conjunto ao AAS em pacientes que receberam terapia trombolítica inicial. Na pesquisa o clopidogrel foi prescrito para 81 homens.

Na administração do clopidogrel existe o risco de tonturas, que demanda o auxílio no transporte e deambulação do homem para prevenir quedas e cortes. Destaca-se o maior risco de sangramento quando associado ao AAS, sendo necessário monitorar sangramento gastrointestinal oculto (AME, 2009).

O fármaco anti-hipertensivo mais prescrito foi o captopril, para 52 homens, que funciona também como vasodilatador coronariano. Durante a terapia o homem deverá receber hidratação adequada e monitorizar a pressão arterial para evitar quadros de hipotensão. Pode causar cefaléia, hipotensão postural e tontura necessitando de cuidados com a mobilização (AME, 2009).

Com relação ao uso de fibrinolíticos utilizados como terapia de reperfusão, o maior benefício dessa terapia é constatado em indivíduos tratados nas primeiras horas do IAM com elevação do segmento ST, quanto mais precoce a instituição da terapia fibrinolítica, maior é o benefício em se tratando da redução da mortalidade. As medicações fibrinolíticas prescritas na pesquisa são alteplase e tenecteplase, 15 homens foram tratados com alteplase, e 10 com tenecteplase.

A terapia fibrinolítica deve ser administrada imediatamente após prescrição médica. A equipe de enfermagem precisa estar atenta para monitorar os sinais vitais (inclusive a temperatura devido o risco de febre), o ECG, as enzimas cardíacas, a intensidade e característica da dor torácica, sintomas associados (náuseas, vômitos e diaforese), sinais de insuficiência cardíaca congestiva, ruídos cardíacos e respiratórios (AME, 2009).

O tratamento clínico do infarto inclui o manejo da dor, pois reduz o consumo de oxigênio pelo tecido lesado. A analgesia deve ser feita com sulfato de morfina endovenosa (PIEGAS, 2009). A morfina no estudo foi prescrita para 47 homens.

Os nitratos (nitroglicerina, isossorbida) funcionam como vasodilatador coronariano são úteis para reversão de espasmo e alívio da dor anginosa. Devem ser administrados via sublingual. Também desempenham papel no controle da hipertensão arterial e alívio da congestão pulmonar (PIEGAS, 2009). No quadro observa-se que a isossorbida foi prescrita para 44 homens e a nitroglicerina para 16.

Durante a infusão da nitroglicerina o cuidado de enfermagem deve ser monitorar sinais de taquicardia ou bradicardia, diante dessas situações deverá ser reduzido o



gotejamento. Após a infusão avaliar alterações do ECG, náuseas, vômitos, sudorese, cefaléia e tontura (AME, 2009).

A enoxaparina, anticoagulante prescrito para 60 homens, é utilizada como adjuvante ao tratamento fibrinolítico. A enoxaparina está associada à redução do desfecho primário de morte ou infarto do miocárdio não fatal, sem um aumento importante de sangramento (PIEGAS, 2009).

Durante o tratamento devem ser avaliados sinais de sangramento ou hemorragias, evidências de trombose adicional e reações de hipersensibilidade; monitorar periodicamente as contagens sanguíneas e de plaquetas, o hematócrito, os locais com maior potencial de sangramento, sangue oculto nas fezes (AME, 2009).

#### ❖ Cotidiano assistencial:

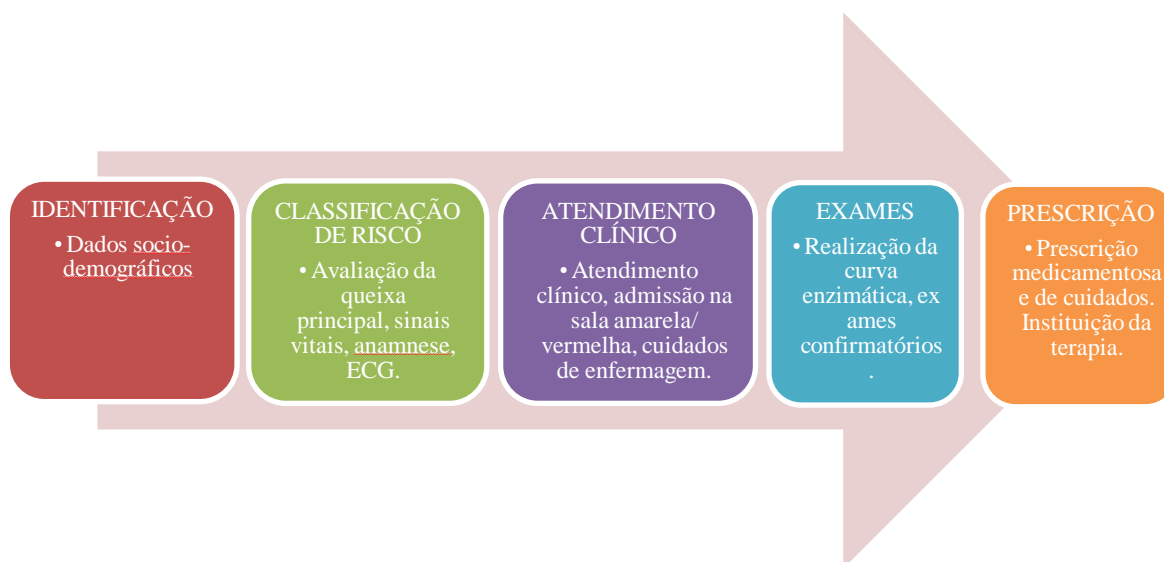


Figura 5 – Elemento gráfico que representa o cotidiano assistencial do infarto agudo do miocárdio na UPA.

A figura 5 resume o cotidiano de atendimento do homem na UPA ao dar entrada com suspeita de infarto agudo do miocárdio, representado em 05 fases: identificação, classificação de risco, atendimento clínico, exames, e prescrição. Os cuidados de enfermagem perpassam todo o cotidiano assistencial.

➤ **Subcategoria IV - A masculinidade e o infarto agudo do miocárdio.**

Esta categoria visa identificar a influência da masculinidade no adoecimento por infarto a partir da visão do homem. Foram pontuados diversos temas relacionados à saúde, masculinidade, cotidiano de vida pós-infarto e significados de ser homem.

Estudos demonstram que homens estão situados no pólo do não cuidado, relacionando as características culturais e sociais que determinam o ser masculino como invulnerável e o responsável provedor da família. (SABO, 2002; BOZON, 2004, GOMES, 2007; MACHIN, 2011).

Nas entrevistas, puderam-se confirmar estudos que relacionam a masculinidade e comportamento de risco. Os significados de ser e agir estão representados no meio social, principalmente na base familiar, como mencionado pelos homens, no tocante aos aspectos psicológicos, sociais e biológicos da saúde e na vulnerabilidade do adoecimento por causas evitáveis, a exemplo do infarto agudo do miocárdio.

O imaginário social que determina o que é ser homem dificulta a adoção de práticas de cuidado, a virilidade do homem não está relacionada à procura por serviços de saúde, atitude que representaria fragilidade (GOMES, 2007). Em contraponto, os homens neste estudo associaram o cuidar da saúde a práticas diversas, como alimentação, exercícios físicos, que confrontam a premissa de que homem não se cuida.

#### **IV. 1 Cuidado com a saúde**

Os conceitos de cuidado em saúde são particularmente construídos com base nas vivências dos homens, no tocante as práticas cotidianas de cuidar, zelar e ter responsabilidade sobre a sua vida e saúde. Nesse sentido observou-se que as práticas cotidianas relacionadas ao cuidar, ou modo de fazer e produzir o cuidado de si são diversas, e influenciadas pelas suas experiências sociais, psicológicas, e biológicas, e se expressam a partir das suas necessidades e demandas em saúde, conforme observado no caso do homem RJFS, que relata ser diabético:

*“Atualmente só tomo os remédios que foram prescritos a mais de um ano e estou tentando fazer exercícios, mas ta difícil, pra quem ganha mal é difícil.” (RJFS)*

Ao considerar que o homem RJFS é diabético, observou-se o cuidado baseado em sua demanda de se medicar. Além disso, ele afirmou estar acima de seu peso ideal.

*“Eu engordei porque fumava. Parei de fumar, então comi como um ‘desesperado’ porque fiquei muito nervoso (...).”*

RJFS relacionou a questão do baixo salário com a dificuldade de adesão a prática de exercícios físicos e alimentação saudável para ele existe um custo maior para aplicar essas medidas de cuidado com saúde na sua vida cotidiana.

Outra demanda de cuidado apresentada por RJFS é a necessidade de emagrecer, e a maneira de cuidar adotada foi à tentativa de praticar exercícios físicos, observada também na fala de MBS: *“Eu caminho de vez em quando, malho, faço meus exercícios. Mas normalmente como de tudo.”*(MBS)

O homem CDRG também relacionou o cuidado da sua saúde à prática de exercícios físicos. A alimentação foi um destaque no tocante as maneiras de cuidar, através da redução de gorduras, dieta hipossódica, e eliminação do açúcar.

*“Atualmente fazendo exercícios diários, tentando manter alimentação saudável também, eliminando gorduras, excessos de sal, açúcares e tentando exercitar o mais e melhor possível.”* (CDRG)

Baseado nas afirmações de cuidado dos homens verificou-se que o cuidar é singular, pode ser desempenhado de diversas maneiras, que dependem da percepção do homem, do seu cotidiano de vida, a das demandas e necessidades de saúde apresentadas por ele. Contudo, a adoção de práticas perigosas, coloca o homem em posição de risco de adoecimento.

CJP afirmou que não realiza práticas de cuidar em saúde relacionando o cuidado com o ato de comparecer a consultas médicas. *“Não eu não vou pra médico nenhum, eu não cuido.”* (CJP)

O cuidar envolve adoção de responsabilidade sobre si, sua saúde e seu corpo em diversos aspectos da vida, atitudes que vão além do comparecimento a consultas, utilização de medicamentos.

A respeito da falta de cuidado evidenciada pelos homens nesse estudo pode-se relacionar essa atitude à perspectiva de gênero como um ordenador das práticas de saúde na sociedade. Socialmente a masculinidade se constrói por oposição as feminilidades, se contrapondo também a comportamentos de cuidado, característica comum do universo feminino (SCHRAIBER, 2005).

O entrevistado DRFL relacionou o cuidado com a saúde a vaidade. Essa relação pode dificultar a adoção de práticas de cuidado, uma vez que a vaidade pode ser vista

como característica presente no universo feminino: *“Cuido mal, quase não me cuido, não tenho vaidade.” (DRFL)*

Na fala dos homens da pesquisa constatou-se que em sua maioria reconhece que nunca cuidou de si, atitude que contribuiu para a ocorrência do infarto. Muitos relacionaram a falta de cuidado com a má alimentação e o uso de bebidas alcoólicas e cigarro.

O homem CCVM alegou que começou a cuidar da sua saúde após a descoberta de doenças crônicas, relevando a prática de cuidado curativo, no que diz respeito à adoção de cuidado em momentos de dor na presença de doenças que afetem a sua vida cotidiana.

*“Nunca fui muito de cuidar da saúde. A coisa começou a mudar quando com 50 anos fiquei diabético, até então nunca tive problema de saúde. Então perdi peso, entrei em dietas e remédios rigorosos, e agora com esse infarto a coisa daqui pra frente vai tomar outro rumo com toda certeza.” (CCVM)*

O entrevistado VP expôs a vivência de um infarto prévio. Informou que após o primeiro infarto tomou medidas de cuidado, entretanto ao sentir que estava melhor deixou de cuidar de si.

*“Quando eu enfartei da primeira vez, fiquei um mês mais ou menos na disciplina, aí depois que passou aquela fase crítica, eu comecei a fazer tudo que não podia fazer.” (VP)*

Cabe ressaltar que o cuidado com a saúde pode ser definido de diversas formas a partir da perspectiva do indivíduo. A baixa adesão de homens as medidas de cuidado a saúde estão relacionadas a barreiras socioculturais, estereótipos de gênero. A crença do ser masculino forte e invulnerável ao adoecimento presente na sociedade patriarcal e contribui para que o homem cuide menos de si (GOMES, 2007; POZZATI, 2013).

O exemplo da falta de cuidado apresentado pelos homens está à baixa procura por serviços de prevenção como as Unidades Básicas de saúde. Essa atitude está relacionada ao sentimento de não pertencimento ao espaço que é socialmente concebido como feminino, a dificuldade de conciliação entre horários de trabalho e do funcionamento da unidade de saúde e consultórios clínicos (GOMES, 2007).

## IV.2 Significados de ser Homem

A identidade do homem é oriunda da ordem social, tudo aquilo que o torna homem pertence ao mundo da cultura, da sociedade, ao universo simbólico historicamente construído (SIQUEIRA, 1997).

“A constituição da identidade masculina, bem como da feminina, é entendida, então, como um complexo processo dialético em que as biografias individuais entrecruzam-se com as pautas sociais historicamente construídas, onde o sujeito interativo imprime significações singulares às suas ações no mundo, ações essas inscritas em um cenário de alternâncias, confrontos e superações com os outros significativos que compõem o seu universo vivencial.” (SIQUEIRA, 1997 p. 129).

Na construção do ser masculino, os homens passam a desempenhar diferentes papéis sociais no cotidiano no qual estão inseridos como na família, trabalho, sociedade e entre amigos. CJP, CCVM e DRFL relacionaram os “significados de ser homem” com o papel de provedor, com o cuidado com a família, com a responsabilidade sobre a manutenção da família e criação dos filhos:

*“É Cuidar da minha família, ter responsabilidade com as coisas. Responsabilidade para mim é tudo.” (CJP)*

*“No sentido de família e na sociedade, homem é aquele ‘cara’ que trabalha, que tem um planejamento de vida, que entende, que tem um discernimento o lado certo das coisas, cria sua família e vai em frente.”(CCVM)*

No tocante a responsabilidade familiar, DRFL relatou que precisa se cuidar para poder cuidar da sua família. Nessas falas podemos observar o homem com papel de provedor, responsável pela criação dos filhos, seja no sentido material ou ético moral e comprometido com o sustento familiar. A priorização do cuidado da família pode ocasionar falta de tempo para o de cuidado si.

*“Ser um chefe de família, ter responsabilidade, cuidar da casa. A gente sempre gosta das pessoas que estão do nosso lado e a gente não quer deixar elas em situação ruim, então você pensa em cuidar, porque não quero deixar minha esposa mal. Tenho que me cuidar pra poder cuidar da minha família, poder fazer alguma coisa por eles.” (DRFL)*

Nesse estudo, a principal preocupação dos homens é a manutenção financeira e estrutural familiar, a despeito do cuidado com sua própria saúde, expresso através das falas que remetem o significado de ser masculino associado principalmente ao seu papel de marido, pai e mantenedor da família, exemplificado no relato de CDRG, que ainda faz menção da definição do seu caráter a partir do cumprimento das responsabilidades familiares.

*“Ser homem tem seu caráter, cumprir seus objetivos, suas responsabilidades, sua família. Ser aquela pessoa que traga bons proveitos a todos aqueles que dependem de você, seus familiares, seus filhos, seus netos.”* (CDRG)

Destacou-se a resposta de RJFS que relatou que ser homem é nascer com o órgão sexual masculino e se interessar afetivamente pelo sexo oposto. Para ele ser homem está relacionado a não ser mulher, da mesma maneira que as masculinidades são construídas no oposto as feminilidades.

*“É nascer com órgão sexual diferente do sexo oposto. Deus acertou na mosca eu tinha que ser homem. Eu me interesso só pelo sexo oposto, pela minha esposa.”* (RJFS)

Para Badinter (1996) o homem desempenha papel importante na construção da própria identidade masculina, a masculinidade tem sido definida pelo não ser feminino. Os papéis socialmente definidos para eles estão ligados a expressão de responsabilidades e não os permite o fracasso no desempenho (CARMO, 2010), o que pode gerar um estresse na vida cotidiana masculina, a exemplo disso está o homem provedor.

A representação do masculino ainda está ligada a papéis patriarcais, como o homem provedor, o responsável, a expressão do caráter masculino. Em virtude dos muitos papéis desempenhados, o homem pode deixar de lado o cuidado de si, do seu próprio corpo, tornando-se vulneráveis ao desenvolvimento de fatores de risco.

### **IV.3 A masculinidade na visão dos homens.**

Conforme Connell (1995), a masculinidade não é uma categoria estática e universal. Não existe uma única masculinidade, mas masculinidades construídas a partir das práticas das relações de gênero. Ela difere de acordo com o tempo, lugar, cultura, raça, sociedade, e determina padrões de comportamentos a serem adotados pela população masculina, estabelecendo os comportamentos e atitudes.

Gomes (2008) definiu “*a masculinidade como um espaço simbólico que serve para estruturar a identidade de ser homem, modelando atitudes, comportamentos e emoções a serem adotados*” (GOMES, 2008. p. 70).

Nesse estudo buscou-se identificar a masculinidade através da percepção masculina. Observou-se a dificuldade de conceituação desse modelo de gênero na fala de CJP, que foi conciso ao dizer que não sabe o que é masculinidade.

Já o RJFS relacionou masculinidade aos cromossomas masculinos e os órgãos sexuais. O discurso de virilidade está presente no imaginário masculino, evidenciado na associação da masculinidade aos órgãos sexuais.

*“Os cromossomas são diferentes e acho que é só nisso. E o fato dos órgãos sexuais serem diferentes. Agora o fato de só porque eu sou homem, eu não tenho pensamento da idade medieval que o homem que era o tal, que ele que raciocinava, e a mulher era um ser só pra auxiliá-lo. Acho que todos nós somos iguais.”* (RJFS)

A menção a atitude masculina da idade medieval, é aproximada ao conceito de masculinidade hegemônica. A masculinidade hegemônica está associada a sociedade patriarcal, que garante a dominação masculina sobre as mulheres, ocupa a posição hegemônica nas relações de gênero (CONNELL, 1995).

Compreendida na perspectiva de gênero,

*“a masculinidade representa um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera que um homem tenha em uma determinada cultura. Esses atributos, por sua vez, não só se diferenciam ao longo do tempo como também no interior das classes e dos segmentos sociais”.* (GOMES, 2008, p.1)

Com relação à compreensão da masculinidade como atributos e valores, os homens CDRG e CCVM afirmaram a masculinidade como uma forma de demonstração de caráter e responsabilidade do homem.

*“Masculinidade eu entendo como uma forma simplesmente de caráter. Ser uma pessoa de caráter, de responsabilidade, mas que também tem que se preservar e cuidar mais do ser humano, do seu próprio corpo.”* (CDRG)

CCVM comparou a masculinidade com a maneira de agir, de se posicionar no âmbito familiar e na criação dos filhos: “*(...) agir de forma correta com as pessoas, não fazer pra ninguém o que não quer que faça pra si. Assim ele vai criando a família dele, vai ensinando os filhos dentro dessa mesma forma, dentro de um padrão de*

*honestidade, dão pra ele ser um homem respeitado e não precisa levantar a voz como muitas pessoas fazem por aí.” (CCVM)*

Percebe-se a visão masculina de incumbência na criação moral dos filhos, de agir de maneira honesta com a sociedade. Evidencia-se na análise desse relato o papel da masculinidade na estruturação do comportamento que deve ser adotado, de homem honesto, íntegro e respeitador.

Os homens MBS e MN relacionam a masculinidade à virilidade do homem, como a associação do homem à potência e força. O homem como ser viril e invulnerável. Nos significados de ser homem a palavra virilidade é referência freqüente, independente da sua vivência, trajetória e fase do ciclo de vida. A virilidade é um dos elementos que aparecem associado ao modelo de masculinidade hegemônica, como sustento dos filhos, autoridade familiar e sobre as mulheres, prescrição de força e disputa (COSTA, 2003).

*“É o homem, a virilidade do homem. Porque assim mesmo que o homem não seja eficaz, ele já não se sente mais homem, acaba com a auto estima dele e ele já não acha mais que é.” (MBS)*

A relação masculinidade e sexualidade situam-se na visão de MBS associada à potência sexual, na medida em que a redução da potência reduz a masculinidade ou a virilidade masculina.

Mais uma vez a idéia de invulnerabilidade é presenciada na fala de MN, que associou o homem e sua masculinidade a um super herói, que traz a tona os sentidos de força e poder no imaginário social masculino.

*“É ser machão. Ser o super homem.” (MN)*

Os resultados demonstram que na visão do homem a masculinidade se apresenta de diversas formas, que na realidade são maneiras como as quais ele reconhece a representação masculina na sociedade, ora como o homem responsável e provedor, ora como o homem viril. Relaciona ainda as atitudes masculinas com questões de caráter e honestidade. Percebe-se que a masculinidade pode se apresentar nas relações sociais entre os gêneros, como o antagonismo a feminilidades. A masculinidade é um meio ordenador das práticas sociais masculinas, como o homem dever atuar na sociedade.

Connell (1995) discutiu a masculinidade interligada com o conceito de gênero. O gênero está tão presente na sociedade que parece natural, entretanto emprega um esforço social para orientar o comportamento das pessoas em um determinado sentido,



ordenador das práticas sociais. Para o autor as masculinidades nascem através de relações de gênero, dos processos e relações entre homens e mulheres.

#### **IV.4 Masculinidade e adoecimento.**

Baseado em constructos sociais de masculinidade idealizada, a representação do homem como provedor, reflete a noção de que a identidade masculina é amparada no discurso de sustentabilidade familiar (FREITAS, 2009). O exercício do papel do homem provedor ainda é presente no imaginário social (GOMES, 2008)

As responsabilidades familiares podem exercer influência na saúde masculina na medida em que eleva o nível de estresse masculino: *“Pode, porque se alguém da minha família estiver com algum problema ai afeta (...)”*. (MBS)

O papel de provedor ocupa lugar de destaque entre as preocupações e responsabilidades masculinas, não limitadas aos aspectos financeiros de sustento da casa e família, mas na criação moral dos filhos: *“Porque qualquer coisa que der errado a gente esquentta muito a cabeça. Tem que ter compromisso então esquentta mais e pode levar a qualquer tipo de doença.”* (CPJ)

O estresse vivenciado pelos homens no exercício dos seus papéis sociais faz com que eles estejam vulneráveis ao adoecimento psicológico e biológico devido às preocupações masculinas preencherem espaço importante na sua vida cotidiana, considerando o estresse como um importante fator de risco para doenças, nesse caso também para o IAM.

A maioria dos entrevistados relatou que “ser homem” pode influenciar na sua saúde. CDRG que afirmou que a influência é positiva, pois uma família estruturada coopera para que o homem viva melhor: *“Sim pode influenciar positivamente, porque quando uma pessoa tem uma família estável, uma família feliz, naturalmente o padrão de vida e todas as coisas colaboram como uma vida melhor.”* (CDRG)

O entrevistado VP relacionou a masculinidade com a atitude de assumir todos os problemas, que pode levar ao estresse e ao infarto. Fez menção à criação de fatores de risco, a idéia de invulnerabilidade e adoção de práticas pouco saudáveis através do uso do cigarro e da bebida: *“Pode porque o cara que leva a masculinidade a unhas e dentes, vai querer abraçar os problemas só por ser homem e isso pode influenciar no acontecimento de um infarto. O homem acha que pode tudo, ai vai pro lado ruim do cigarro e bebida.”* (VP)

Devido características socioculturais, os homens tendem a assumir estilos de vida pouco saudáveis, tendo como consequência a geração de fatores de risco para o adoecimento, o modelo da masculinidade hegemônica, é responsável por associar a demonstração de necessidades de saúde com fraqueza e feminilização, pois a masculinidade é estruturada em oposição ao universo feminino. (LEITE, 2010; SCHRAIBER, 2005).

O entrevistado RJFS contrapôs as afirmações de que homem não se cuida, pois ele afirmou que cuida da sua saúde, mas encontra dificuldades no SUS, por não ter horário disponível para comparecer a consultas em virtude do conflito de horários.

*“(...) eu só não estou me tratando porque eu estou nessa condição de depender do SUS entendeu? Não entro nessa estatística que homem não se cuida. Ok? Eu me cuido.”* (RJFS)

Dificuldade apontada por Gomes (2007) em sua pesquisa que mostra que um dos motivos que justificam a ausência dos homens nos serviços de saúde é a dificuldade de conciliar o horário de trabalho com o funcionamento das unidades básicas e consultórios.

#### **IV.5 Impacto do diagnóstico do infarto na vida**

O acontecimento de um infarto pode mudar radicalmente o cotidiano de vida do homem, no que diz respeito aos hábitos de vida, aos comportamentos outrora adotados, as maneiras de cuidar em saúde. Mussi (2004) salientou que o principal desconforto experimentado pelos homens infartados foi a ruptura com a vida cotidiana, em virtude dos sintomas da doença ou do acontecimento do infarto.

O entrevistado VP relatou que o impacto é negativo porque dias após o infarto ele sofreu um acidente vascular cerebral que dificultou ainda mais sua condição clínica, com repercussão no cotidiano das suas atividades do trabalho: *“... o primeiro infarto eu ainda superei porque não houve nada, agora veio junto com esse AVC que eu perdi o movimento de um lado, então só complicou. Até porque eu preciso andar para trabalhar (...)”*.

Evidenciou-se a participação e ajuda da esposa no seu cuidado com a saúde, ressalta em sua fala uma dependência dela para os afazeres cotidianos: *“Só estou conseguindo sobreviver mais ou menos, porque minha esposa está sempre comigo fazendo as coisas.”* (VP)

Schraiber (2005) apontou para a participação feminina no cuidado de saúde do homem, é comum que homens casados tenham relação de dependência das suas mulheres no tocante ao cuidado à saúde, nesse sentido o casamento exerce fator de proteção masculina às doenças.

O entrevistado CCVM salientou que o acontecimento do infarto resultará em mudanças nos hábitos não saudáveis: *“Mudanças, vai mudar minha vida toda, vai mudar hábitos alimentares, maus hábitos como o cigarro, em fim, vai mudar tudo (...). Vou evitar sair mais como eu saía, vou evitar tudo que me traz a vontade de fumar.”* (CCVM)

A priorização pelas atividades laborais, as preocupações financeiras ocupam lugar importante na vida do homem em detrimento ao cuidado com a saúde, até mesmo após a ocorrência do infarto. DRFL afirmou que após o infarto ele vai precisar trabalhar mais para melhorar a condição financeira: *“Pode mudar meus hábitos (...) Eu vou tentar trabalhar mais pra juntar dinheiro.”* (DRFL)

❖ **CATEGORIA II – Discussão dos casos de estudo e os cuidados de enfermagem observados, a partir da Tipologia de Cuidados por Coelho (1997).**

Nessa categoria foi descrito uma série de casos de estudo dos homens através da observação do cotidiano assistencial de atendimento do IAM com auxílio da tipologia para a identificação dos cuidados recebidos e realizados e da análise dos dados dos boletins de atendimento.

Além dos cuidados que foram prescritos no boletim de atendimento, outros permaneceram invisíveis nos registros clínicos, entretanto fizeram parte da assistência desses homens.

✓ **Caso de Estudo I**

*Homem MBS, 49 anos, casado, da cor parda, Brasileiro, natural do Rio de Janeiro, morador do bairro Coelho Neto. Profissão: torneiro mecânico. Escolaridade: nível médio técnico completo. Possui um filho. Chegou a UPA dia 04/02/2015 às 11:39, por meios próprios. Hipertenso sem tratamento. Tabagista e etilista. A queixa principal relatada foi precordialgia. Delta T aproximadamente de 24 horas. Apresentou escala numérica de dor 9 (dor de forte intensidade). Paciente relata ter sido consultado um dia antes em uma unidade básica de saúde e medicado, sem melhora da precordialgia, apresenta náuseas. Sinais vitais apresentados: pressão arterial: 167/100 mmHg; pulso 98 bpm. Temperatura 36 °C; FR 18 irpm; Sp O2: 99%. Paciente classificado como Amarelo. Diagnóstico primário: Infarto Agudo do Miocárdio não especificado. Exames prescritos nas primeiras 24 horas de atendimento: eletrocardiograma, uréia, troponina quantitativa, troponina, transaminase pirúvica, transaminase oxalacética, sódio, potássio, magnésio, hemograma completo, creatinofosfoquinase – CPK, CK-MB, creatinina, glicose. Apresentou IAM com supra de segmento ST. Medicações Prescritas nas primeiras 24 horas de atendimento: ácido acetil salicílico, clopidogrel bissulfato, dipirona sódica, captopril, Enoxaparina sódica, propranolol, sinvastatina, sulfato de morfina, alteplase. Cuidados prescritos nas primeiras 24 horas de atendimento: controle de sinais vitais 6/6h; monitorização cardíaca contínua 24/24h; oximetria de pulso 24/24h, controle de glicemia capilar (HGT) 6/6 horas(s); ventilação não invasiva (contínua) 5L/min. Paciente transferido para hospital de cardiologia. Permaneceu em atendimento na UPA por oito dias.*

Fonte: dados do estudo.

MBS apresentou três fatores de risco para infarto são eles: tabagismo, etilismo e hipertensão não tratada, segundo Colombo (1997) estes fatores então entre as principais causas de infarto.

A principal queixa relatada foi a precordialgia, dor de forte intensidade, que constitui o principal sintoma do infarto (PIEGAS, 2009). O tempo entre o início dos sintomas e o atendimento foi aproximadamente de 24 horas, entretanto observa-se que o homem relatou que após início dos sintomas buscou uma unidade básica de saúde onde foi medicado e liberado. Persistindo a dor torácica ele se dirigiu para UPA.

**O cuidado da identificação de risco** foi realizado inicialmente no momento da classificação de risco, onde o homem foi submetido a uma avaliação e anamnese, registrado os principais sinais e sintomas, a queixa principal, verificados os sinais vitais e traçado o a gravidade do risco a qual ele estava exposto. Nesse caso de estudo o MBS apresentou-se com taquicardia e hipertenso, apresentou queixa de dor torácica de forte intensidade sendo classificado como risco amarelo no protocolo de IAM, sendo submetido à curva enzimática e eletrocardiograma. Após avaliação do eletrocardiograma o paciente foi diagnosticado com infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST, sendo trombolisado com alteplase.

Nesse caso de estudo o **cuidado no controle de hemorragia** foi necessário devido o uso do fibrinolítico alteplase e da associação clopidogrel e ácido acetilsalicílico. Evidencia-se maior risco de sangramento do uso do clopidogrel quando associado ao ácido acetilsalicílico, fato que exige monitorar sangramento gastrointestinal oculto (AME, 2009). O controle da hemorragia envolve também medidas preventivas como a observação de possíveis sangramentos.

Os fibrinolíticos são utilizados para recanalização da artéria relacionada ao infarto, e constitui uma das terapias de reperfusão. É realizada em pacientes com eletrocardiograma característico de IAM com persistência da elevação de segmento ST e da dor entre as primeiras 12-24 horas, como no caso em estudo. O maior benefício do tratamento com fibrinolíticos está associado à rapidez da instituição do tratamento, quanto mais rápido o início da terapia maior a redução da mortalidade (PIEGAS, 2009), o tempo entre o início dos sintomas e a instituição do tratamento foi de aproximadamente 24 horas.

Os cuidados prescritos nas primeiras 24 horas estão relacionados à monitorização de instabilidade hemodinâmica associada ao quadro clínico do infarto, são de responsabilidade da equipe de enfermagem.

**O cuidado na administração e monitorização da oxigenoterapia** fazem parte do atendimento inicial no diagnóstico de infarto, segundo Piegas (2009), e constitui um cuidado a administração dessa terapia pela equipe de enfermagem. A administração de oxigênio é indicada para todos os pacientes com IAM nas primeiras horas do infarto. Associada a oxigenoterapia está a monitorização da saturação do oxigênio, cuidado realizado pela equipe de enfermagem.

**O cuidado no controle da glicemia** foi observado para esse homem. Esse cuidado é de extrema importância tendo em vista que ele possui diabetes. O controle da glicemia capilar foi prescrito para ser realizado com frequência de 6/6 horas.

**O cuidado no controle da dor** é fundamental para esse homem que apresentou dor de intensidade forte. A observação da dor e sua intensidade e a administração da medicação prescrita realizados pela equipe de enfermagem. Para o controle da dor foram prescritos dipirona sódica e sulfato de morfina.

Ele permaneceu em atendimento na UPA por 08 dias aguardando vaga para transferência, sendo transferido para hospital de cardiologia para estudo hemodinâmico.

### ✓ Caso de estudo II

*Homem CDRG, 60 anos, divorciado, brasileiro, natural da Bahia, nível superior completo, profissão engenheiro, possui dois filhos, morador do bairro de Bonsucesso. Etilista e ex-tabagista (parou há 7 meses). Cardiopata apresentou um infarto há 20 anos, passou por uma cirurgia de revascularização do miocárdio. Faz uso de ácido acetil salicílico - AAS. Foi atendido na UPA dia 17/01/2015 às 22:09. Queixa principal de dor no tórax. Relata falta de ar e dor em tórax irradiada para cervical e dorsal de início há mais de 24 horas que piora com movimentação ventilatória e palpação. Sinais vitais: pressão: 150/90 mmHg, pulso de 113 bpm, temperatura 36,7 °C, FR 20 irpm, Sat O2 97%, HGT 140 mg/dl. Classificado como risco amarelo/observação. Diagnóstico primário de Infarto agudo do miocárdio não especificado. Exames prescritos nas primeiras 24 horas: RX de tórax, eletrocardiograma, uréia, troponina quantitativa, troponina, sódio, potássio, hemograma completo, creatinina, coagulograma, CK-MB, CPK, magnésio, cálcio, contagem de plaquetas. Eletrocardiograma evidencia IAM com infradesnivelamento de segmento ST. Medicamentos prescritos: ácido acetil salicílico, enoxaparina, sinvastatina, clopidogrel, bromoprida, captopril, dipirona sódica, omeprazol. Não teve prescrição de cuidados nas primeiras 24 horas de atendimento. Paciente teve alta por decisão médica. Permaneceu na UPA por 10 dias.*

Fonte: dados do estudo.

CDRG apresentou três fatores de risco para infarto, consumo de bebida alcoólica, história de tabagismo, história progressiva de infarto com cirurgia de revascularização do miocárdio.

Queixa principal de dor no tórax irradiada para coluna cervical e dorsal, há mais de 24 horas. Nesse caso, o paciente só procurou atendimento médico após 24 horas de início dos sintomas, apesar de ter história progressiva de IAM. O atraso na busca por socorro está relacionado à mortalidade pré-hospitalar.

Ressalta-se que o CDRG que relatou infarto prévio (há 20 anos) com cirurgia de revascularização, entretanto manteve um comportamento de risco (tabagismo) até sete meses antes do novo infarto que pode ter favorecido a recorrência do episódio. Esse fato

evidencia a necessidade do **Cuidado de orientar**, necessário nesse caso para evitar a recorrência de novos eventos isquêmicos, e alterar a progressão da coronariopatia. Os homens devem ser orientados quanto aos sintomas do infarto, a possibilidade da recorrência dos episódios, e a necessidade de prevenção para alterar o prognóstico do IAM.

Durante o **cuidado da identificação de risco** apresentou-se hipertenso e taquicárdico, classificado como risco amarelo. Após prescrição de exames e realização de eletrocardiograma, paciente foi diagnosticado com infarto com infradesnivelamento de segmento ST. Nas primeiras 24 horas de atendimento não foram prescritos cuidados.

Permaneceu na UPA por 10 dias e teve alta por decisão médica com encaminhamento para ambulatório de cardiologia. **O cuidado orientar para alta** foi necessário nesse caso de estudo, tendo em vista que é um homem vítima de dois eventos isquêmicos, que teve alta da UPA para a residência e necessita de orientações quanto o tratamento farmacológico, os cuidados com a alimentação, redução de hábitos nocivos, fatores de risco e necessidade de acompanhamento clínico em ambulatório especializado.

### ✓ Caso de estudo III

*Homem CJP, 42 anos, cor branca, casado, brasileiro, natural do Rio de Janeiro, possui cinco filhos. Escolaridade: nível fundamental incompleto, profissão pedreiro. Nega possuir doenças crônicas. Tabagista e etilista. Medicções utilizadas hidrocortiazida e enalapril. Foi atendido na UPA dia 07/01/2015 às 09:11. Queixa principal de dor torácica com início há 11 dias com piora há um dia. Refere pico hipertensivo. Sinais vitais: pressão 190/110 mmHg, pulso 74 bpm, Sat O2 98%. Classificado como risco amarelo. Diagnóstico primário de infarto antigo do miocárdio e hipertensão arterial sistêmica. Exames prescritos nas primeiras 24 horas de atendimento: eletrocardiograma, troponina, hemograma completo, CPK, CK-MB, troponina quantitativa, desidrogenase láctica –LDH, uréia, sódio, potássio, glicose, creatinina. Marcadores de necrose miocárdica positivos CK=1239, CKMB=127 troponina positiva. Medicções prescritas: ácido acetilsalicílico, captopril, dipirona, furosemida, atenol, clopidogrel, enoxaparina sódica, isossorbida, morfina, omeprazol, sinvastatina. Prescrição de cuidados: controle dos sinais vitais 6/6h, controle da glicemia capilar 8/8h, PSV- ventilação com suporte pressórico (contínua) 5% FiO2. Paciente teve alta a pedido. Permaneceu na UPA por 6 dias.*

Fonte: dados do estudo.

CJP como os últimos casos estudados, possui dois fatores de risco para infarto tabagismo e etilismo. Negou doenças crônicas, entretanto relatou uso de anti-hipertensivos. Após avaliação clínica foi diagnosticado com hipertensão arterial sistêmica.

Expôs queixa principal de dor torácica de início há 11 dias, entretanto com piora há um dia. Destaca-se nesse caso o grande atraso para a busca de atendimento de emergência. O atraso pode estar relacionado à dificuldade de reconhecimento dos sintomas segundo Sampaia (2012), ou a não valorização da dor torácica, apontada como uma das dificuldades no tratamento do infarto (PIEGAS, 2009).

Mussi (2010) realizou um estudo onde evidenciou que a resistência a dor está relacionada ao controle da vida cotidiana, essa atitude determina maior risco de vida e agravamento do quadro clínico.

Entre os cuidados prescritos está o controle dos sinais vitais. **O cuidado de verificação e monitorização dos sinais vitais** são necessários no controle e identificação de possíveis instabilidades clínicas e hemodinâmicas. A gravidade do caso determina a frequência da verificação dos sinais vitais, nesse caso a frequência prescrita foi de 6/6 horas.

No momento da classificação é instituído o cuidado **da identificação de risco** de gravidade clínica, direcionando as demais ações de emergência que são realizadas para estabilizar o quadro clínico do homem com hipótese diagnóstica de IAM, com objetivo de reduzir o tempo entre o início dos sintomas e a instituição do tratamento. Nesse caso clínico, a procura pelo atendimento ocorreu tardiamente após 11 dias do início da dor torácica, dessa forma o homem foi diagnosticado com infarto antigo do miocárdio. Permaneceu em observação na UPA por 06 dias e solicitou alta médica.

#### ✓ Caso de estudo IV

*Homem RJFS 41 anos, brasileiro, natural do Rio de Janeiro, casado, possui filhos, morador do município de Nova Iguaçu, bairro Cerâmica. Possui escolaridade nível médio completo e profissão de técnico em mecânica industrial. Relata ser ex-tabagista. Informa ser hipertenso e diabético, utilizar propranolol e metformina. Foi atendido na UPA dia 23/01/2015 às 11:51. Com queixa principal de dor precordial de forte intensidade com início há 1 hora. Sinais vitais: PA 200/130 mmHg, FC 46 bpm, Sp O2 99%, HGT 143 mg/dl, FR 21 irpm. Classificado como risco amarelo. Diagnóstico primário de infarto agudo do miocárdio não especificado. Exames prescritos: uréia, troponina, sódio, potássio, hemograma completo, CPK, creatinina, CK-MB, eletrocardiograma, transaminase oxalacética, transaminase pirúvica, magnésio, lipase, glicose, EAS, fosfatase alcalina, desidrogenase láctica, coagulograma, contagem de plaquetas, cloro, cálcio, bilirrubina, amilase, albumina, troponina quantitativa. Paciente apresenta troponina positiva e CPK elevada. Medicções prescritas: Acido acetil salicílico, captopril, clopidogrel, isossorbida denitrato, morfina, nitroprussiato de sódio, dipirona, furosemida, omeprazol, bromoprida, ringer lactato, sinvastatina. Cuidados prescritos: monitorização cardíaca contínua (24h), oximetria de pulso (24h), controle da glicemia capilar 6/6h. Homem teve alta médica, normalização das enzimas cardíacas. Permaneceu na UPA por 30 horas.*

Fonte: dados do estudo.



O RJFS apresentou três fatores de risco para infarto, diabetes, hipertensão, é ex-tabagista. Relatou utilizar propranolol e metformina. Em entrevista revelou que não comparece a consulta médica há um ano, e permaneceu com a prescrição antiga.

Foi atendido com queixa principal de dor precordial de forte intensidade com tempo de início de 1 hora. Nesse caso o RJFS procurou atendimento de urgência imediatamente após início dos sintomas, sendo encaminhado do trabalho para a unidade. Na classificação de risco mostrou-se hipertenso grau II segundo BRASIL (2006), foi classificado como risco amarelo e recebeu diagnóstico primário de infarto agudo do miocárdio.

Foi realizado o **cuidado de monitorização cardíaca contínua** que envolve outros cuidados necessários para o homem com hipótese diagnóstica de IAM como **controle de arritmia** realizado através do eletrocardiograma e **cuidado de alerta**, presente em situações de possível instabilidade clínica.

Permaneceu sob avaliação na unidade por 30 horas, teve alta médica após normalização das enzimas cardíacas. Nesse caso paciente não foi encaminhado para tratamento ambulatorial e estratificação de risco pelos registros do boletim de atendimento.

#### ✓ Caso de estudo V

*Homem VP, 58 anos, brasileiro, natural do Rio de Janeiro, cor parda, solteiro, possui 03 filhos, morador do bairro de Parada de Lucas. Escolaridade: nível médio completo, profissão técnico de informática. Possui hipertensão, relata IAM prévio há 04 anos. Relata uso anterior de cigarro, parou de fumar há 05 meses. Diagnóstico atual de IAM e acidente vascular cerebral isquêmico. Foi atendido na UPA dia 23/04/2015 às 18:13, com queixa torácica com irradiação para dorso, relata início dos sintomas há 1 hora. Relata uso de medicações: losartana, AAS, sinvastatina, carvedilol. Sinais vitais: pressão arterial: 150/100 mmHg, pulso de 88 bpm, SpO2 100%. Classificado como risco amarelo/observação. Exames prescritos nas primeiras 24 horas: eletrocardiograma, uréia, troponina, sódio, potássio, hemograma completo, glicose, creatinofosfoquinase- CPK, creatinina, CK-MB, cálcio. Medicações prescritas nas primeiras 24 horas: ácido acetil salicílico, clopidogrel, cetoprofeno, atenolol, captopril, dipirona sódica, enoxaparina sódica, metoclopramida, morfina, sinvastatina. Cuidados prescritos: controle dos sinais vitais 6/6 horas, controle da glicemia capilar 6/6horas, ventilação não invasiva (contínua) 5L/min. Permaneceu em atendimento na UPA por 13 dias, sendo transferido para hospital de cardiologia.*

Fonte: dados do estudo.

VP relatou três fatores de risco para infarto: hipertensão, tabagismo e IAM prévio. Em entrevista relata que inicialmente não associou os sintomas iniciais com um

novo infarto, entretanto após início de dores na coluna e região torácica ele relacionou a sintomatologia do primeiro infarto, e buscou atendimento de urgência. Destaca-se mais uma vez a importância da prevenção da recorrência dos eventos isquêmicos e alteração da progressão da doença aterosclerótica.

No primeiro atendimento apresentou-se hipertenso, classificado como risco de gravidade amarelo. Diagnosticado com novo IAM com elevação do segmento ST, e acidente vascular cerebral isquêmico no 2º dia de atendimento, evoluindo com hemiparesia à esquerda. Permaneceu na UPA por 13 dias e foi transferido para hospital de cardiologia para estratificação de risco.

No caso em estudo, um cuidado necessário para o homem que apresenta hemiparesia é **o cuidado de auxílio na deambulação**, necessário para prevenção de quedas.

Devido à recorrência do episódio de IAM, ressaltou-se a demanda de orientação em saúde, a necessidade dos **cuidados de orientar e de promoção a saúde** destacam-se nesse caso, pois na entrevista VP relatou que sofreu IAM há 04 anos, e que logo após o evento ele aderiu a medidas de cuidado com a saúde como redução de gorduras, entretanto continuou com o tabagismo, que cessou 07 meses antes do segundo infarto.

#### ✓ Caso de estudo VI

*Homem CCVM, 53 anos, brasileiro, natural do Rio de Janeiro, casado, cor branca, possui três filhos. Escolaridade: nível médio completo, profissão: técnico em transações imobiliárias. Possui diabetes. Informa usar metformina. Relata uso de cigarro e bebida alcoólica. Morador do bairro da Penha. Atendido na UPA dia 19/05/2015 às 20:31. Queixa de dor no tórax de intensidade moderada, náusea, dor epigástrica e sudorese de início há 40 minutos. Sinais vitais: pressão arterial de 130/80 mmHg, pulso 85 bpm, temperatura 36°C, frequência respiratória: 18 irpm, SpO2 98%, HGT: 103 mg/dl. Classificado como risco amarelo/observação. Diagnóstico primário infarto agudo do miocárdio não especificado. Exames prescritos nas primeiras 24 horas: eletrocardiograma, troponina, creatinofosfoquinase – CPK, CK-MB, uréia, troponina quantitativa, sódio, potássio, hemograma completo, glicose, creatinina. Medicamentos prescritos nas primeiras 24 horas: ácido acetil salicílico, bromoprida, cetoprofeno, isossorbida, omeprazol, clopidogrel, dipirona sódica, metformina, escopolamina, atenolol, captopril, nitroglicerina, sinvastatina, enoxaparina sódica, ranitidina. Cuidados prescritos: controle dos sinais vitais 4/4horas, monitorização cardíaca contínua 24/24 horas, oximetria de pulso 24/24horas, ventilação não invasiva (contínua) 5L/min. Permaneceu em atendimento na UPA por 4 dias, com alta por decisão médica.*

Fonte: dados do estudo.

CCVM apresentou os seguintes fatores de risco: diabetes, tabagismo e alcoolismo. Apresentou sintomas clássicos de isquemia cardíaca como dor no tórax,

náusea e sudorese. Ao ser questionado sobre as possíveis causas do infarto o entrevistado não correlacionou o diabetes como fator de risco.

*“Eu acredito que foi o cigarro, porque ele entope artérias, não é nem o fato do diabetes e das comidas pesadas que eu gostava de comer. Foi o cigarro mesmo, eu atribuo toda a culpa ao cigarro. Falta de exercício (...)”*(CCVM)

Além de descartar o diabetes, ele também não fez correlação da alimentação gordurosa com a doença. A falta de orientação quanto à prevenção do infarto colocou esse homem em perigo, principalmente para a ocorrência de um novo episódio isquêmico, ou agravamento do quadro clínico.

Destaca-se nesse caso a procura imediata a UPA após 40 minutos do início da sintomatologia. O período pré-hospitalar, que se inicia na identificação dos sintomas e estende-se até a chegada ao serviço de emergência é fundamental para o tratamento e recuperação do infarto agudo do miocárdio, para tanto é necessária a orientação do cliente quanto os sintomas clínicos do IAM, pois a não valorização ou desconhecimento destes pode retardar o atendimento (PIEGAS, 2009)

A otimização do tempo de atendimento do paciente e início da terapia trombolítica prescrita (Gate – Needle) está intimamente ligado ao **cuidado de identificação de risco** realizado pelo enfermeiro e segundo Acosta Gonzalez (2011) interfere diretamente no sucesso do tratamento do IAM.

Entre os cuidados prescritos e recebidos por CCVM está o **cuidado na administração e monitorização de oxigenoterapia**. A administração de oxigênio integra o tratamento de emergência ao infarto agudo do miocárdio dentro das 3-6 primeiras horas de atendimento, ou mais, quando necessário (PIEGAS, 2008). A monitorização da oxigenoterapia foi realizada pela oximetria de pulso e registrada pela equipe de Enfermagem a cada 24 horas.

**O cuidado na suspensão de exames** é fundamental no tratamento do IAM pela necessidade da realização da curva dos marcadores de isquemia miocárdica. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, entre os critérios para o diagnóstico do IAM está a elevação característica ou redução gradual da troponina, ou elevação e redução rápidos da creatinaquinase CK fração MB (CK-MB), marcadores cardíacos (PIEGAS, 2009).

## ✓ Caso de estudo VII

*Homem MN, 52 anos, brasileiro, natural do Rio de Janeiro, cor branca, casado, possui 5 filhos. Morador do bairro do Edem, São João de Meriti. Escolaridade: nível fundamental completo, profissão: motorista particular. Relata hipertensão e diabetes. Informa uso de cigarro e bebida alcoólica. Foi atendido na UPA dia 13/03/2015 às 11:33. Queixa principal de dor precordial intensa, dispnéia, vômito, fraqueza e perda de apetite, com início há 2 dias. Informa uso de medicamentos: amoxicilina, bromoprida, acetilcisteína, captopril, clonil. Sinais vitais: pressão arterial 100/60 mmHg, pulso 50 bpm, SpO2 99%, HGT 178 mg/dL. Classificado como risco amarelo/observação. Diagnóstico primário: infarto agudo do miocárdio não especificado. Exames prescritos nas primeiras 24 horas: CK-MB, Creatinifosfoquinase – CPK, troponina, RX tórax, creatinina, hemograma completo, potássio, sódio, uréia. Medicamentos prescritos nas primeiras 24 horas: bromoprida, cloreto de sódio 0,9%, amoxicilina, azitromicina, dipirona sódica, fenoterol bromidrato, ipratrópio, prednisona, ácido acetil salicílico, captopril, clopidogrel. Cuidados prescritos: Controle da glicemia capilar 6/6horas, ventilação não invasiva (contínua) 6L/min. Homem permaneceu em atendimento na UPA por 2 dias, com alta por decisão médica.*

Fonte: dados do estudo.

MN apresentou os seguintes fatores de risco: hipertensão, diabetes, tabagismo e etilismo. Entretanto na sua fala não relacionou nenhum deles como prováveis causas para o IAM, mas identificou outros motivos, como o estresse produzido pelas atividades laborais em excesso: *“Muito trabalho, estresse. A minha alimentação é boa (...).” (MN)*

Entre as queixas registradas no boletim de atendimento, evidencia-se a dor precordial intensa, contradizendo com a fala do entrevistado que relatou uma dor de leve intensidade: *“Eu senti só uma ‘dorzinha’ leve no peito.” (MN)*

A verbalização da sintomatologia pode se relacionar a uma demonstração de fraqueza ou invulnerabilidade masculina. No exercício dos papéis desempenhados no cotidiano, homens constroem resistência diante da dor como maneira de manter a própria existência, determinando uma dificuldade na identificação do IAM e tratamento da dor (MUSSI, 2010) Resistir à dor pode significar um risco de morte. **O cuidado no controle da dor** é essencial para a recuperação, pois a dor está relacionada com o aumento no consumo de oxigênio pelo tecido miocárdico (AVEZUM, 2004).

Entre as comorbidades apresentadas situa-se o diabetes mellitus tipo II, **o cuidado na verificação da glicemia capilar** deve ser realizado na suspeita de infarto independente da existência do diabetes, pois a elevação da glicemia no atendimento de infartados ocorre mesmo sem história pregressa da doença (CHACRA, 2008).

### ✓ Caso de estudo VIII

*Homem DRFL, 35 anos, brasileiro, natural do Rio de Janeiro, casado, morador do bairro de Jardim América. Escolaridade: nível médio incompleto, profissão pedreiro. Nega doenças crônicas e relata uso de bebida alcoólica. Queixa de precordialgia em aperto há 1 dia. Sinais vitais: pressão arterial: 140/90 mmHg, pulso: 70 bpm, SpO2 98%. Classificado como risco amarelo/observação. Diagnóstico primário de infarto agudo do miocárdio não especificado. Exames prescritos nas primeiras 24 horas: eletrocardiograma, troponina, creatinofosfoquinase – CPK, CK-MB. Medicações prescritas: ácido acetilsalicílico, atenolol, clopidogrel, enoxaparina sódica, sinvastatina, bromoprida, captopril. Cuidados prescritos: controle dos sinais vitais 6/6 horas, monitorização cardíaca contínua 24/24horas. Homem permaneceu em atendimento na UPA por dois dias, com alta por decisão médica e encaminhamento ao ambulatório.*

Fonte: dados do estudo.

DRFL não apresentou comorbidades clínicas registradas no boletim de atendimento. Na classificação de risco apresentou-se hipertenso e referiu uma dor precordial em aperto de grande intensidade: *“Senti muita dor no peito, tanta dor que eu não conseguia ficar em pé”*. (DRFL)

Com base nos sinais e sintomas apresentados por DRFL foi instituído o **cuidado de emergência**, com a realização da identificação de risco de vida pela equipe de enfermagem para estabilização do quadro hipertensivo.

Em relação aos fatores de risco, ele mencionou o histórico familiar positivo para doença cardiovascular como possível causa para o acontecimento do IAM, além da alimentação gordurosa.

*“Acho que muita gordura que eu como, minha esposa coloca muito tempero na comida. Minha família tem histórico, meu pai morreu de infarto, minha família tem problema cardíaco.”* (DRFL)

Apesar do histórico positivo para doenças cardiovasculares, DRFL afirmou que nunca cuidou de si. *“Cuido mal, quase não me cuido, não tenho vaidade”*. Em sua fala podemos observar que o auto-cuidado foi relacionado à expressão de vaidade, algo que não assume lugar de importância. A necessidade de cuidado se construiu nessa frase de maneira oposta ao universo masculino, no sentido de que expressões de vaidade estão socialmente ligadas a feminilidades.

A priorização do cuidado da família no desempenho dos papéis sociais masculinos esteve presente em suas afirmações relacionadas à necessidade de trabalhar para o sustentar e garantir o futuro familiar: “*Ser homem é ser um chefe de família, ter responsabilidade, cuidar da casa. (...) Tenho que me cuidar para poder cuidar da minha família, poder fazer alguma coisa por eles*”. (DRFL)

DRFL esteve acompanhado da sua esposa durante o atendimento na UPA, e foi observado o **cuidado com a família**, no que se diz respeito a passagens de informações clínicas e do estado de saúde dele. Esse cuidado realizado principalmente pela enfermagem, que mesmo em um contexto emergencial, conseguiu integrar a família no ambiente assistencial.

- **Fatores de risco para IAM apresentados:**

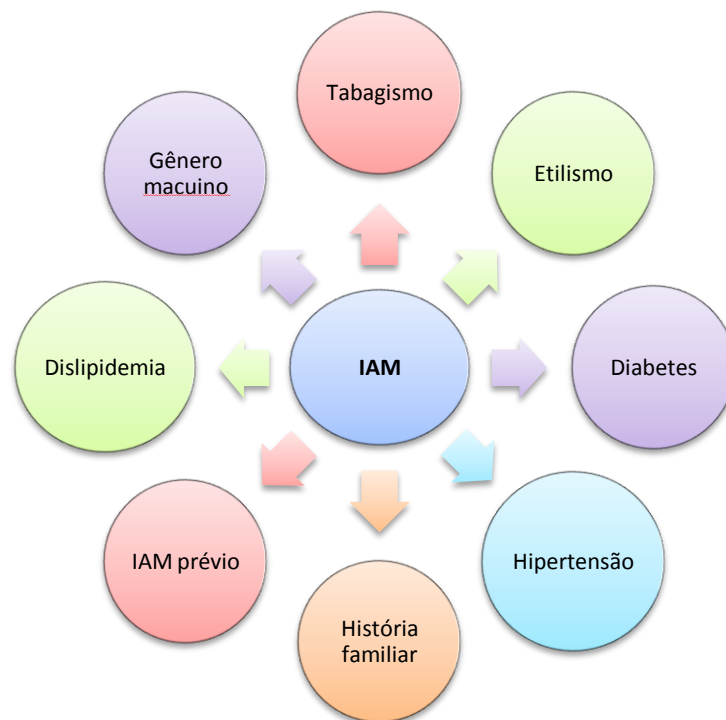


Figura 6 – Elemento gráfico para exemplificar os fatores de risco apresentados pelos homens do estudo.

**Quadro X.** Distribuição dos casos de acordo com as principais variáveis analisadas.

Homem	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Doenças crônicas	Hábitos de vida	Queixa principal	Tempo de início dos sintomas	Tempo de permanência na UPA	Saída da UPA
MBS	49	Casado	Médio técnico	Torneiro mecânico	Hipertensão	Tabagista, etilista	Dor precordial	24 horas	8 dias	Transferência
CDRG	60	Divorciado	Superior completo	Engenheiro civil	IAM prévio	Ex-tabagista, etilista	Dor torácica	Mais de 24 horas	10 dias	Alta por decisão médica
CJP	42	Casado	Fundamental incompleto	Pedreiro	Hipertensão	Tabagista, etilista	Dor torácica	11 dias	6 dias	Alta a pedido
RJFS	41	Casado	Médio completo	Técnico mecânico industrial	Hipertensão Diabetes	Ex-tabagista	Dor precordial	1 hora	30 horas	Alta por decisão médica.
VP	58	Solteiro	Médio completo	Técnico em informática	Hipertensão IAM prévio	Ex-tabagista	Dor torácica	1 hora	13 dias	Transferido para hospital de cardiologia
CCVM	53	Casado	Médio completo	Técnico em transações imobiliárias	Diabetes	Tabagista e etilista	Dor torácica, náusea, sudorese, dor epigástrica	40 minutos	4 dias	Alta por decisão médica
MN	52	Casado	Fundamental completo	Motorista particular	Hipertensão Diabetes	Tabagista e etilista	Dor precordial, dispnéia, vômito, fraqueza e falta de apetite.	2 dias	2 dias	Alta por decisão médica
DRFL	35	Casado	Médio incompleto	Pedreiro	Nega	Etilista	Dor precordial	1 dia	2 dias	Alta médica e encaminhamento para tratamento ambulatorial

Fonte: dados do estudo.

Os dados chamam atenção para 06 homens casados, com média de idade de 49 anos, nível de escolaridade de ensino médio, sendo 03 técnicos, 02 pedreiros, 01 engenheiro, 01 motorista, 01 torneiro mecânico. São em sua maioria portadores de doenças crônicas como diabetes mellitus e hipertensão, tabagistas e etilistas. No que diz respeito ao atendimento, queixa principal de dor torácica/ precordial, com tempo de procura ao serviço de urgência variando de 40 minutos a 11 dias, tempo de permanência

na UPA acima de 24 horas a 13 dias. Desfecho dos casos com alta por decisão médica. O quadro X possui relação direta com o quadro de cuidados que os homens atendidos receberam sendo 81 tipos de cuidados reafirmados.

**Quadro XI.** Distribuição dos cuidados reafirmados, Rio de Janeiro, 2015.

Tipologia de Cuidados reafirmados	
Do ambiente	Por um plantão
De providenciar material	De alerta
De providenciar recursos humanos	Da passagem das informações
Na assistência ventilatória	Do risco de agravamento do quadro clínico
De chamar as pessoas pelo nome próprio	Descrito no prontuário eletrônico ou de papel
Na suspensão de exames	Preventivo para as quedas
De etiqueta e educação social	De assistir
De instituir o tratamento e cuidados simultaneamente	No preenchimento de informações no livro de ordens e ocorrências
De implementar os cuidados necessários	Na troca da hidratação venosa
De cuidar para alta/saída	De respeitar a individualidade
De registrar	De interagir
De sua família	De diagnosticar
Por um dia	De equilibrar o organismo
Com ciência	De passar visita diariamente
Na tessitura dos cuidados	De lidar com prioridades
De emergência	Diurno
No controle da infecção hospitalar	Contínuo
Admissional	Na administração de medicamentos
De identificação de risco	Na terapia endovenosa
De verificação e monitorização de sinais vitais	No controle de arritmia
De biossegurança	No controle da dor
Dos cuidados mais freqüentes	Com repouso no leito
Noturno	Das tarefas
No controle da eliminação vesical espontânea	De ter uma relação enfermeiro-cliente integrada
Na administração e monitorização de oxigenoterapia	Nas doenças crônicas e degenerativas
Na prevenção ou minimização de fatores de risco de broncoaspiração	De receber quaisquer explicações de procedimentos
No preparo de medicamentos	Na interpretação de dados laboratoriais
Na inserção endovenosa	No controle de gotejamento
Dos líquidos corporais que entram e saem do corpo	Nutricional
No controle de líquidos	No controle da hemorragia
No caos entre a vida e a morte	Do engajamento no grupo social/enfermaria
Na monitorização dos líquidos	No controle da hipervolemia
	Na reposição rápida de líquidos



Nas infecções cruzadas	Do corpo transformado
Na passagem de plantão	Com sondas drenos e cateteres
No controle de líquidos	Na redução da ansiedade expressa
Na checagem de exames pendentes	Na re-animação cardiopulmonar
Na implantação de cateteres e sondas	No controle da pressão sobre as áreas do corpo
No auxílio de deambulação	No posicionamento e transporte por cadeiras, macas-leitos
No controle da hipoglicemia	À pessoa no ato de alimentar
Da limpeza do material usado no cuidado	Na verificação de carrinhos para emergências
Com as eliminações vesicais	Na prevenção de úlceras por pressão
Com as eliminações intestinais	De suporte a família
De higienizar o corpo	Na cateterização vesical
De banho/higiene pessoal com ajuda	No transporte
Na proteção dos direitos dos clientes	De transferência para outro setor

Os cuidados apresentados no quadro XI foram recebidos pelos homens em atendimento de emergência na UPA com suspeita de IAM e foram reafirmados a partir dos dados coletados, nas entrevistas, na observação, do diário de campo da pesquisadora e das informações registradas em boletim de atendimento.

### **Os cuidados de providenciar material e recursos humanos e do ambiente.**

São cuidados realizados diariamente pela equipe de enfermagem, durante a avaliação do ambiente do cuidado, nas necessidades de providenciar material para a realização dos procedimentos, e no dimensionamento dos profissionais de enfermagem. Estes cuidados são considerados fundamentais para subsidiar a prática e a tessitura dos outros cuidados.

*“Ao chegar à unidade o homem fez o cadastro e informou dados referentes à identificação sendo encaminhado para a sala de classificação de risco, onde a enfermeira ‘Carla’ avaliou o nível de consciência, queixa principal, intensidade da dor, as doenças pré-existentes, as medicações utilizadas, alergias, os sinais e sintomas e os sinais vitais. Sendo classificado como risco amarelo.”*

Fonte: dados do estudo.

### **O cuidado de respeitar a individualidade.**

Respeitar a individualidade é um ato fundamental quando se trata de cuidados de enfermagem, o cuidado é direcionado a um ser humano, único e individual, dessa forma ele tem necessidades específicas. Ao observarmos o contexto observado, cabe destacar a

individualidade e especificidade que cada homem representa e necessita durante o atendimento. Chamar os clientes pelo nome próprio e não somente pelo número do leito, ou prontuário, pode ser caracterizado como cuidado de respeitar a individualidade, essa atitude também confere segurança no cotidiano de assistência.

*“Na entrada da sala amarela, a enfermeira líder ‘Joana’ foi indagada quem era o homem com suspeita de IAM, a mesma analisou o quadro de leitos e informou o nome e idade do cliente, o leito onde estava em repouso e o horário de chegada na unidade.”*

Fonte: dados do estudo.

### **Os cuidados de registrar, de passar as informações.**

O registro é um cuidado que pode ser observado através da análise dos boletins de atendimento, do livro de registro, e na folha de evolução de enfermagem. O registro da classificação de risco do homem é fundamental para determinar o diagnóstico primário do infarto. Através do registro da queixa principal e dos sinais vitais contribui para a avaliação da gravidade do caso apresentado.

*“Na sala amarela existia um livro de registro dos doentes, eram registrados o nome, idade, dia e hora de entrada na sala, diagnóstico primário, equipe de plantão e horário da alta/ saída da unidade. As informações eram anotadas diariamente, duas vezes ao dia, e modificadas conforme a entrada ou saída de doentes.”*

Fonte: dados do estudo.

### **Os cuidados de alerta e de emergência.**

São cuidados característicos de uma unidade de pronto atendimento. A UPA faz atendimento às principais emergências clínicas como o infarto agudo do miocárdio. A equipe de enfermagem precisa estar preparada para o atendimento inicial do infarto, e para o reconhecimento dos principais sinais e sintomas.

*“Observou-se um clima de tensão na sala amarela a espera de um homem que estava no setor de classificação de risco e deu entrada no protocolo de dor torácica.”*

Fonte: dados do estudo.

## O controle da dor

É um cuidado fundamental para esses homens, pois o infarto é associado ao sintoma de dor torácica de forte intensidade com possível irradiação para membros superiores e/ou mandíbula. A observação da dor e sua intensidade através do uso de escalas como a numérica é um cuidado de enfermagem que deve ser recebido por pessoas com sintomas de infarto a fim de promover o conforto.

*“A dor no peito como se fosse angustia, apertando, apertando. Então comecei a ficar tonto, minha visão embaçou um pouco. Depois que cheguei aqui me colocaram na cadeira, me deram muitos remédios e fui melhorando.” (MBS)*

Fonte: dados do estudo

Na UPA a identificação e avaliação da intensidade da dor se iniciam na classificação de risco. O controle da dor é realizado através da administração da terapia farmacológica prescrita. Na análise dos boletins de atendimento observou-se que as principais medicações utilizadas para o controle da dor na suspeita do infarto são morfina que foi prescrita para 47 homens e dipirona sódica que foi prescrita para 43 homens.

## Os cuidados de verificação dos sinais vitais, de equilibrar o organismo.

São necessários para a monitorização e identificação de possíveis instabilidades hemodinâmicas. A gravidade do caso vai determinar a frequência da verificação dos sinais vitais.

*“Foi atendido na UPA dia 23/01/2015 às 11:51. Com queixa principal de dor precordial de forte intensidade com início há 1 hora. Sinais vitais: PA 200/130 mmHg, FC 46 bpm, Sp O2 99%, HGT 143 mg/dl, FR 21 irpm. Classificado como risco amarelo. Diagnóstico primário de infarto agudo do miocárdio não especificado.”*

Fonte: dados do estudo.

## Cuidado na administração e monitorização da oxigenoterapia

A oxigenoterapia faz parte do atendimento inicial no diagnóstico de infarto, segundo Piegas (2009), e constitui um cuidado a administração dessa terapia pela equipe de enfermagem e sua monitorização através da instalação da oximetria de pulso.

*“Ao chegar à beira leito do homem RJFS, observou-se que ele recebia oxigenoterapia por meio da máscara de Venturi.”*

*“Cuidado prescrito para RJFS: oximetria de pulso (24h).”*

Fonte: dados do estudo.

### **Cuidado no controle da arritmia**

O cuidado no controle da arritmia inicia-se no atendimento a suspeita do infarto com a realização do eletrocardiograma pela equipe de enfermagem após a classificação de risco. Ao ser transferido para a sala de atendimento o homem é então monitorizado e observado continuamente as alterações nos traçados eletrocardiográficos. Este cuidado é fundamental no atendimento e tratamento do homem com hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio.

*“Cuidados prescritos para DRFL: controle dos sinais vitais 6/6 horas, monitorização cardíaca contínua 24/24horas.”*

Fonte: dados do estudo

*“CDRG, 60 anos, (...) etilista e ex-tabagista (parou há sete meses). Cardiopata apresentou um infarto há 20 anos, passou por uma cirurgia de revascularização do miocárdio. Eletrocardiograma evidencia IAM com infradesnivelamento de segmento ST.”*

Fonte: dados do estudo.

### **Cuidado de explicar quaisquer cuidados de enfermagem**

Explicar quaisquer procedimentos de enfermagem é um cuidado que deve fazer parte da assistência, pois a pessoa possui o direito de ter conhecimento de tudo o que será feito em seu corpo e que afete a sua saúde. De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (RESOLUÇÃO COFEN 311, 2007) no seu artigo 17º, diz que é dever do profissional de enfermagem *“prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem”*.

*“Durante a entrevista, a técnica de enfermagem interrompeu pedindo licença e explicou para RJFS que estava no horário de verificar a glicemia capilar. Após a verificação, a profissional informou que o valor da glicemia estava elevado. Minutos depois, ela retornou e pediu que o homem tomasse a medicação prescrita que já estava na cabeceira do leito.”*

Fonte: dados do estudo

### **Cuidado de manter uma relação interpessoal integrada**

Manter uma relação integrada é vital para a prestação de uma assistência em saúde adequada, através da escuta ativa permitindo a verbalização das necessidades, da observação das alterações e instabilidades que o homem pode apresentar e da percepção das especificidades que vão orientar e traçar os cuidados a serem realizados.

*“Após a leitura dos casos clínicos que estavam em atendimento, selecionou-se um caso de um homem com diagnóstico de IAM. A enfermeira líder ‘Cíntia’ foi ao leito dele e falou a respeito da pesquisa realizada na UPA, o mesmo de pronto aceitou participar.”*

Fonte: dados do estudo

### **Cuidado no preparo e administração de medicamentos**

As medicações mais utilizadas nas primeiras 24 horas de atendimento ao homem com hipótese diagnóstica de infarto a partir da análise dos boletins de atendimento são: ácido acetil salicílico, clopidogrel, enoxaparina sódica, sinvastatina, captopril, morfina, isossorbida, dipirona sódica e atenolol.

*“Em meio à entrevista, a técnica de enfermagem ‘Zilda’ interrompeu e realizou a administração dos medicamentos orais com o cuidado de informar o nome de cada medicação que o homem tomava.”*

Fonte: dados do estudo

### **Cuidado nas doenças crônicas degenerativas**

A partir da análise dos boletins de atendimento foi possível considerar que dos 102 homens, 61 apresentaram hipertensão e 15 relataram ter diabetes. Dessa forma faz-se necessário o cuidado nas doenças crônicas através da orientação a cerca dos cuidados no tratamento e na instituição da terapia necessária.

*“Homem MBS, 49 anos, casado, da cor parda, Brasileiro, natural do Rio de Janeiro morador do bairro Coelho Neto. Hipertenso sem tratamento.”*

Fonte: dados do estudo

*“Homem CCVM, 53 anos, brasileiro, natural do Rio de Janeiro, casado, cor branca. Possui diabetes. Informou usar metformina.”*

Fonte: dados do estudo

### **Cuidado na suspensão de exames**

No atendimento a suspeita de infarto exames específicos são necessários. O homem é encaminhado então para a realização destes. De acordo com a análise dos boletins de atendimento os principais exames prescritos foram: troponina, CK-MB, CPK, hemograma completo, eletrocardiograma, uréia, sódio, potássio, creatinina, troponina quantitativa, glicose.

*“VP de 58 anos, brasileiro, natural do Rio de Janeiro. Possui hipertensão, história de IAM prévio há 04 anos e ex-tabagista. Durante o atendimento emergencial ao novo IAM, ele relatou dores fortes na cabeça, e foi encaminhado para o hospital situado ao lado da UPA para realizar tomografia computadorizada, sendo diagnosticado com acidente vascular cerebral isquêmico.”*

Fonte: dados do estudo

### **Cuidado de orientação de promoção a saúde.**

Não obstante o cenário de observação seja uma unidade de pronto atendimento - UPA, a promoção da saúde é um cuidado que deve ser prestado a fim de orientar os homens para uma mudança nos hábitos não saudáveis e para a adesão ao tratamento, com objetivo de melhorar o prognóstico pós-infarto e reduzir a incidência de recorrências. Foi observado que os principais hábitos de vida que ofereceram risco foram o tabagismo e o etilismo. Esse cuidado não pode ser reafirmado.

### **Cuidado de resgatar os aspectos encobertos pela hospitalização.**

Ao ser atendido no serviço de urgência o homem passa por uma ruptura do seu cotidiano. A hospitalização é uma fase desse processo de ruptura com o cotidiano, no qual estes homens passam a viver com a condição do ser um paciente infartado, o que pode resultar numa perda da identidade pessoal (MUSSI, 2004). Portanto é necessário o cuidado de resgatar os aspectos que são perdidos durante a hospitalização/atendimento de urgência para manutenção da identidade pessoal, com objetivo de contribuir com o tratamento através do estímulo a cooperação por parte dos homens durante a sua recuperação.

### **Cuidado de orientar.**

O cuidado de orientar deve ser realizado em qualquer que seja seu campo de atuação, os clientes necessitam ser orientados quanto a sua recuperação, tratamento e

para prevenir a recorrência de um infarto. A demanda desse cuidado foi constatada através da fala dos homens:

*“Gostaria de receber orientação em relação a minha saúde, como cuidar melhor, eu queria receber instruções de como cuidar da minha saúde daqui pra frente.”*  
(CCVM)

Fonte: dados do estudo

*“Eu gostaria de saber mais de agora em diante sobre a saúde, porque antes eu ignorava, achava que estava bem.”* (DRFL)

Fonte: dados do estudo

No cenário de emergência, em meio ao sofrimento da ocorrência do IAM, os homens identificaram a sua necessidade de cuidado na forma de orientação. Observou-se nas suas falas a existência de uma ruptura com o cotidiano de suas vidas, que passou a ser dividida em dois momentos, o antes e o depois do infarto. A necessidade de mudanças no seu estilo de vida, a extinção de práticas prejudiciais, a essencialidade da redução ou controle dos riscos modificáveis.

#### ❖ Principais cuidados registrados:

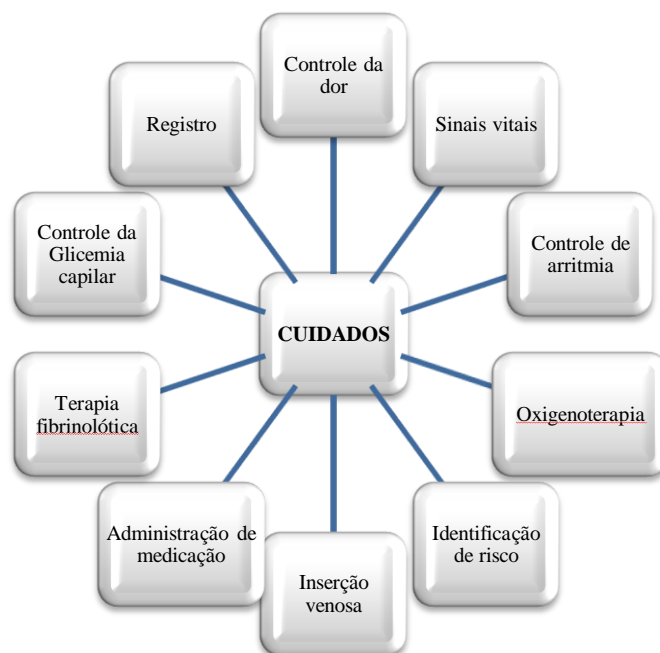


Figura 7 – Elemento gráfico dos principais cuidados de enfermagem registrados no estudo.

Os cuidados representados na figura 7 são os principais cuidados de enfermagem ao infarto que foram observados e registrados neste estudo. Analisados sob a ótica da masculinidade eles não apresentaram especificidade para o gênero masculino, mas que são necessários para manutenção da vida durante o atendimento ao infarto.

Alguns cuidados presentes na tipologia não se aplicaram no contexto por não se relacionarem aos casos observados na pesquisa, como o cuidado das lesões cutâneas, na inserção de PICC, na hipertermia ou hipotermia, na administração de derivados de sangue, nas imobilizações, com ostomias, na suspensão de cirurgias, entre outros presentes na tipologia que não foram reafirmados.

A reafirmação dos cuidados descritos na tipologia evidenciou a importância desse instrumento na identificação e descrição de cuidados que no cotidiano emergencial permanecem invisíveis entre os protocolos de atendimento a dor torácica, entretanto são realizados e recebidos por esses homens.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”*

*(Leonardo Boff)*

A especificidade do contexto de “ser homem” existe em diversos aspectos relacionados ao adoecimento por IAM, entretanto, os cuidados observados não expressaram essa especificidade, pautados em sua maioria no contexto assistencial qual ainda muito dependente do modelo biomédico, isto é, na divisão por órgãos e sistemas.

A presente dissertação foi fundamentada no objeto de estudo: cuidados de enfermagem aos homens com hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio socorridos em uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA. Para a caracterização dos homens foram analisados 102 registros de atendimento de homens com hipótese de IAM, todos eram brasileiros, 99 naturais do Rio de Janeiro, 02 do Rio Grande do Norte e um do estado do Espírito Santo. Com relação à idade da população da pesquisa, 53% corresponderam à faixa etária adulta de 20 a 59 anos, e 47% dos homens eram idosos na faixa etária idosa de 60 a 89 anos, que não fazem parte do público alvo da Política de Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, mas apareceram na pesquisa da população masculina atendida no serviço de emergência da UPA.

No que se refere à cor/raça, 25% dos homens eram da cor branca, 21% da cor parda, 10% negros, 5% amarelo. Em razão da miscigenação racial no país, critérios para definição de raça pode ser questionável, de modo que a raça é determinada nos boletins de atendimento pela cor da pele (branca, parda ou negra) conforme nomenclatura de censos demográficos. A raça negra está relacionada como elevado risco cardiovascular devido à prevalência de hipertensão, obesidade e diabetes (LESSA, 2004, GAMA, 2010). Entretanto no estudo, a porcentagem de negros no estudo não foi expressiva. É relevante destacar que 39% dos boletins de atendimento estavam incompletos sem o registro da cor.

Os bairros de origem de maior frequência no estudo foram: Penha, Olaria, Brás de Pina, Vila da Penha, Ramos, Penha Circular, Cordovil e Vigário Geral, respectivamente. Cabe recomendar a análise aprofundada de questões relativas ao acesso a serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção que interferem na situação sanitária dessas localidades que contribuem para a redução do índice de desenvolvimento humano.

Entre os transportes utilizados destacaram-se os meios próprios, 91% dos homens chegaram à UPA por meios próprios, isto é, veículo automotor próprio ou qualquer meio de transporte que se locomove e se dirige até a unidade sem auxílio de ambulâncias ou veículos de remoção de pacientes da rede de urgências e emergências.

Em torno de 5% foi levado via SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), 3% através do Corpo de Bombeiros, 1% classificado por outros meios não especificados.

A principal queixa apresentada foi dor torácica, seguido de dispnéia, sudorese, náuseas, vômito e dor nos membros superiores. Observou-se que 54% dos homens atendidos relataram ter iniciado os sintomas em menos de 24 horas do atendimento na unidade. 17% relataram ter iniciado os sintomas há mais de 24 horas.

As principais doenças pré-existentes apresentadas foram hipertensão, diabetes, IAM prévio. Entre os medicamentos mais utilizados pelos homens estão os anti-hipertensivos, resultado que se aproxima ao número de homens que relataram possuir hipertensão arterial sistêmica.

Na classificação de risco a maioria dos homens (78%) foi classificada como risco amarelo, enquanto 22% foram classificados como risco de gravidade vermelho, isto é apresentaram perigo eminente de morte e necessitaram de intervenção imediata.

No que diz respeito ao diagnóstico laboratorial, entre os principais exames indicados no diagnóstico do infarto agudo do miocárdio estão a troponina, CK-MB e a creatinofosfoquinase – CPK. O eletrocardiograma fez parte da classificação de risco, realizado pelo enfermeiro na admissão do homem com suspeita de IAM.

As medicações mais prescritas foram ácido acetilsalicílico (AAS) e clopidogrel. O fármaco anti-hipertensivo e vasodilatador coronariano mais prescrito foi o captopril. As medicações fibrinolíticas prescritas na pesquisa são alteplase e tenecteplase, O analgésico mais prescrito foi o sulfato de morfina. A enoxaparina foi o anticoagulante mais utilizado como adjuvante ao tratamento fibrinolítico.

O maior tempo de permanência na UPA foi 12 dias. Verificou-se que 49% dos homens atendidos permaneceram na UPA por até 24 horas. A maioria dos homens atendidos com hipótese diagnóstica de infarto recebeu alta por decisão médica, 18% foram transferidos para unidades hospitalares e 8% evoluíram a óbito.

Em relação à primeira questão norteadora que diz respeito aos cuidados de enfermagem que o homem recebe ao ser atendido na UPA com hipótese diagnóstica de IAM, evidenciou-se que a demanda de cuidados apresentada pela população masculina inicia-se desde a fase pré-hospitalar, na educação para a saúde e prevenção do adoecimento cardiovascular, na promoção do auto cuidado e no auxílio ao reconhecimento dos sintomas de isquemia miocárdica. Os cuidados recebidos pelos

homens, reafirmados de acordo com a tipologia são principalmente os cuidados: na identificação de risco, no controle de arritmia, no controle da glicemia capilar, da dor, de registrar, na passagem das informações, na administração e monitorização de oxigenoterapia, na suspensão de exames, na terapia endovenosa e administração de medicação, no controle da hemorragia.

No que concerne ao primeiro objetivo do estudo sobre a descrição dos cuidados de enfermagem recebidos pelos homens, verificou-se na análise dos boletins de atendimento da UPA - Penha, que os cuidados prescritos mais freqüentes foram: monitorização cardíaca contínua, ventilação não invasiva contínua, controle dos sinais vitais, controle da glicemia capilar, oximetria de pulso. Os menos freqüentes: sondagem vesical de demora, balanço hídrico, banho no leito e mudança de decúbito. Constatou-se também que as prescrições de cuidado de enfermagem foram feitas pelo profissional de medicina em conjunto com a prescrição de medicamentos.

No que se refere à segunda questão norteadora desse estudo, a masculinidade influenciou no tocante ao adoecimento masculino por IAM, observado pelas falas que destacam para uma dificuldade de realizar medidas de auto cuidado, devido à adoção de comportamentos de risco como tabagismo, alimentação rica em gorduras, aumento do estresse associado às responsabilidades assumidas na família, trabalho e sociedade. Em contraponto, o adoecimento pelo infarto foi também motivado por fatores de risco intrínsecos, não modificáveis como o histórico familiar.

Foram propostas mudanças de hábitos de vida por parte dos homens após o acontecimento do infarto, na tentativa de reduzir o risco de novos episódios. Dos casos estudados, destacou-se o VP, homem vítima de dois infartos do miocárdio que durante o atendimento de emergência na UPA sofreu um acidente vascular cerebral. A dificuldade no reconhecimento dos sintomas da doença foi percebida mesmo com histórico prévio de infarto do miocárdio, que pode ter contribuído para o agravamento da doença cardiovascular. A resistência a dor e a desvalorização da sintomatologia podem estar relacionadas ao aumento do tempo de procura por uma unidade de saúde mediante os sintomas típicos do infarto.

Com base ao terceiro objetivo proposto neste estudo que propôs discutir a relação entre a masculinidade e o adoecimento por infarto agudo do miocárdio sob a ótica dos cuidados de enfermagem, pôde-se considerar partindo da observação dos atendimentos de emergência que não existe uma especificidade dos cuidados prescritos

aos homens, que são determinados a partir das diretrizes de cuidado de emergência ao IAM. Entretanto, os homens receberam cuidados que vão para além das prescrições realizadas, ou de aspectos fisiológicos da doença, tais como: o cuidado de respeitar a individualidade, cuidado da família, cuidado de chamar pelo nome próprio, cuidado de manter uma relação integrada, cuidado de explicar quaisquer procedimentos de enfermagem.

Na tessitura dos cuidados emergenciais, o objetivo é a manutenção da vida do homem, da reestabilização da sua saúde e no caso específico do infarto, do controle da dor e da isquemia miocárdica. Esses cuidados foram recebidos por homens que tem em comum o IAM, entretanto possuem histórias de vida diferentes, aspectos sociais, psicológicos e biológicos que diferem entre eles e que determinam demandas específicas de assistência, que necessitam ser observadas e identificadas com vistas a realizar um cuidado humanizado de forma holística e individual.

Na discussão dos resultados, emergiu a necessidade da execução dos cuidados de orientação para a alta e promoção da saúde, mesmo no âmbito emergencial, pois são fundamentais para a prevenção da recorrência do IAM demonstrado pela história do entrevistado VP e outros 14 homens que foram atendidos na UPA no período analisado.

### **Restrição do estudo**

Esta pesquisa possui limitações referentes ao tamanho da amostra analisada, e dos casos observados, tendo em vista que o fenômeno pesquisado envolve demanda espontânea de procura do serviço de urgência. A análise dos dados dos boletins de atendimento sofreu limitações devido à incoerência de dados e insuficiência dos registros dos atendimentos. Ressalta-se a inexistência de um plano de cuidados de enfermagem na Unidade estudada, que dificulta a discussão dos cuidados realizados e recebidos.

### **Recomendação**

Recomenda-se que essa pesquisa seja realizada em um âmbito investigativo maior, já que no estado do Rio de Janeiro há 29 UPAs estaduais, com análise e tratamento estatístico dos dados quantitativos de caracterização da população do estudo. No que diz respeito à observação dos casos, recomenda-se que seja realizada em horário

integral, na tentativa de identificar os cuidados “invisíveis” ou não registrados do cotidiano emergencial.

Como produto desse estudo foi criado o Jornal Saúde do Homem (APÊNDICE H) a partir dos resultados obtidos, a fim de conscientizar a população masculina sobre o IAM, no tocante a prevenção da doença e redução dos fatores de risco. O plano de disseminação do Jornal Saúde do Homem inclui a distribuição do produto da dissertação para homens em idade adulta produtiva, no ambiente de trabalho, na tentativa de captar essa população para a educação em saúde com objetivo de prevenir a ocorrência do infarto agudo do miocárdio, promovendo saúde e o auto cuidado masculino.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA GONZALEZ, Magda et al . Evaluación de las acciones de enfermería en el Tiempo Puerta Aguja en pacientes con tratamiento trombolítico. Rev Cubana Enfermer, Ciudad de la Habana, v. 27, n. 1, março 2011.
- ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al . O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 607-614, Dec. 2014.
- AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem – 10 anos: 2009/2010. RJ: EPUB, 2009.
- AHA. Associação Interamericana do Coração. Suporte avançado de vida em cardiologia (Manual do ACLS). New York (NY): AHA; 2004.
- ARNETZ, JE; ZHDANOVA, L. Patient involvement climate: views and behaviours among registered nurses in myocardial infarction care. J Clin Nurs., v. 24, n.3-4, p.475-85, Fevereiro 2015.
- AVEZUM, Álvaro et al . III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 83, supl. 4, p. 1-86, Setembro, 2004.
- AVEZUM, Álvaro; PIEGAS, Leopoldo Soares; PEREIRA, Júlio César R.. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo: uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 84, n. 3, p. 206-213, Mar. 2005 .
- BADINTER, Elisabeth. *X Y: A Identidade Masculina* (2.<sup>a</sup> ed.), Lisboa, Editora Asa, 1996.
- BERNARDINO, E. et al. Protocolos de atendimento em enfermagem na ocorrência de arritmias cardíacas, infarto agudo do miocárdio e parada cardíaco-respiratória, baseados nas funções independentes da enfermagem. Revista Ciência e Cultura, Curitiba, n. 36, p. 26, Novembro, 2002.
- BORDON, Juliana G. et al . Redução da mortalidade após implementação de condutas consensuais em pacientes com infarto agudo do miocárdio. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 82, n. 4, p. 370-373, Apr. 2004 .
- BOZON M. Sociologia da sexualidade. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (*Princípios e Diretrizes*). Brasília, novembro, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Editora do Ministério da Saúde, 2. Ed. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual instrutivo das Redes de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h). PORTARIA nº 342, de 04 de março de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Estabelece conceitos de diagnóstico principal e secundário utilizados no Programa de Apoio à Entrada de Dados das Autorizações de Internação Hospitalar (SISAIH01). Portaria nº 1.324, de 27 de novembro de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nirj.def> acesso em 12 de fevereiro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e IBGE. Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório Ano 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c08.def>, acesso em junho de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS IBGE: base demográfica. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/d29.def>, acesso em março de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e IBGE. Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório Ano 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.def>, acesso em 20 de março de 2015.

BRAZ, Marlene. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar. 2005.

BRITO, Rosineide Santana de; SANTOS, Danyelle Leonette Araújo dos. Entraves para a implementação de programas assistenciais dirigidos ao público masculino: visão de profissionais de saúde. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 21(esp.1) p.654-9, Dezembro, 2013.



BUSS PM. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 163-77, 2000.

CAMARGO, Brigido Vizeu et al . Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto , v. 19, n. 1, p. 179-192, jun. 2011.

CARRARA, Sergio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 1940*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009 .

\_\_\_\_\_, Sergio. *Une science dérisoire: L'androgologie au Brésil entre les deux guerres*. *Vibrant – Virtual Brazilian Anthropology*, v. 1, n. ½, jan-dez, 2004.

CARMO, Onilda Alves do. Os homens e a construção e reconstrução da identidade de gênero. In: *Seminário de saúde do trabalhador de franca*. Franca. 2010.

CAVEIÃO, Cristiano; Santos, Renata Bassos ; Montezeli, Juliana Helena, et al. Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola. *R. Enferm. Cent. O. Min.* v.4, n.1, p. 921-928, jan/abr, 2014.

CERTEAU, Michel. *A Invenção do Cotidiano: Artes de Fazer*. Petrópolis: Vozes. 1996.

\_\_\_\_\_, Michel e GIARD, Luce: *A invenção do Cotidiano: 2. Morar e Cozinhar*, Petrópolis, Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1996.

CORDEIRO, Sharllene Vanessa Lima et al . Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 644-649, Dezembro, 2014.

CHACRA, Antonio Roberto; ALVARENGA, Marcelo Alves. Hiperglicemia e doença cardiovascular podem coexistir. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo, v. 52, n. 3, Abril, 2008 .

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. *Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero [tese]*. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

COELHO, Maria José. *Cuidar/cuidados de Enfermagem de Emergência: especificidades e aspectos distintos no cotidiano assistencial [tese]*. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1997.

\_\_\_\_\_, Maria. José; FIGUEIREDO, N. M. A.; CARVALHO, V. *O Socorro, o Socorrido e o Socorrer. Cuidar/cuidados em Enfermagem de Emergência*. Rio de Janeiro: Editora Anna Nery, 1999.

\_\_\_\_\_, Maria José. Maneiras de cuidar em Enfermagem. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 59, n. 6, p. 745-751, Dec. 2006.

COLOMBO, Roberta Cunha Rodrigues; AGUILLAR, Olga Maimoni. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. Rev. latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 69-82, abril, 1997.

CONNELL, Robert Willian. La organización social de la masculinidad. In: VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. (Ed.). *Masculinidad/es: poder y crisis*. Ediciones de las mujeres, p. 31-48, Santiago, 1997. apud SEPARAVICH, Marco Antonio; CANESQUI, Ana Maria. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. Saude soc., São Paulo, v. 22, n. 2, p. 415-428, June 2013.

CONNELL, Robert W. Masculinities. Berkeley: University of California Press, 1995 apud CONNELL, Robert W; Messerschmidt James W. Masculinidade hegemônica: repensando conceito. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 21, n.1, p. 424, janeiro-abril, 2013.

CONNELL, Robert W.; MESSERSCHMIDT, James W.. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282, Abril, 2013.

CHOW CK, ISLAM S, BAUTISTA L, et al. Parental History and Myocardial Infarction Risk Across the World: The INTERHEART Study. *J Am Coll Cardiol*; v.57, p.619-627, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN 311/2007. (Código de ética dos profissionais de enfermagem). Disponível em [www.portalcofen.gov.br](http://www.portalcofen.gov.br).

COORDENAÇÃO DA AP 3.1, SUBPAV/SMSDC-Rio de Janeiro, setembro de 2009. Citado no Anexo Técnico 1: informações sobre a Área de Planejamento 3.1. Disponível em <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/188552/DLFE-190313.pdf/1.0>.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e Implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, Karen; COSTA, S. H. (Org.). Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

COSTA, R. G. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. Revista Brasileira de Estudos de População, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 79-92, 2003.

COSTA-JUNIOR, Florêncio Mariano da; MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 25, n. 1, Mar. 2009.

COURTENAY WH Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. v.50, p. 1385-401; 2000.

CRESWELL, J.W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto; tradução Magda Lopes; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. 3. Ed – Porto Alegre: Artmed, 296 p, 2010.

CUNNINGHAM, S. The epidemiologic basis of coronary disease prevention. *Nurs. Clin. North. Am.*, v. 27, n.1, p. 153-65, 1992.

DANTAS, Rosana Ap. Spadoti; STUCHI, Rosamary Ap. Garcia and ROSSI, Lídia Aparecida. A alta hospitalar para familiares de pacientes com doença arterial coronariana. *Rev. esc. enferm. USP* [online], vol.36, n.4, p. 345-350, 2002.

DAL PAI D, Lautert L. Suporte humanizado no Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm.* v.58, n.2, p. 231-4; março, 2005.

DESLANDES SF & ASSIS SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças, pp. 195-226. In MCS MINAYO & SF DESLANDES (orgs.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método.* Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

EMSLIE, C. Women, men and coronary heart disease: a review of the qualitative literature. *Journal of Advanced Nursing.* v.51, n.4, p. 382-395; 2005.

MARTHA, Driessnack; SOUSA, Valmi D.; MENDES, Isabel Amélia Costa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e múltiplos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto,* v. 15, n. 5, p. 1046-1049, Oct. 2007.

FEITOSA, Gilson Soares et al . I Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Cardiologia Nuclear. *Arq. Bras. Cardiol., São Paulo ,* v. 78, supl. 3, p. 1-42, 2002 .

FERREIRA, Graça Maria Tavares de Melo et al . Maior letalidade e morbidade por infarto agudo do miocárdio em hospital público, em Feira de Santana - Bahia. *Arq. Bras. Cardiol., São Paulo ,* v. 93, n. 2, p. 97-104, Aug. 2009

FERNANDES, Ronald Teixeira Peçanha Cuidar/Cuidado de Enfermagem a Homens Vítimas de Acidentes com Motocicletas [dissertação]. Rio de Janeiro, UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, 2013.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva,* Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Março, 2005.

FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino e et al . Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. *Rev. Saúde Pública, São Paulo ,* v. 43, n. 1, p. 85-90, Fevereiro, 2009 .

GAMA, Glicia Gleide Gonçalves; MUSSI, Fernanda Carneiro; GUIMARÃES, Armênio Costa. Revisando os fatores de risco cardiovascular. *Rev. enferm. UERJ,* Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.650-5, out/dez, 2010.

GODOY, A. S. Introdução a pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, Mar./Abr. 1995.

GOMES, Romeu. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 8, n. 3, 2003.

GOMES, R. & NASCIMENTO, E.F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5): 901-911; 2006.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Mar. 2007.

GOMES, Romeu. *Sexualidade masculina, Gênero e Saúde*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira; RABELLO, Lúcia Emília Figueiredo de Souza. *As Representações da Masculinidade e o Ser Homem*. Seminário Internacional Fazendo Gênero 8: Corpo, violência e poder, Florianópolis, ago, 2008.

GOMES, Romeu et al . Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 983-992, 2011.

HUTTER Jr AM, Amsterdam EA, Jaffe AS. 31st Bethesda Conference: Emergency Cardiac care. *J Am Coll Cardiol*. v. 35, p. 853-62, 2000.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013*. Rio de Janeiro, IBGE, 2014.

LAURENTI R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência Saúde Coletiva*. v.10, p.35-46, 2005.

LEITE, Denise Fernandes, Ferreira IMG, Souza MS, Nunes VS, Castro PR. A influência de um programa de educação na saúde do homem. *O Mundo da Saúde*, v. 34, p.50-6, 2010.

LESSA, Ines et al . Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, Washington , v. 16, n. 2, p. 131-137, Aug. 2004 .

LYRA, Jorge; Medrado, Benedito, BARRETO, Alexandre Franca; AZEVEDO, Mariana. Homens e gênero: desafios na construção de uma agenda de política de saúde. *Boletim do Instituto de Saúde – BIS*. Volume 14 – Nº 1 – Agosto de 2012.

LOURENÇO, Roberto A.; Lins, Raquel G. Saúde do homem: aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento masculino. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. Ano 9, p 12 -19; suplemento 2010.

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

MALAVAR, Buitrago; ANDREA, Lilia. Experiencias de los hombres durante la etapa posinfarto de miocardio y presencia de estados depresivos. [Cult. cuid. enferm](#), v.8, n.1, p.42-51, jun. 2011.

MAMANIYUJRA, Cibele Margue; AVELAR, Maria do Carmo Querido. Perfil epidemiológico de pacientes internados com infarto agudo do miocárdio - estudo retrospectivo. [Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo](#); v.22, n.4, supl. A, p.7-11, out.-dez. 2012.

MARTHA, Driessnack; SOUSA, Valmi D.; MENDES, Isabel Amélia Costa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e múltiplos. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, Oct. 2007.

MATSUDA, Laura Misue; SILVA, Neuza da; TISOLIN, Ana Maria. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto. Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá, v. 25, n. 2, p. 163-170, 2003.

MELO ECP, CARVALHO MS, TRAVASSOS C. Distribuição espacial da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública, v. 22, n.6, p. 1225-36, junho, 2006.

MELO ECP, TRAVASSOS CMR, CARVALHO MS. Infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevida e distribuição espacial. Cad Saúde Pública, v.16, n. 2, p.121-3, 2007.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; Galvão, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008 .

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v.9, n. 3, p, 239-262, jul/set, 1993.

MOREIRA LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S. Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região Sul do Brasil. Rev Saúde Pública = J Public Health, v. 29, n. 1, p. 46-51; 1995.

MUSSI, Fernanda Carneiro. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.12, n. 5, p.751-759. Outubro, 2004.

MUSSI, Fernanda Carneiro; FERREIRA, Sílvia Lúcia; MENEZES, Angélica Araújo de. Vivências de mulheres à dor no infarto do miocárdio. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 170-178, Junho, 2006.

MUSSI, Fernanda Carneiro; Pereira, Álvaro. Tolerância à dor no infarto do miocárdio. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 23, n. 1, 2010.

NARDI A, GLINA S, FAVORITO LA. Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil, *International Braz J Urol*, v. 33, p. 1-7, 2007.

NUNES, SOB., CASTRO, MRP., and CASTRO, MSA. Tabagismo, comorbidades e danos à saúde. In NUNES, SOV., and CASTRO, MRP., orgs. *Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento* [online]. Londrina: EDUEL, pp. 17-38, 2011.

KEIJZER B. Hasta Donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina. In: Caceres C, Cueto M, Ramos M, Vallens S, organizadores. *La Salud como Derecho Ciudadano: Perspectiva y Propuestas desde América Latina*. Lima: Facultad de Salud Publica y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida; p. 137-152, 2003.

PIEGAS LS, AVEZUM A, PEREIRA JC, NETO JMR, HOEPFNER C, FARRAN JA, et al. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. *Am Heart J*. v. 146 p. 331-8, 2003.

PIEGAS LS, Timerman A, Feitosa G, Rossi Neto JM, Nicolau JC, Mattos LA, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. *Arq Bras Cardiol*. (6 supl. 2), 2009.

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al. . Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PIOVESAN A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para estudos de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev Saúde Pública*, v. 29, p. 318-25, 1995.

POTSCH AA, Bassan R. O atendimento e o tratamento pré-hospitalar do infarto agudo do miocárdio. In: Timmerman A, Feitosa GS, editores. *Síndromes coronárias agudas*. São Paulo: Atheneu, p. 231-42, 2003.

POZZATI Rogério et al. . O cuidado na saúde dos homens: realidade e Perspectivas. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p.540-5, out/dez 2013.

QUEIROZ V, Egry E. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF), v. 41, n.1, p.26-33, jan/mar 1988.

RIBEIRO, Danilo Bertasso et al. Saúde dos homens: abordagem na formação de enfermeiros. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro.v. 22(4):540-5; jul/ago 2014.

RODRIGUEZ T, MALVEZZI M, CHATENOU L, BOSETTI C, Levi F, NEGRI E, et al. Trends in mortality from coronary heart and cerebrovascular diseases in the Americas: 1970-2000. *Heart*. 92 (4): 453-60; Apr. 2006.

SABO D. O estudo crítico das masculinidades. In. Adelman M, Silvestrin CB, organizadores. *Coletânea gênero plural*. Curitiba: Editora UFPR; p. 33-46; 2002.

SALES Catarina Aparecida; Silva, Vladimir Araújo da. A atuação do enfermeiro na humanização do cuidado no contexto hospital. *Cienc Cuid Saude*, v.10, n.1, p. 066-073, Jan/Mar, 2011.

SAMPAIO, Elieusa S; MENDES, Andreia S; GUIMARÃES, Armênio C; MUSSI, Fernanda C. Percepção de clientes com infarto do miocárdio sobre os sintomas e a decisão de procurar atendimento. *Cienc Cuid Saúde*. Bahia, v 11, n.4, p. 687-696, Out/Dez, 2012.

SILVA, Marco Aurélio Dias da; SOUSA, Amanda G. M. R.; SCHARGODSKY, Hernan. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil: estudo FRICAS. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo , v. 71, n. 5, p. 667-675, Nov. 1998 .

SILVA, Julio César Santos da Política de Saúde do Homem: o Cuidar e o Cuidado de Enfermagem em Emergência às vítimas masculinas de intoxicação exógena por Carbamato (“Chumbinho”) [dissertação]. Rio de Janeiro, UFRJ/ Escola de Enfermagem Anna Nery, 2012.

SCOTT, Jean. *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. Recife (PE): SOS Corpo; 1991.

SCHRAIBER, Lília Blima; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 7-17, Mar. 2005 .

SMELTZER S, BARE B. Brunner & Suddarth – Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2002.

SIQUEIRA, Maria Juracy Toneli. A Constituição da Identidade Masculina: Alguns Pontos para Discussão. *Psicol. USP*, São Paulo , v. 8, n. 1, p. 113-130, 1997 .

SOUSA FA, Hortense P. Mensuração da dor. In: *Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem*. Curitiba: Editora; p. 75. Maio, 2004.

STAMM M. Evolução do cuidado na enfermagem até o cuidado transdimensional: uma revisão de literatura. *Ciênc Cuidado Saúde*, v.1, n. 2, p. 293-8, 2002.

THYLEN I, BRANNSTROM M. Intimate relationships and sexual function in partnered patients in the one year before and one year after a myocardial infarction: A longitudinal study. *Eur J Cardiovasc Nurs*, v.14, p. 468–477, 2015.

TIMERMAN S, Marques FBR, Píspico A, Ramires JAF. Tratamento pré-hospitalar da síndrome isquêmica aguda com supradesnivelamento do segmento ST: já temos suficiente evidência para implantar de rotina? Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo, v.14, n. 6, p.868-83, 2004.

VOLSCHAN, André et al . I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 79, supl. 2, Aug. 2002.

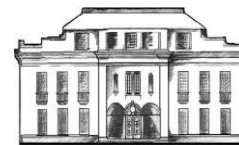


# APÊNDICES

## APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Escola de Enfermagem Anna Nery  
Departamento de Enfermagem Médico- Cirúrgica  
Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1- Dados sociodemográficos

Iniciais:

Idade:

Escolaridade:

Estado civil:

Profissão:

Filhos: Sim( ) Não ( )

2- Como você cuida da sua saúde?

3- O que você sentiu antes de chegar ao hospital?

4- Pra você o que levou ao acontecimento do infarto? Explique

5- O que você entende por masculinidade? Explique

6- A masculinidade pode influencia na saúde? De que forma?

7- Pra você o que é ser homem? Isso influencia na sua saúde? De que forma?

8 - De que forma ser homem influencia na sua saúde?

## APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS CLÍNICOS



Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Escola de Enfermagem Anna Nery  
Departamento de Enfermagem Médico- Cirúrgica  
Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar



## ROTEIRO PARA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS CLÍNICOS

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. **Iniciais do cliente:** \_\_\_\_\_

2. **Idade:** \_\_\_\_\_

3. **Nacionalidade** \_\_\_\_\_  
**naturalidade** \_\_\_\_\_

4. **Estado civil:** ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Divorciado ( ) viúvo ( ) vive junto ( ) separado

5. **Grau de escolaridade:**

( ) Analfabeto ( ) Nível Fundamental Incompleto

( ) Nível Fundamental Completo ( ) Nível Médio Incompleto

( ) Nível Médio Completo ( ) Nível Superior Incompleto

( ) Nível Superior Completo ( ) Pós-Graduação

6. **Doenças crônicas:**

( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Dislipidemia ( ) Obesidade

( ) Outras \_\_\_\_\_

7. **Hábitos de vida**

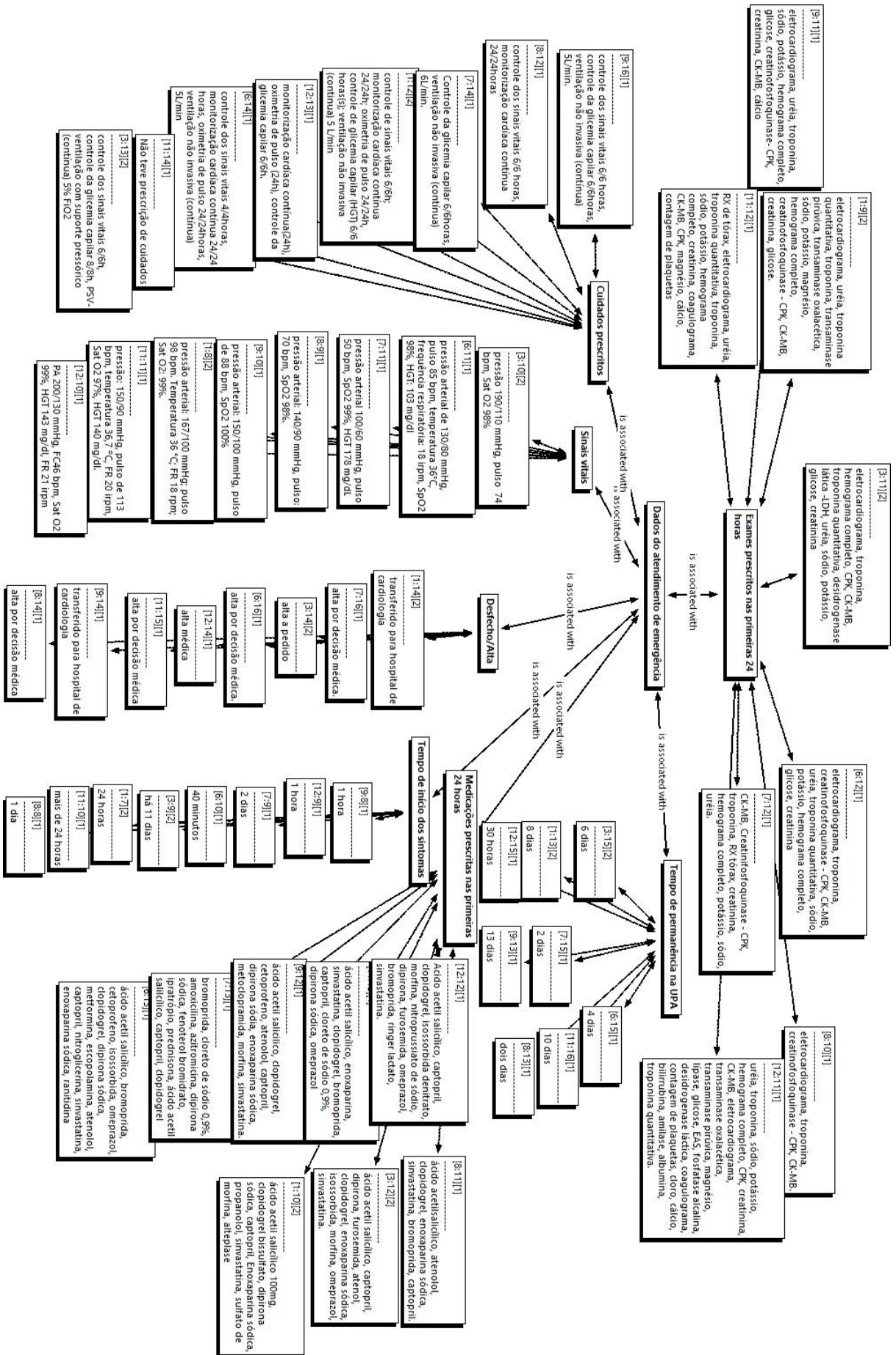
( ) Fuma ( ) Uso de bebida alcoólica ( ) Outros:

\_\_\_\_\_

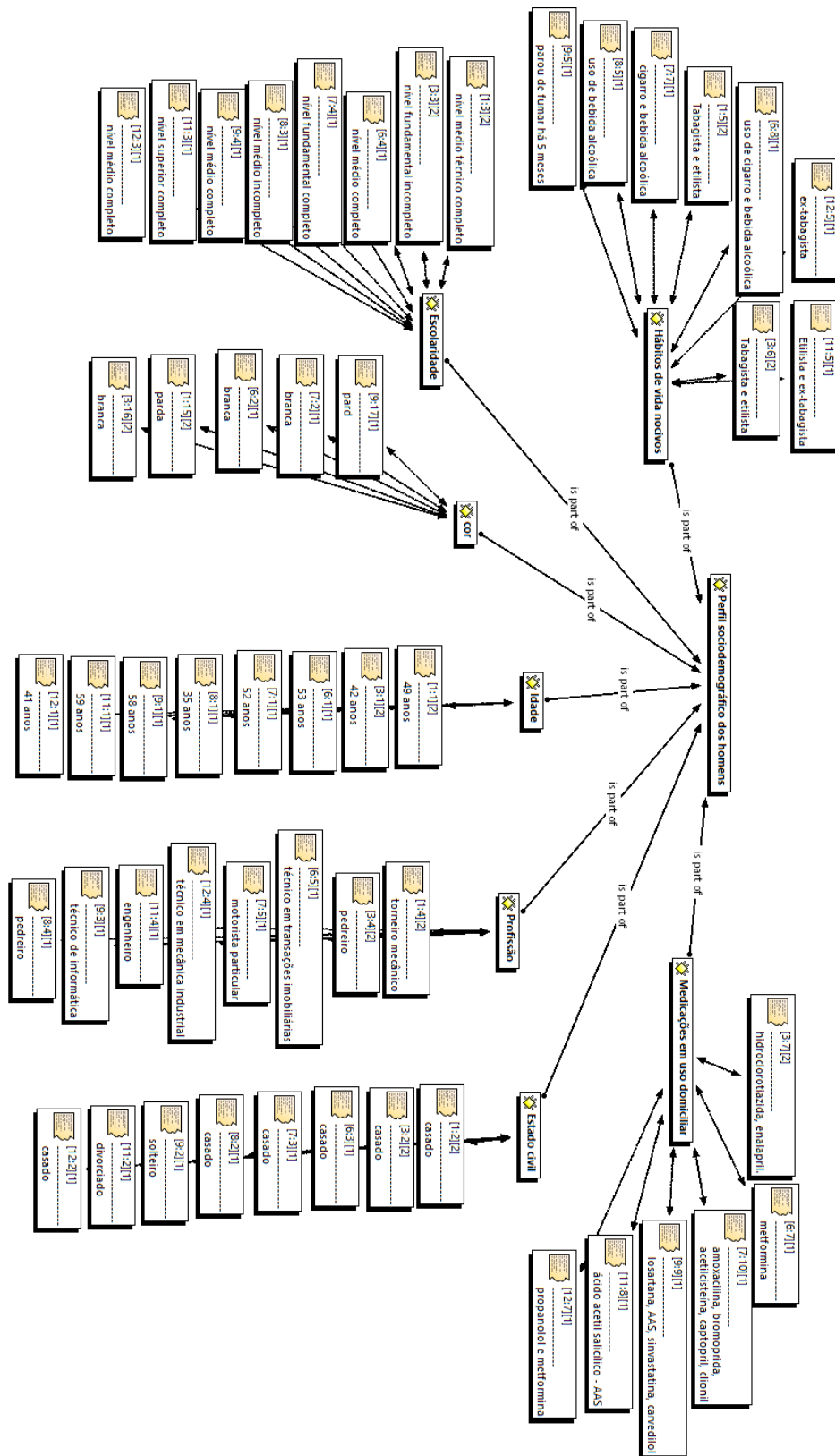
8. **Diagnóstico atual:** \_\_\_\_\_

9. **Plano de cuidados de enfermagem:**

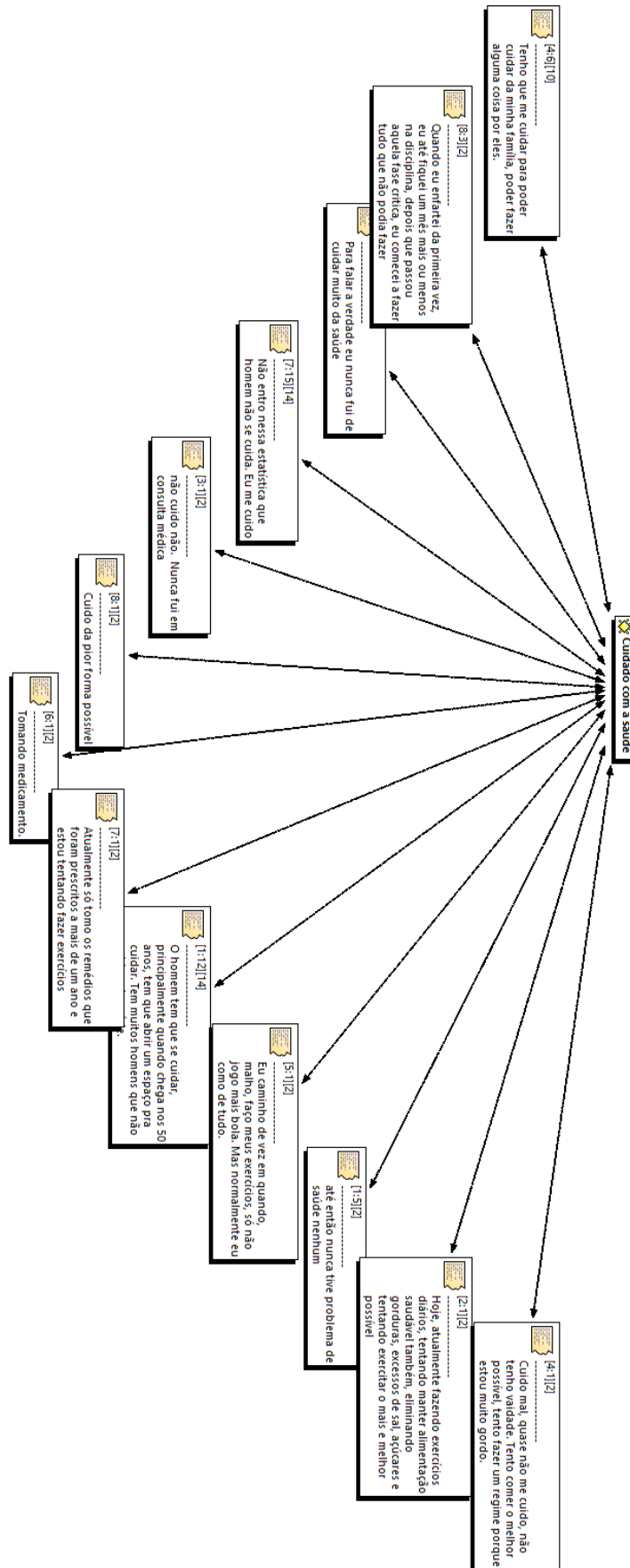
APÊNDICE C – DADOS DO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA



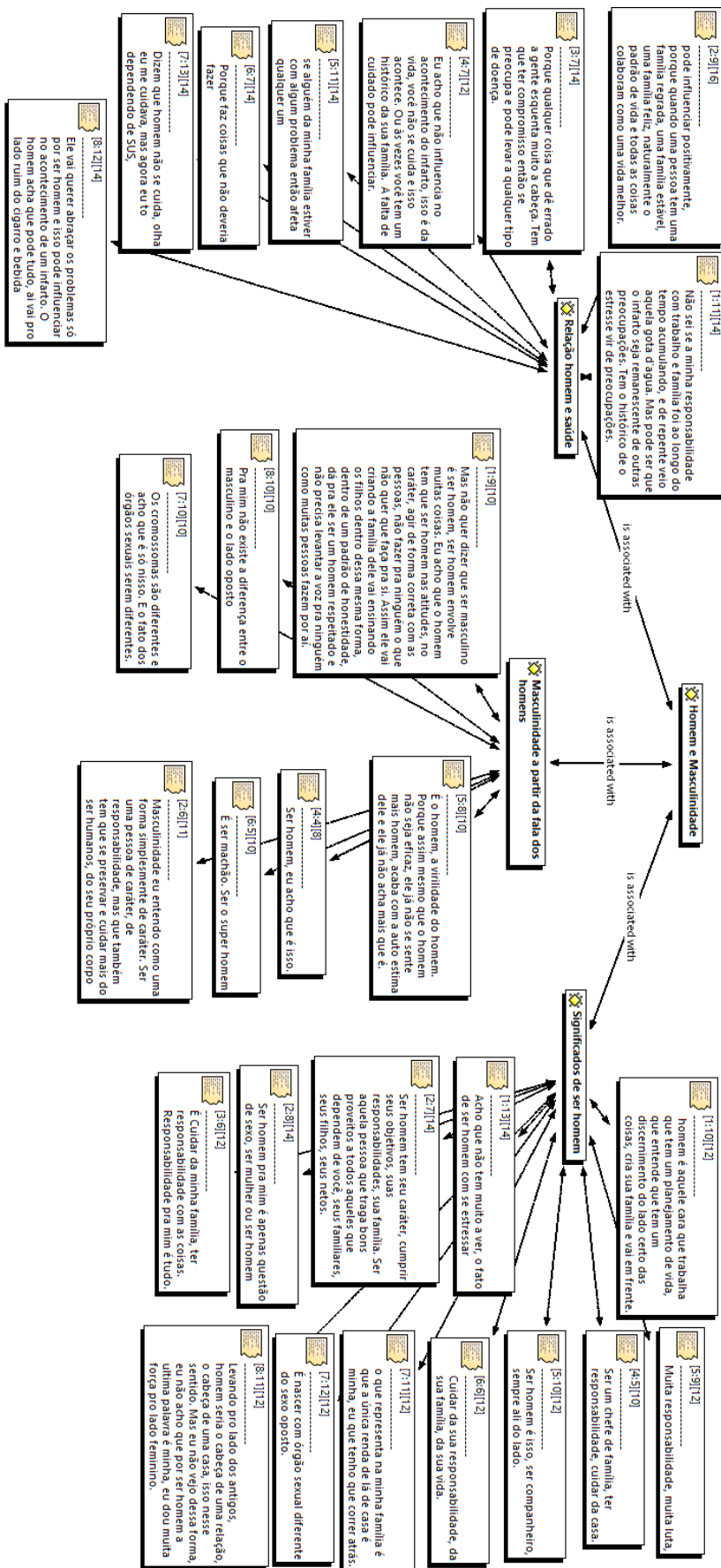
APÊNDICE D – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS HOMENS



APÊNDICE E – CUIDADO COM A SAÚDE

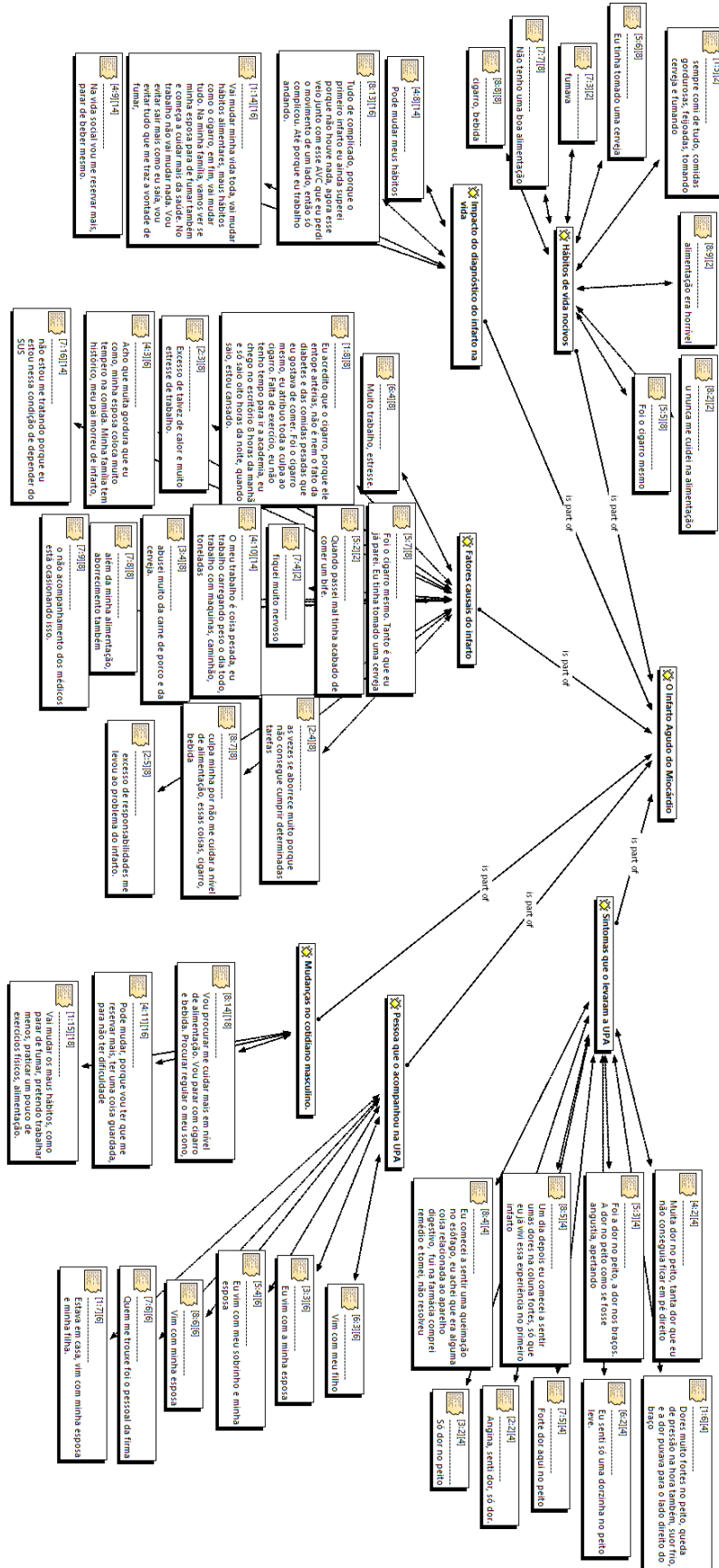


APÊNDICE F – HOMEM E MASCULINIDADE





# APÊNDICE G – O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO





# JORNAL SAÚDE DO HOMEM

## MASCULINIDADE E INFARTO: HOMENS EM PERIGO

A relação entre masculinidade e saúde vem sendo demonstrada em diversos estudos que apontam que ela pode gerar danos a saúde, devido à adoção de fatores de risco que colocam a vida do homem em posição de perigo.

Baseados em afirmações sociais de masculinidade muitas vezes negam a existência de vulnerabilidades relacionadas à dor ou sofrimento (MACHIN, 2011).

Alguns estudos comprovaram que homens são mais vulneráveis às doenças graves e crônicas

(COURTENAY, 2000; LAURENTI, 2005). Uma das principais causas de mortalidade masculina segundo o Ministério da Saúde são as doenças cardiovasculares destacando-se a doença isquêmica do coração (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS, 2010).

*“a masculinidade como um espaço simbólico que serve para estruturar a identidade de ser homem, modelando atitudes, comportamentos e emoções a serem adotados” (GOMES, 2008, p. 70).*

Nesse contexto, a Enfermagem desempenha papel fundamental, pois os cuidados de enfermagem estão presentes desde o primeiro atendimento na UPA, onde a classificação de risco, etapa crucial para o determinação da gravidade do caso clínico é realizada pelo enfermeiro; na tessitura dos cuidados de emergência que serão recebidos por esses homens e no auxílio à prevenção de agravos relacionados ao IAM e sua recorrência através da realização de cuidados de promoção de saúde, seja na alta da UPA ou até no seguimento do tratamento.

## A POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM: UM RETRATO DA EPIDEMIOLOGIA DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

A desfavorável situação de saúde da população masculina estimulou a formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) pelo Ministério da Saúde em 2008.

**A PNAISH tem objetivo nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o auto cuidado e o reconhecimento que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros. (BRASIL, 2008).**

A entrada masculina nos serviços de saúde se dá em sua maioria através da rede de

urgência e emergência (PINHEIRO, 2002). A busca pela resposta imediata e resolutiva às demandas masculinas norteia as práticas curativas e a demanda por unidades de pronto atendimento (FIGUEIREDO, 2005; GOMES, 2007).

O número de óbitos por IAM no Brasil na faixa etária adulta de 20 a 59 anos foi de 2.894 considerando o período de janeiro de 2014 a fevereiro de 2015, destes 1.870 foram óbitos masculinos. No estado do Rio de Janeiro esse número foi de 241, destes 156 foram de homens mortos por IAM (SIH/SUS, 2015).

Os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS revelam que no Brasil de

janeiro de 2014 a fevereiro de 2015 foram realizadas 45.469 internações por infarto agudo do miocárdio na faixa etária adulta de 20 a 59 anos, destas internações 31.253 eram de homens (SIH/SUS, 2015).

Ao restringir nossa pesquisa para o estado do Rio de Janeiro, observamos que o número de internações por infarto agudo do miocárdio foi de 3.356, destes 2.252 foram internações de homens (SIH/SUS, 2015).

No mesmo período a Unidade de Pronto Atendimento Penha registrou 228 boletins de atendimento com diagnóstico primário de infarto agudo do miocárdio, destes 150 boletins eram de homens.

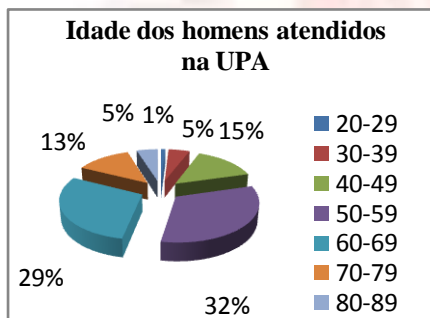
# JORNAL SAÚDE DO HOMEM

## O RETRATO DE UMA POPULAÇÃO: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS HOMENS ATENDIDOS NA UPA

**P**ara traçar o perfil dos homens atendidos no serviço de urgências e emergências do Rio de Janeiro – UPA foram analisados 102 boletins de atendimento de homens com hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio no período de um ano.

De acordo com os 102 registros analisados, todos os homens do estudo eram brasileiros, 99 homens naturais do Rio de Janeiro, dois homens do Rio Grande do Norte e um do estado do Espírito Santo.

Entre a faixa etária adulta de 20 a 59 anos o número total de boletins analisados correspondeu a 53% enquanto somadas as porcentagens da faixa etária idosa 60 a 89 anos correspondeu a 47%.

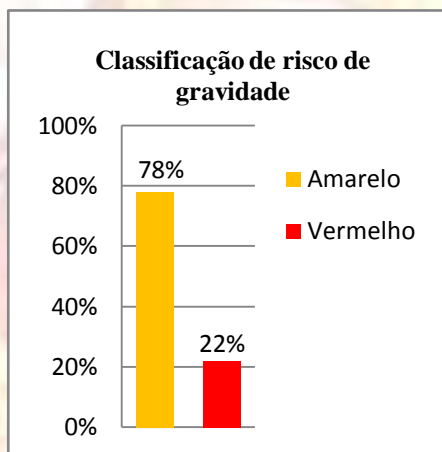


Os bairros de origem de maior frequência foram: Penha, Olaria, Brás de Pina, Vila da Penha, Ramos, Penha Circular, Cordovil e Vigário Geral, respectivamente.

A maioria, 91% dos participantes chegou à UPA por meios próprios. Em torno de 5% foi levado via SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), 3% através do Corpo de Bombeiros, 1% classificado por outros meios não especificados.

As principais queixas apresentadas corresponderam à dor torácica, seguidos de dispnéia, sudorese, náuseas, vômito e dor nos membros superiores. Dos 102 homens, 24% relataram dor de intensidade moderada, enquanto 7% dor de intensidade forte. Destaca-se que 3% relataram ausência de dor

Na classificação de risco a maioria dos homens (78%) foi classificada como risco amarelo/observação, enquanto 22% foram classificados como risco de gravidade vermelho, isto é apresentaram risco eminente de morte e necessitaram de intervenção imediata.



Das comorbidades apresentadas, 61 homens apresentaram hipertensão, 15 relatou ter diabetes, 14 relatou IAM prévio, enquanto 30 não apresentaram registro de doença pré-existente.

Entre os medicamentos mais utilizados pelos homens estão os anti-hipertensivos, resultado que se aproxima ao número de homens que relataram

possuir hipertensão arterial sistêmica.

O Ministério de Saúde (2006) define a pressão arterial sistólica de 140 – 159 mmHg como estágio I de hipertensão, que foi aferida em 13% dos homens atendidos e o estágio II de hipertensão como a pressão arterial sistólica maior ou igual a 160 mmHg observado em 38% dos homens.

Observou-se que 54% dos homens atendidos relataram ter iniciado os sintomas em menos de 24 horas do atendimento na unidade. 17% relataram ter iniciado os sintomas há mais de 24 horas.

59% dos homens atendidos com hipótese diagnóstica de infarto tiveram alta por decisão médica. 18% dos homens foram transferidos para unidades hospitalares e 8% evoluíram a óbito.

O tempo entre o início dos sintomas até a instituição do tratamento está diretamente relacionado à gravidade do caso, o fator tempo é fundamental para o sucesso do tratamento do IAM (PIEGAS, 2009).

O maior tempo de permanência na UPA foi 12 dias que corresponde a 1% dos homens. 49% dos homens permaneceram na UPA por até 24 horas.

# JORNAL SAÚDE DO HOMEM

## O HOMEM E SUA VISÃO SOBRE A SAÚDE E MASCULINIDADES

Foram realizadas entrevistas com homens atendidos no serviço de emergência de uma UPA com suspeita de infarto agudo do miocárdio suas falas serão aqui identificadas com o uso de siglas.

### DO CUIDADO COM A SAÚDE

Quando questionados como cuidam de sua saúde os homens CDRG, e MBS relacionaram o cuidado da sua saúde à prática de exercícios

*“Atualmente fazendo exercícios diários, tentando manter alimentação saudável”.* (CDRG)

*“Eu caminho de vez em quando, malho, faço meus exercícios, só não jogo mais bola”.* (MBS)

físicos.

O homem CDRG relacionou o cuidado a alimentação saudável com destaque para redução de gorduras, dieta hipossódica, e eliminação do açúcar.

A baixa adesão de homens as medidas de cuidado a saúde estão relacionadas a barreiras socioculturais, esteriótipos de gênero. A crença do ser masculino como invulnerável, a relação entre o adoecimento e demonstração de fraqueza, estão presentes na sociedade patriarcal e contribuem para que o homem cuide menos de si (GOMES, 2007; POZZATI, 2013).

Destacou-se o entrevistado CJP que afirmou que não cuida de sua saúde e não

adota nenhuma prática saudável para manutenção da saúde.

O RJFS relacionou o cuidado à saúde com o uso de medicação.

*“Atualmente só tomo os remédios que foram prescritos a mais de um ano e estou tentando fazer exercícios”.* RJFS

Três dos entrevistados revelaram que não cuidam da sua saúde, associando o cuidado com a alimentação na redução do risco cardiovascular.

*“Cuido da pior forma possível. O meu problema era alimentação. Quando eu infartei da primeira vez, eu até fiquei um mês mais ou menos na disciplina, aí depois que passou aquela fase crítica, eu comecei a fazer tudo que não podia fazer.”* (VP)

*“Pra falar a verdade eu nunca fui de cuidar muito da saúde, sempre comi de tudo, comidas gordurosas, feijoadas, tomando cerveja e fumando.”* (CCVM)

*“Cuido mal, quase não me cuido, não tenho vaidade. Tento comer o melhor possível.”* (DRFL)

A perspectiva de gênero destaca-se como um ordenador das práticas de saúde na sociedade. Socialmente a masculinidade se constrói por oposição as feminilidades, se

contrapondo também a comportamentos de cuidado, característica do universo feminino (SCHRAIBER, 2005).

É necessário destacar que o cuidado com a saúde pode ser definido de diversas formas a partir da perspectiva do indivíduo. Partindo desse pressuposto, a adesão a medicação pode não ser observado como um cuidado de saúde para um indivíduo que o define como adoção de alimentação saudável e prática de exercícios físicos.

### SIGNIFICADOS DE SER HOMEM

A representação do masculino ainda está ligada a papéis patriarcais, como o homem provedor, o responsável, a expressão do caráter masculino. *“É Cuidar da minha família, ter responsabilidade com as coisas. Responsabilidade pra mim é tudo.”* (CJP)

*“Ser homem tem seu caráter, cumprir seus objetivos, suas responsabilidades, sua família.”* (CDRG)

*“Ser um chefe de família, ter responsabilidade, cuidar da casa. Tenho que me cuidar pra poder cuidar da minha família, poder fazer alguma coisa por eles.”* (DRFL)

Em virtude dos muitos papéis desempenhados, o homem pode deixar de lado o cuidado de si, para cuidar da sua família como exemplo a fala do DRFL, tornando-se vulnerável ao desenvolvimento de fatores de risco.



# JORNAL SAÚDE DO HOMEM

## MASCULINIDADE E SAÚDE

Devido características socioculturais, os homens tendem a assumir estilos de vida pouco saudáveis, tendo como consequência a geração de fatores de risco para o adoecimento, o modelo da masculinidade hegemônica, é responsável por associar a demonstração de necessidades de saúde com fraqueza e feminilização (LEITE, 2010; SCHRAIBER, 2005).

A adoção de um modelo de masculinidade socialmente construído pode influenciar na saúde da população masculina decorrentes de comportamentos de risco que colocam o homem em posição de perigo.

Observou-se na fala de CPJ os efeitos do estresse na vida do homem.

*“...qualquer coisa que dê errado a gente esquenta muito a cabeça. Tem que ter compromisso então esquenta*

*mais e pode levar a qualquer tipo de doença.” (CPJ)*

Na fala de VP destaca-se a adoção a hábitos não saudáveis como o tabagismo:

*“Ele vai querer abraçar os problemas só por ser homem e isso pode influenciar no acontecimento de um infarto. O homem acha que pode tudo, e por isso vai pro lado ruim do cigarro e bebida.” (VP)*

O homem CCVM faz associação das preocupações geradas pelo desempenho dos papéis de provedor e trabalhador com o acontecimento do infarto:

*“Não sei se a minha responsabilidade com trabalho e família foi ao longo do tempo acumulando, e de repente veio aquela gota d’água. Mas pode ser que o infarto seja remanescente de outras preocupações..” (CCVM)*

O acontecimento do infarto agudo do miocárdio está

relacionado à falta de cuidado do homem.

*“...você não se cuida e isso acontece. A falta de cuidado pode influenciar no acontecimento de um infarto.” (DRFL)*

Observou-se na fala de CCVM que ele fez destaque para a necessidade de adoção de medidas de cuidado principalmente na faixa etária dos 50 anos, que pode traduzir a idéia de invulnerabilidade a doenças quando se é jovem. O autocuidado deve estar presente em todas as faixas etárias, com objetivo de prevenir doenças e promover saúde.

É necessário destacar que o infarto nesse estudo foi também relacionado a adultos jovens, na faixa etária de 20 a 39 anos, o que corresponde à força produtiva do país.

## IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DO INFARTO NA VIDA DO HOMEM

Os entrevistados fazem menção nas mudanças dos hábitos e estilos de vida não saudáveis após o acontecimento do infarto.

*“...vai mudar minha vida toda, vai mudar hábitos alimentares, hábitos como o cigarro, em fim, vai mudar tudo.” (CCVM)*

As mudanças com relação às atividades laborais, CCVM propôs reduzir a carga de trabalho como medida preventiva do infarto.

*“Vai mudar os maus hábitos, como parar de fumar, pretendo trabalhar menos, praticar um pouco de exercícios físicos, alimentação.” (CCVM)*

*“Aspectos relacionados à percepção ou não da crise da masculinidade, em específico, e aos sentidos atribuídos à sexualidade masculina, em geral, produzem reflexos no campo da saúde, revelando dificuldades, principalmente, no que se refere à promoção de medidas preventivas.”*

GOMES (2003, p. 828.)

A reabilitação pós-infarto prevê a necessidade de mudanças

nos hábitos de vida e constitui uma fase crítica para o homem. As percepções masculinas referentes ao prognóstico do infarto estão relacionadas à preocupação com o cuidado da família, sentimentos de incapacidade de realizar atividades diárias, ou a dificuldade e limitação imposta pela doença (MALAVER, 2011) e ausentar-se do trabalho (EMSLIE, 2005). A ocorrência do IAM pode interferir nas suas relações conjugais, e fragilizar os significados de ser homem (THYLEN, 2015).

# ANEXOS

## ANEXO A – TIPOLOGIA DE CUIDADOS

<p align="center"><b>Tipologia de Cuidados COELHO, Maria José, 1997.</b></p> <p align="center"><b>Registro com Direitos Autorais</b></p>	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
<p><i>ROTEIRO PARA PREENCHIMENTO</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antes de iniciar a COLETA DE DADOS, deve-se atentar para o ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DAS CATEGORIAS DEFINIDAS, para que a escolha de uma delas seja a mais fidedigna possível ao estado em que o cliente se apresenta.</li> <li>2. deverá preencher os espaços iniciais com os dados do cliente e anotar, de acordo com a observação direta.</li> <li>3. No final, deve conferir as OBSERVAÇÕES.</li> <li>4. De acordo com sua percepção, registrar o (s) diagnóstico (s) de Enfermagem relacionada (s) àquele cliente, no que se refere aos cuidados.</li> <li>5. Se assim considerar importante, pode anotar outras observações no que diz respeito à sua avaliação ou questões que queiram chamar a atenção.</li> <li>6. Outras Observações que julgar necessárias.</li> </ol>			
1-Cuidado Solidário			
2-cuidado Do Ambiente			
3-Cuidado Da promoção a Saúde			
4- cuidado do engajamento no grupo social (na enfermaria, no quarto, no Setor/Unidade/Serviço)			
5- Cuidado de providenciar material			
6- Cuidado de providenciar recursos humanos			
7- Cuidado de equilibrar o organismo			
8-Cuidado de resgatar os aspectos que se encontram encobertos pela hospitalização.			
9-Cuidado de passar visita diariamente			
10-Cuidado de lidar com as prioridades			
11-Cuidado de se colocar no lugar do outro			
12-Cuidado de etiqueta e educação social			
13- Cuidado com simpatia			
14-Cuidado de chamar as pessoas pelo nome próprio			
15 - Cuidado de ter uma relação enfermeiro-cliente integrada			
16-Cuidado de mudar a visão conceitual de paciente para cliente			
17-Cuidado de respeitar a individualidade			

18-Cuidado de se apresentar como enfermeiro			
19-Cuidado de receber explicação de quaisquer procedimentos de enfermagem			
20-Cuidado de olhar de forma holística			
21-Cuidado de pensar e construir o cuidado em si			
22-Cuidado de compor o cuidado baseado em princípios filosóficos e teóricos			
23-Cuidado de levar em consideração o cliente como ser histórico político e cidadão			
24-Cuidado de ouvir			
25-Cuidado de assistir			
26-Cuidado de orientar,			
27-Cuidado de ter amor			
28-Cuidado de diagnosticar			
29-Cuidado de interagir			
30-Cuidado de confortar			
31-Cuidado De ser honesto e verdadeiro			
32-Cuidado de ter fé			
33-Cuidado de higienizar o corpo			
34 - Cuidado na suspensão de exames			
35-Cuidado de registrar			
36-Cuidado de admiti-lo			
37- Cuidado de implementar os cuidados necessários			
38-Cuidado de compartilhar com os outros profissionais de saúde,			
39-Cuidado de instituir o tratamento e os cuidados simultaneamente			
40-Cuidado de cuidar para saída/alta,			
41-Cuidado para os exames complementares			
42-Cuidado para morte com dignidade			
43-Cuidado de cuidar dos amigos dos clientes			
44-Cuidado da sua família			

45-Cuidado por um dia			
46-Cuidado religioso			
47-Cuidado da morte súbita			
48-Cuidado da parte legal e ética			
49-Cuidado com ciência			
50-Cuidado com desafio			
51-Cuidado dos inimigos			
52-Cuidado (in) visíveis da infecção hospitalar			
53-Cuidado dos profissionais do cuidado			
54-Cuidado na passagem das informações			
55-Cuidado nas dificuldades financeiras			
56-Cuidado do corpo transformado			
57-Cuidado dos enfermeiros			
58-Cuidado dos técnicos e auxiliares de enfermagem supostamente sadios ou quando enfermos			
59-Cuidado na implantação de cateteres, sondas etc			
60-Cuidado no risco de agravamento do quadro clínico,			
61-Cuidado no caos entre a vida e a morte			
62-Cuidado de alerta			
63-Cuidado de guerra			
64-Cuidado com o resgate da arte e da criação			
65-Cuidado na tessitura dos cuidados			
66-Cuidado descrito no prontuário eletrônico ou de papel			
67-Cuidado no momento de decisão			
68-Cuidado da (re) animação da vida			
69-Cuidado preventivo para as quedas			
70-Cuidado Das tarefas			



71-Cuidado Dos Líquidos corporais que saem e entram no corpo			
72- Cuidado de apoio emocional			
73-Cuidado na suspensão das altas hospitalares e cirurgias			
74-Cuidado Nas doenças crônicas degenerativas			
75- Cuidado Nas lesões cutâneas do corpo			
76-Cuidado da auto-imagem comprometida			
77-Cuidado de vidas modificadas-retratos de famílias			
78-Cuidado conciliador			
79-Cuidado nos procedimentos invasivos			
80-Cuidado solidário			
81-Cuidado do imaginário social			
82-Cuidado noturno			
83-Cuidado diurno			
84-Cuidado dos alunos como futuros profissionais			
85-Cuidado do corpo morto e semimorto			
86-Cuidado do corpo íntegro ou de suas partes			
87-Cuidado desafiador,			
88-Cuidado com as infecções cruzadas			
89-Cuidado contingencial			
90-Cuidado contínuo			
91-Cuidado dinâmico			
92-Cuidado expressivo			
93-Cuidado anônimo			
94-Cuidado multifaces			
95-Cuidado solidário			
96-Cuidado confortável			
97-Cuidado Sensível			

98-Cuidado a margem social			
99-Cuidado da população de rua			
100-Cuidado mural			
101-Cuidado perto-distante			
102-Cuidado da Enfermagem quando a imagem reflete no espelho do cuidar			
103-Cuidado dos cuidados mais frequentes			
104-Cuidado por um plantão			
105-Cuidado em grupo e/ou comissão			
106-Cuidado confortável			
107-Cuidado sensível			
108-Cuidado prescritivo oralmente			
109 – Cuidado Nutricional Nutrição oral Nutrição Parenteral Nutrição Enteral			
110 – Cuidado NO CONTROLE DA HEMORRAGIA			
111 – Cuidado NO CONTROLE DA HIPERVOLEMIA			
112 – Cuidado NO CONTROLE DA HIPOVOLEMIA			
113- Cuidado NA INSERÇÃO ENDOVENOSA (ENDOVENOSA OU INTRAVENOSA)			
114- Cuidado NA TERAPIA ENDOVENOSA (EV OU IV), isto é, administração e controle de líquidos e medicamentos intravenosos			
115- CUIDADO COM CATETER CENTRAL INSERIDO PERIFERICAMENTE (PICC)			
116 - Cuidado NO CONTROLE DE ARRITMIAS, isto é, prevenção, reconhecimento e implantação do tratamento de ritmos cardíacos anormais.			
117 – CUIDADO NA EMBOLIA, isto é, complicações para paciente com, ou em risco de oclusão da circulação periférica.			
118 - NO CONTROLE DE LÍQUIDOS, isto é, equilíbrio de líquidos e prevenção de complicações resultantes de níveis anormais ou indesejados de líquidos.			

119 - Cuidado NA MONITORIZAÇÃO DE LÍQUIDOS, isto é, análise de dados do paciente para regular o equilíbrio de líquidos.			
120 - Cuidado NA REPOSIÇÃO RÁPIDA DE LÍQUIDOS, isto é, administração de líquidos intravenosos prescritos.			
121- Cuidado NO SANGRAMENTO GASTROINTESTINAL			
122 – Cuidado NO SANGRAMENTO NASAL			
123-Cuidado NO SANGRAMENTO, isto é, perda de sangue de uma lesão que pode ser resultante de trauma, incisões ou colocação de uma sonda ou cateter.			
124 – Cuidado NA ADMINISTRAÇÃO DE DERIVADOS DO SANGUE, isto é, administração de sangue ou derivados do sangue e monitoramento da resposta do cliente/paciente.			
125 - CUIDADOS COM LESÕES na DRENAGEM FECHADA e/ou ABERTA			
126- Cuidado NO TRATAMENTO DA HIPOTERMIA			
127-Cuidado NO TRATAMENTO DA HIPERTEMIA			
128 – Cuidado NA ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA			
129 - CUIDADOS COM O LOCAL DE INCISÃO CIRURGICA			
130 – Cuidado NO CONTROLE DA PRESSÃO SOBRE ÁREAS DO CORPO			
131 – Cuidado NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO, isto é, prevenção de úlceras por pressão em cliente/paciente com alto risco de desenvolvê-las.			
132 – CUIDADOS COM A PELE: aplicação de substâncias tópicas ou manipulação e recursos para preservar a integridade da pele.			
133 - Cuidado NA prevenção ou minimização de fatores de risco no cliente/paciente com risco de bronco-aspiração.			
134-Cuidado NA ADMINISTRAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA			
135-Cuidados com: SONDAS, DRENOS CATETERES			
136 – Cuidado NO PREPARO CIRÚRGICO PRÉ, TRANS E PÓS			
137 – Cuidado NO CONTROLE DE VIAS AÉREAS			
138 - Cuidado NA ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS			
139 – Cuidado NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: PARENTERAL ORAL,			

OCULAR, INALAÇÃO, SUBCUTÂNEA, TÓPICO RETAL			
140 - Cuidado NO PREPARO DE MEDICAMENTOS			
141- CUIDADO DE CONTROLE DE GOTEJAMENTO			
142 - CUIDADO DE LAVAGENS DAS MAOS			
143 - Cuidado CONTROLE DA HIPERGLICEMIA			
144- Cuidado CONTROLE DA HIPOGLICEMIA			
145- CUIDADO DE HIGIENE ORAL			
146 - CUIDADO DE LAVAGEM DE CABELO E COURO CABELUDO			
147 - NO CUIDADO DE TRICOTOMIA			
148 - NO CUIDADO DE TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO SETOR			
149 - NO CUIDADO DE RECOLHIMENTO E ENCAMINHAMENTO DE PERTENCES			
150 - CUIDADOS PÓS-MORTE			
151 - CUIDADOS DE ENCAMINHAMENTO DO CORPO			
152- CUIDADOS COM PRÓTESES - qualquer aparelho ou recurso tecnológico removível			
153- CUIDADO DE BANHO/HIGIENE PESSOAL com ajuda			
154 - CUIDADO: VESTIR-SE/ARRUMAR-SE			
155- CUIDADO COM OS PÉS			
156- CUIDADOS COM OS OLHOS			
157 - CUIDADO COM OS CABELOS			
158 - CUIDADO COM AS UNHAS			
159 – Cuidado NO CONTROLE DO AMBIENTE: QUANTO AO CONFORTO E BEM ESTAR			
160 - Cuidado NA APLICAÇÃO DE CALOR/FRIO			
161-Cuidado NO CONTROLE DA DOR			
162 - Cuidado NO TOQUE TERAPÊUTICO			

163 - Cuidado à pessoa no ato alimentar			
164 - Cuidado NO CONTROLE DO PESO			
165- Cuidado NO TRANSPORTE- movimentação de um cliente/paciente de um local para outro.			
166 – Cuidado NA ALIMENTAÇÃO POR SONDA ENTERAL			
167 - CUIDADOS NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA			
168 - CUIDADOS NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA: ENURESE			
169 - CUIDADO DE HIGIENE ÍNTIMA			
170 - CUIDADOS COM O REPOUSO NO LEITO			
171 – Cuidado NA CONTENÇÃO FÍSICA- aplicação, monitoramento e remoção de recursos de contenção mecânica ou manual			
172 – Cuidado NO POSICIONAMENTO E TRANSPORTE POR CADEIRA DE RODAS, MACA-LEITOS			
173 – Cuidado NA CATETERIZAÇÃO VESICAL			
174 - Cuidado NO CONTROLE DA ELIMINAÇÃO URINÁRIA espontânea			
175 – CUIDADO NA INCONTINÊNCIA INTESTINAL			
176 - CUIDADOS COM OSTOMIAS			
177 – Cuidado NA PASSAGEM DE PLANTÃO			
178 – Cuidado NA INTERPRETAÇÃO DE DADOS LABORATORIAIS			
179 - Cuidado NA PROTEÇÃO DOS DIREITOS DO CLIENTE/PACIENTE Adolescente Idoso Homem Mulher Necessidades especiais Integrante de grupos de minoria			
189 – Cuidado NA VERIFICAÇÃO DO CARRINHO PARA EMERGÊNCIAS			
190 – Cuidado NO OUVIR ATIVAMENTE – prestar atenção e agregar sentido às mensagens verbais não-verbais			
191 – cuidado NO SUPORTE EMOCIONAL			
192 – Cuidado NA INSTILAÇÃO DE ESPERANÇA			
193 – Cuidado NOS RITUAIS RELIGIOSOS – participação em práticas religiosas			

194 – Cuidado NA REDUÇÃO DA ANSIEDADE EXPRESSA			
195 – CUIDADO DE EMERGÊNCIA			
196 – CUIDADOS NA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR			
197 – CUIDADOS NO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
198 - CUIDADOS DE BIOSEGURANÇA			
199 - Cuidados de limpeza, pre-desinfecção, Pre-esterilização e Desinfecção de material usado nos cuidados			
200 - CUIDADO DE IDENTIFICAÇÃO DE RISCO			
201 - CUIDADOS DE VERIFICAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DE SINAIS VITAIS			
202 - CUIDADO DE SUPORTE À FAMÍLIA			
203 - CUIDADO DE ENCAMINHAMENTO PARA EXAMES			
204 - CUIDADO DE CONTROLE DE ENTRADA E SAÍDE DE LIQUIDOS CORPORAIS			
205 - CUIDADO DE CONTROLE DE MUDANÇAS DE DECÚBITO			
206 – CUIDADO DE CONTENSÃO MECÂNICA			
207 – Cuidado admissional.			
208 - Cuidado de ESPERANÇA ( reforço de perspectivas futuras)			
209 – Cuidado inter-pessoas			
210 – Cuidado proxêmico			
211 – Cuidado Tactílico			
212 – Cuidado Cinésico			
213 – Cuidado com os sinais vitais			
214 – Cuidados com o uso de Guedel			
215 – Cuidado ao retirar a vítima de um veículo			
216 – Cuidado de controle do tempo cronológico – TEMPORAL			
217 – Cuidado com o transporte			
218 – cuidado de providenciar material			

219 – Cuidado com as imobilizações			
220 – cuidado com as eliminações vesicais			
221 – Cuidado com as eliminações intestinais			
222 – Cuidado com as pessoas que o paciente gostaria que tivesse informações suas			
223 – Cuidado de aprazamento das medicações			
224 – Cuidado na troca de fraldas geriátricas			
225 – Cuidado no preenchimento de informações no Livro de Ordem e Ocorrência			
226 – Cuidado na troca da hidratação venosa			
227 – cuidado na checagem de exames pendentes			
228 – cuidado Musical (música no ambiente Hospitalar)			
229 – Cuidado no auxílio de DEAMBULAÇÃO			



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O cuidar e o cuidado de enfermagem para homens infartados: a influência da masculinidade sobre o adoecimento.

**Pesquisador:** Grace Kelly da Silva Dourado

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 38366314.6.0000.5238

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 905.374

**Data da Relatoria:** 08/12/2014

#### **Apresentação do Projeto:**

Projeto de pesquisa de mestrado acadêmico em Enfermagem para investigação da hipótese de que masculinidades estão relacionadas a cuidados de enfermagem na ocorrência de Infarto do miocárdio.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

- Identificar como a masculinidade se apresenta no contexto de adoecimento de homens por infarto.
- Descrever os cuidados de enfermagem que são recebidos pelo homem infarto considerando a Tipologia de Cuidados proposta por Coelho (1997).
- Discutir os cuidados recebidos pelos homens infartados no atendimento de emergência e a influencia da masculinidade no contexto do adoecimento.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Foram devidamente descritos de maneira que os entrevistados compreendam o objetivo e relevância do estudo.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não há.

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275

**Bairro:** Cidade Nova

**CEP:** 20.211-110

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2293-8148

**E-mail:** cepeeanhesfa@gmail.com





ESCOLA DE ENFERMAGEM  
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -  
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 905.374

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: apresentado
- 2) Projeto de Pesquisa: apresentado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: apresentado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: apresentado
- 5) Cronograma: apresentado
- 6) Anuência da Instituição cenário: adequado
- 7) Instrumentos de coleta de dados: apresentado
- 8) Termo de confidencialidade: apresentado

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 09 de dezembro de 2014. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275

**Bairro:** Cidade Nova

**CEP:** 20.211-110

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2293-8148

**E-mail:** cepeeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM  
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -  
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 905.374

RIO DE JANEIRO, 09 de Dezembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**MARIA DA SOLEDADE SIMEÃO DOS SANTOS**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275

**Bairro:** Cidade Nova

**CEP:** 20.211-110

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2293-8148

**E-mail:** cepeeanhesfa@gmail.com

## ANEXO C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do Projeto: **O cuidar e o cuidado de enfermagem para homens infartados: a influência da masculinidade sobre o adoecimento.**

Pesquisador responsável: Mestranda Enfermeira Grace Kelly da Silva Dourado

Instituição/Departamento: Escola de Enfermagem Anna Nery. Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica. Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar. Grupo de Pesquisa Cuidar/ Cuidados de Enfermagem. Telefone de Contato: (21) 2293-8999

A pesquisadora e coordenadora do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos de pesquisa e dos dados clínicos coletados. Os dados coletados e disponibilizados para a pesquisa serão acessados exclusivamente pela equipe de pesquisadores e a informação arquivada em papel não conterá a identificação dos nomes dos sujeitos elencados. Este material será arquivado de forma a garantir acesso restrito aos pesquisadores envolvidos, e terá a guarda por cinco anos, quando será incinerado.

Concorda, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas nos computadores das salas dos grupos de pesquisa da instituição envolvida sob responsabilidade da pesquisadora responsável Grace Kelly da Silva Dourado e sua orientadora Professora Doutora Maria José Coelho. Este projeto está sendo encaminhado para avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP- UFRJ, em reunião prevista para 30 /10 /2014.

Rio de Janeiro, 14 de outubro de 2014.

---

Grace Kelly da Silva Dourado. Enfermeira, Mestranda EEAN/UFRJ. Pesquisadora Responsável.  
E-mail: gracekellydourado@hotmail.com, celular: 985072232

---

Dra Maria José Coelho, Enfermeira, Professora, Doutora da EEAN/UFRJ. Orientadora da Pesquisa.  
E-mail: zezecoelho@yahoo.com.br, celular 965119069

## ANEXO D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde**

Sr foi selecionado e está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada **O cuidar e o cuidado de enfermagem para homens infartados: a influência da masculinidade sobre o adoecimento**, que está sendo desenvolvida durante o mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery, que tem como objetivos: identificar como a masculinidade se apresenta no contexto de adoecimento de homens por infarto; descrever os cuidados de enfermagem que são recebidos pelo homem infarto considerando a Tipologia de Cuidados proposta por Coelho (1997); e discutir os cuidados recebidos pelos homens infartados no atendimento de emergência e a influencia da masculinidade no contexto do adoecimento. Este é um estudo baseado em uma abordagem quantiquantitativa, utilizando para a coleta de dados, um roteiro de entrevista e o auxilio de um aparelho de gravação para o registro dos dados importantes. A pesquisa terá duração de 24 meses.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição. Após sua desistência todos seus dados e respostas serão retirados da pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem formuladas sob a forma de entrevista. A entrevista será arquivada por um período de 05 anos e incineradas após esse período.

O Sr não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O possível risco relacionado a sua participação será o de desconforto durante a entrevista. Ao sentir desconforto o Sr poderá interromper a entrevista, e a qualquer momento poderá se recusar a responder as perguntas. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Enfermagem no tocante a saúde do homem. Além de qualificar os estudos sobre saúde do homem e os cuidados de enfermagem a eles necessários, o Sr estará colaborando para maior qualificação deste serviço de saúde, pois a maior parte dos enfermeiros do sistema público de saúde são mulheres. Logo estudar as relações de gênero é um ganho para a profissão e para o sistema de saúde.

O Sr receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone celular e o endereço eletrônico do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos antecipadamente sua valiosa colaboração que em muito contribuirá para a qualidade da Assistência de Enfermagem Hospitalar.

---

Grace Kelly da Silva Dourado. Enfermeira, Mestranda EEAN/UFRJ  
e-mail: [gracekellydourado@hotmail.com](mailto:gracekellydourado@hotmail.com), celular: 985072232

---

Dra Maria José Coelho, Enfermeira, Professora, Doutora da EEAN/UFRJ.  
e-mail: [zezecoelho@yahoo.com.br](mailto:zezecoelho@yahoo.com.br), celular 965119069

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Número do Parecer: 905.374 de 09 de dezembro de 2014.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do participante da pesquisa