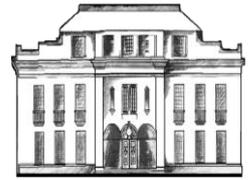




**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**



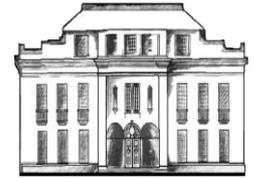
**ANDERSON OLIVEIRA TEIXEIRA**

**O COTIDIANO DO ATENDIMENTO EMERGENCIAL DO HOMEM COM  
PRIAPISMO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Rio de Janeiro  
2015



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**



**ANDERSON OLIVEIRA TEIXEIRA**

**O COTIDIANO DO ATENDIMENTO EMERGENCIAL DO HOMEM COM  
PRIAPISMO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

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

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria José Coelho

Rio de Janeiro  
2015

T266c Teixeira, Anderson Oliveira.

O Cotidiano do atendimento emergencial do homem com priapismo e os cuidados de Enfermagem./Anderson Oliveira Teixeira. – Rio de Janeiro:UFRJ/Escola de Enfermagem Anna Nery,2015.  
199f.;Il.: 30cm

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2015.  
Orientadora: Profª Drª Maria José Coelho

1.Enfermagem 2. Saúde do homem 3. Priapismo 4. Cuidado de enfermagem 5. Emergência I. Coelho,Maria José II. Título.

CDD 610.73

**Anderson Oliveira Teixeira**

**O cotidiano do atendimento emergencial do homem com priapismo e os cuidados de enfermagem**

Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2015.

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

Aprovado por:

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria José Coelho  
Presidente  
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

---

Prof. Dr. Dalmo Valério Machado de Lima  
1<sup>o</sup> Avaliador  
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF

---

Prof. Dra. Alexandre Barbosa de Oliveira  
2<sup>o</sup> Avaliador  
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

---

Prof. Dr. Ronald Teixeira Peçanha Fernandes  
1<sup>o</sup> Suplente  
Universidade Estácio de Sá

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Cecília Maria Izidoro Pinto  
2<sup>o</sup> Suplente  
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

## DEDICATÓRIA

Dedico a Deus.

Aos meus pais Terezinha e Everaldo.

À minha filha Lívia pela alegria e amor incondicional.

Ao minha companheira de jornada Selma de Almeida, por toda ajuda nos momentos em que eu mais precisava.

À minha orientadora, Dra. Maria José Coelho, por ter me mostrado o caminho com sabedoria.

A todas as pessoas que de algum modo colaboraram com a realização deste estudo, em especial os participantes da pesquisa.

Ao Hospital Federal do Andaraí e ao Instituto de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti que me abriram as portas e tornou possível a investigação.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela saúde, força e coragem para enfrentar as dificuldades e seguir por este caminho.

Ao Corpo Docente da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em especial aos professores do Programa de Pós-graduação, por transmitirem seus conhecimentos de maneira sábia, tornando possível a construção do meu próprio conhecimento.

Ao Corpo Administrativo Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, pela paciência, educação e presteza com que atendem ao público.

Aos Professores Doutores Alexandre Barbosa, Cecília Maria Izidoro, Dalmo Valério Machado, Ronald Fernandes e Renê Murilo de Oliveira, por terem contribuído de forma crítica para o desenvolvimento desta Dissertação integrando as Bancas Examinadoras.

Aos colegas de profissão e de sala de aula, que contribuíram para o desenvolvimento desta Dissertação, participando das discussões sobre este estudo.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Cuidar/Cuidado de Enfermagem, que contribuíram com discussões sobre essa temática.

## RESUMO

TEIXEIRA, Anderson Oliveira. **O cotidiano do atendimento emergencial do homem com priapismo e os cuidados de enfermagem**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Este estudo tem como o objeto o cuidado de enfermagem aos homens com priapismo atendidos na emergência. Esta temática relacionada à saúde do homem ficou silenciada durante muitos anos, necessitando de novos olhares para o atendimento de enfermagem específica para estes homens. Na perspectiva de compreender o processo assistencial e promover a reabilitação do homem com priapismo, o estudo teve como objetivos: caracterizar os homens com priapismo que são admitidos nas unidades de emergência; descrever os cuidados de enfermagem recebidos pelos homens com priapismo nas salas de emergência e caracterizar os cuidados de enfermagem recebidos pelos homens com priapismo a partir da tipologia de cuidados proposta por Coelho (1997). Trata-se de um estudo de abordagem mista, exploratória, do tipo estudo de caso. A coleta de dados deu-se em dois momentos: o primeiro, na fase quantitativa, realizou-se um levantamento retrospectivo de 133 homens que foram atendidos no Serviço de Pronto Atendimento de um Hospital Especializado em Hematologia nos anos de 2012 e 2013; na segunda fase realizou-se uma observação participante de seis casos de homens com priapismo que foram atendidos nas emergências do Hospital Especializado e de um Hospital Geral. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados a Entrevista semiestruturada e a observação participante, com preenchimento do Diário de Campo. Os dados quantitativos foram analisados pelo software Microsoft Excel versão 2010 e os qualificáveis pela análise temática e software Atlas.ti. Dos dados quantitativos emergiu o Perfil dos homens falcêmicos com priapismo, onde predominaram a idade média de 33,83 anos e mediana foi de 32 anos, 80,1% dos homens são solteiros, 50,3% são da cor preta, com predominância de 54% de homens com sangue tipo O fator Rh +, 92,9% residiam na região Metropolitana, 40,6% não concluíram o ensino fundamental e 62,4% dos homens tiveram até cinco atendimentos emergências, em 2012 e 2013, devido ao quadro clínico de priapismo. Nos dados qualitativos emergiram três categorias e temas transversais interligados com o estudo. Na primeira categoria, os casos múltiplos foram descritos os cuidados de enfermagem recebidos pelos homens. Na segunda categoria, analisou-se as falas dos homens sobre o atendimento de emergência, dividida em seis subcategorias. E na terceira categoria discutiu-se observação da tipologia de cuidados nos atendimentos realizados na emergência. Este estudo está centrado na elaboração de uma maneira de cuidar do homem, criando um diferencial na assistência ao homem com priapismo, diminuindo os riscos de complicações imediatas e tardias, colaborando para a construção do conhecimento de cuidar em enfermagem e a aplicação no Cotidiano Assistencial.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Cuidado de Enfermagem. Emergência. Priapismo.

## ABSTRACT

TEIXEIRA, Anderson Oliveira. **The emergency service of man's Everyday with priapism and nursing care.** 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

This study is the object nursing care to men with priapism treated in emergency. This theme related to human health was silenced for many years, requiring new looks for the specific nursing care for these men. In order to understand the care process and promote the rehabilitation of man with priapism, the study aimed to characterize men with priapism who are admitted to emergency units; describe the nursing care received by men with priapism in emergency rooms and characterize the nursing care received by men with priapism from care typology proposed by Coelho (1997). This is a mixed approach was exploratory, the case study. The data collection took place in two stages: the first in the quantitative phase, we performed a retrospective study of 133 men who were seen at the Emergency Service Answering a Specialized Hospital in Hematology in the years 2012 and 2013; in the second phase there was a participant observation of six cases of men with priapism who were seen in the emergency Specialized Hospital and a General Hospital. Were used as data collection instruments semi-structured interview and participant observation with Field Journal filling. Quantitative data were analyzed using Microsoft Excel version 2010 software and qualifying for the theme and Atlas.ti software analysis. Quantitative data emerged the profile of sickle cell men with priapism, which predominated the average age of 33.83 years and the median was 32 years, 80.1% of men are single, 50.3% are of black color, with a predominance of 54% of men with blood type O Rh +, 92.9% lived in the metropolitan region, 40.6% did not finish elementary school and 62.4% of men had up to five calls emergencies in 2012 and 2013, due to clinical picture of priapism. In qualitative data emerged three categories and cross-cutting issues linked to the study. In the first category the multiple cases nursing care received by men were described. In the second category we analyzed the speeches of men on emergency care, divided into six subcategories. And the third category was discussed observation of care typology in the care provided in emergency. This study is focused on developing a way to take care of man, creating a gap in assistance to men with priapism, reducing the risk of early and late complications, contributing to the construction of knowledge of nursing care and the application of Daily Care.

Keywords: Human Health. Nursing Care. Emergency. Priapism.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Deus Príapo .....	31
Figura 2 -	Estrutura interna do pênis .....	36
Figura 3 -	Representação da cadeia do DNA com substituição do aminoácido Ácido Glutâmico .....	47
Figura 4 -	Processo fisiopatológico devido à presença da Hb S .....	48
Figura 5 -	Bases conceituais do estudo .....	53
Figura 6 -	Esquema de busca ativa dos homens falcêmicos com priapismo .....	62
Figura 7 -	Distribuição dos homens de acordo com a cidade de origem (Mesorregiões) .....	78
Figura 8 -	Trajectoria de Zeus em busca de atendimento à saúde .....	90
Figura 9 -	Trajectoria de Poseidon em busca de atendimento à saúde .....	96
Figura 10 -	Trajectoria de Ares em busca de atendimento à saúde .....	99
Figura 11 -	Trajectoria de Apolo em busca de atendimento à saúde .....	102
Figura 12 -	Trajectoria de Hefesto em busca de atendimento à saúde .....	103
Figura 13 -	Trajectoria de Hermes em busca de atendimento à saúde .....	106

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição das idades em Boxplot .....	72
Gráfico 2 -	Estado civil dos homens com priapismo .....	73
Gráfico 3 -	Distribuição da cor da pele dos homens com priapismo .....	75
Gráfico 4 -	Tipo sanguíneo e fator Rh dos homens com priapismo .....	77
Gráfico 5 -	Nível de escolaridade dos homens com priapismo .....	79
Gráfico 6 -	Distribuição da quantidade de vezes que o homem com priapismo procurou a emergência nos anos de 2012 e 2013 .....	80
Gráfico 7 -	Tempo de ereção peniana dos homens com priapismo .....	82
Gráfico 8 -	Distribuição do tempo de ereção com o tempo de internação .....	84
Gráfico 9 -	Cuidados de enfermagem aos homens com priapismo .....	86
Gráfico 10 -	Percurso de Zeus até o tratamento .....	93
Gráfico 11 -	Percurso de Poseidon até o tratamento .....	97
Gráfico 12 -	Percurso de Ares até o tratamento .....	100
Gráfico 13 -	Percurso de Apolo em busca de atendimento à saúde .....	102
Gráfico 14 -	Percurso de Hefesto em busca de atendimento à saúde .....	105
Gráfico 15 -	Percurso de Hermes em busca de atendimento à saúde .....	106
Gráfico 16 -	Distribuição dos pacientes nos cenários do estudo .....	107
Gráfico 17 -	Distribuição das causas do priapismo .....	107
Gráfico 18 -	Tempo de ereção dos participantes do estudo .....	109

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1 -	Estratégia de busca literária .....	22
Fluxograma 2 -	Coleta de dados quantitativos .....	63
Fluxograma 3 -	Coleta de dados qualitativos .....	67
Tabela 1 -	Frequência da faixa etária dos homens com priapismo .....	71
Tabela 2 -	Distribuição das APs dos homens procedentes do Município do Rio de Janeiro .....	79
Fluxograma 4 –	Consulta de Enfermagem – Anamnese e Exame Físico do Homem com Priapismo .....	140
Fluxograma 5 –	Tipologia dos Cuidados de Enfermagem aos Homens com Priapismo .....	141

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Levantamento das publicações sobre priapismo e cuidados de enfermagem nas bases de dados eletrônicas .....	23
Quadro 2 - Caracterização das fases componentes do processo de ereção e detumescência .....	37
Quadro 3 - Avaliação de acordo com a classificação do priapismo .....	39
Quadro 4 - Avaliação da gasometria do sangue aspirado do corpo cavernoso .....	41
Quadro 5 - Tratamento do priapismo agudo .....	42
Quadro 6 - Quantidade de hospitais que os homens com priapismo procuraram .....	110
Quadro 7 - Cuidados observados no atendimento ao homem com priapismo no hospital geral .....	127
Quadro 8 - Cuidados observados no atendimento ao homem com priapismo no hospital especializado .....	132

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	14
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO .....	14
1.2 A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E AS EVIDENCIAS NAS LITERATURAS .....	21
1.3 OBJETO DE ESTUDO .....	28
1.4 QUESTÕES NORTEADORAS DO ESTUDO .....	29
1.5 OBJETIVOS DO ESTUDO .....	29
1.6 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO .....	29
<b>CAPÍTULO II – REVISÃO SISTEMATIZADA DO TEMA</b> .....	31
2.1 PRIAPISMO: MITOS E ASPECTOS CONCEITUAIS .....	31
2.2 ANATOMIA E FISIOLOGIA PENIANA .....	35
2.3 ANAMNESE E EXAME FÍSICO .....	38
2.4 TRATAMENTO DO PRIAPISMO .....	41
<b>2.4.1 Priapismo isquêmico</b> .....	42
<b>2.4.2 Priapismo não isquêmico</b> .....	45
<b>2.4.3 Priapismo intermitente</b> .....	45
<b>2.4.4 Relação entre doença falciforme e priapismo</b> .....	46
2.5 O HOMEM E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL .....	49
<b>CAPÍTULO III – REFERENCIAL CONCEITUAL E O CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	53
3.1 REFERENCIAL CONCEITUAL .....	53
3.2 CAMINHO METODOLÓGICO .....	59
<b>3.2.1 Tipo de pesquisa</b> .....	59
<b>3.2.2 Cenário do estudo</b> .....	60
<b>3.2.3 Critérios de inclusão e de exclusão dos participantes do estudo</b> .....	61
<b>3.2.4 População, amostra e participantes do estudo</b> .....	61
<b>3.2.5 Coleta de dados</b> .....	61
<b>3.2.6 Análise dos dados</b> .....	68
<b>3.2.7 Aspectos éticos da pesquisa</b> .....	69
<b>CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	71

4.1 CATEGORIA I – PERFIL DOS HOMENS FALCÊMICOS COM PRIAPISMO	71
4.2 CATEGORIA II – CASOS DO ESTUDO .....	88
4.2.1 Subcategoria – Caso do estudo 1 .....	88
4.2.2 Subcategoria – Caso do estudo 2 .....	93
4.2.3 Subcategoria – Caso do estudo 3 .....	98
4.2.4 Subcategoria – Caso do estudo 4 .....	100
4.2.5 Subcategoria – Caso do estudo 5 .....	103
4.2.6 Subcategoria – Caso do estudo 6 .....	105
4.3 CATEGORIA III – CONVERSA DOS HOMENS SOBRE PRIAPISMO: DANDO VOZ ÀS SUAS VIVÊNCIAS SOBRE O ATENDIMENTO .....	110
4.3.1 O conhecimento do homem sobre o priapismo antes do episódio atual .....	111
4.3.2 Cocaína, relação sexual e priapismo .....	113
4.3.3 A resistência dos homens com priapismo em buscar ajuda profissional .....	115
4.3.4 Quando os homens com priapismo procuram uma unidade de saúde .....	117
4.3.5 Acesso dos homens com priapismo aos serviços de emergência .....	118
4.3.6 Compreensão dos homens acerca do priapismo após o atendimento emergencial .....	121
4.3.7 Os cuidados que os homens com priapismo gostariam de receber na emergência .....	122
4.4 OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM RECEBIDOS PELOS HOMENS COM PRIAPISMO EM EMERGÊNCIAS DE HOSPITAIS GERAIS E ESPECIALIZADOS .....	126
4.4.1 O atendimento e os cuidados de enfermagem em serviço de emergência de um hospital geral .....	127
4.4.2 O atendimento e os cuidados de enfermagem em serviço de emergência de um hospital especializados .....	132
<b>CAPÍTULO V - MATERIALIZAÇÃO DA IDEIA DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>139</b>
<b>CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>168</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>173</b>
<b>APÊNDICE A – Caracterização do Participante .....</b>	<b>184</b>
<b>APÊNDICE B – Diário de Campo .....</b>	<b>185</b>
<b>APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista .....</b>	<b>186</b>
<b>APÊNDICE D – Formulário de Observação de Campo .....</b>	<b>189</b>

<b>APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>191</b>
<b>APÊNDICE F – Termo de Consentimento para Gravações das Entrevistas .....</b>	<b>193</b>
<b>ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa .....</b>	<b>194</b>
<b>ANEXO B - Parecer Técnico do Produto do Cuidado.....</b>	<b>199</b>

## CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO

No cotidiano assistencial, as equipes de saúde, que atuam nas emergências, vivenciam situações de diversas complexidades: desde a chegada do nascimento de uma criança até uma morte de um adulto. Entretanto, as condutas de enfermagem podem ser um diferencial entre a vida e a morte destes indivíduos. Nesta perspectiva, cuidar de um homem com priapismo no setor de emergência demanda do enfermeiro habilidades para o acolhimento e a condução terapêutica até a sua reabilitação. Este estudo aborda o atendimento aos homens com priapismo assistidos em emergência pela enfermagem.

O priapismo é um problema de grande importância para a saúde pública, em virtude dos danos causados à população masculina. Trata-se de uma doença caracterizada pela ereção peniana prolongada e persistente por mais de 4 horas, não desencadeada por estimulação sexual e, normalmente, somente os corpos cavernosos são afetados, sendo considerada uma situação de emergência (MONTAGUE et al., 2003).

Embora haja relato na literatura de priapismo em mulheres, o Código Internacional de Doenças (CID)-10 atribui esta doença como exclusiva do sexo masculino (CID N48.3). Estima-se que 10% a 30% dos homens que apresentam priapismo evoluem com perda parcial ou completa da função sexual, independentemente do tipo de tratamento recebido. O tempo de duração do priapismo é determinante para que a função sexual normal seja preservada. Quanto maior o tempo, maior a chance de ocorrência de impotência sexual, principalmente nos casos muito prolongados (>24 horas) e em homens com mais de 15 anos (ADEYOJU et al., 2002; EMOND et al., 1980; KATO; GLADWIN; STEINBERG, 2007).

A preocupação é mundial segundo demonstram pesquisas realizadas em diversos países, com intuito de esclarecer os fatores relacionados ao priapismo. Nos Estados Unidos, onde há alta prevalência de hemoglobinopatias (ex. anemia falciforme), há um índice mais elevado de casos de priapismo. A raça negra também está relacionada ao maior quantitativo de casos. Este fato foi descrito por Macaluso e Sullivan (1985) em um estudo realizado no Hospital de Caridade de Louisiana em Nova Orleans (EUA) onde foram registrados no prontuário 197 casos de priapismo no período de 1938 a 1982, sendo 172 adultos e 25 crianças. 93% dos homens com priapismo eram negros.

Na Finlândia, foi realizado um levantamento dos casos de priapismo no período de 1975 a 1990. Nesse processo, foram encontrados 193 casos, com incidência variando entre 0,34 a 0.52 casos por 100.000 homens/ano, permanecendo muito estável durante o período de 16 anos. Contudo, nos últimos três anos (1987 a 1990), houve um aumento considerável desta margem passando para 1,1 casos por 100.000 pessoas/ano. Este aumento é atribuído ao uso de terapia intracavernosa de drogas vasoativas, que são utilizados no tratamento de disfunção erétil. Neste estudo, a faixa etária foi de 40-50 anos e a incidência foi maior na parte oriental do país (KULMALA; LEHTONEN; TAMMELA, 1995, p. 93).

Na Austrália Ocidental foi realizado um estudo retrospectivo através dos *softwares* dos computadores de três grandes hospitais de ensino em Peth. O levantamento foi feito pelo código do diagnóstico de priapismo dos homens adultos assistidos entre 1985 a 2000. Durante o período de 16 anos, houve 82 episódios de priapismo registrados, porém, devido à reinternação de 19 homens com o mesmo problema de saúde, o total de homens estudados foi de 63. Destes, 48 tiveram ereção prolongada após o uso de injeções intracavernosas para disfunção erétil (EARLE et al., 2003).

No Japão, no período de 2006 a 2008, foram registrados no Banco Nacional de Dados 6.930 internações hospitalares, destes 46 (0,66%) homens tiveram o diagnóstico de priapismo (CID-10) como motivo de internação. A incidência de casos permaneceu em 0.13 por 100.000 pessoas/ano. Estima-se que esta incidência seja maior por conta de não terem sido contabilizados os casos assistidos ambulatoriamente. Existem razões para a baixa incidência no Japão. As diferenças raciais e o estilo de vida contribuem para isso. Podemos citar como exemplo o próprio estudo, o qual não identificou na população japonesa homens com história de anemia falciforme, levando em consideração que se trata de um fator de risco para priapismo (SUGIHARA et al., 2011).

Esses estudos apontam para a relação entre a doença falciforme, o uso de substâncias vasoativas no pênis para provocar ereção artificial e o priapismo. No Brasil, de acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia, em 2010, a incidência global de homens com priapismo esteve em torno de 1,5 por 100.000 pessoas/ano, todavia, estudos demonstram que a incidência na população portadora de anemia falciforme segue em torno de 29 e 42%. (NARDOZZA JÚNIOR, 2010).

A anemia falciforme é uma doença causada pela mutação de genes provocando alterações nas hemoglobinas, que são responsáveis pelo carreamento do oxigênio aos tecidos. Trata-se de doença hereditária monogênica mais comum do Brasil, ocorrendo predominante entre negros e pardos, o que se justifica por ser uma doença originária da África, tendo sido

trazida ao Brasil através da imigração dos escravos. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em razão de o país apresentar alto grau de miscigenação, existe um alto índice de pessoas com anemia falciforme, principalmente de afrodescendentes (ANVISA, 2001; BRASIL, 2007).

No Brasil, segundo dados do estudo de Castro (2011), a prevalência da anemia falciforme é de uma a cada mil pessoas, em média. Na Bahia, onde o contingente de negros é maior, a doença atinge um em cada 650 indivíduos nascidos vivos. Isso nos reporta à necessidade de ampla divulgação sobre a doença, bem como das possíveis complicações, dentre elas o priapismo.

Outro importante fator associado ao priapismo é o uso de drogas. Nesse sentido, Gomes, Vendeira e Reis (2003) advertem que a utilização de fármacos anti-hipertensores, antipsicóticos, antidepressivos, anticoagulantes, bem como de drogas recreativas e ilícitas (cocaína) são responsáveis por grande parcela dos casos de priapismo em adultos. A partir de 1980, decorrente da descoberta de medicamentos vasoativos para tratamento da impotência sexual masculina, os casos de priapismo se tornaram mais frequentes.

Nota-se, porém, que embora o priapismo seja uma doença que acomete grande parcela de homens, impondo-lhes grande sofrimento de ordem biopsicossocial, levando-lhes inclusive a disfunções sexuais permanentes, com possibilidade até de amputação do pênis, o atendimento emergencial nem sempre tem se mostrado eficaz no sentido de minimizar os danos e prevenir sequelas. Nota-se também escassez de estudos sobre os cuidados de enfermagem específicos a esta clientela.

O cotidiano dos Serviços de Emergência baseia-se em uma dinâmica marcada por características específicas, surgindo assim, a necessidade do enfermeiro instrumentalizar-se de conhecimentos técnicos e científicos pautados no cuidar/cuidados emergenciais para o tratamento do homem com priapismo. Entretanto, nota-se que há um distanciamento na relação homem/profissional, impedindo que as necessidades básicas sejam atendidas e que este homem estabeleça um vínculo de confiança com a equipe, possibilitando adesão à terapêutica e, conseqüentemente, boa resultados.

Diante deste distanciamento, o homem com priapismo se vê em condições desconfortáveis para procurar atendimento emergencial. Vergonha, medo ou até mesmo excesso de confiança, são alguns dos motivos que fazem com que grande parte da população masculina não procure, de imediato, por atendimento.

Para entender esses motivos que levam os homens a se afastarem dos serviços de saúde, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) realizaram um estudo alertando que o imaginário

de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança. Portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente em desconfianças acerca dessa masculinidade socialmente instituída. Além dessas dificuldades em procurar os serviços de saúde, o homem quando necessita de tratamento de longa duração tem, em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho seu que, em algumas circunstâncias, necessitam modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento.

Outra questão que reforça a ausência dos homens ao serviço de saúde seria o receio da descoberta de uma doença grave. Nessa lógica, não saber pode ser considerado um fator de “proteção” para os homens estudados. Outra dificuldade para o acesso dos homens a esses serviços é a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde, particularmente a região anal, no caso da prevenção ao câncer de próstata. Também é apontado como um fator que dificulta esse acesso à falta de unidades específicas para o tratamento da saúde do homem (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Diante das barreiras físicas, culturais e sociais enfrentadas pelos homens quando necessitam de assistência à saúde, e com o intuito de garantir o que preconiza a Constituição Brasileira de 1988, que ratifica que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, devendo ser entendida como resultado de um processo e das relações sociais que garantam maior ou menor qualidade de vida para uma população, e corroborando que a saúde do homem tem que ser entendida dentro de um determinado contexto social e econômico, o Brasil criou o Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde, para promover um novo padrão de desenvolvimento centralizado no crescimento, bem-estar e melhoria das condições de vida do cidadão brasileiro. A nova política colocou o Brasil na vanguarda das ações voltadas, especialmente, para a saúde do homem (BRASIL, 2009).

Ademais, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, tem por objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, reduzir-lhe a morbidade e a mortalidade, facilitando o acesso às ações e aos serviços de assistência à saúde. As ideias foram agrupadas em eixos de ação, dentre eles o da comunicação, promoção à saúde, expansão dos serviços em saúde e em enfermagem, qualificação de profissionais e investimento na estrutura da rede pública.

As discussões e reflexões sobre a incorporação de cuidados ao homem, na óptica da atenção da prevenção e promoção da saúde, nos remetem a uma percepção e acolhimento das demandas de saúde de indivíduos do gênero masculino nas unidades de saúde. Os estereótipos de gênero surgidos das diversas possibilidades de construção da masculinidade são levados em consideração nesta reflexão. Os homens constroem a sua masculinidade baseados em paradigmas, tendo de se apresentar com uma imagem de autossuficiência em que tendem a não perceber sua vulnerabilidade. Este ponto os leva a não dar a atenção necessária à família, e tornam-se empecilhos no acesso aos serviços médicos, ao traduzir o pensamento de que homem não precisa cuidar de si, uma vez que o “cuidado é coisa de mulher”, entre outros aspectos. É por isso que, não existindo uma tradição do cuidado por parte dos homens, para mudar este quadro, faz-se necessário uma mudança na cultura, uma intervenção na construção da masculinidade (BRASIL, 2010).

Neste contexto sócio-político-cultural, trago como proposta de investigação um tema que aborda a saúde do homem. Com a perspectiva de aprofundamento teórico para melhor subsidiar a prática, especificamente sobre os cuidados de enfermagem voltados ao homem com priapismo admitidos nas emergências.

O interesse e conseqüente motivação para a realização deste estudo emergiu durante o curso de bacharelado em Enfermagem, mais especificamente no estágio supervisionado em um hospital da rede pública no município do Rio de Janeiro. Neste cenário, pude observar um homem jovem, deitado em uma maca sem colchão, em um corredor lotado de pacientes, com uma ereção peniana involuntária, sofrendo pela dor e constrangimento por conta de seu quadro clínico.

Nesta ocasião, nos setores em que passei, pude presenciar comentários pejorativos a respeito deste homem e a euforia dos profissionais de saúde diante da ereção peniana permanente. Impressionado com a postura dos profissionais frente àquela situação de emergência, surgiu o questionamento sobre quais cuidados de enfermagem poderiam ser prestados ao homem com priapismo.

De forma empírica, perguntava aos enfermeiros responsáveis pelos cuidados como poderíamos atender às necessidades imediatas. Obtive como resposta: que deveríamos encaminhá-lo para uma avaliação cirúrgica. Questionava-me quanto os cuidados de enfermagem que poderiam ser realizados. Será que o cuidado de enfermagem se resume a um encaminhamento a outro profissional? O que devemos fazer para diminuir os sofrimentos físicos, morais, sociais e psicológicos? Existe algum protocolo institucional dos cuidados de enfermagem para essa situação de emergência?

O homem com ereção peniana dolorosa em uma unidade de emergência necessita receber os cuidados de enfermagem de maneira rápida e resolutiva, com o intuito de reverter a sintomatologia e evitar sequelas. Para isso, a equipe de enfermagem tem uma função primordial neste atendimento inicial, baseando-se na diminuição do sofrimento deste homem, a fim de suprir as demandas emergenciais com base nas necessidades humanas básicas afetadas, tendo em vista que o priapismo pode evoluir para disfunção erétil, ou até mesmo a amputação do membro.

Sete anos após o atendimento ao 1º homem, em outro cenário assistencial, tive nova experiência, porém, neste caso, eu era o enfermeiro responsável pelos cuidados. Na emergência, admiti um jovem de 24 anos com ereção peniana prolongada por mais de 29 horas, que se encontrava desesperado com seu quadro clínico, ciente da gravidade e do risco de impotência sexual. Era fácil, como homem, entender o desespero daquele jovem, pois como adverte Coelho (2006) somos todos, em qualquer momento da vida, um cliente potencial.

No momento em que realizei o acolhimento e admissão, encontrei dificuldade em desenvolver a primeira etapa do processo de enfermagem, a coleta de dados, devido ao constrangimento do homem em discutir sua situação clínica. Durante o atendimento, surgiram os mesmos questionamentos sobre a importância dos cuidados de enfermagem emergenciais.

Procurei cuidar deste homem com base nos aspectos biopsicossociais, mas deparei com uma cultura machista e preconceituosa fortemente enraizada na sociedade brasileira e, infelizmente, nas ações de alguns profissionais da saúde, dificultando o atendimento ao homem com priapismo. Estes preconceitos também são descritos por autores como Gomes et al. (2008a) e Nascimento (2009).

Para Coelho, Figueiredo e Carvalho (1997), a convicção da propriedade do cuidar/cuidado faz-se pela identificação dos fatores primários e secundários que levaram o indivíduo a situação emergencial. Estes cuidados exigem conhecimento específico, singular, centrado em assistência sem preconceitos, já que estes homens normalmente procuram a unidade de saúde quando a patologia está em fase avançada.

Estas autoras afirmam que para realizar os cuidados de enfermagem na emergência, a enfermeira deve estabelecer a relação entre o homem e o meio; o equilíbrio e o desequilíbrio biológico e suas manifestações naturais e/ou provocadas; os comportamentos socioculturais das pessoas e dos profissionais, que são expressos na unidade de emergência; e, ainda, os procedimentos e técnica de cuidar adotados são realizados com base em um conhecimento

específico denominado ciência da enfermagem (COELHO; FIGUEIREDO; CARVALHO, 1997).

Os cuidados de enfermagem são direcionados ao conforto e segurança destes homens, que por vezes são submetidos a diversas situações humilhantes. Percebe-se que muitos profissionais de saúde das emergências não tratam os casos de priapismo como urgência urológica, quer seja por falta de conhecimento da patologia ou por relacionar a ereção peniana ao ato sexual.

A partir da década de 1980, houve um aumento dos números de casos de homens com priapismo devido ao surgimento de medicamentos intracavernosos para reversão da impotência sexual. Assim, constantemente estamos nos deparando com homens com priapismo, evidenciando a necessidade de realizar ações intervencionistas para a reversão do quadro clínico apresentado, proporcionando-os conforto e assegurando o sigilo que lhe é de direito.

O homem com priapismo vê-se diante de uma situação incomum e desconfortável para qualquer um, onde o risco de impotência sexual pode ferir a masculinidade do homem, como descrevem Gomes et al. (2008b). No processo de cuidados destes homens com priapismo, devemos focar na reversão do quadro clínico apresentado e, principalmente, atentar para as necessidades deste homem na emergência.

Estes medos e anseios, de certa forma, ancoram-se no modelo hegemônico de masculinidade, tendo como principal eixo a dominação. Assim, os homens com disfunção erétil, sem libido, doente e sem o status de provedores, comprometem as marcas identitárias da masculinidade (NASCIMENTO; GOMES, 2008, p. 1559).

Os mesmos autores relatam o porquê de tanta preocupação com o pênis, justificando ter inúmeras respostas para essa questão. Porém, destacam a ideia de que essa preocupação tem muito a ver com o símbolo cultural da virilidade. O pênis pode assumir o papel de um arquétipo em diversas épocas para que homens construam a sua identidade masculina e, nesse sentido, problemas – reais ou fictícios – a ele relacionados podem ferir essa identidade, comprometendo as imagens de fertilidade, força e poder.

Segundo Scheuer e Bonfada (2008, p.11), os agravos à saúde do homem constituem verdadeiros problemas de saúde pública. A identificação e reconhecimento destes agravos certamente trarão benefícios concretos à sociedade, principalmente se socializados por meio de produções científicas, as quais também podem ser ponto de partida para o desenvolvimento de estudos específicos sobre o assunto, bem como para a consolidação de políticas de saúde voltadas para a população masculina.

Entretanto, os modelos prescritivos e implementativos (pautados na ordem/obrigação) acabam não inserindo este homem no cuidado da própria saúde. Vemos que poderíamos fazer proposições no lugar de somente prescrições, tendo em vista que, existe um número grande de homens que não aderem ao regime terapêutico, em função destas práticas baseadas no modelo cartesiano e verticalizadas, onde não se dá voz aos sujeitos do cuidar, especificamente ao homem na emergência, onde muitas vezes não são avaliados seus medos e peculiaridades inerentes ao gênero masculino.

Os fatos relatados visam à compreensão dos motivos que levam o homem com ereção peniana prolongada por mais de quatro horas a não procurar uma unidade de emergência. Trata-se de uma urgência urológica, com intervenção imediata, porém o homem retarda o pedido de ajuda, deixa agravar os sinais e sintomas até o momento de não suportar mais a dor física, psíquica e social.

No que se refere à temática dos artigos científicos publicados, percebe-se uma carência expressiva de literatura que abordasse os cuidados de enfermagem prestados a estes homens com priapismo, bem como trabalhos sobre esta patologia e a eficiência dos planos terapêuticos propostos. Desta forma, torna-se necessário a ampliação de temas relacionados à saúde do homem nos meios acadêmicos e científicos, específicos sobre o priapismo.

## 1.2 A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E AS EVIDÊNCIAS NAS LITERATURAS

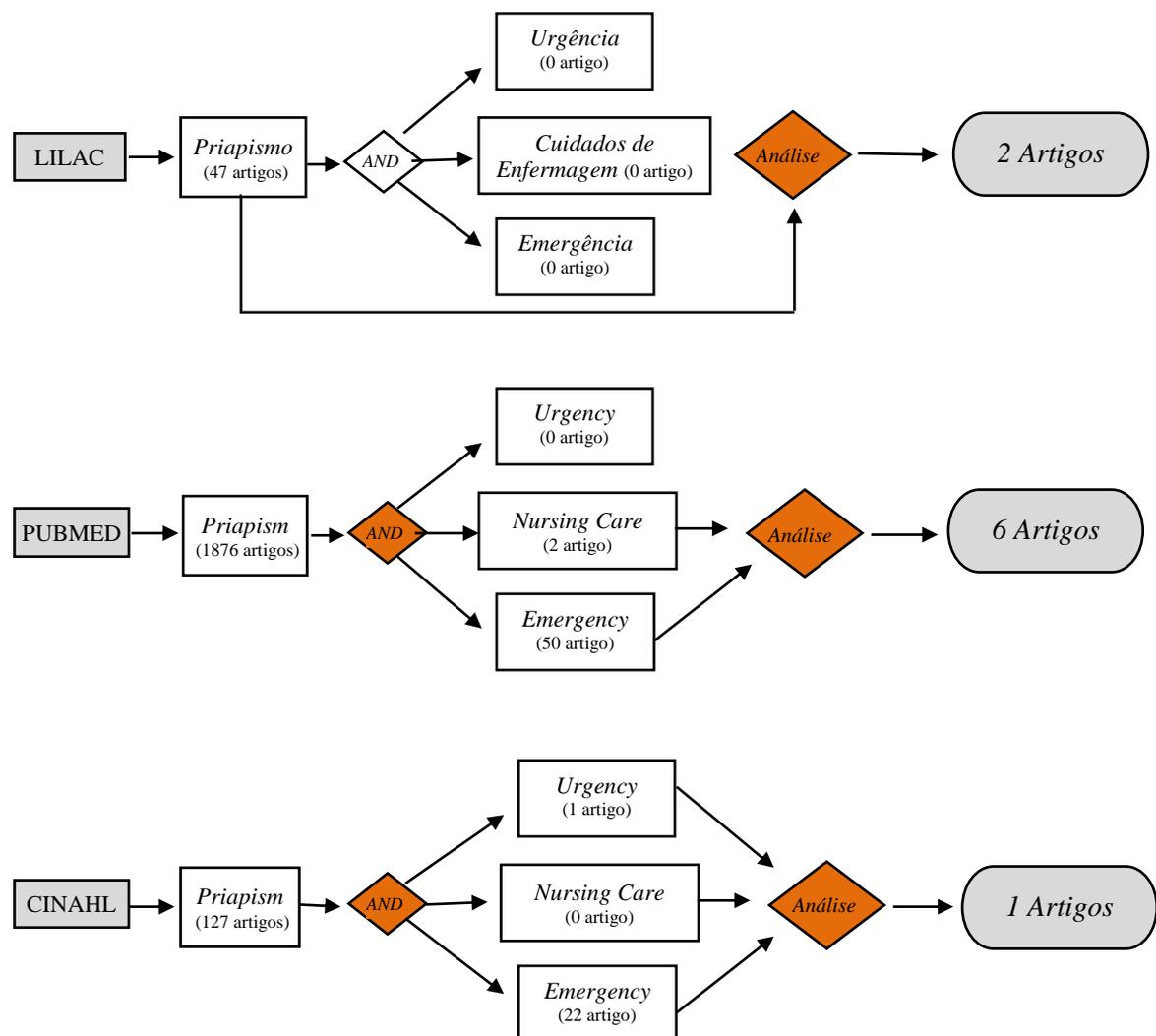
Diante da necessidade de identificar o que já foi estudado sobre o tema, foi realizada uma revisão sistematizada da literatura nas bases de dados LILACS, PUBMED/MEDLINE e CINAHL, utilizando os descritores do DeCS/MESH: [*priapismo*], [*cuidados de enfermagem*], [*emergência*] “OR” [*urgência*] utilizando-se o operador booleano [*and*]. Buscou-se artigos também de língua inglesa com os descritores [*priapism*] and [*Nursing care*], [*emergency*] “OR” [*urgency*] independente do ano de publicação, e que abordassem os cuidados de enfermagem em emergência aos homens com priapismo. O levantamento foi realizado no período de março de 2013 a janeiro de 2014 e a primeira seleção dos artigos foi feita pela análise dos títulos e resumos.

Após pesquisa nas bases de dados foram adotados os seguintes critérios de inclusão, para seleção dos artigos: artigos completos, disponível em qualquer idioma, que descrevessem os cuidados para crise de priapismo, cuja amostra fosse constituída por sujeitos do sexo masculino adulto e sem delimitação do período de publicação. Também se utilizou a busca

inversa, que é um método de seleção de documentos a partir da bibliografia de documentos primários recuperados na busca anterior.

Estabelecidos esses critérios, deu-se início ao processo de avaliação dos artigos. Na LILACS foram lidos na íntegra os 47 artigos encontrados com o descritor [priapismo], sendo selecionados dois artigos desta base de dados, descartados 45 artigos. Na PUBMED foram lidos 52 artigos e selecionados seis artigos após aplicar o critério de inclusão, sendo descartados 46 artigos. Por último, na base CINAHAL foram lidos 23 artigos e selecionado um artigo, sendo descartados 22 artigos. Desta forma, totalizou nove estudos que constituíram a amostra final para o desenvolvimento da análise crítica. Esta busca pode ser demonstrada no Fluxograma 1.

Fluxograma 1 - Estratégia de busca literária



Os 113 artigos restantes serviram de base para compor a revisão de literatura acerca da temática proposta. Todavia, vale ressaltar que os artigos foram descartados por não estarem em consonância com a temática do cuidar e do cuidado de enfermagem, além de não relacionar o priapismo como tema principal. Os artigos duplicados em ambas as bases de dados foram computados apenas uma vez. Os resultados da análise das referências identificadas foram descritos em quadros demonstrativos, segundo a base de dados pesquisada.

Quadro 1 - Levantamento das publicações sobre priapismo e cuidados de enfermagem nas bases de dados eletrônicas

Ano	Base de Dados	Autores	Títulos dos Artigos
1616	PUBMED	Petraens, H.	Gonorrhoea, satyriasis et priapisme
1824	PUBMED	Callawa, T.	Unusual case of priapism
1845	PUBMED	Tripe, J. W;	Clinical contributions from private practice: case of continued priapism
1914	PUBMED	Frank Hinman, MD.	Priapism: report of cases and a clinical study of the literature with reference to its pathogenesis and surgical treatment
1933	LILACS	Lima, G.	Em torno de um caso de priapismo
1976	PUBMED	Andreou, A.	Nursing care study: priapism
1980	LILACS	Medeiros, A. S.; Moreno, T. S.; Barbosa Filho, E.	Priapismo: análise de 22 casos
2004	PUBMED	Wren, T.	Penile and testicular disorders
2007	CINAHL	Summers, A.	Priapism: diagnosis and early referral in emergency departments

Fonte: Base de dados eletrônicos, LILACS, PUBMED e CINAHAL em janeiro de 2014.

A primeira publicação sobre priapismo foi realizado no ano de 1616 por H. Petraens em um artigo denominado de *Gonorrhoea, Satyriasis et Priapisme*, porém, em 1824, Callaway descreveu o primeiro caso de priapismo na língua inglesa, e desde de então este assunto têm tido pouca atenção para o estudo da incidência, a etiologia, a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento do priapismo. No início do século XIX, Callaway relatou o uso de sanguessugas, enemas, eméticos e soluções frias. Além disso, recomendou incisão e drenagem

dos corpos cavernosos, caso os cuidados iniciais não revertessem o priapismo (PETRAENS, 1616).

Jonh W. Tripe (1845) relatou o caso de um marinheiro de 26 anos que se apresentou com ereção peniana dolorosa permanente por mais de dois dias. O tratamento consistiu em aplicação de bolsas de gelo na região perineal, administração de um quarto de grão de tártaro emético, com um grão de ópio em pó a cada quatro horas e aplicação de seis sanguessugas no pênis.

Em 1914, Hinman realizou, no Johns Hopkins Hospital, um estudo descrevendo dois casos de priapismo, através de uma análise de casos na literatura, uma classificação simples e um curso racional de tratamento. O primeiro caso foi de um homem estivador de 45 anos queixando-se de ereção peniana persistente dolorosa. Já o segundo, um pescador, com idade de aproximadamente 52 anos, foi internado no Hospital Mercy, queixando-se de uma dolorosa ereção peniana por mais de 24 horas. Não houve qualquer método definido para tratamento do priapismo. Em muitos casos, sanguessugas foram aplicadas ao pênis e períneo, sem qualquer resultado.

O priapismo se enquadra entre os tabus que circundam a sexualidade masculina, pois o enrijecimento do pênis e a própria ereção não se apresentam como um marcador da virilidade masculina, mas sim como a possibilidade de se tornar impotente. Assim, é interessante exemplificar seu caráter contraditório entre uma potência pelo menos aparente e a possibilidade de se tornar de fato impotente. Fato este, descrito na narrativa de Lima (1933), quando publicou, no periódico *Laboratório Clínico*, o relata um caso de priapismo. O mesmo relatou o sofrimento e o constrangimento ao qual o homem de priapismo pode ser exposto.

Num domingo, à noite somos chamados com urgência. O doente está em gritos, informa o emissário. Numa casinha pobre e mal iluminada, encontramos-lo gemendo e desesperado. É um senhor muito pálido de 35 anos; sentado no leito recostado à sua cabeceira, membros inferiores fletidos e sem abdução, para aparar, com as mãos entre as coxas, os órgãos genitais. Afastadas as coberturas, deparou-se-nos o pênis em ereção. As dores não permitiram que se fizesse uma anamnese cerrada. Excluídas, então, as causas mais comuns de ereções dolorosas (blenorragia e suas complicações, traumatismo, etc) procuramos colher dados relativos ao sintoma apresentado com sua senhora. Apuramos, então, que o fenômeno datava de quatro dias. As coisas se renovavam com frequência, com o objetivo de remover o mal; por fim tornaram-se impossíveis, devido ao aparecimento de dores violentas. É inútil dizer que a ereção não era acompanhada de nenhuma sensação voluptuosa. Há dois dias o paciente não dormia emitindo frequentemente gritos lancinantes em virtude de paroxismos dolorosas, assim durante o dia como toda a noite. A principio tentaram ocultar o mal; mas, tais foram os gritos que chegaram ao conhecimento público e já toda a rua se encontrava alarmada com o estranho fenômeno (LIMA, 1933, p. 293).

Ao relato do sofrimento do rapaz são agregadas características estranhas à ereção, já que o aumento do volume do pênis se deu apenas parcialmente, com grande curvatura e a glândula com aspecto semelhante ao seu estado de flacidez. As tentativas de cessar a dor continuaram; levado para a Casa de Misericórdia depois de três dias e a aplicação de sedativos e gelo, a dor havia melhorado temporariamente. Passado os 10 dias sem qualquer alteração "o doente está abatido, desanimado e em prantos; preferem que lhe cortem o membro a suportar tanta dor" (LIMA, 1933, p. 294). Apenas no 25º dia as dores foram suportáveis com auxílio de anestesia raquidiana, e no 30º dia a ereção cedeu conservando-se o volume. Tempos depois se constatou que o homem sofria de leucemia.

Andreou (1976) descreveu um estudo de caso de um homem de 35 anos com ereção peniana prolongada por mais de 20 horas relacionando ao ato sexual. O tratamento medicamentoso conservador utilizou-se de benzodiazepínicos e pentazocina administrados por via intramuscular, mais aplicação de calor na região prostática com uso de enema e bolsa de gelo na região peniana, com intuito de reduzir a condução nervosa e aliviar a dor e possível relaxamento. Os resultados dos tratamentos não foram significativos, o que levou ao centro cirúrgico para procedimento de frenagem dos corpos cavernosos do órgão.

Quatro anos depois, Medeiros, Moreno e Barbosa Filho (1980) fizeram uma análise de 22 casos de priapismo, observados durante um período de oito anos, e teceram considerações sobre grupos etários, fatores etiológicos, condutas terapêuticas adotadas e resultados conseguidos. O mais jovem tinha sete anos de idade e o mais velho 59 anos. A maior incidência de priapismo ocorreu na 3ª década de vida, sendo a forma idiopática mais frequentemente encontrada. O tratamento foi instituído de acordo com a etiopatogenia.

Para Wren (2004), os distúrbios da genitália externa masculina não são discutidos com tanta frequência em literatura como outros distúrbios. Dados do estudo apontou pouco conhecimento dos homens sobre alguns assuntos, como: priapismo, fimose, doença de Peyronie, torção testicular, epididimite e orquite. Para o autor, homens que sofrem de priapismo podem sentir-se constrangidos quando em ereção peniana nas salas de emergências. Porém, tratamentos domiciliares podem ser utilizados para minimizar os danos, incluindo aplicação de sacos de gelo no períneo, subir escadas e compressão externa. A nível hospitalar, os tratamentos incluem medicamentos alfa agonistas administrados sistemicamente, hidratação, analgesia, alcalinização e cirurgias.

Os enfermeiros da emergência necessitam expandir seus conhecimentos para ajudar os homens em condições complexas, como o priapismo. Summers (2007) argumenta que estes profissionais podem reduzir o tempo de espera dos homens com sintomatologia sugestiva de

priapismo encaminhando-os, precocemente, para um tratamento especializado, evitando os riscos de danos causados pela demora do atendimento. Como os sinais e sintomas do priapismo são óbvios, os homens portadores desta condição oferecem a oportunidade ideal para a atuação do enfermeiro que, através do exame físico, pode avaliar e formular um diagnóstico provisório antes de encaminhar para um urologista. No artigo *Priapism: diagnosis and early referral in emergency de Partments*, o autor descreve os diferentes tipos de priapismo, e discute algumas das medidas de alívio dos sintomas que pode ser iniciada pelo homem enquanto espera do atendimento do profissional especializado para intervenção e tratamento (SUMMERS, 2007).

Para expandir a busca pelo conhecimento a cerca do priapismo, e identificar os entraves encontrados pelo homem com priapismo ao buscar atendimento emergencial, foi realizado um levantamento bibliográfico diversificado em jornais, revistas e programas de televisões de base não científicas. Ao acessar o *site* da globo.com e buscarmos a palavra “priapismo”, foram identificadas diversas notícias sobre a temática em questão. Porém, todas as reportagens tinham um eixo comum que era a dificuldade do homem com ereção peniana patológica ter acesso os serviços de saúde especializado e emergencial.

No *site* da G1 da globo.com<sup>1</sup> constatou-se uma reportagem publicada em 12 de maio de 2010, de um belga de 40 anos, que entrou com um processo na Justiça de Courtrai, na Bélgica, contra seu ex-médico, depois que teve uma ereção de 34 horas que o deixou impotente, segundo reportagem do jornal *Sud Presse*. O homem afirmou que o médico não deu importância quando ele contou que vinha tendo ereções prolongadas por causa dos remédios. Esta reportagem descrevia como foi o atendimento na unidade de saúde:

[...] após dez horas de ereção, ele procurou novamente o médico. Mas, em vez de encaminhá-lo para emergência, Lecompte disse que o médico lhe deu um sedativo e o mandou para casa, destacando que ele deveria relaxar. No dia seguinte, após 34 horas de ereção, ele foi levado para o hospital, mas já era tarde demais. Devido à ereção prolongada, Lecompte disse que ficou impotente (GLOBO.COM).<sup>2</sup>

Este *site*, em 30 de abril de 2012, trouxe outro caso de processo judicial envolvendo uma montadora de motocicleta e um homem residente na Califórnia, nos EUA. O mesmo alegou que, em 20 meses, teve várias ereções prolongadas e dolorosas devido a problemas no assento de sua moto. Este incidente o deixou impotente, segundo reportagem do jornal "USA

---

<sup>1</sup> Reportagem: Homem processa médico após ereção de 34 horas. Disponível no site de notícias [www.globo.com.br](http://www.globo.com.br).

<sup>2</sup> Op. cit.

*Today*<sup>3</sup>". Para ele, houve um processo de sofrimento emocional, "agora não é capaz de se envolver em atividade sexual, o que está a causar-lhe angústia substancial emocional e mental".

Também nos EUA, um motorista de ônibus de Brockton, Massachusetts, está processando a equipe médica do hospital *Yale-New Haven* em R\$ 4 milhões, porque ele acha que foi negligenciado em sua estadia por lá. Nesta reportagem, percebe-se que o próprio meio de comunicação em sua manchete, relata que “Vítima de priapismo endurece com o hospital”, faz trocadilho com a palavra “endurece”, colocando, de forma pejorativa, a revolta do homem com priapismo por não ter sido atendido imediatamente. Esta notícia foi publicada em 05 de junho de 2012 no site de notícias R7<sup>4</sup>, onde relata o tamanho descaso dos profissionais de saúde:

[...] A gente não pode dizer que o cara estava no hospital por pouca coisa. Ele foi até lá porque tinha desenvolvido priapismo. [...] Darren Scott diz que chegou ao hospital e, antes de ser atendido, foi informado que havia estacionado seu ônibus em um lugar irregular e que eles só cuidariam dele depois que ele estacionasse o veículo em um lugar adequado. Scott diz que, apesar da dor, foi até lá e mudou o ônibus de lugar, mas, quando voltou, foi informado que teria que esperar ainda mais. No hospital, ele diz ter visto toda a equipe médica parada, fazendo absolutamente nada que não fosse assistir a um jogo de beisebol que estava passando na TV (NOTICIAS.R7).<sup>5</sup>

Outras reportagens como: “Ereção de 21 dias deve deixar indiano impotente”<sup>6</sup>, onde o sujeito constrangido com a situação demorou a procurar ajuda. Após três semanas de "suplício", ele foi a um médico da cidade onde teve que passar por uma cirurgia com risco de ficar impotente. Em 2010, “dominicano foge de hospital para evitar amputação do pênis”<sup>7</sup> e, em busca de ajuda, conseguiu em outro centro médico onde um urologista conseguiu reverter o quadro clínico. Nesta reportagem o dominicano demonstra o desespero em sua fala: “isso me causou terror. Eu sem pênis? Não, isso não!” (JIMENEZ, 2010).

Esta situação também foi vivida por um brasileiro de 34 anos, morador de Goiânia, que sofreu de priapismo e tornou-se impotente sexualmente)<sup>8</sup>. Diante do problema, o mesmo publicou em um site de relacionamento e postagem de vídeos, Youtube<sup>8</sup>, um depoimento contando sua história e apelando para sua divulgação. Nas declarações, ele reitera a importância da atenção à saúde do homem, fazendo um apelo às autoridades no que tange o

<sup>3</sup> Reportagem: Man sues BMW for 20-month erection after bike ride. Disponível em: [www.usatoday.com.br](http://www.usatoday.com.br).

<sup>4</sup> Reportagem: Vítima de priapismo endurece com o hospital. Disponível em: [www.noticias.r7.com](http://www.noticias.r7.com)

<sup>5</sup> Op. cit.

<sup>6</sup> Disponível em: [www.gazetaweb.globo.com](http://www.gazetaweb.globo.com)

<sup>7</sup> Disponível em: [www.estadao.com.br](http://www.estadao.com.br)

<sup>8</sup> Vídeo: Priapismo Roberval. Disponível em: [www.youtube.com.br](http://www.youtube.com.br)

cuidado à população masculina, justificando-se pelo fato que o priapismo não é conhecido pelos homens, e que se ele tivesse informação não deixaria chegar ao ponto de ficar impotente sexualmente.

O fato gerou tamanho desconforto neste homem que, em maio de 2011, após a contemplação da ação judicial que lhe deu o direito de implantar uma prótese peniana pelo Ministério da Saúde, Roberval se acorrentou no corrimão das escadarias do Paço Municipal de Goiânia, reivindicando o cumprimento da decisão judicial. O manifesto foi noticiado pelo jornal “O Hoje de Goiânia” que relatou: “[...] após quarenta minutos de ter se acorrentado no pátio do Paço Municipal, Roberval Jesus Pereira conseguiu o que há dois meses tenta sem êxito: viabilizar seu processo cirúrgico” (LIMA, 2011, p. 6).

Pude verificar a veracidade deste caso, através de reportagens locais, sobre este homem que trabalha como servidor público do município de Goiânia, mediante o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, onde tramita o processo para conseguir pelo Sistema Único de Saúde (SUS) uma prótese peniana.

Tais reportagens, tanto da imprensa falada, quanto da escrita, nos aponta a necessidade de criar bases conceituais sobre esta temática, tendo em vista que o assunto é abordado pela imprensa, mas existem lacunas de conhecimentos científicos sobre o tema. Certamente, estas reportagens e depoimentos ratificam a problemática deste estudo, e justifica a real necessidade de discussões com embasamento científico, com o intuito de desmistificar e informar a população masculina e científica sobre a importância de tratar precocemente um caso de priapismo.

### 1.3 OBJETO DE ESTUDO

Como exposto anteriormente, no cotidiano de cuidar em emergência comumente vemos homens com priapismo sendo admitidos nas unidades hospitalares. Uma situação complexa para o homem, que tem uma ereção patológica, entretanto, a sociedade vislumbra esta ereção como algo relacionado à sexualidade, quando na verdade o homem sofre com um grave problema vascular, com risco de amputação do pênis. Neste contexto, elegeu-se como **objeto de estudo** os cuidados de enfermagem emergenciais ao homem com priapismo.

#### 1.4 QUESTÕES NORTEADORAS DO ESTUDO

Desta forma, foram elaboradas duas **questões que nortearam** esta investigação:

- a) Quem são os homens que sofrem de priapismo e procuram o atendimento de emergência?
- b) Quais são os cuidados de enfermagem emergenciais recebidos pelos homens que sofrem de priapismo?

#### 1.5 OBJETIVOS DO ESTUDO

Na perspectiva de compreender o atendimento ao homem, com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, objetivou-se:

- a) Identificar os homens com priapismo que são admitidos nas unidades de emergências;
- b) Descrever os cuidados de enfermagem recebidos pelos homens com priapismo nas salas de emergências;
- c) Caracterizar os cuidados de enfermagem recebidos pelos homens com priapismo a partir da tipologia de cuidados proposta por Coelho (1997).

#### 1.6 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Frente ao exposto, considerou-se oportuno refletir acerca das contribuições deste estudo nos serviços de saúde, enfermagem e formação profissional. Espera-se que os cuidados de enfermagem e os recursos humanos possam ser aprimorados, com adoção de novas posturas, em prol de uma assistência individualizada e sistematizada ao homem em uma situação de emergência urológica.

O estudo centrou-se na construção de novos conhecimentos e/ou renovação daqueles que até então contribuíram para o fortalecimento da ciência do cuidado, com repercussão na assistência a partir do ensino de enfermagem em todos os níveis, com ênfase no

desenvolvimento dos conhecimentos na área do Cuidar e dos Cuidados de Enfermagem em Unidades de Emergência.

Considerou-se, ainda, que há necessidade de (re)criação de uma metodologia assistencial de enfermagem à saúde do homem, em especial os que sofrem de priapismo, a fim de permitir a priorização de condutas a serem tomadas para atendê-los, bem como determinar os cuidados a serem realizados durante o atendimento de emergência.

As contribuições de caráter assistencial surgiram à medida que foram discutidos os cuidados cotidianos, a partir de situações vivenciadas em campo prático. Neste sentido, este estudo revisou condutas terapêuticas que envolvem um homem com priapismo, com intuito de desmistificar o aspecto sexual que envolve o pênis, com vistas a sensibilização dos profissionais de saúde de que trata-se de uma situação de urgência/emergência, e que o tempo de início do tratamento está diretamente relacionado com um melhor prognóstico.

No campo de pesquisa foram discutidas questões do cotidiano do cuidado com objetivo de gerar novas ideias e aprimorar os conhecimentos científicos acerca desta temática, gerando subsídios para o desenvolvimento de novas pesquisas voltadas à Saúde do Homem. Nessa perspectiva, enriquecendo, cientificamente, com publicações de artigos, incentivando outros profissionais a escreverem sobre essa temática, discussão de questões relacionadas aos cuidados com foco nas pesquisas de enfermagem, ou que venha trazer novas ideias para a elaboração de protocolos assistenciais de cuidados, adequando as necessidades do homem durante sua admissão na emergência, através da produção de artigos.

A contribuição para o ensino ancorou-se no uso do conhecimento gerado nas escolas de formação profissional de nível superior na área da saúde em relação à importância da saúde do homem na formação acadêmica, pois profissionais estão sendo inseridos no mercado de trabalho sem conhecimentos específicos para acolher o homem nas unidades de saúde. Estas escolas são elementos essenciais no processo de construção do cuidado, devendo estas reconhecer o homem como sujeito que demanda cuidados específicos nas diferentes fases da vida. Além de uma possível criação de disciplinas curriculares específicas sobre a saúde do homem, o que permitirá uma discussão no meio acadêmico mais aprofundado, para que os futuros profissionais sejam propagadores deste conhecimento.

Assim, acredita-se que este estudo poderá servir como base para discussões docentes e discentes no tocante ao atendimento de emergência, sobretudo na Saúde do Homem, subsidiando ainda propostas de capacitação das equipes de atendimento de emergência, cursos de atualização e aperfeiçoamento, bem como, a disseminação deste conhecimento para a comunidade profissional e científica.

## CAPÍTULO II - REVISÃO SISTEMÁTICA DO TEMA

### 2.1 PRIAPISMO: MITOS E ASPECTOS CONCEITUAIS

De origem grega, a palavra priapismo deriva-se de “Príapo”, o deus responsável pela fertilidade das colheitas, do gado e das mulheres. Desde os primórdios, Príapo possuía duas características diferentes: agrária e de virilidade.

Para Fregonesi e Reis (2010), a característica agrária deu-se pelo fato do deus Príapo ter como a principal tarefa o cuidado com as hortas e jardins. Em Roma, colocava-se uma estatueta pintada de vermelho e com seu enorme pênis em jardins e vinhedos simulando um espantalho, a fim de combater mau-olhado, afastar os intrusos e assegurar a fecundidade.

Figura 1 - Deus Príapo



Fonte: FELISBERTO, 2012.

Outra característica é o da masculinidade e fertilidade pelo seu caráter itifálico, sendo desproporcional a junção de um pênis primitivo a um corpo de menor tamanho. Assim como qualquer deus, Príapo tinha poderes e arma, tal qual Zeus (raio), Poseidon (tridente), Atena (lança), Thor (martelo) etc. Atribua-se a essa arma o seu falo, pois relatos mitológicos dizem

que Príapo não admitia que outro ser vivo macho tivesse o pênis maior que o seu. O aspecto grotesco que essa união provocava fazia dele o deus da sexualidade mais frontal e direta, em oposição à sensualidade de Vênus e de Cupido (FREGONESI; REIS, 2010).

Segundo Montagner (2010), Príapo sempre teve sua ereção percebida como patológica, conforme se pode ver nos tratados nosográficos. Os antigos médicos gregos denominaram priapismo como uma doença terrível, cuja ereção, involuntária e originária de alguma inflamação, permanente e dolorosa, desprovida de ejaculação e de modo algum geradora de prazer. O priapismo pode levar à falência sexual.

Esta condição é considerada uma emergência urológica e, infelizmente, a disfunção erétil é seqüela comum no tratamento inadequado. Sendo de ocorrência rara, continua a ser uma condição pouco reconhecida, que frequentemente coloca dúvidas diagnósticas e terapêuticas (MANTADAKIS et al., 1999).

Os episódios de priapismo ocorrem mais frequentemente no período noturno, apresentam duração bastante variável (de minutos a horas), podendo ocorrer por vários dias, semanas ou meses. O ato sexual, a masturbação e a ingestão de bebida alcoólica podem induzir um episódio agudo (CANÇADO et al., 2002).

O priapismo possui uma incidência de 1,5 em 100.000 homens e pode ocorrer em todas as idades desde recém-nascidos até homens idosos. Tipicamente, ele possui dois picos de incidência, entre cinco e 10 anos em crianças e entre 20 e 50 anos em adultos, sendo a anemia falciforme a principal causa em criança, e o uso de agentes farmacológicos e idiopática as principais etiologias em adultos (MONTAGUE et al., 2003).

Existem dois picos de distribuição máxima segundo a idade. O priapismo pode ser a primeira manifestação de outra patologia subjacente ainda não diagnosticada, pelo que o seu aparecimento implica o despiste de várias patologias e uma investigação mínima obrigatória.

Estudos baseados em admissões hospitalares sugerem uma prevalência de 2%-6% em homens falciformes. Entretanto, dados retrospectivos mostram que cerca de 28% a 38% destes homens apresentam histórico de priapismo. A idade média de acometimento é de 20 anos, sendo que o primeiro episódio pode ocorrer ainda na primeira década de vida (ADEYOJU et al., 2002).

O diagnóstico tardio e o protelar a detumescência podem ser responsáveis por necrose e fibrose dos corpos cavernosos, com conseqüente disfunção erétil, na maioria das vezes não responsivo a tratamentos convencionais. O priapismo pode ser classificado em:

a) Baixo fluxo ou Isquêmico

É mais frequente e se caracteriza pela disfunção da musculatura lisa do corpo cavernoso ou pela viscosidade do sangue. Quanto maior o tempo de ereção, a concentração de oxigênio reduz e aumenta a de gás carbônico e, conseqüentemente, a acidose local, perpetuando plegia da musculatura lisa. Existe uma baixa concentração de oxigênio ( $PO_2 < 30$  mmHg;  $PCO_2 > 60$  mmHg);  $pH < 7,25$ ). O sangue dos corpos cavernosos, quando aspirado, tem coloração vermelho escura. O priapismo isquêmico é uma emergência (MONTAGUE et al., 2003).

Como condições associadas ao priapismo de baixo fluxo, temos: anemia falciforme, talassemia, leucemias, policitemia, hemoglobinopatia de Olwsted, antipsicóticos, antidepressivos, cocaína, doenças neoplásicas, nutrição parenteral hiperlipídica, tratamento com heparina e anestesia geral ou regional (FREGONESI; REIS, 2010, p. 310);

b) Alto fluxo ou Não-Isquêmico

É menos comum e caracteriza-se pelo aumento do fluxo arterial, na presença de retorno venoso normal, com elevação de pressão de oxigênio. Relaciona-se à ereção não tão rígida em comparação ao de baixo fluxo. Geralmente, confronta-se a um evento, como um trauma peniano e/ou perineal, provocando formação de fístula artério-cavernosa. A ereção é indolor e o sangue dos corpos cavernosos, quando aspirado, tem coloração vermelho clara. A gasometria dos corpos cavernosos é do tipo arterial ( $PO_2 > 90$  mmHg;  $PCO_2 < 40$  mmHg;  $pH$  em torno de 7,4), sem acidose. A lesão da artéria cavernosa leva à formação de uma fístula entre a artéria e o tecido cavernoso. Não requer tratamento de emergência (MONTAGUE et al., 2003).

- Priapismo intermitente

Forma recorrente de priapismo isquêmico com ereções dolorosas com períodos de detumescência a separar as crises e com duração  $< 3h$ . São frequentes nos doentes com anemia de células falciformes, porém o fator precipitante mais frequente é a ereção noturna espontânea. Nos priapismo isquêmicos recorrentes podem realizar-se abordagens terapêuticas com o objetivo de prevenir as crises, contudo no momento da crise esta deve ser tratada adequadamente (JESUS; DEKERMACHER, 2009).

- Formas Variantes

Existem variantes do priapismo, nomeadamente: priapismo neurogênico observado em doentes com lesões medulares e nas síndromes de compressão da cauda equina: o sistema nervoso simpático tem um papel importante na detumescência, sugerindo-se uma patogênese com base neurológica em alguns casos de priapismo; priapismo refratário que resulta do enchimento arterial rápido após aspiração no priapismo isquêmico, considera-se uma subvariante idiopática não traumática do priapismo de alto fluxo, quando não há trauma ou fístula associadas; e priapismo do clitóris, muito mais raro que no sexo masculino, estando frequentemente associada a fármacos, doença maligna, discrasias hematológicas (JESUS; DEKERMACHER, 2009).

De um modo geral, a principal causa em adulto é idiopática, considerada a forma primária. Já as causas secundárias são diversas, desde trauma raquimedular até injeção de prostaglandinas nos corpos cavernosos. Nos adultos, o número de casos vem aumentando muito, devido à utilização cada vez maior de medicações e injeções de prostaglandinas e papaverina diretamente nos corpos cavernosos (LOPES et al., 2009b). Entre as medicações destacam-se:

- a) Anticoagulantes como a warfarina;
- b) Anti-hipertensivos como a nifedipina;
- c) Antidepressivos como o diazepam;
- d) Drogas recreativas como a cocaína e a maconha;
- e) Antipsicóticos.

Além das drogas, doenças metabólicas como amiloidose, gota, diabetes, síndrome nefrótica, hemodiálise também podem ser causa de priapismo em adultos. Na criança, é importante reconhecer que a etiologia é diferente da do adulto. De acordo com Lopes et al. (2009b), as causas mais frequentes de priapismo na criança (<18 anos) são:

- a) anemia falciforme;
- b) leucemia;
- c) trauma;
- d) idiopática;

Estão descritos casos de priapismo em crianças de todas as idades, inclusive nos recém-nascidos, em que a etiologia é diferente da das crianças mais velhas e dos adultos. Na maioria das vezes é idiopático, contudo podem estar associados à policitemia, trauma do parto, síndrome do stress respiratório e sífilis congênita. O aumento da viscosidade e as alterações hemodinâmicas causadas pela policitemia ou pelas transfusões sanguíneas parecem ser o mecanismo subjacente neste grupo etário. No recém-nascido, a maioria da hemoglobina em circulação é a Hb fetal; as crises por anemia falciforme não ocorrem nesse grupo etário. (LOPES et al., 2009b).

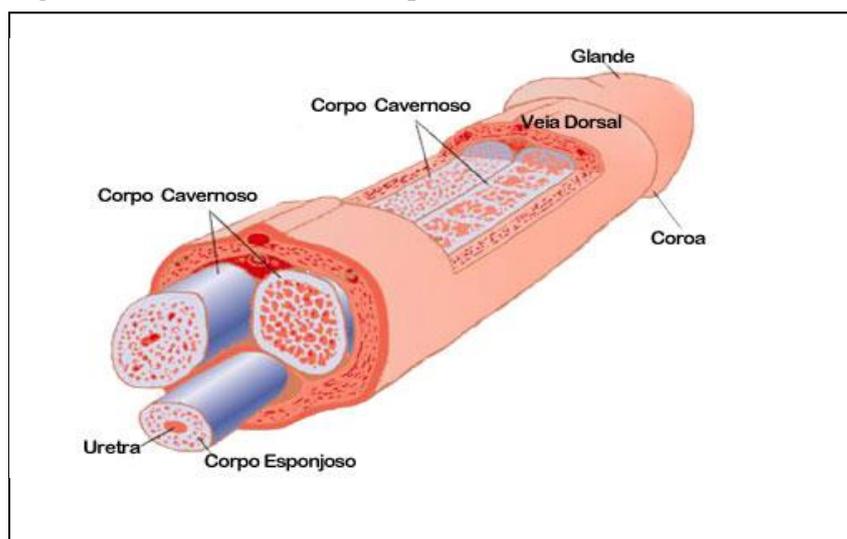
## 2.2 ANATOMIA E FISILOGIA PENIANA

O estigma de que os homens são seres machos e viris encontra-se ainda enraizados nas mentes da nossa sociedade, onde as noções de homem, pênis e ereção estão entrelaçadas num contexto sociocultural bem antigo, onde o ser homem está diretamente ligado ao órgão sexual. Em geral, o homem aparenta ter grande intimidade com seu pênis, mas a maioria deles não tem conhecimento básico sobre o seu funcionamento. Portanto, neste capítulo abordaremos as características anatômicas e fisiológicas do pênis para uma melhor compreensão do estudo.

O pênis é um órgão cilíndrico que consiste de uma raiz, um corpo e a glândula. É composto de três massas de tecido erétil. As duas massas dorsais são chamadas de Corpos Cavernosos do pênis, a massa ventral e o corpo esponjoso do pênis que contém a uretra. Todas as três massas são envolvidas por fâscias e pele que consistem de tecido erétil, contendo seios sanguíneos. Sob a influência de estimulação sexual, as artérias que irrigam o pênis dilatam-se (TORTORA, 2001).

Esses tecidos eréteis são cercados e apoiados pela túnica albugínea, ligamentos e músculos. A raiz do pênis é fixada nos ramos isquiáticos. Os corpos cavernosos estão circundados por um tecido fibroso e compacto, a túnica albugínea, constituída por fibras de colágeno e elastina, que confere grande rigidez, flexibilidade e resistência ao tecido do pênis, sendo divididos por um septo perfurado, incompleto no humano, que os permite funcionar como uma unidade (AWAD et al., 2011).

Figura 2 - Estrutura interna do pênis



Fonte: BLOGSPOT, 2013.<sup>9</sup>

Uma ereção pode-se iniciar no cérebro, por meio de estímulos de antecipação, como a memória e as sensações visuais, ou pode ser um reflexo da estimulação tátil do pênis, especialmente na região da glândula. Em ambos os casos, impulsos parassimpáticos provenientes da porção sacral da medula espinhal são enviados ao pênis, causando dilatação das artérias e preenchimento dos corpos cavernosos e corpo esponjoso com sangue, o que resulta na ereção (TORTORA, 2001).

A resposta erétil peniana é um evento vascular iniciado pela ação neural e mantida pela interação de eventos neurológicos e vasculares. Trata-se de um fenômeno que se processa no interior dos corpos cavernosos e ocorre na dependência da integridade anatômica e funcional destes, sofrendo modulação neurológica, hormonal e psíquica. Cada corpo cavernoso é irrigado pela artéria cavernosa homolateral, ramo da artéria peniana. As artérias cavernosas, após irrigação dos corpos cavernosos, emitem dois ramos: artérias helicinais, que fornecem sangue diretamente para os sinusoides, e ramos que irrigam as trabéculas dos corpos cavernosos (ARAP; COELHO, 2010).

Segundo Netto Junior (1986), o ato sexual no homem pode ser dividido em quatro fases: excitação, ereção, emissão e ejaculação. Em cada uma dessas fases ocorrem respostas localizadas nos órgãos genitais e extragenitais.

A fonte mais importante de sinais sensoriais neurais para iniciar o ato sexual masculino é a glândula do pênis. A glândula contém um sistema de órgão terminal sensorial

<sup>9</sup> Disponível em: < [http://2.bp.blogspot.com/\\_pMxMXFn7L-4/TS5Pitl0AsI/AAAAAAAAARd4/\\_XQrcMgUo-c/s1600/corpo+cavernoso.png](http://2.bp.blogspot.com/_pMxMXFn7L-4/TS5Pitl0AsI/AAAAAAAAARd4/_XQrcMgUo-c/s1600/corpo+cavernoso.png) >. Acesso em: 03 jun. 2013.

especialmente sensível que transmite uma modalidade especial de sensação, chamada sensação sexual, para o sistema nervoso central. A massagem da glândula estimula os órgãos terminais sensoriais, e os sinais sexuais, por sua vez, passam através do nervo pudendo e então através do plexo sacral para a região sacral da medula espinhal, que ascende na medula para áreas não definidas do cérebro (GUYTON; HALL, 2006).

A detumescência é dividida em duas etapas. A primeira consiste numa involução rápida havendo perda de aproximadamente 50% da rigidez peniana. A manutenção do estado de ereção, também denominada fase de estabilização do ato sexual, pode ser prolongada por controles voluntários, excitação e estimulação peniana e, portanto adiar o início da fase de detumescência rápida. A segunda fase o pênis retorna ao seu estado de flacidez. Entretanto, quando o pênis é estimulado pelo contato vaginal essa fase pode ser adiada (NETTO JUNIOR, 1986).

A drenagem venosa do corpo cavernoso é feita pelas veias emissárias, que perfuram a túnica albugínea e formam as veias circunflexas, as quais drenam para a veia dorsal profunda do pênis. O corpo esponjoso, que envolve a uretra, é irrigado pela artéria bulbar e não confere rigidez à ereção peniana, mas sua tumescência pode ser claramente observada durante o processo (ARAP; COELHO, 2010).

Quadro 2 - Caracterização das fases componentes do processo de ereção e detumescência

<b>Fase</b>	<b>Características</b>
0	Fase flácida – domínio do sistema nervoso simpático
1	Fase latente ou de preenchimento – após um estímulo sexual, diminuição da neurotransmissão simpática e crescente domínio da inervação parassimpática
2	Tumescência – alterações hemodinâmicas resultantes de um pequeno aumento do fluxo sanguíneo local
3	Ereção completa – alterações hemodinâmicas resultantes do crescente aumento do fluxo sanguíneo local
4	Ereção rígida – alterações hemodinâmicas resultantes do preenchimento total dos sinusoides cavernosos
5	Fase de transição – já revela um aumento da neurotransmissão simpática, indicando o início do retorno ao estado inicial
6	Detumescência inicial – início da diminuição da pressão intracavernosa
7	Detumescência rápida – queda da pressão intracavernosa e inativação dos mecanismos veno-oclusivos

Fonte: NEVES et al., 2004.

A função erétil preservada desencadeia uma série de fatores biopsicossocioculturais como uma experiência sexual satisfatória, pois a ereção tem profundo valor simbólico relacionado à autoconfiança, autoestima e percepção do papel do gênero masculino.

### 2.3 ANAMNESE E EXAME FÍSICO

A Enfermagem, como uma profissão essencial para a construção de uma assistência qualificada em saúde, tem um importante desafio no campo prático-assistencial. No decorrer dos tempos, houve a necessidade de organizar e gerenciar o processo de cuidar, dando ao enfermeiro instrumentos que o direcionam para um cuidar sistematizado e direcionado.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado, porém o cuidado de enfermagem ainda é fortemente centrado na doença e não no ser humano, enquanto sujeito ativo e participativo do processo de cuidar. A crescente abertura para os novos métodos/metodologias de produzir conhecimento por meio do processo de cuidar humano permite substituir o olhar reducionista e seguro do saber institucionalizado, por outro, diferenciado para os contornos de saúde/doença (NASCIMENTO et al., 2008).

Entende-se por Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) um processo sistemático e organizado da prestação do cuidado, elaborado pelo enfermeiro, por meio das etapas do Processo de Enfermagem (PE): Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento da Assistência, Implementação e Avaliação, permitindo significativa melhoria na qualidade da assistência prestada por meio das necessidades do homem, assegurando ao mesmo um atendimento individualizado, humanizado, integral e contínuo. Isto fez com que se enxergasse esta metodologia assistencial como uma real necessidade, e não apenas como uma inevitável mudança na Assistência prestada pela Enfermagem contemporânea (CARPENITO, 1999).

O enfermeiro frente ao atendimento de emergência a um homem com priapismo deve sistematizar e direcionar os seus cuidados, com o intuito de assegurar ao homem um atendimento individualizado e humanizado. O homem com priapismo necessita de uma avaliação minuciosa para conhecimento da causa da patologia, classificação do tipo de priapismo e elaboração de medidas terapêuticas e de cuidados emergenciais. A avaliação é direcionada principalmente para o histórico de enfermagem, para o exame físico rápido e

eficaz, além dos exames laboratoriais e de imagem, para traçar condutas terapêuticas emergenciais (LOPES et al., 2009).

A história clínica e o exame físico são fundamentais, lembrando que episódios anteriores e utilização de drogas são perguntas imprescindíveis na investigação da história. Feito isso, a gasometria dos corpos cavernosos deverá ser realizada. Se a gasometria é indicativa de priapismo isquêmico, podem ajudar na conduta o hemograma com contagem de plaquetas para rastreamento de leucemias e trombocitose (MONTAGUE et al., 2003).

Com o intuito de identificar o tratamento adequado, o diagnóstico deve ser iniciado pela diferenciação entre os tipos isquêmico e não-isquêmico. Sendo assim, o diagnóstico do priapismo deve atender aos seguintes critérios: histórico do homem, exame físico, exames laboratoriais e/ou exames radiológicos (LOPES et al., 2009b). Desta forma, para elucidar e direcionar a anamnese e o exame físico, o Quadro 3 descreve os sinais e sintomas do priapismo, de acordo com sua classificação:

Quadro 3 - Avaliação de acordo com a classificação do priapismo

	<b>Isquêmico</b>	<b>Não-Isquêmico</b>
Dor peniana	++	-
Trauma perineal	-	+
Gasometria anormal	++	-
Corpos cavernosos totalmente rígidos	++	-
Tumescência bem tolerada, sem rigidez	-	++
Injeção intracavernosa de fármacos vasoativos	+	-
Anomalias sanguíneas e neoplasias hematológicas	+	-

Legenda: (++) geralmente presente; (+) por vezes presente; (-) raramente presente.  
Fonte: LOPES et al., 2009b.

Para Lopes et al. (2009b), o histórico e a etiologia de um episódio de priapismo são importantes para determinar o tratamento mais efetivo, de modo que devem ser identificadas as características:

- a) Duração da ereção;
- b) Intensidade da dor (o priapismo isquêmico é doloroso, enquanto que o não-isquêmico geralmente é indolor);

- c) Histórico prévio de priapismo e o tratamento empregado;
- d) Uso de drogas que podem ter precipitado o episódio;
- e) Histórico de trauma pélvico, genital ou perineal;
- f) Histórico de anemia falciforme ou outra doença hematológica.

Drogas que têm sido associadas com o priapismo são:

- a) Anti-hipertensivos;
- b) Anticoagulantes;
- c) Antidepressivos;
- d) Álcool, maconha e cocaína;
- e) Agentes vasoativos usados em terapia intra-cavernosa como o alprostadil, papaverina, prostaglandina E1, fentolamina entre outros.

A genitália, o períneo e o abdome devem ser cuidadosamente examinados. Em homens com priapismo, o corpo cavernoso é afetado, enquanto que o corpo esponjoso e a glândula não são. Frequentemente em homens com priapismo isquêmico, o corpo cavernoso se apresenta totalmente rígido. Já nos casos não isquêmicos o corpo cavernoso se apresenta tumescente, mas não totalmente rígido. O exame abdominal, pélvico e perineal podem revelar evidências de trauma ou neoplasia (MONTAGUE et al., 2003).

Neste caso, é de suma importância na história clínica pesquisar o tempo de ereção, existência de dor, antecedentes prévios de priapismo, antecedentes pessoais, uso de medicamentos e/ou drogas, além da avaliação do histórico de trauma peniano ou perineal, anemia falciforme ou outras doenças hematológicas ou neoplásicas (LOPES et al., 2009b).

No exame físico, a inspeção e palpação do pênis permitem avaliar a tumescência ou rigidez dos corpos cavernosos e a existência de dor. A avaliação laboratorial deve incluir a contagem sanguínea completa, com atenção especial para a contagem de glóbulos brancos e plaquetas. Infecções agudas ou alterações hematológicas que podem causar priapismo, como a anemia falciforme e leucemia, podem ser identificadas no hemograma. Também devem ser feitos exames toxicológicos para triagem de drogas psicoativas, pois doses altas de antidepressivos bem como o uso abusivo de drogas ilícitas, podem causar priapismo (MONTAGUE et al., 2003).

A gasometria e a ultrassonografia com *doppler* colorido são os mais precisos métodos de diagnósticos para distinguir o tipo de priapismo. Em homens com priapismo isquêmico o

sangue aspirado do corpo cavernoso apresenta cor escurecida devido à hipóxia, enquanto que em homens com priapismo não isquêmico o sangue apresenta oxigenação e coloração normais. O Quadro 4 apresenta os valores típicos da gasometria para os dois tipos de priapismo (SOUSA; ANDRADE, 2003).

Quadro 4 - Avaliação da gasometria do sangue aspirado do corpo cavernoso

	<b>PO2 (mmHg)</b>	<b>PCO2 (mmHg)</b>	<b>Ph</b>
<b>Isquêmico</b>	<30	>60	<7.25
<b>Não-isquêmico</b>	>90	<40	>7.40

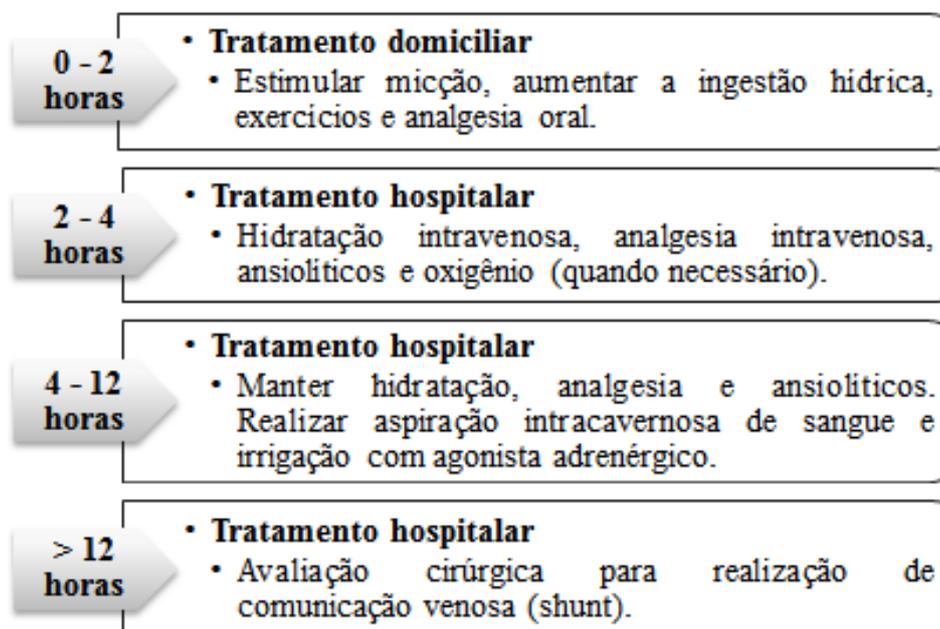
Fonte: FREGONESI; REIS, 2010.

A ultrassonografia pode revelar a presença de abscesso dentro do corpo cavernoso, sendo também útil na identificação de anomalias anatômicas em homens que já tem o diagnóstico de priapismo não-isquêmico, como uma fístula arterial ou um pseudoaneurisma. Essas anormalidades são frequentemente devidas a lesões ou traumas, sendo mais comuns na região perineal do corpo cavernoso (MONTAGUE et al., 2003).

## 2.4 TRATAMENTO DO PRIAPISMO

São recomendadas na terapêutica inicial do episódio de priapismo, a hidratação, estímulo da micção, alcalinização, analgesia e resolução da ansiedade. Terapêuticas conservadoras incluindo exercício, gelo e ejaculação podem ser realizados antes de manobras intervencionistas (CANÇADO et al., 2002), conforme o Quadro 5.

Quadro 5 - Tratamento do priapismo agudo



Fonte: VICARI; FIGUEIREDO, 2007.

Contudo, os homens devem ser orientados a procurar o serviço de emergência em casos que excedam duas horas de duração e a avaliação urológica é recomendada. A seguir é feita a análise do tratamento de forma sistemática.

#### 2.4.1 Priapismo isquêmico

- Tratamento de 1ª linha

Este tipo de priapismo requer tratamento imediato, para que não se desenvolvam os efeitos do que é na realidade uma síndrome compartimental. O tratamento de primeira linha consiste na evacuação do sangue e irrigação do corpo cavernoso, associado à injeção intracavernosa de um fármaco alfa-adrenérgico simpaticomimético. Nos adultos, esta manobra pode ser realizada sob anestesia local. Contudo, na criança, a realização do procedimento requer habitualmente uma anestesia geral (FREGONESI; REIS, 2010).

Pode fazer-se a aspiração do sangue com a colocação de um Jelco de grosso calibre no corpo cavernoso, realizando-se tanto a aspiração para o diagnóstico como a evacuação indicada no caso do priapismo isquêmico, com intuito terapêutico e com lavagem com soro

fisiológico, com ou sem a administração de um fármaco vasoativo. A aspiração pode aliviar a dor imediatamente (FREGONESI; REIS, 2010).

A injeção de um agente simpaticomimético facilita a detumescência pelo seu efeito contráctil. O fármaco mais utilizado é a fenilefrina, um agonista adrenérgico seletivo alfa-1, que deve ser administrado diluído em soro fisiológico até concentrações de 100-500 ug/mL com instilação de 1mL a cada 3-5 min durante uma hora, com pouco risco cardiovascular. Nas crianças em pré-puberdade devem ser usadas concentrações mais baixas e doses menores. O uso do simpaticomimético associado à drenagem do corpo cavernoso e sua irrigação melhora significativamente o resultado do tratamento comparativamente à sua drenagem e irrigação apenas (CANÇADO et al., 2002).

Não há terapêutica oral disponível que esteja indicada no tratamento do priapismo isquêmico. Assim tratamentos como a terbutalina ou a pseudoefedrina oral não são recomendadas uma vez que a literatura não suporta a sua utilização (CANÇADO et al., 2002)

As recomendações indicam que o tratamento da patologia subjacente deve ser realizado, quando identificada, estando indicadas particularmente nas doenças hematológicas e neoplásicas em que existe tratamento standard definido.

- Tratamento de 2ª linha

Constituem essencialmente os shunts cirúrgicos, que se realizam nos priapismos refratários ao tratamento intracavernoso. Habitualmente, os priapismos de evolução longa (48-72h) requerem esta abordagem, uma vez que a possibilidade de resolução com os tratamentos de primeira linha é reduzida. Contudo, a sua adoção só deve ser realizada quando os tratamentos prévios falharem. Estes tratamentos têm por objetivo a drenagem sanguínea do corpo cavernoso, fazendo um by-pass ao mecanismo veno-oclusivo destas estruturas (MONTAGUE et al., 2003).

#### Shunts Distais

Se as injeções intracavernosas falharem, então o shunt cirúrgico deve ser realizado. Não deve ser realizado como tratamento de primeira linha, mas quando a sua realização se impõe deve ser realizado com brevidade (MONTAGUE et al., 2003).

A primeira opção deve ser a realização de um shunt corpo-esponjoso (entre o corpo cavernoso e a glândula) por ser fácil de realizar e ter menores complicações. Podem ser realizadas pelas seguintes técnicas:

- **Winter** – com uma agulha de biópsia larga percutânea atravessando a glândula e o corpo cavernoso;
- **Ebbehoj** – com um bisturi;
- **El-Gorab** – excisão de uma peça de túnica albugínea na ponta do corpo cavernoso.

De todas estas técnicas a mais eficaz é a última, podendo ser realizada mesmo se as técnicas anteriores falharem. Contudo, pode surgir disfunção erétil por potência longa do *shunt*. A taxa de disfunção erétil para os *shunts* distais é de cerca de 25%.

### Shunts Proximais

Os *shunts* proximais devem ser realizados quando os *shunts* distais falharem. Podem realizar-se dois tipos de procedimentos:

- **Shunt cavernoso-esponjoso** – Técnica de *Quackels* ou *Sacher* – um shunt entre o corpo cavernoso e o corpo esponjoso;
- **Shunt cavernoso-safeno** – Técnica de *Grayhack* – um shunt entre o corpo cavernoso e a veia safena, tecnicamente mais complexo.

As taxas de resolução do priapismo são idênticas nas duas técnicas, na ordem dos 76-77%. A taxa de disfunção erétil dos *shunts* distais é de cerca de 50%. Estão descritas outras complicações destas técnicas, nomeadamente: fístulas uretrais e cavernosite, na técnica de *Quackels*; e embolia pulmonar; na técnica de *Grayhack* (MONTAGUE et al., 2003).

### Tratamento da patologia concomitante

Quando a patologia subjacente ao priapismo é identificada, há indicação para se adotarem medidas terapêuticas para a sua correção, contudo, no priapismo isquêmico deve fazer-se a adoção das medidas terapêuticas acima descritas (VICARI; FEGUEIREDO, 2007).

### Anemia das células falciformes

No priapismo associado à anemia das células falciformes a analgesia com morfina, a hidratação com fluidoterapia endovenosa, a oxigenação, a alcalinização e mesmo a transfusão devem ser aplicadas. Contudo, o tratamento intracavernoso com aspiração e irrigação deve ser realizado simultaneamente conforme preconizado pelas *guidelines* da Associação Americana de Urologia. Se a irrigação e o tratamento médico não resolvem o priapismo, deve considerar-se então a realização de um shunt corpo-esponjoso (VICARI; FEGUEIREDO, 2007).

## Leucemia

De acordo com Vicari e Figueiredo (2007), não existe um protocolo *standard* a adotar relativamente ao uso da quimioterapia e leucoferese. Entretanto, alguns autores sugerem que a quimioterapia e leucoferese devem ser iniciadas imediatamente, com shunt cirúrgico se não existir resolução espontânea imediata. Nas crianças, deve ser adotado um protocolo mais agressivo, uma vez que estas leucemias têm melhor prognóstico que no adulto. Contudo, a revisão destes casos com follow-up longo é necessária para definir um protocolo terapêutico mais adequado.

### **2.4.2 Priapismo não-isquêmico**

O priapismo não isquêmico ou de alto fluxo frequentemente surge após trauma peniano ou perineal, que resulta em laceração de uma artéria cavernosa. Neste caso a aspiração do corpo cavernoso deve ser realizada apenas para diagnóstico. A abordagem inicial deve ser a observação, uma vez que a resolução espontânea nestes casos ocorre em 62% dos doentes.

A embolização arterial seletiva está indicada nos doentes em que não ocorre resolução espontânea. Devem usar-se preferencialmente coágulos autólogos ou gel absorvível (em vez de colas e químicos), durante a intervenção radiológica. Os materiais não absorvíveis estão associados a uma maior taxa de disfunção erétil, comparativamente aos absorvíveis (39% vs 5%) com taxas semelhantes de resolução do priapismo. A exploração peniana com laqueação cirúrgica direta da fístula ou pseudoaneurisma tem uma eficácia de 63%, com uma taxa de disfunção erétil de 50%, devendo ser realizada apenas em caso de falha dos procedimentos anteriores, e deve ser realizada com *ecodoppler* intraoperatório (SOUSA; ANDRADE, 2003).

### **2.4.3 Priapismo intermitente**

O objetivo do tratamento deste tipo de priapismo é a prevenção do desenvolvimento de episódios futuros. No momento da crise deve ser tratada como descrito previamente para os priapismos isquêmicos. Nas crianças está frequentemente associado a alterações hematológicas (JESUS; DEKERMACHER, 2009).

Em crianças, o tratamento conservador é a primeira opção, uma vez que a resolução espontânea está descrita na maioria dos casos, na literatura. Estão descritos também outros tratamentos como flebotomias e transfusões. Se o priapismo persistir mais de cinco dias, sem resolução com o tratamento conservador, impõe-se um procedimento intensivo (JESUS; DEKERMACHER, 2009).

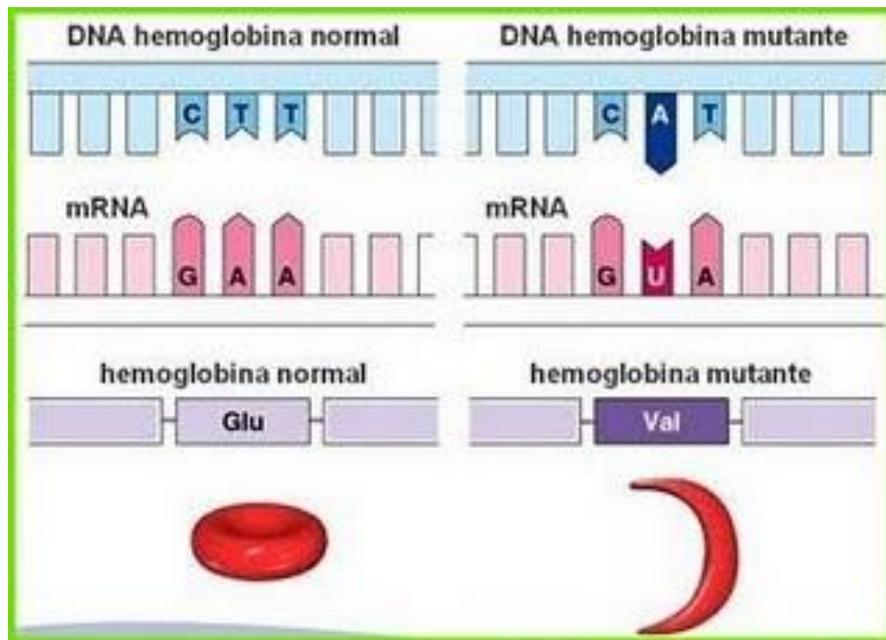
O tratamento de primeira linha é a administração de um alfa-adrenérgico oral, a pseudoefedrina, uma ou duas vezes ao dia. Se este tratamento não foi bem sucedido, então deve ser administrado um agonista beta (terbutalina). Os análogos GnRH ou os anti-androgênicos, como a flutamida, são recomendados como terceira linha, mas não devem ser administrados em crianças que ainda não atingiram o crescimento completo e a maturidade sexual completa. Nos doentes em que este tratamento não pode ser realizado, podem ser realizadas autoinjeções de simpaticomiméticos, devendo ser realizado ensinamento sobre o local da injeção, a dose e os efeitos locais e sistêmicos possíveis (ADEYOJU et al., 2002)

#### **2.4.4 Relação entre doença falciforme e priapismo**

A anemia falciforme é uma doença genética, que se caracteriza por hemólise crônica e fenômenos vasoclusivos. É causada, segundo Galiza Neto e Pitombeira (2003), pela substituição da base nitrogenada timina (T) por adenina (A), ocasionando a substituição do aminoácido ácido glutâmico pelo aminoácido valina na posição 6 da cadeia  $\beta$ , com consequente produção de hemoglobina S (HbS).

Esta pequena modificação estrutural é responsável por grandes alterações nas propriedades físicas e químicas da molécula da hemoglobina no estado desoxigenado, desencadeando a falcização, que é a mudança do formato normal da hemácia para o formato de foice, resultando em alterações da reologia dos glóbulos vermelhos e da membrana eritrocitária (ANVISA, 2001). As hemoglobinas S perdem a mobilidade e flexibilidade e são mais rígidas, o que dificulta a passagem pelos vasos sanguíneos. Há também aumento da viscosidade sanguínea.

Figura 3 - Representação da cadeia do DNA com substituição do aminoácido Ácido Glutâmico

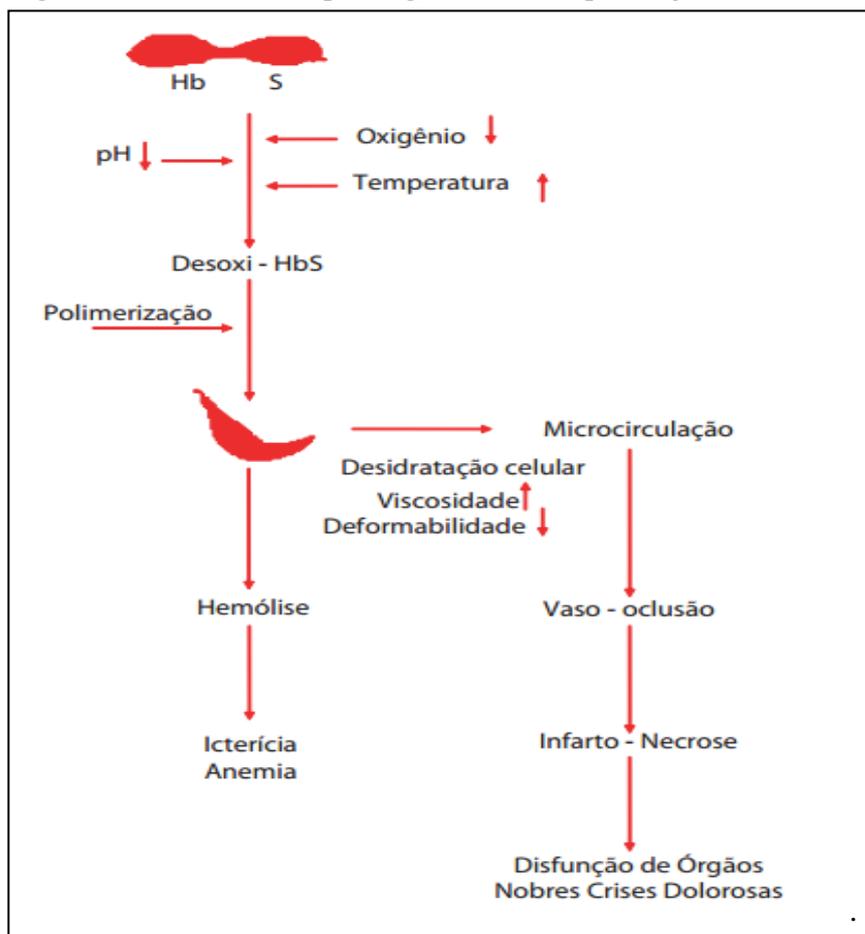


Fonte: BRASIL, 2006.

A desoxigenação da hemoglobina S nas células vermelhas ocorre por diversos fatores como a porcentagem de hemoglobina S intracelular, o grau de desidratação celular, a concentração de hemoglobina corpuscular média (CHCM), o tempo de trânsito dos glóbulos vermelhos na microcirculação, a composição das hemoglobinas dentro das células (proporção de hemoglobinas falcizadas e normais), o pH, entre outros (ANVISA, 2001).

A falcização dos eritrócitos pode ocasionar oclusão de diferentes regiões da microcirculação ou grandes vasos, causando isquemia da área afetada. Consequentemente, esses problemas resultam em infarto, dor, necrose e disfunções, bem como danos permanentes aos tecidos e órgãos além da hemólise crônica (BRASIL, 2006).

Figura 4 - Processo fisiopatológico devido a presença da Hb S



Fonte: BRASIL, 2006.

Ainda é pouco conhecido o mecanismo exato para ocorrência do priapismo em homens portadores de anemia falciforme. Entretanto, sabe-se que durante a ereção há o relaxamento da musculatura lisa das artérias do corpo cavernoso, que está associado com aumento do fluxo sanguíneo aferente e diminuição do eferente, até que haja aumento da pressão interna do corpo cavernoso e cessação do fluxo aferente. Persistência da ereção e falência da detumescência estão associadas a aumento da hipóxia, elevação da pressão  $\text{CO}_2$  e acidose. A baixa tensão de oxigênio no corpo cavernoso predispõe à falcização, e os eritrócitos falcizados, por sua vez, predispõem à estase venosa, com consequente estase e perpetuação do priapismo (ADEYOJU et al., 2002; PRYOR et al., 2004).

O priapismo de baixo fluxo é a forma mais frequente no homem portador de anemia falciforme, podendo ocorrer de modo agudo ou recorrente. O priapismo recorrente caracteriza-se por episódios durante o sono, onde não ocorre detumescência ao acordar. Em geral, a duração é menor que três horas, não cursa com dor intensa, e tende a cessar

espontaneamente. Entretanto, quando ocorre repetidamente, tende a interferir na qualidade de vida do homem (PRYOR et al., 2004).

Na anemia falciforme, o priapismo está associado a níveis baixos de hemoglobina e com alterações nos marcadores de hemólise: contagem de reticulócitos, bilirrubinas, aspartato aminotransferase e desidrogenase láctica, constituindo uma complicação extraordinariamente dolorosa que pode resultar em impotência (BRUNO et al., 2001; KATO; GLADWIN; STEINBERG, 2007).

Segundo Montague et al. (2003), o exame de eletroforese de hemoglobina identifica a presença da doença das células falciformes ou traço, bem como outras hemoglobinopatias. Uma contagem de reticulócitos e eletroforese de hemoglobina devem ser consideradas em todos os homens, a menos que haja outra causa óbvia de priapismo. No entanto, em um cenário de emergência, a análise de hemoglobina pode não produzir resultados em tempo hábil. Em tais casos, a triagem para a doença falciforme ou traço deve ser realizada por um ou outro teste ou exame de um esfregaço, de preferência, na consulta com hematologista e posterior confirmação através de eletroforese de hemoglobina.

## 2.5 O HOMEM E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Os homens têm receio de descobrirem que estão doentes ou acham que nunca vão adoecer, por isso negligenciam os cuidados, se afastam dos serviços de saúde, inclusive os de promoção e prevenção, e são menos sensíveis as políticas de saúde.

Nesta concepção, o Sistema Único de Saúde tem como desafios diversas mudanças estruturais para sensibilizar a população masculina e os profissionais de saúde, com divulgação e treinamento profissional, para olharem mais atentamente para a população que mais adocece no Brasil, os homens. A pouca presença dos homens nos serviços de atenção primária, principalmente, de promoção e prevenção da saúde, têm muitas suposições e/ou justificativas.

Associa-se a ausência dos homens ou sua invisibilidade, nestes serviços, a uma característica da identidade masculina relacionada ao seu processo de socialização. Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e a preocupação incipiente com a saúde. Por outro lado, no entanto, afirma-se que, na verdade, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas (FIGUEIREDO, 2005).

Dentro deste sistema de atendimento, os homens seriam prontamente atendidos, livrando-se da tal temida espera, e conseguiriam colocar seus problemas de saúde com mais facilidade e também com mais privacidade, pois passaria apenas por um profissional, muitas vezes pouco habilitado.

Diante de uma tendência mundial, o Brasil, em 2008, efetiva a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. Tal Política está em consonância com as demais políticas do Ministério da Saúde. Uma de suas referências é o Pacto pela Vida, que define como um dos enfoques principais a saúde dos homens.

Na sua grande maioria, os homens recorrem aos serviços de saúde apenas quando a doença está avançada. Assim, em vez de serem atendidos na rede básica de saúde, no posto de saúde, perto de sua casa, os homens precisam procurar um serviço avançado de saúde, o que gera maior sofrimento físico e emocional deles e, conseqüentemente, da sua família, além do tratamento ser caro, dando uma maior despesa financeira para o SUS (BRASIL, 2008).

Em 2010, no I Seminário Internacional Saúde do Homem nas Américas, foram discutidos os motivos dos homens não procurarem os serviços de saúde ou não o fazerem com a frequência desejada. Os estereótipos de gênero surgidos das diversas possibilidades de construção da masculinidade foram levados em consideração neste evento. Os homens constroem a sua masculinidade baseados em paradigmas, tendo de apresentar-se com uma imagem de autossuficiência em que não percebem sua vulnerabilidade. Este ponto os leva a não dar à atenção necessária à saúde, e torna-se empecilho no acesso aos serviços médicos ao traduzir o pensamento de que homem não precisa se cuidar, uma vez que o “cuidado é coisa de mulher”, entre outros aspectos (BRASIL, 2010).

Embora não se possa afirmar que todos os homens sejam afetados por medos sexuais e que os mesmos afetem da mesma maneira aqueles que por eles são influenciados, não se pode deixar de levar em conta que muitos desses medos se relacionam à resistência por parte dos homens a uma conduta de cuidados em saúde. As dificuldades de prevenção e de adesão ao tratamento tanto do câncer prostático, como das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), aí se incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), são exemplos emblemáticos para se discutir o comprometimento da sexualidade masculina por conta da influência do modelo hegemônico de masculinidade (NASCIMENTO; GOMES, 2008, p. 47).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, instituída no âmbito do SUS, pela Portaria nº 1.944 de 27 de agosto de 2009, tem por objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, reduzir-lhe a morbidade e mortalidade, facilitando o acesso às ações e aos serviços de assistência à saúde. Os investimentos foram agrupados em eixos de

ação, dentre eles os de comunicação, promoção à saúde, expansão dos serviços em saúde e enfermagem, qualificação de profissionais e investimento na estrutura da rede pública (BRASIL, 2009a).

Para Braz (2005) e Gomes, Nascimento e Araujo (2007), existe um déficit no serviço de saúde, em absorver as demandas oriundas das necessidades apresentadas pelos homens, proporcionada pela falta de estímulo do acesso dos homens aos serviços de saúde, fato comprovado pelas campanhas de saúde pública não se voltarem para este segmento da população. Assim, são necessárias mudanças nas estratégias dos serviços de saúde e no enfoque relacionado ao gênero masculino.

[...] o imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança; portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfiar acerca dessa masculinidade socialmente instituída (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007, p. 571).

Alguns fatores tornam importantes para o homem não procurar o atendimento numa unidade de saúde: o tempo perdido em filas de espera, o horário de funcionamento, os profissionais que na sua maioria são mulheres, podem ser considerados obstáculos importantes na acessibilidade aos serviços de saúde. Torna-se importante citar neste momento o caso dos trabalhadores e da dificuldade que os mesmos têm em ajustar os horários de trabalho com os horários da atenção primária de saúde. A eventual ausência ao trabalho não é justificada com uma declaração de comparecimento da unidade básica de saúde, e os exames periódicos realizados por seus empregadores não levam em consideração as condições de gênero, ou seja, suas necessidades de prevenção e promoção não são assistidas dentro dos programas básicos oferecidos pelo sistema de saúde.

Um dos primeiros passos para a articulação do indivíduo de gênero masculino no sistema de saúde seria a elaboração e o planejamento de ações que ampliem a participação ativa do homem, no seu cuidado e pode ser o primeiro passo em busca de resultados positivos. Um dos mecanismos muito usados nos serviços básicos de saúde é a sala de espera com palestras informativas sobre diversos temas ligados a saúde, entretanto a mesma nem sempre é direcionada ao público masculino, os temas são sempre voltados para mulheres, crianças e idosos.

Temas como a sexualidade, paternidade, doenças sexualmente transmissíveis, consumo de drogas lícitas e ilícitas, violência no espaço público e doméstico seriam forma de

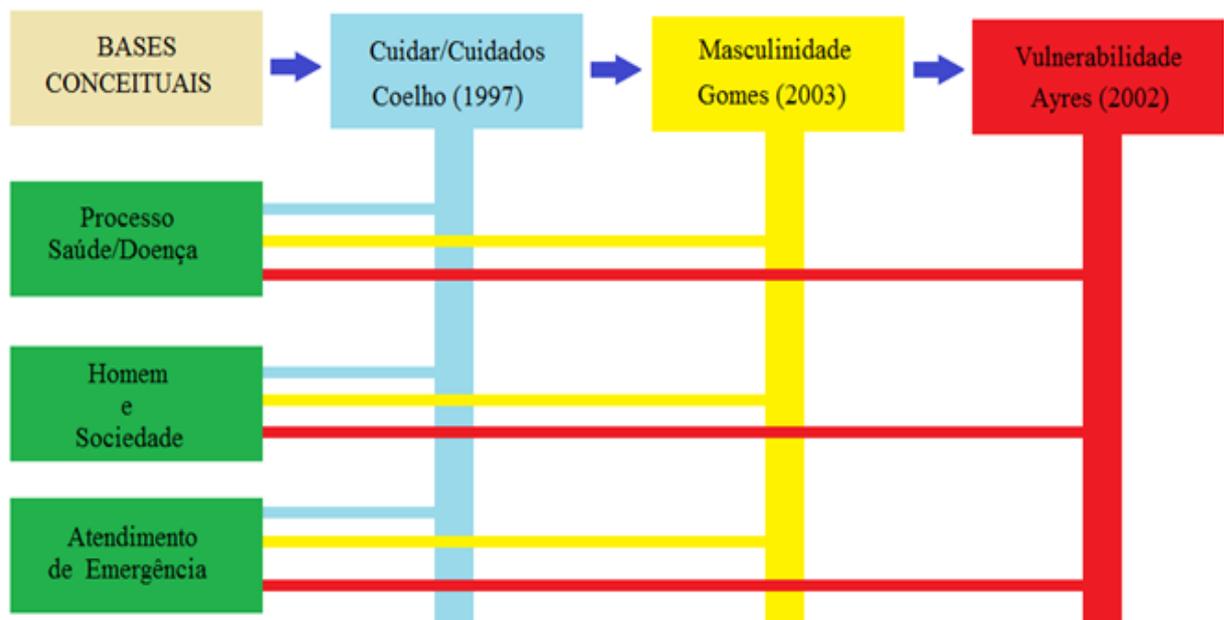
sensibilizar a população masculina. Além das salas de espera, atividades nas comunidades em forma de discussão de temas relacionados à saúde do homem, deve ser uma prática para estimular a reflexão e a troca de experiências entre os homens e a equipe de saúde. Tais práticas consistem em uma forma de quebrar os tabus, principalmente os relacionados aos do papel do homem na sociedade.

## CAPÍTULO III - REFERENCIAL CONCEITUAL E O CAMINHO METODOLÓGICO

### 3.1 REFERENCIAL CONCEITUAL

Para dar suporte e fundamentar esta dissertação, o referencial conceitual baseou-se nas demandas oriundas do atendimento de urgência e emergência dos homens com priapismo. Desta forma, este estudo terá como bases conceituais o cuidar/cuidados de Coelho (1997); a masculinidade de Gomes (2008) e vulnerabilidade de Ayres (1997a, 1997b). Foi estruturado e organizado um material para abordagem em cada momento da investigação, a fim de facilitar o entendimento das análises críticas dos resultados do estudo, fundamentando as discussões a respeito do objeto estudado.

Figura 5 - Bases conceituais do estudo



O cuidar é uma ação que produz o cuidado através de uma interação frequente com o homem, e a este é reservado o direito de questionar e opinar em relação ao mesmo. Trata-se de qualquer ação de enfermagem que visa restabelecer o bem estar e a saúde. Um dos trabalhos mais sublimes dentre todas as profissões, porque cuidar implica em várias atividades técnicas e informativas ao homem e à sua família, por outro lado, o cuidado é a implementação das ações de enfermagem visando atender as necessidades deste e de seus familiares (COELHO, 1997).

Coelho (1997), em sua tese de doutorado, buscou identificar as maneiras do cuidar em enfermagem aos homens em situação de emergência hospitalar baseando-se em Myra Estrin Levine, que traz em sua teoria o cuidado integral do indivíduo buscando um equilíbrio energético, estrutural, pessoal e social; Jean Watson que busca conexões entre as partes que compõem a totalidade da pessoa; e Certeau (1998) que demonstra no cotidiano assistencial uma situação de alternância e cumplicidade verbal e gestual ligando a arte de dizer a arte de fazer.

Neste estudo, Coelho (1997) descreveu 230 tipos de cuidar em enfermagem. Estes subsidiarão esta pesquisa, no momento da caracterização dos cuidados de enfermagem emergenciais ao homem com priapismo. Para Coelho (1997, p.12), 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 às ações mais simples até as mais complexas, e que 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.

Já o conceito de cuidado, trata da “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” (COELHO, 1997, p. 9).

A partir desses conceitos, a autora também criou os conceitos teóricos fundamentados no cuidar/cuidado de enfermagem aos homens em situação de emergência hospitalar, contemplando as situações vivenciadas no cotidiano emergencial, descrevendo que:

o cuidar/cuidado em enfermagem de unidades de emergência apoia-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, 1997, p.12).

Coelho e Silva (2009) ressaltam a importância da prática centrada na elaboração de um cuidado de enfermagem, buscando otimizar a assistência ao homem, reduzindo assim os riscos de complicações imediatas e tardias, e colaborando para a construção do conhecimento de cuidar em enfermagem, e a aplicação no cotidiano assistencial desde a admissão até alta hospitalar.

Os resultados deste estudo demonstraram as maneiras de cuidar em enfermagem, no momento da admissão até alta hospitalar/óbito. A construção das maneiras direciona para um cuidar individualizado voltado para a complexidade dos casos, dando-lhe ênfase não somente nos aspectos biológicos dos sintomas, mas considerando os dados subjetivos aliados à saúde do homem. O cuidar e os cuidados em enfermagem apresentam características únicas e específicas.

Desse modo, Coelho (2010), em seu estudo realizado com cuidados cotidianos, expressou que o conhecimento científico do cuidado exige capacidade de julgar, explicar, desdobrar, justificar, aplicar leis e produzir com segurança eventos futuros transformados em cuidados, que são dados ao homem hospitalizado numa composição em rede. O cuidado recebido por este homem é analítico, geral, sistemático, acumulativo, verificável, explicativo e observável.

Nestas maneiras de cuidar, destaca-se o Cuidado de Alerta, caracterizado por Coelho (2006) como uma espera permanente pelo que poderá vir a acontecer, caracterizada também por um processo assistencial interconjugado ao de outros profissionais da área da saúde. Destaca-se ainda a existência de alerta total para os casos mais graves e prioritários. A construção desse cuidado demanda a integração de conhecimentos, tais como a especificidade do ciclo vital, o reconhecimento das situações clínicas, cirúrgicas, os conteúdos substantivos das ciências biológicas e humanas, além de instrumental tecnológico para as intervenções terapêuticas.

Durante muito tempo, predominou o entendimento que saúde era sinônimo de ausência de doenças físicas e mentais. A Organização Mundial de Saúde define que "saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença" (OMS, 1946 apud ASSIS, 2004, p. 19). Essa definição aponta para a complexidade do tema e a necessidade de reflexão mais aprofundada sobre seu significado, levando-nos a considerar as ações intersetoriais e interdisciplinares, no sentido de criar condições de vida saudáveis.

Coelho (2006) apoia-se neste conceito e descreve o Cuidar Contingencial que se constrói durante os momentos em que há uma situação súbita ou episódica. Nela, o prognóstico em enfermagem é reservado, já que o desequilíbrio bio-psico-socio-espiritual do

homem pode agravar-se. O perfil dos cuidados delinea-se pelo investimento de todos os recursos para cuidar e salvar a vida. A principal característica desse tipo de Cuidar são os cuidados cuja constatação é concreta, chamando a atenção para o fato de que paralelamente a eles atente-se aos aspectos subjetivos, já que estes necessitam de observação detalhada.

Os cuidados deste homem transpassam os “muros” hospitalares e, conseqüentemente, interferem na saúde da família. Ter o relacionamento sexual interrompido por uma doença pode gerar conflitos na relação homem/mulher, e neste sentido Coelho (2006) afirma que o Cuidar de Vidas Modificadas faz-se necessário para adequar e dar suporte ao familiar que está diante da situação de agravo precisando de tempo e entendimento acerca dos acontecimentos. É cuidar das famílias que viram suas vidas serem modificadas muitas vezes de forma súbita e inesperada. Nesta perspectiva, torna-se notório que a participação da família no processo de saúde/doença é de grande importância para o sucesso do tratamento, entretanto, a família também deve receber os cuidados.

Nas últimas décadas, a saúde do homem vem sendo assunto de debate em diversos seguimentos sociais. Considerando as estatísticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), os homens padecem mais do que as mulheres, havendo relação entre a construção da masculinidade e o comprometimento da sua saúde. Dada à importância que o trabalho ocupa na identidade do homem, como ser provedor, vários problemas pode decorrer em relação à promoção da saúde e à intervenção na doença. Para debater a construção da masculinidade, busca-se a inserção destes conceitos no campo Histórico, Antropológico e Sociológico (GOMES, 2003).

Os estudos sociológicos acerca da masculinidade no Brasil, embora modestos desde as décadas de 1950 e 1960, acabaram ganhando relativa proporção na década de 1970, entretanto, em outros países, houve uma grande difusão especialmente na década de 1980. Segundo Gomariz (1992), em 1979 somavam 1.300 trabalhos acerca da masculinidade somente no Instituto Tecnológico de Massachusetts.

Para definir as marcas identitárias do homem, Gomes e Nascimento (2006, p. 909) descrevem que

[...] a construção da masculinidade com marcas identitárias – como adoção do status quase que exclusivo de ser ativo, a crença de que deve expressar invencibilidade, a associação do masculino à necessidade de expor-se ao risco, a naturalização do descontrole sexual e a redução do exercício da sexualidade à penetração – pode influenciar a não adoção de medidas de proteção contra doenças.

Segundo Gomes, Schraiber e Couto (2005), as ciências sociais vêm trazendo contribuições teórico-metodológicas para a Saúde Pública abordar a temática em questão. Os estudos socioculturais de caráter mundial sobre a construção da masculinidade apontam marcas identitárias de uma visão hegemônica do ser masculino. Marcas estas, expressadas, principalmente, pela adoção do status de ser ativo, pela crença de que deva mostrar invencibilidade, pela associação do masculino à necessidade de se expor ao risco, e pela naturalização do descontrole sexual e a redução da sexualidade masculina à penetração.

Gomes e Nascimento (2006) descrevem a masculinidade numa perspectiva relacional de gênero, a qual pode ser vista como um espaço simbólico que serve para estruturar a identidade de ser homem, através de prescrições a serem seguidas por aqueles que deseja receber o atestado de masculinidade e não sejam questionados e nem objetos de estigma por parte daqueles que compartilham estas prescrições.

Essa dicotomia mundial em masculino e feminino, em todas as sociedades, expressa que as crianças são socializadas e educadas de formas distintas em relação à vida diária. Ao evidenciar as questões relacionadas ao gênero, percebe-se que, no imaginário social, ser homem está associado à invulnerabilidade, à força e à virilidade, características essas incompatíveis com demonstrações de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representadas pela procura por serviços de saúde, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Na América Latina crescem ações programáticas focalizando o ser homem dentro e diante da sexualidade, reprodução, paternidade e violência, buscando uma participação da população masculina no objetivo destas ações. Em contrapartida, nos meios acadêmicos os estudos sobre as masculinidades, desenvolveram-se no âmbito das ciências sociais e vêm trazendo nexos entre a construção do ser masculino e o processo saúde-doença-cuidar.

Vale ressaltar a enorme contribuição das ciências sociais que têm trazido os conceitos para inserção do homem no universo do cuidar. As evidências de estudos socioculturais apontam para uma visão hegemônica do ser masculino, bem discutido e ampliado nas políticas de atenção a saúde do homem. Entretanto, esta discussão transmite a ideia de que o homem, quando influenciado por ideologias hegemônicas de gênero, acaba tornando-se vulnerável a doenças graves, colocando em risco sua própria vida.

O terceiro e último referencial conceitual adotado neste estudo é o de vulnerabilidade de gênero. Abordaremos a vulnerabilidade sob a ótica de Ayres (1997a) que descreve como o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação

amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa frente a uma determinada doença, risco ou dano e substitui o conceito clássico de fatores de risco.

Segundo Ayres (1997b), a resposta que o conceito de vulnerabilidade pretende oferecer à necessidade de ir além da tradicional abordagem comportamentalista das estratégias de redução de risco exclusivamente individuais pode ser melhor entendida no âmbito das diferentes etapas históricas da epidemia e das respostas correspondentes da comunidade científica.

No âmbito da epidemiologia, o conceito de risco se incorpora gradativamente à descrição mais abrangente de vulnerabilidade. Enquanto buscamos com o risco calcular a probabilidade de ocorrência de um agravo em um grupo qualquer com determinada característica, abstraídas outras condições intervenientes, com a vulnerabilidade procuramos julgar a suscetibilidade de cada indivíduo ou grupo a esse agravo, dado um certo conjunto de condições intervenientes (AYRES, 1997a).

A vulnerabilidade dos homens significa a síntese conceitual e prática das dimensões comportamentais, sociais, e político-institucionais relacionadas às diferentes suscetibilidades de homens e grupos populacionais a um agravo à saúde e suas consequências indesejáveis, como sofrimento, limitação e morte (AYRES, 2006).

Outro importante instrumento conceitual para os modos de interpretar, planejar e avaliar ações em saúde é a noção de vulnerabilidade, que busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas às diferentes suscetibilidades de homens, grupos populacionais e até mesmo nações. Este enfoque para o planejamento de ações preventivas busca responder aos limites e resultados técnicos, sociais e políticos do conceito de "risco", e suas noções de fatores, grupos e comportamentos de risco (AYRES, 1997b).

Para o autor, é grande o potencial do conceito de "vulnerabilidade" como instrumento aplicado a outras questões de saúde das populações e estratégias preventivas. É necessário, entretanto, não incorrer na habitual forma de reduzir categorias ao enfoque individual. Assim, a vulnerabilidade remete a três planos analíticos básicos e inter-relacionados:

- a) O individual: relacionado aos comportamentos associados à maior vulnerabilidade, condicionados objetivamente pelo meio natural e social e pelos graus de consciência e poder de transformação individuais (plano no qual consideramos incluídos os fatores biológicos);

- b) O social: avaliação das coletividades, incluindo acesso à informação e serviços, investimentos na saúde (porcentagem do PIB e relação entre gastos militares e gastos com saúde), aspectos socioculturais (como a situação da mulher), liberdades e direitos conquistados e condições de bem-estar;
- c) O programático ou institucional: desenvolvimento de ações institucionais voltadas a problemas específicos, envolvendo compromissos oficiais, coalizão interinstitucional, planejamento, qualidade, gerenciamento, capacitação, financiamento, estratégias de continuidade e avaliação.

## 3.2 CAMINHO METODOLÓGICO

### 3.2.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo **descritivo exploratório**, que, de acordo com Polit e Hungler (1995), este tipo de pesquisa investiga a complexidade da sua natureza e os fatores com os quais está relacionada, tendo como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos ou ideias com vistas à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Afirmam ainda, que o estudo descritivo tem como objetivos estudar as relações entre duas ou mais variáveis de um fenômeno, sem manipulá-las, além de descrever sistematicamente fatos ou condições presentes em determinadas situações.

A abordagem **mista** foi escolhida considerando que permite a complementação entre palavras e números, ou seja, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana, conforme afirmam Polit e Hungler (1995). Segundo Minayo (2003), esta abordagem trabalha com um universo de significado, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que respondem a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Sendo assim, pretende-se uma aproximação entre o sujeito e o objeto pesquisado, uma vez que ambos são da mesma natureza, buscando uma interpretação minuciosa de como estes homens estão sendo assistidos nas emergências.

Para o desenvolvimento deste trabalho, será necessário recorrer aos conceitos de estudo de caso que, para Yin (2010), é uma estratégia de pesquisa caracterizada pelo interesse em casos individuais. Tendo como definição uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo no contexto natural, em situações em que as fronteiras entre o

contexto e o fenômeno não são claramente evidentes, utilizando múltiplas fontes de evidências. Neste sentido, o delineamento desta pesquisa será o **estudo de casos múltiplos**, uma variante da mesma estrutura metodológica, pelo fato de as evidências dos casos múltiplos serem, muitas vezes, consideradas mais vigorosas, fazendo com que o estudo, por essa razão, seja visto como mais robusto (YIN, 2010).

### 3.2.2 Cenários do estudo

O estudo foi desenvolvido em dois **cenários**, ambos nos setores de emergência. Trata-se de dois hospitais da rede pública, situados na Região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, sendo um Hospital Geral que oferece o serviço de urologia na emergência, e o outro Hospital Especializado em Hematologia.

A escolha do primeiro cenário foi devido ao tipo de abordagem terapêutica desenvolvida nestas unidades, pois possui um alto fluxo de atendimento de emergência urológica, o que possibilitaria o acompanhamento dos homens com priapismo após a intervenção terapêutica emergencial. Tratou-se de um hospital referência em Urologia, com programa de residência médica, que busca o aprimoramento da assistência através de pesquisas desenvolvidas na instituição. Por este motivo, acredita-se que tornou um facilitador para o pesquisador desenvolver a pesquisa, pois tratava de um estudo de interesse institucional.

A justificativa para a escolha do segundo cenário foi devido à grande prevalência de priapismo em homens com anemia falciforme, que tem um alto fluxo de homens falcêmicos atendidos na emergência com priapismo. Fato este comprovado por estudos realizados em cenários similares, como o de Fowler Junior et al. (1991), que analisaram 52 homens com doença de células falciformes, sendo 20 (38%) com relato de priapismo. Num estudo mais recente, 27 de 98 (28%) relataram uma história de priapismo em questionamento direto, porém, demonstrou o pouco conhecimento e consciência desta complicação em ambos os homens e familiares de pessoas com doença falciforme (MANTADAKIS et al., 1999).

Além dessas justificativas, um fator facilitador na coleta de dados, foi o fato de o pesquisador residir e trabalhar nas proximidades desses cenários, o que possibilitou o acesso rápido ao local de atendimento desses homens.

### **3.2.3 Critérios de inclusão e de exclusão dos participantes do estudo**

Na fase quantitativa do estudo, determinaram-se como critérios de inclusão, os prontuários e boletins de emergências de homens na faixa etária de 18 a 59 anos, que foram admitidos nas emergências dos cenários do estudo, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013, com quadro clínico de priapismo. Delineamos como critério de exclusão, os prontuários que não se encontravam com o boletim de atendimento de emergência.

Em seguida, na fase qualitativa, o critério de inclusão previu a observação e entrevista dos homens na faixa etária de 18 a 59 anos, com histórico de priapismo independente da causa e da classificação, desde que o pesquisador acompanhasse o processo de admissão e observação nas primeiras 6 horas de atendimento hospitalar. Excluíram-se os homens com distúrbios mentais e que não conseguiram responder a entrevista na íntegra.

### **3.2.4 População, amostra e participantes do estudo**

Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para o estudo quantitativo, a amostra da primeira fase decorreu da consulta a 133 prontuários eletrônicos e boletins de emergência, todos do sexo masculino, na faixa etária entre 18 e 59 anos, referentes ao período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2013.

Os resultados da segunda fase, a observação participante e a entrevista, deram-se no período de 20 de janeiro de 2014 a 30 de junho de 2014, durante o atendimento inicial de três homens, na faixa etária de 33 a 59 anos, que foram admitidos na emergência do Hospital Geral e três homens, na faixa etária de 22 a 52 anos, portadores da doença falciforme, atendidos no Hospital Especializado, totalizando seis casos do estudo. Todos apresentavam histórico clínico de priapismo.

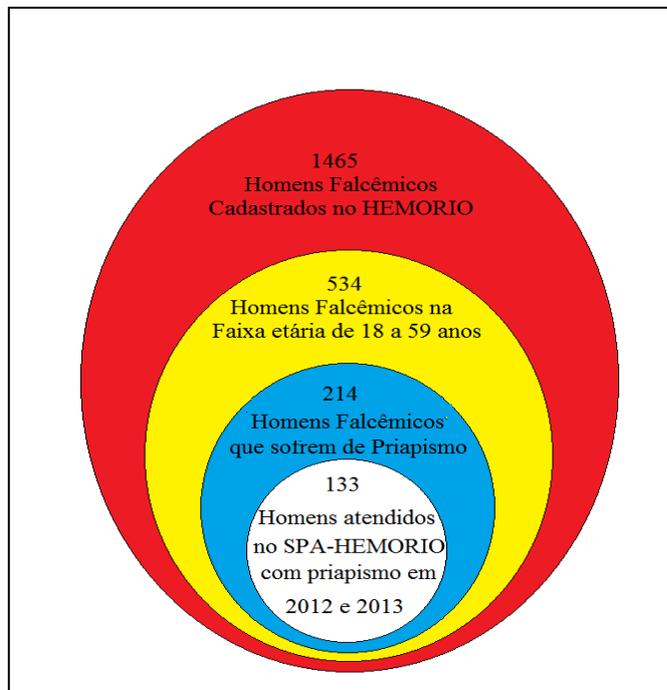
### **3.2.5 Coleta de dados**

Para levantar o perfil dos homens com priapismo, utilizou-se o instrumento de coleta de dados o formulário de Caracterização do Cliente (APÊNDICE A). Na fase qualitativa, foi utilizado um Diário de Campo (APÊNDICE B) para anotações julgadas pertinentes na observação participante e o roteiro de entrevista (APÊNDICE C).

Na coleta dos dados quantitativos, foram realizadas 12 visitas no setor de Arquivo Geral e no setor de Informática do Hospital Especializado. A busca inicial se deu no setor de informática, onde foram estabelecidos os critérios para o levantamento dos homens com priapismo.

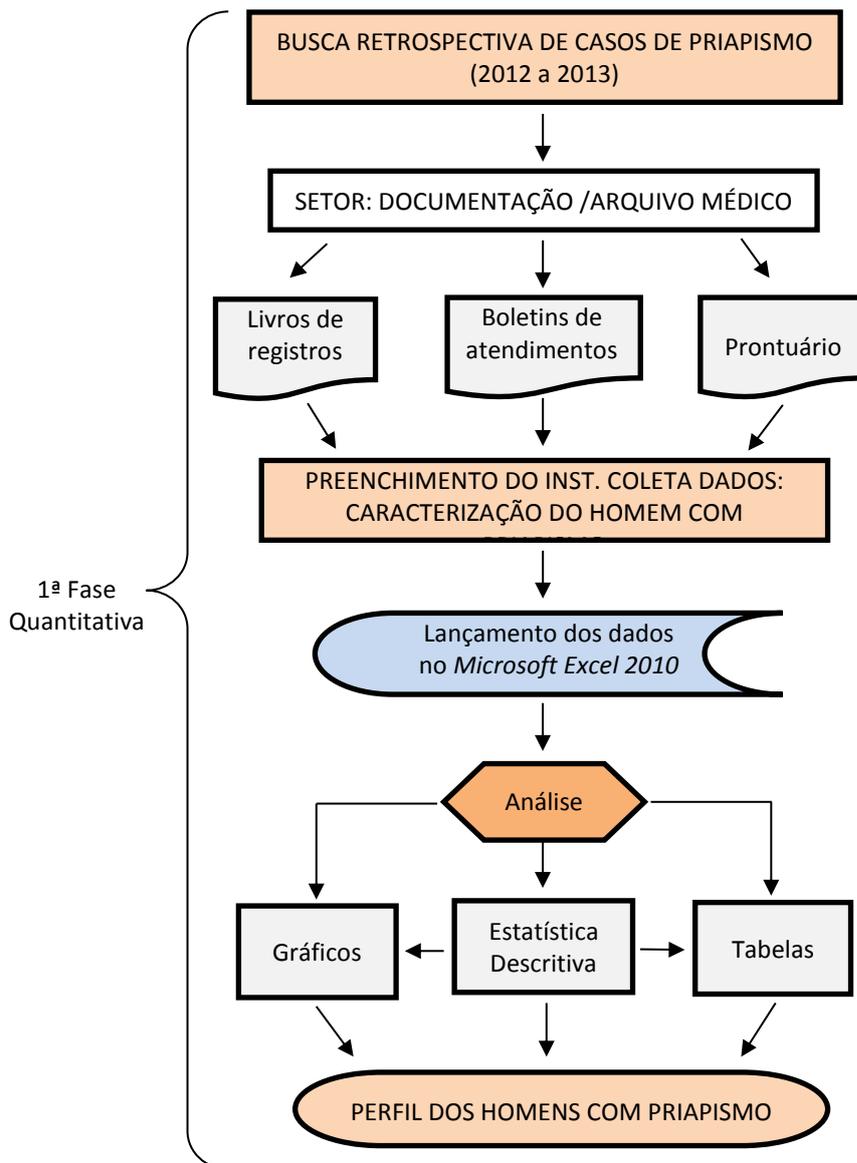
Primeiro realizou-se o levantamento de todos os homens com anemia falciforme cadastrados no Hospital Especializado. Surgiram 1465 homens que são assistidos neste nosocômio. O segundo momento, foi estabelecido a faixa etária, com 534 homens falcêmicos com idade de 18 a 59 anos. Destes, 214 homens sofrem de priapismo, sendo que só 133 homens tiveram priapismo e foram atendidos no Serviço de Pronto Atendimento.

Figura 6 - Esquema de busca ativa dos homens falcêmicos com priapismo



Os dados foram obtidos através do banco de dados eletrônicos da instituição de saúde estudada, e posteriormente, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, analisou-se 133 prontuários eletrônicos através do programa Sistema de Administração do Serviço de Hematologia (SASH), conforme esquema a seguir (Fluxograma 2).

Fluxograma 2 - Coleta de dados quantitativos



Após definição da amostra, foram analisados os livros de registros de admissão dos homens e boletins de atendimentos de emergência. O Sistema de Administração do Serviço de Hematologia (SASH) possibilitou consultar estatisticamente os prontuários eletrônicos dos homens atendidos na Emergência e no Serviço de Pronto Atendimento (SPA). Estes dados foram tabelados e colocados em gráficos com auxílio do software *Microsoft Office Excel*<sup>®</sup>, com objetivo de dimensionamento de amostra, para identificar a prevalência e traçar o perfil da população.

Nesta etapa, utilizou-se o instrumento de caracterização dos participantes (APÊNDICE A) com a descrição das seguintes informações: número do prontuário ou boletim de atendimento, idade, profissão, tempo de ereção peniana, números de atendimentos de

emergência, tipo sanguíneo e fator Rh, município de residência, escolaridade, circunstâncias, manifestações clínicas, tratamento, história e evolução e evolução do caso.

A fase qualitativa iniciou com a aplicação do teste piloto dos instrumentos de coleta de dados (APÊNDICES B, C e D) com o objetivo de adequação dos instrumentos ao estudo, exigindo assim, três visitas nas unidades de emergência para realização do teste. Inicialmente foi aplicado os instrumentos em dois homens admitidos na emergência com problemas urológicos (fratura de pênis). Após a aplicação em campo prático, esses instrumentos foram submetidos à avaliação de enfermeiros especialistas em emergência, membros do grupo de pesquisa cuidar/cuidados de enfermagem, para fins de aceitabilidade e compreensão. Na ocasião, o grupo entendeu que os instrumentos estavam adequados para serem aplicados aos participantes do estudo. Vale ressaltar, que os participantes do teste piloto não integraram a população do estudo.

A investigação utilizou a combinação de três tipos de fontes de dados: entrevistas semiestruturadas, observação participativa e documentos, com a finalidade de possibilitar à triangulação dos dados, cuja função é a validação dos resultados encontrados. A triangulação, para Yin (2010), é desenvolvida a partir do uso de múltiplas fontes de evidência capazes de desenvolver linhas convergentes de investigação. Por outras palavras, a triangulação permite obter, de duas ou mais fontes de informação, dados referentes ao mesmo acontecimento, a fim de aumentar a confiabilidade da informação. Yin (2010) descreve uma forma fiel de como testar a triangulação, que seria: formular a mesma questão na análise de dados de diferentes fontes; se todas as fontes indicarem as mesmas respostas, os dados foram triangulados com sucesso.

A observação participante, para Yin (2010), é uma modalidade de observação em que o observador assume uma postura ativa e participa dos eventos que estão sendo estudados. O autor destaca alguns cuidados relativos a esta técnica: apoio do pesquisador ao fenômeno estudado, que pode “quebrar” a imparcialidade; a função de participante se sobressair à de observador, restringindo o tempo de registro das informações; a dispersão do fenômeno pode dificultar a observação e a participação do pesquisador. O sucesso da pesquisa desta natureza é consequência da integração harmoniosa do pesquisador com o homem com priapismo.

Nesta técnica de coleta de dados, foram observados os comportamentos cotidianos no tocante aos cuidados de enfermagem recebidos ao homem com quadro clínico de priapismo, além do comportamento do homem frente a uma situação de urgência urológica, sendo aplicada a tipologia de cuidados de Coelho (1997) (APÊNDICE D), favorecendo a construção de hipóteses acerca do problema pesquisado.

É importante ressaltar, que o pesquisador contou com a ajuda das equipes da emergência, que o acionavam, por telefone quando chegava um homem com priapismo. Para que tal ação fosse possível, o número do telefone foi fixado no balcão de atendimento da emergência. O pesquisador chegava ao local com menos de 30 minutos, possibilitando a observação dos cuidados de enfermagem que eram prestados aos homens. Vale destacar que a assistência emergencial ao homem era prestada, independentemente da chegada do pesquisador ao cenário, garantindo que nenhum dano ou seqüela ocorresse em razão deste estudo.

Ao chegar ao cenário do estudo, o pesquisador iniciava a observação dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem aos homens com priapismo, obtinha as informações referentes aos procedimentos já executados pela equipe através dos relatos no boletim de emergência e relatos verbais dos profissionais, se apresentava ao homem, explicava os objetivos do estudo e caso fosse autorizada a participação, era incluído na amostra como participante da pesquisa. Caso houvesse recusa na participação, independentemente do motivo, imediatamente todas as informações eram descartadas.

Foram realizadas nove visitas à emergência do Hospital Geral, totalizando 42 horas de observação (média 4 horas e 30 minutos/dia) e oito visitas à emergência do Hospital Especializado, totalizando 42 horas de observação (média de 6 horas/dia).

No Hospital Especializado todos os homens com diagnóstico de priapismo que deram entrada durante o período de estudo concordaram em participar da pesquisa. Já no Hospital Geral houve uma recusa na participação. Desta forma, após a assinatura do termo de consentimento, foram, portanto, considerados participantes da pesquisa seis homens, independentemente das causas que desencadearam o priapismo. Houve um dos casos era de um participante que já estava incluso na pesquisa e o outro caso houve recusa na participação da pesquisa por parte do homem.

Após o atendimento emergencial os casos foram monitorados através dos prontuários, até o desfecho, possibilitando identificar as variáveis evolução (distúrbios sexuais/ amputação do pênis e/ou outras complicações) e tempo de internação.

Para realizar o recrutamento dos participantes, o pesquisador respeitou o momento em que os cuidados emergenciais estavam sendo prestados, pois o tempo de intervenção está diretamente relacionado com o prognóstico deste homem. Após estes cuidados, com a reversão do quadro clínico e o alívio da dor, já em condições físicas e psicológicas e em até 24 horas (período do atendimento de emergência), buscou-se o momento em que o

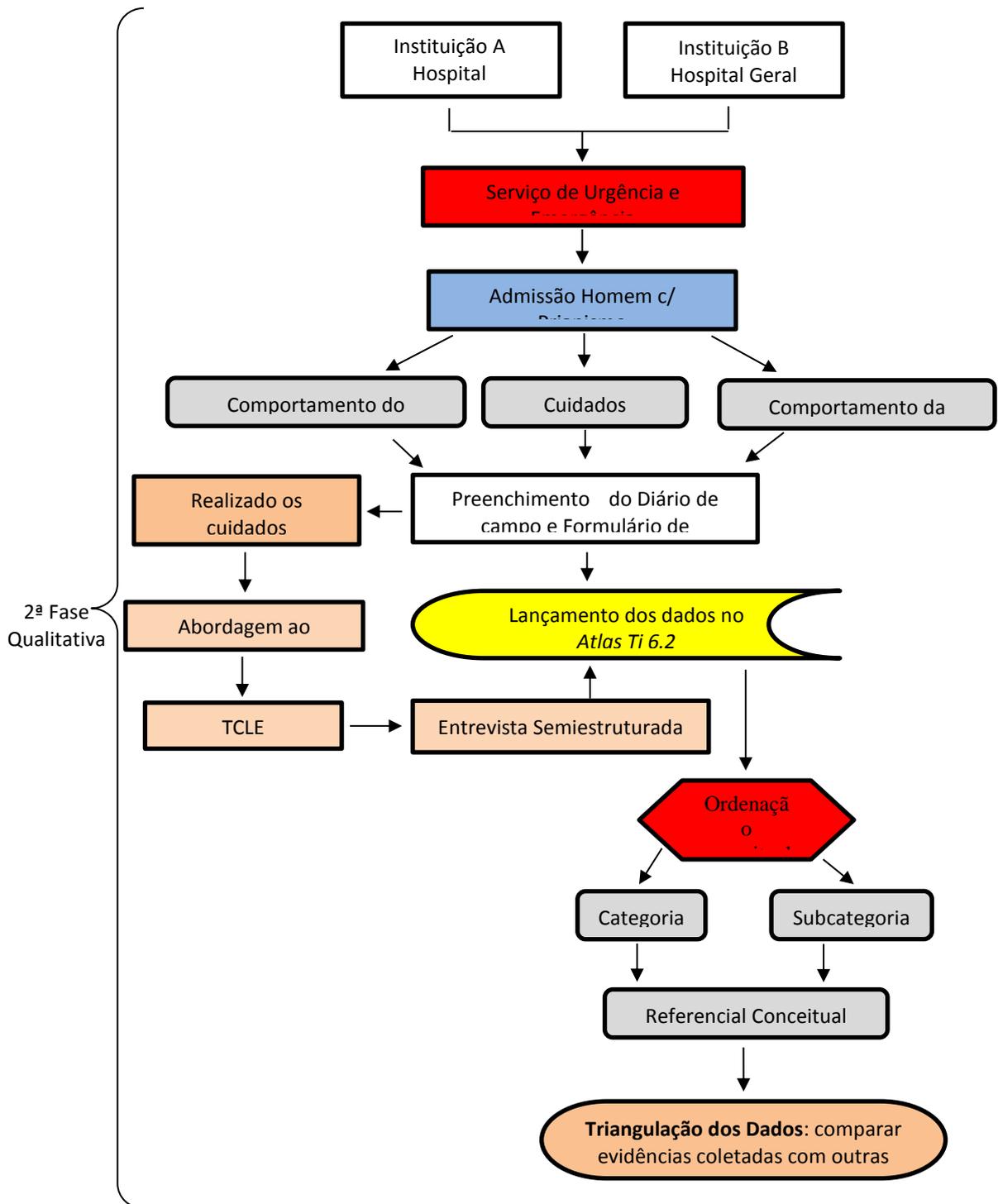
participante estivesse em um local reservado, com poucas pessoas em volta para que o convite e esclarecimentos da pesquisa fossem efetuados.

No momento do convite, foram esclarecidos os objetivos do estudo. Embora a investigação não interfira diretamente na terapêutica do participante e por se tratar de um assunto que envolve a sexualidade masculina, o participante poderia sofrer riscos psíquicos e morais no momento da entrevista por constrangimento no momento desta abordagem. Para minimizar estes riscos, o pesquisador de campo foi exclusivamente do sexo masculino, o que facilitou o entrosamento entre o participante e o pesquisador.

Nesta etapa, um exemplar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E) foi apresentado pelo pesquisador e assinado previamente pelos participantes de pesquisa. Após o aceite da participação, iniciou-se uma entrevista semiestruturada, de acordo com o roteiro de entrevista.

Associando a observação com entrevista semiestruturada, o investigador explorou os pontos de interesse da pesquisa, fazendo poucas perguntas diretas e deixando o entrevistado falar livremente à medida que refere às pautas assinaladas (GIL, 1999). Para direcionar as entrevistas, foi utilizado um roteiro de entrevistas com perguntas previamente elaboradas, visando obter dados referentes às necessidades de cuidados cotidianos do homem com priapismo em situação de emergência.

Fluxograma 3 - Coleta de dados qualitativos



A entrevista ofereceu dados para comparar evidências coletadas com outras fontes, ampliando a confiabilidade do estudo, oferecendo diferentes olhares sobre o evento. Martins (2008) sugere, entre outras coisas, a atenção do pesquisador ao planejar a entrevista, a obtenção de algum conhecimento prévio sobre o entrevistado, ouvir mais do que falar e o

registro dos dados e informações durante a entrevista. Dessa forma, a entrevista cumpre seu papel de fornecer dados relevantes ao pesquisador.

### 3.2.6 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram organizados, segundo a análise, em bancos de dados do programa Microsoft Excell 2010<sup>®</sup> e a análise foi realizada através de estatística descritiva e os dados foram apresentados em tabelas e gráficos.

Após a descrição, os dados foram apresentados para o Grupo de Apoio Estatístico (GAE), da Faculdade de Matemática e Estatística da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Trata-se de um grupo formado por seis professores doutores em estatísticas e uma média de vinte alunos (bolsistas) e visitantes que compartilham ideias para melhor análise dos dados. Para formar base estatística para discussão dos dados, foram necessários sete visitas ao GAE. Para o tratamento dos dados, o GAE utilizou Software R-Commander 3.0.1 adquirido gratuitamente pela internet. Todos os gráficos foram elaborados com o auxílio deste software.

Para análise qualitativa, foi realizado um estudo prospectivo, com observação participativa sendo associado com uma entrevista semiestruturada, realizada com os homens com priapismo que forem admitidos na emergência dos cenários estudados, durante o período de coleta de dados.

As entrevistas, com autorização prévia (APÊNDICE F), foram gravadas em formato digital (MP3), e transcritas com a utilização do software Microsoft Word 2010 e, posteriormente, os dados foram tratados com auxílio do software *Atlas Ti versão 6.2*<sup>®</sup>, com o intuito de organizar os trechos relevantes das entrevistas, a fim de permitir a identificação de padrões e/ou repetições de interesse do estudo, além de agrupar e categorizar os dados coletados. Nesta etapa, este programa auxiliou no ordenamento conceitual das informações obtidas nas observações e nas entrevistas gravadas no momento da coleta de dados.

O *software* foi adquirido no mês de novembro de 2011, pelo Grupo de Pesquisa Cuidar/Cuidados de Enfermagem do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEAN / UFRJ, e instalado no computador particular do pesquisador, permitindo o início dos treinamentos com os membros deste Grupo, auxiliados por um analista de sistemas, para que todos se apropriassem dos conceitos básicos do *software*. Após os treinamentos em grupo,

começaram os treinamentos individuais, além dos encontros periódicos para discussão e operacionalização do programa.

É importante alertar que o *software* Atlas.ti versão 6.2<sup>®</sup> apresenta como vantagem, a possibilidade de ampla utilização nos diversos tipos de pesquisa, pelo fato de agilizar a análise do material coletado, devido à capacidade de concentração dos dados.

Com o intuito de garantir o anonimato e o sigilo dos dados informados, o pesquisador, no momento da análise atribuiu pseudônimos aos participantes do estudo, neste caso, o de deuses da mitologia grega.

### **3.2.7 Aspectos éticos da pesquisa**

Atendendo aos princípios éticos da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466/2012 (BRASIL, 2012a), que visa assegurar os direitos e deveres da comunidade científica e dos participantes da pesquisa, respeitando-se os princípios de justiça, equidade e segurança, o estudo foi submetido para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Hospital Escola São Francisco de Assis em 13 de agosto de 2013, com suporte do Sistema Plataforma Brasil, sendo aprovado conforme Parecer nº 439.131 de 29/10/2013 (ANEXO A). Em seguida, o Sistema Plataforma Brasil direcionou o projeto para apreciação das Instituições Coparticipantes. O projeto foi analisado, com exigências em cinco reuniões do CEP do Hospital Especializado em Hematologia (HEMORIO), tendo aprovação final no dia 07 de janeiro de 2014 (ANEXO A). A segunda Instituição Coparticipante não possui CEP próprio sendo aceito pela direção do nosocômio a aprovação do CEP da instituição de origem do estudo.

A partir da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa houve a autorização da entrada do pesquisador no cenário do estudo, com uma ambientação e inserção do pesquisador nas equipes de enfermagem, a fim de demonstrar e esclarecer os objetivos da pesquisa, solicitar a colaboração das equipes das unidades hospitalares para a comunicação, via telefone, dos casos de priapismos admitidos nas emergências, o que permitiu o deslocamento do pesquisador até o local pesquisado para a coleta dos dados.

Também, em observância à legislação que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, da participação voluntária, do direito ao anonimato e sigilo dos dados informados, bem como

do direito de abandonar a pesquisa em qualquer fase, sem nenhum prejuízo. Após esclarecimento, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E).

## CAPÍTULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 CATEGORIA I - PERFIL DOS HOMENS FALCÊMICOS COM PRIAPISMO

Nesta categoria iniciam-se as discussões dos resultados obtidos na primeira fase da coleta de dados, a fase quantitativa. Este é o momento em que se estabelece o perfil sociodemográfico dos homens que foram atendidos com doença falciforme, que sofreram de priapismo nos anos de 2012 e 2013, e que foram atendidos no Serviço de Pronto Atendimento (SPA), do Hospital Especializado em Hematologia (HEMORIO).

Nesta análise, foram abordadas as questões relacionadas às seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, procedência, cor da pele, grupo sanguíneo e fator Rh, quantidade de internação por priapismo em 2012 e 2013, tempo de ereção, tempo de internação e os cuidados de enfermagem realizados. Para auxiliar na análise, esses dados foram tabelados em planilhas do Software Microsoft Excel 2010. A análise estatística foi realizada através das medidas de média, desvio padrão, mediana e intervalos interquartílicos com a ajuda do Software R-Commander 3.0.1 adquirido gratuitamente pela internet.

O perfil do homem com priapismo deve ser destacado para que se percebam os fatores que comprometem a saúde masculina e certos agravos inerentes aos aspectos que envolvem tanto a busca por atendimento de emergência, quanto aos cuidados de enfermagem realizados no atendimento inicial.

A primeira variável a ser analisada é a idade destes homens. Dentre os 133 casos de priapismo que foram admitidos na emergência, na faixa etária entre 18 e 59 anos, percebe-se que há prevalência de 92 (69,18%) jovens na faixa etária de 18 aos 39 anos. Segue abaixo a Tabela 1 de distribuição das idades a cada 10 anos.

Tabela 1 - Frequência da faixa etária dos homens com priapismo

<b>Idades em Anos</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
18 a 29	52	39,10
30 a 39	40	30,08
40 a 49	28	21,05
50 a 59	13	9,77
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Banco de dados HEMORIO, 2014.

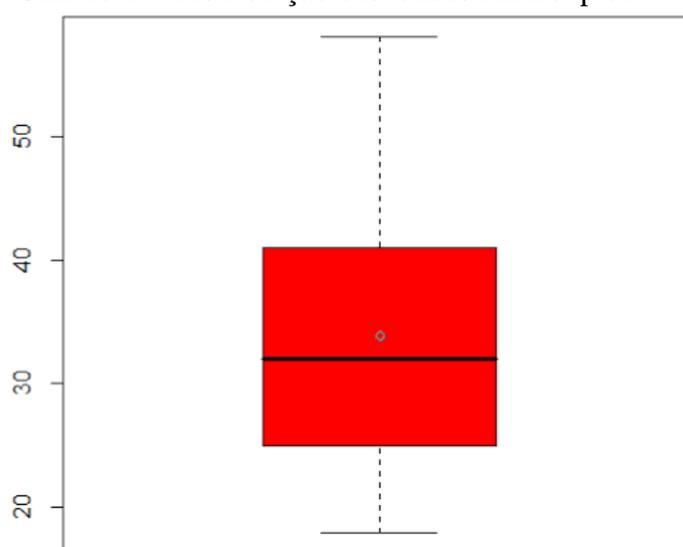
Percebe-se o predomínio de homens na faixa etária 18 a 29 anos (39,10%) e o pequeno contingente de maiores de 50 anos (9,77%), apesar da inexistência de estudos sobre expectativa de vida em nosso meio, sugere que o homem com anemia falciforme no Brasil falece precocemente. Wierenga, Hambleton e Lewis (2001) realizaram um estudo de coorte na Jamaica, onde observaram que a sobrevida mediana foi de 53 anos para os homens com anemia falciforme.

Estudos sobre a expectativa de vida dos homens com doença falciforme, apesar de estarem evidenciando um aumento progressivo, ainda registram, à semelhança em diversas pesquisas publicadas. Todavia, em 1996 no Brasil, um estudo comprovou que 78,6% dos óbitos devidos à doença falciforme ocorreram até os 29 anos de idade e 37,5% concentraram-se nos menores de nove anos (ALVES, 1996).

Esse aumento da expectativa de vida justifica-se pela os avanços científicos e tecnológicos que estão como principais causas de mudanças na prática da moderna hematologia, influenciando especialmente no diagnóstico laboratorial e nos procedimentos terapêuticos para anemia falciforme.

Na análise estatística das idades, captaram-se os importantes aspectos de um conjunto de dados através do valor mínimo, primeiro quartil, mediana (segundo quartil), terceiro quartil, valor máximo e a média das idades, sendo estes representados no Gráfico 1 Boxplot.

Gráfico 1 – Distribuição das idades em Boxplot

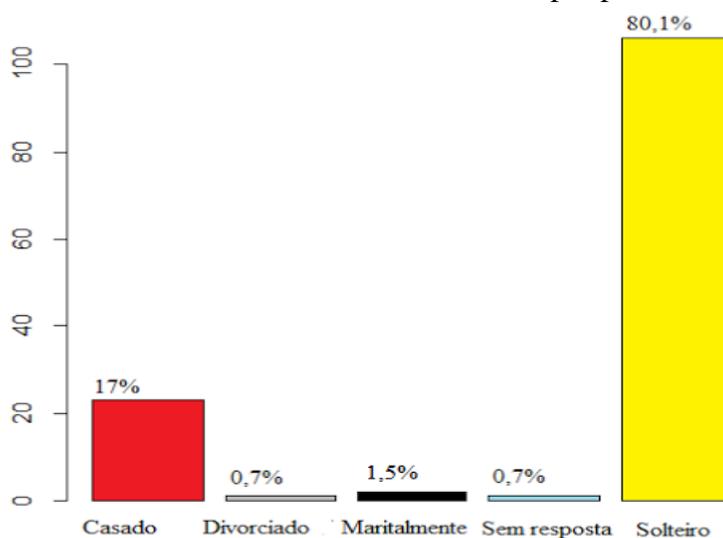


Fonte: Banco de dados do Hospital Especializado, 2014.

Ao realizar a distribuição das idades no Boxplot destacam-se os limites inferior e superior que foram 18 e 58 anos respectivamente. A média entre as idades dos homens ficou em 33,83 anos e mediana foi de 32 anos, o que significa que 50% dos homens possuem 32 anos. Percebe-se que os intervalos interquartílicos estão visualmente divididos em partes semelhantes. A média foi mais elevada do que a mediana, isso foi possível devido o valor da média sofrer as interferências dos extremos, e como existem dois homens que possuem 58 anos, esse resultado teve essa diferença.

Com relação ao estado civil desses homens, evidenciou-se que 23 (17%) eram casados; 1 (0,7%) divorciado; 106 (80,1%) solteiros; 2 (1,5%) viviam em união consensual e 1 homem não respondeu essa variável. Os homens solteiros apresentaram maior frequência. Ao comparar os dados do estudo com os dados nacionais do Censo demográfico de 2010 (IBGE, 2010), identificaram-se semelhanças no que tange o estado conjugal dos homens brasileiros. Existem cerca de 78 milhões de homens, sendo que 35,55% destes são casados, 2,63% divorciados, 1,95% viúvos e 58,32% de solteiros.

Gráfico 2 - Estado civil dos homens com priapismo



Fonte: Banco de dados do Hospital Especializado, 2014.

Com intuito de conceituar família, Lacerda (1997) refere que a família é um conjunto de pessoas, com vínculos afetivos/efetivos, podendo ou não ser ambíguos. Eles descrevem a família como fruto da constituição social, a qual se integra diferenciando cultural e socialmente e a considerada como centro integral de convivência de pessoas onde às necessidades são providas pelos membros integrantes uniformemente, de maneira a manter a

representação social da família. Os mesmos autores, em seu estudo bibliográfico sobre o cuidado de enfermagem à família, referem que a composição familiar pode ser descrita como:

[...] entidade histórica representativa e base fundamental para a vida humana, e assim como a sociedade, a economia, a política entre outros fatores sofreram mudanças, ela também vem mudando de forma gradual, lutando por seu espaço, articulando da melhor forma encontrada para manter sua estrutura e bem-estar dos membros que a compõe (LACERDA, 1997, p. 45).

Em vista da multiplicidade dos subsistemas e a pluralidade dos arranjos que se superpõem os dias de hoje, estão marcados por mudanças estruturais na família brasileira, com a aparição de novas configurações familiares. A família nos trabalhos analisados é vista de forma abrangente e complexa, em que as relações entre os homens são embasadas na estrutura de classes, de acordo com a sociedade a qual a mesma integra.

Neste sentido, torna-se imprescindível o apoio da família ao portador de anemia falciforme, em seu ambiente ocorre uma série de mudanças pessoais e familiares, e dependendo da gravidade da doença é necessário que sejam feitas alterações na forma de viver da família. Ao mesmo tempo, percebe-se uma dificuldade do homem falcêmico, que sofre de priapismo, manter um relacionamento conjugal, pois além da transformação do ambiente familiar, este ainda tem o risco de disfunção erétil por complicação de um priapismo.

Em nível relacional, a presença da disfunção erétil altera o relacionamento do homem com a sua parceira, nomeadamente ao nível da confiança, intimidade e proximidade, podendo afetar o seu casamento, o que, segundo Wespes et al. (2002), pode ser um grande indício para o surgimento de relacionamentos mal sucedidos.

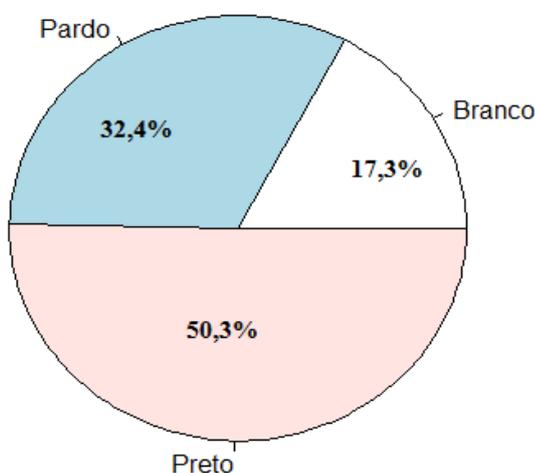
Neste caso, é importante salientar que existe a necessidade de inclusão da esposa e da família no plano de cuidados aos homens com priapismo. Esta inserção vem como um facilitador neste processo de cuidar, auxiliando no enfretamento de situação em que mexer com a sua intimidade e sexualidade masculina. A presença da família no processo de recuperação da saúde do homem proporciona conforto, segurança, e bem estar. Todavia, esta inclusão tem que ser avaliada de forma criteriosa, com a participação ativa do homem que sofre de priapismo, uma vez que envolve aspectos que nem sempre o homem está preparado para compartilhar com seus entes.

Coelho (2006) descreve a importância de Cuidar de Vidas Modificadas - RETRATO de famílias, onde o cuidado de enfermagem é voltado para adequar e dar Suporte ao ente diante da situação opaco se põe. A família precisa de ritmo e entendimento a cerca dos

acontecimentos, durante e após a constatação da enfermidade e da hospitalização. E cuidar das Famílias que viram suas vidas serem modificadas muitas vezes de forma súbita e inesperada. Dessa forma, os cuidados de enfermagem têm significado quando são resultados de um processo de assistência que atenda às necessidades de saúde do homem, pois, devem ser voltados não apenas para a dimensão biológica, mas também para a condição social psicológica e espiritual.

Com relação à variável cor da pele no grupo dos homens, 27 (17,3%) eram da cor de pele branca, seguidos 46 (32,4%) da cor parda e 68 (50,3%) da cor preta. Observou-se que a cor da pele é uma variável pouco considerada nos estudos realizados em homens com priapismo. Entretanto, por se tratar de uma doença secundária a Anemia Falciforme, este resultado vem ao encontro com o estudo de Laguardia (2006), onde descreve que no campo da saúde pública, a ênfase na anemia falciforme como doença étnico-racial apoia-se em três aspectos relacionados a essa patologia que caracterizariam uma maior suscetibilidade da população negra e parda: origem geográfica, etiologia genética e as estatísticas de prevalência.

Gráfico 3 - Distribuição da cor da pele dos homens com priapismo



Fonte: Banco de dados do Hospital Especializado, 2014.

No Brasil, a introdução da Hemoglobina S (HbS) responsável pela anemia falciforme deu-se através do tráfico negreiro de inúmeras tribos africanas que vieram ao nosso país para realizarem o trabalho escravo nas indústrias de cana-de-açúcar do Nordeste e, posteriormente, para a extração de metais preciosos em Minas Gerais. A partir da abolição da escravatura, o fluxo migratório se expandiu para várias regiões de nosso país. Hoje, essa mistura racial

tornou-se uma característica marcante do Brasil, modificando o conceito de alguns pesquisadores sobre a influência da cor da pele na doença falciforme, pois para estes, a herança falciforme não tem relação direta com a cor do sujeito, ressaltando apenas a importância histórica sobre as origens da doença (SOARES et al., 2009).

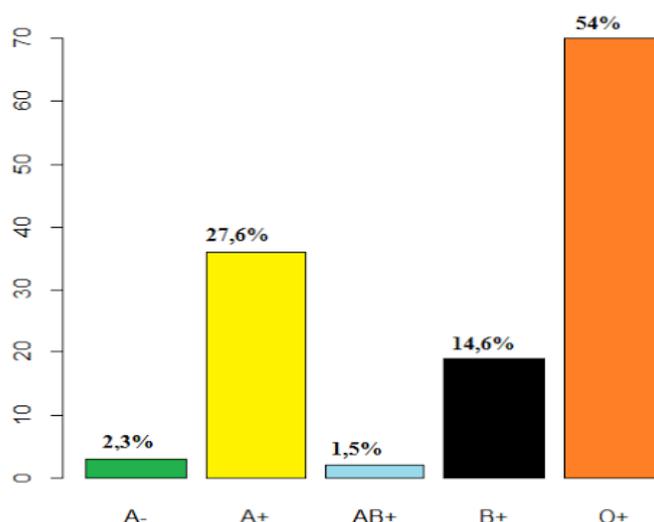
Dados do Ministério da Saúde apontam que no Brasil cerca de 3.500 crianças nascem por ano com a doença, sendo um bebê a cada 1.000 nascimentos. Na Bahia, mais especificamente, na cidade de Salvador concentra o maior número de portadores da doença: a cada grupo de 650 bebês nascidos vivos, 1 tem a patologia, o que representa em média 65 crianças por ano (JESUS, 2010).

De acordo com o IBGE (2010), a Bahia, estado com maior número de negros do Brasil, - são 76,6% de pessoas autodeclaradas, justificando a maior incidência de pessoas com doença falciforme. A doença hereditária tem origem africana e atinge, na maior parte dos casos, pessoas negras. Jesus (2010) afirma que em segundo lugar está o Rio de Janeiro (com 51,7 % de negros), que atinge uma pessoa a cada mil e duzentos nascimentos e, em seguida, Minas Gerais, Pernambuco e Maranhão, com um doente para cada mil e quatrocentos nascidos vivos.

Do ponto de vista genético, devido à alta miscigenação apresentada no país, a população negra brasileira é muito particular, não correspondendo a outras populações negras no mundo (NAOUM, P.; NAOUM, F., 2004; OLIVEIRA, 2003). Por este motivo, doenças conhecidas mundialmente como relacionadas à ancestralidade africana podem, no Brasil, apresentar comportamento diverso dado à especificidade da população negra no país (OLIVEIRA, 2003). Assim, dado o alto grau de miscigenação, apesar de sua origem no continente africano, a doença falciforme é também encontrada em pessoas fenotipicamente brancas (PAIVA e SILVA; RAMALHO; CASSORLA, 1993).

Quanto as variáveis: tipo sanguíneo e fatores Rh, o maior índice foi O+ com 75 (54%) dos casos, seguido do A+ com 36 (27,6%); B+ com 19 (14,6%) dos casos; os tipos A- e AB+ somados não chegaram a 4% dos casos. Em um estudo sobre perfil dos doadores de sangue do hemocentro público de Natal/RN, Liberato et al. (2013) descreveram resultados semelhantes aos dados apresentados no Gráfico 4, também com predominância de 44,5% dos casos sendo do tipo O+.

Gráfico 4 - Tipo sanguíneo e fator Rh dos homens com priapismo

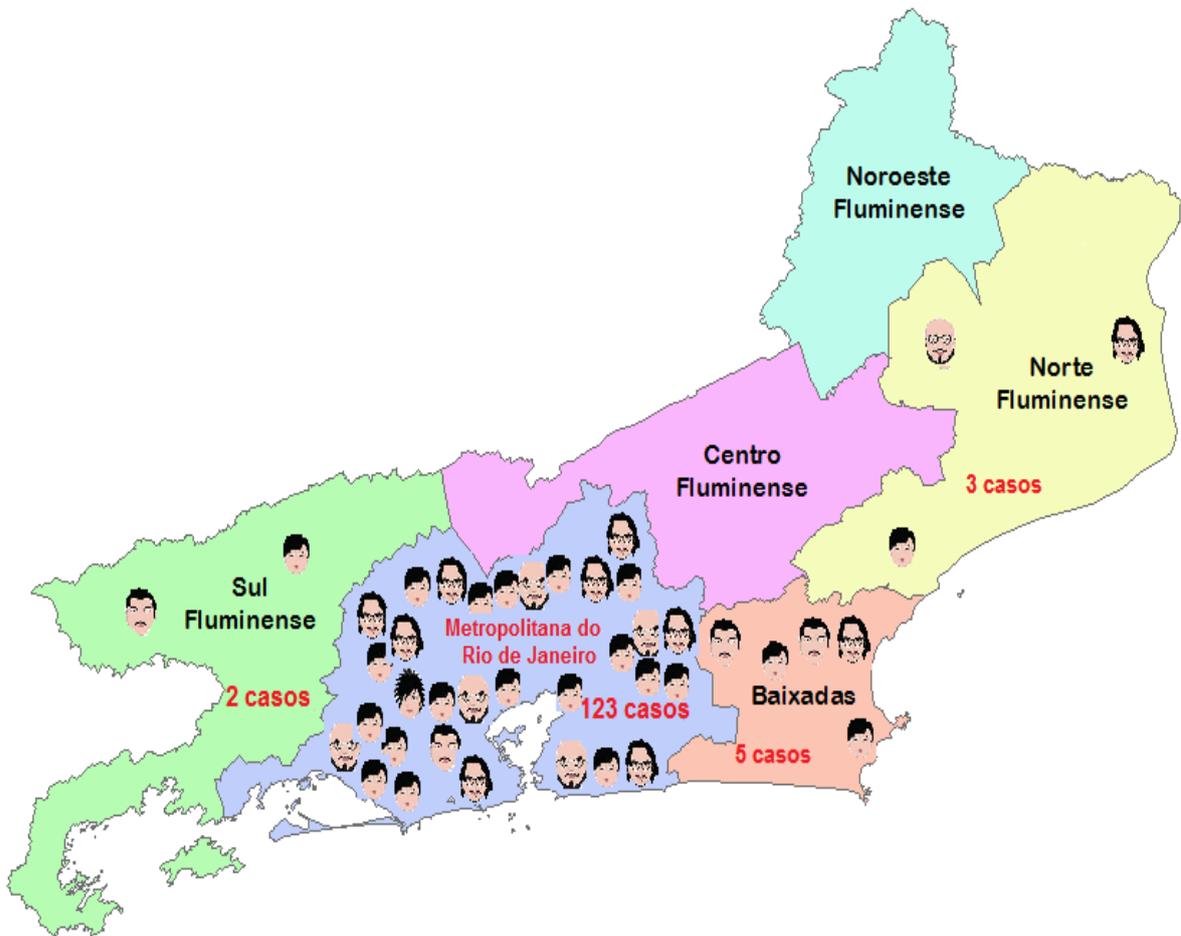


Fonte: Banco de dados do Hospital Especializado, 2014.

Houve predominância de homens com doença falciforme na classe O+, seguida da classe A+ e B+. Essas três classes fenóticas representaram 96,2% dos casos. A menor incidência foram nas classes AB+ e A-. Estes dados aproximam-se ao estudo de Silva et al. (2012) onde descreveram o perfil genético da população da doença falciforme em Primavera do Leste, Mato Grosso, e em outros estados que receberam imigrantes afrodescendente, tais como Bahia (ADORNO et al., 2005) e Rio Grande do Norte (BEZERRA; ANDRADE, 1991), no Nordeste, e Rio de Janeiro (SILVA-FILHO et al., 2005) e Minas Gerais (MELO et al., 2000).

Neste contexto de regiões e cidades de maiores prevalências, quanto à procedência dos homens falcêmicos com priapismo, observa-se na Figura 6 que 126 (92,9%), eram procedentes da região Metropolitana, porém 72 (51,06%) proveniente do município do Rio de Janeiro; provenientes do Centro Fluminense houve 2 (1,5%) casos que foram dos Municípios de Cantagalo e Três Rios; da Baixada Litorânea foram 5 (3,8%) referente aos municípios de Cabo Frio (3), Saquarema (1) e Iguaba Grande (1); Norte fluminense com 3 (2,12%) sendo dos municípios de Campos (2) e Macaé (1).

Figura 7 - Distribuição dos homens de acordo com a cidade de origem (Mesorregiões)



Fonte: Banco de dados do Hospital Especializado, 2014.

O principal município de origem dos homens é a própria cidade. Esse resultado foi esperado, pois a instituição localiza-se no município do Rio de Janeiro e é a de referência no tratamento de hematologia para os cidadãos do município. Desta forma, os 72 (51,06%) provenientes do município do Rio de Janeiro, que possui subdivisões de acordo com as Áreas Programáticas (A.P.). A Tabela 2 demonstra a distribuição destas Áreas Programáticas.

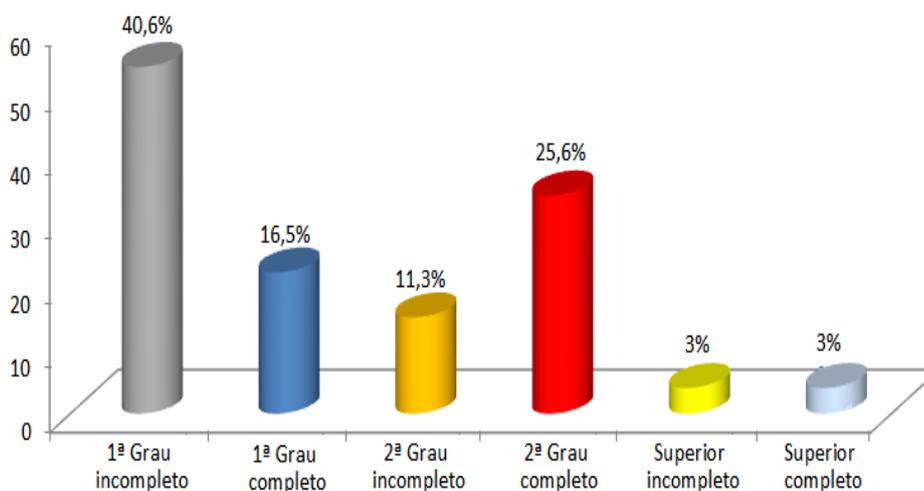
Tabela 2 - Distribuição das APs dos homens procedentes do Município do Rio de Janeiro

Áreas Programáticas	Referência	Porcentagem
AP 1.0	3	4,17%
AP 2.1	4	5,56%
AP 2.2	2	2,78%
AP 3.1	5	6,94%
AP 3.2	8	11,11%
AP 3.3	17	23,61%
AP 4.0	7	9,72%
AP 5.1	11	15,28%
AP 5.2	9	12,50%
AP 5.3	6	8,33%
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

Fonte: Banco de dados do Hospital Especializado, 2014.

Conforme o Gráfico 5, o nível de escolaridade dos homens é predominantemente baixo, tendo em vista que 54 (40,6%) não concluíram o 1º grau; dos que concluíram o 1º grau foi 22 (16,5%); em nível de 2º grau, 34 (25,5%) concluíram e 15 (11,3%) não concluíram o nível médio; e o nível superior completo e incompleto foram 4 (3,0%) cada, conforme Gráfico 5.

Gráfico 5 - Nível de escolaridade dos homens com priapismo



Fonte: Banco de dados do Hospital Especializado, 2014.

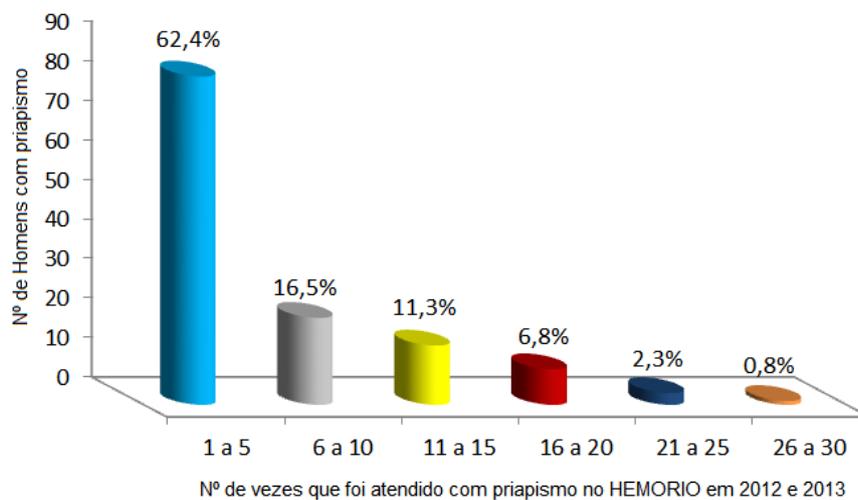
Esta predominância de baixa escolaridade nos remete para um cuidado no momento em que orientações e esclarecimentos que são dados para estes homens, pois este índice pode ser um agravante para a saúde do homem, sendo considerado que os aspectos culturais e

deficiências no sistema de saúde potencializam o hábito dos homens de evitar o contato com os serviços de saúde, seja nos consultórios de saúde, seja nas unidades básicas de saúde.

Sobre a pouca procura dos homens pelos serviços de saúde apontou-se que os homens que têm curso superior têm uma maior capacidade de problematização do tema, tendo ideais corretas, entretanto não colocando em prática este conhecimento. Gomes, Nascimento e Araújo (2007) entrevistaram homens com baixa escolaridade e com nível superior para saber e comparar os motivos que os levam a buscar menos os serviços de saúde. Para eles, os homens com baixa escolaridade procuram medidas de tratamento alternativas, como tomar alguma medicação por conta própria, tomar algum chá ou se medicar utilizando-se da orientação de algum farmacêutico. Essas saídas encontradas por eles para melhorar sua saúde são mais pontuais, não o fazendo perder tempo com filas, com a espera pelo atendimento médico. Sob a óptica dos homens com nível superior, há momentos em que essa busca por ajuda para a cura de um mal que aflige, ocorre por dois motivos: quando a dor se torna insuportável e quando há uma impossibilidade de trabalhar.

Essas dificuldades de acesso ao serviço de saúde, peculiar do homem, leva-os, quando em priapismo, ao prolongamento desta busca de acesso. Esta demora em buscar ajuda está relacionada diretamente com a vergonha, ao medo, ao anseio, a masculinidade e sexualidade que envolve o estar com uma ereção peniana, ainda que patologicamente. Neste sentido, ao analisar os prontuários destes homens, observou-se inúmeras internações por episódios de priapismo nos anos de 2012 e 2013 conforme Gráfico 6.

Gráfico 6 - Distribuição da quantidade de vezes que o homem com priapismo procurou a emergência nos anos de 2012 e 2013



Fonte: Banco de dados do Hospital Especializado, 2014.

O Gráfico 6 demonstra que 62,4% (83) dos homens tiveram até cinco atendimentos emergências devido ao quadro clínico de priapismo; seguido de 22 (16,5%) procuraram serviços emergenciais de 6 a 10 vezes; obtendo o menor índice 1 (0,8%) de caso recorrentes de priapismo emergencial. Neste caso, deve-se levar em consideração que a busca por uma unidade de saúde emergencial não é garantia de atendimento especializado, pois o mesmo homem pode buscar inúmeras emergências em uma mesma crise priapismática, pois não tem a garantia de atendimento, uma vez que as instituições podem não dispor de especialista no momento. Entretanto, o profissional que recebe este homem na emergência tem que referenciá-lo para outra unidade de saúde e não, simplesmente, “fechar as portas” e solicitar que procure outras instituições de saúde.

Martins, Moraes-Souza e Silveira (2010), em Uberaba-MG, analisaram 103 prontuários de homens com anemia falciforme atendidos no período de 1998 a 2007 no Hospital de Clínicas da Universidade. Em 35 (34%) não havia relatos de intercorrências. Nos demais (68), foram levantadas 910 intercorrências, média de 13,4 por doença falciforme no período do estudo, variando de 1 a 97 atendimentos. A causa mais frequente foi crise dolorosa afebril. Nesta análise, os episódios de priapismo foram responsáveis por 21 atendimentos gerando sete internações, com permanência média de 5,1 dias.

A emergência como cenário de cuidar e especificamente os profissionais de enfermagem contemplam uma realidade assistencial que demonstra ao homem, que sofre de priapismo, os riscos de complicações vasculares e de impotência sexual, por apresentar uma série de sinais e sintomas que caracterizam a complexidade desse cuidar. Nessa linha de raciocínio, Lima et al. (200, p. 349) consideram importante que “

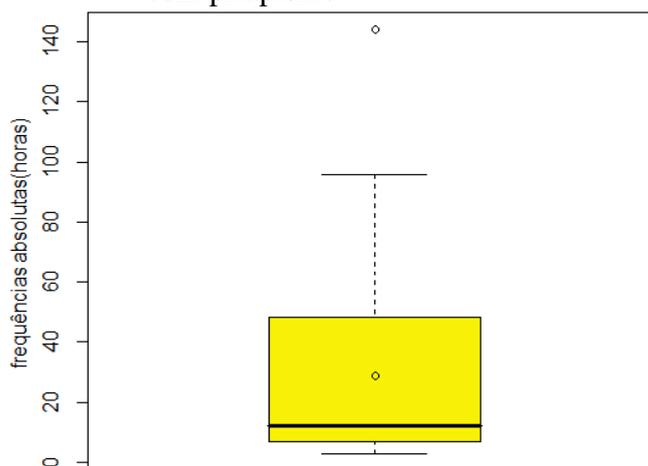
[...] os enfermeiros desenvolvam o pensamento crítico e sua capacidade de tomar decisões por ser reconhecidamente um agente de transformação das condições de vida, atuando diretamente no processo saúde-doença e no bem estar dos indivíduos, famílias e comunidade.

Entretanto, vale ressaltar o quanto é importante que a equipe de enfermagem cuide utilizando como ferramenta o holismo em relação ao homem em emergência, sendo este equilíbrio entre ciência e arte fundamental para o cuidar em emergência. Cabe, assim, determinar os tipos de cuidados de enfermagem a serem prestados, a fim de estabelecer uma maneira de cuidar.

Um fator determinante para o prolongamento dos dias de internação é o tempo de tempo de ereção, 60 (42,55%) homens com priapismo chegaram à emergência com o tempo

de ereção peniana de 4 a 12 horas. Ao distribuir o tempo de ereção no Boxplot destacam-se os limites inferior e superior que foram 3 e 96 horas respectivamente. A média de tempo em horas de ereção girou em torno de 28,6 horas e mediana foi de 12 horas, o que significa que 50% dos homens tiveram o tempo de ereção igual à mediana.

Gráfico 7 - Tempo de ereção peniana dos homens com priapismo



Fonte: Banco de dados do Hospital Especializado, 2014.

No Gráfico 7, os intervalos interquartílicos não estão visualmente divididos em partes semelhantes, isso ocorreu devido divergência de cinco casos que tiveram um tempo de ereção equivalente a 144 horas, saindo do padrão de normalidade dos dados, fazendo com que a média ficasse mais elevada do que a mediana, isso foi possível devido o valor da média sofrer as interferências dos extremos, e como existem nove homens que possuem 96 horas de ereção, esse resultado sofreu essa diferença.

Ao analisar o tempo de ereção peniana, depara-se com 14 (10,5%) homens que prolongaram a busca por uma unidade de saúde por 96 horas ou mais. De modo geral, os homens têm medo de descobrirem que estão doentes ou acham que nunca vão adoecer, por isso negligenciam os cuidados. Afastam-se dos serviços de saúde, inclusive os de promoção e prevenção, e são menos sensíveis às políticas de saúde.

Além do medo, a vergonha de ficar exposto a outro homem ou a uma mulher também é uma explicação para a não busca de cuidados emergências por parte destes homens. Nesse caso, as resistências em ter de mostrar partes de seu corpo tão íntimas, traz no imaginário masculino uma dificuldade em buscar estes serviços. Estas barreiras trazem consequências graves e às vezes irreversíveis para o homem com priapismo. Tudo que diz respeito às partes

genitais: o pênis, o testículo e o ânus, dificulta essa procura por ajuda. Homens preferem sofrer sequelas e até correr risco de morrer, do que pedir ajuda em alguma unidade de saúde, possivelmente essa vergonha se associa à falta de hábito de se expor ao profissional de saúde e contar seus problemas.

Segundo Gomes (2007), após estudos porque os homens se afastam dos serviços de saúde apontaram que o imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois a medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança; portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfiar acerca dessa masculinidade socialmente instituída.

As barreiras dos próprios serviços de saúde que não busca uma integração de horários e serviços direcionados a um público específico, esta inadequação é vista na pouca procura e também na pequena oferta. Também quanto aos serviços de saúde masculina percebemos uma dificuldade de acesso à população masculina a serviços específicos. Um exemplo é que a especialidade de Urologia é pouco presente na atenção primária e secundária de saúde.

Observa-se que mesmo os homens que são atendidos em um hospital especializado em hematologia, que já tem o priapismo como rotina na sua emergência sentem-se receosos em buscar essa ajuda quando em crise urológica. Vale ressaltar, que todos os homens estudados tiveram como primeira opção a busca pelo Hospital Especializado. Entretanto, esta pesquisa não informa o tipo de orientação e educação que estes homens recebem ao serem aceitos como paciente desse hospital. O que nos leva a indagar se estas orientações quanto ao priapismo estão sendo realizadas, de forma esclarecedora, mostrando os riscos que estes homens correm caso permaneçam por muitas horas com ereção peniana, fato constatado com a alta na média de tempo de ereção de 28,6 horas.

Gomes, Vendeira e Reis (2003) relatam 17 casos de priapismo em Portugal, com o tempo médio de evolução do priapismo de 84 horas, tendo como complicação relativa à demora em buscar de atendimento a saúde, a disfunção erétil. Dos homens que tiveram o tempo médio de ereção de 39,5 horas nos doentes submetidos a tratamento cirúrgico e sem esta complicação.

De acordo com Gomes, Nascimento e Araujo (2007), os serviços de saúde têm uma deficiência em absorver a demanda apresentada pelos homens, proporcionada pela organização dos serviços que não estimula o acesso destes homens e, pelo fato das próprias campanhas de saúde pública não se voltarem para este segmento da população. Assim, são

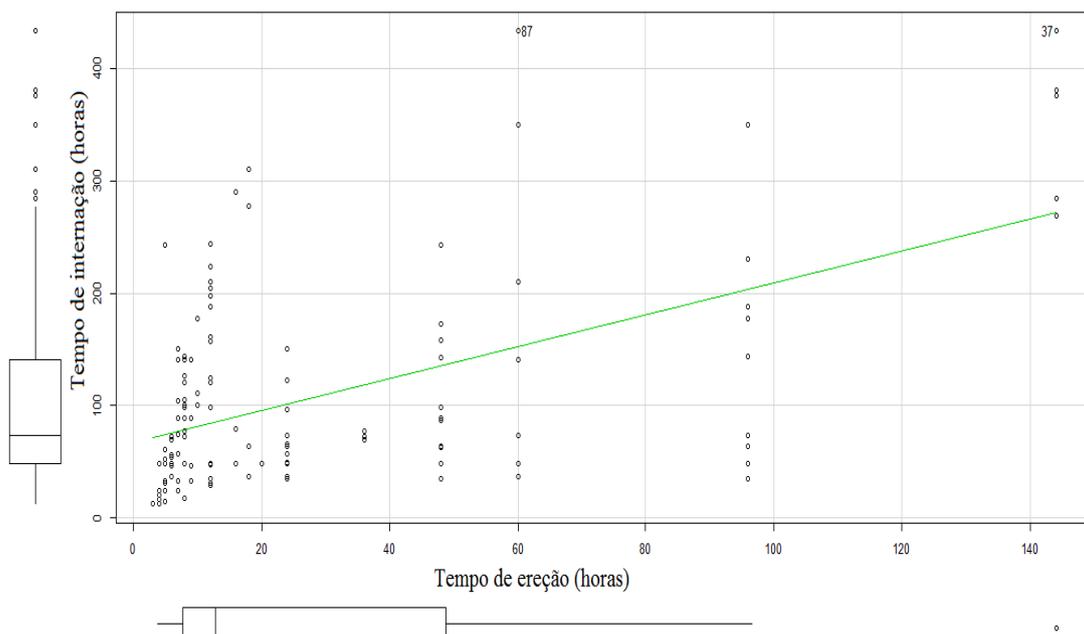
necessárias mudanças nas estratégias dos serviços de saúde e no enfoque relacionado ao gênero masculino. Os mesmos autores afirmam que o homem é visto como invulnerável forte e viril, sendo essas características abaladas pela procura dos serviços de saúde o que demonstra sinais de fraqueza, medo e insegurança.

Além disso, existem barreiras dos próprios serviços de saúde que não busca uma integração de horários e serviço direcionado ao público masculino. Esta inadequação é vista na pouca procura e também na pequena oferta. Também quanto aos serviços de saúde masculina percebemos uma dificuldade de acesso à população masculina a serviços específicos, como a especialidade de Urologia, tão pouco presente na atenção primária, secundária de saúde e até mesmo nos serviços de emergências.

Neste sentido, as questões inerentes à dificuldade de acesso destes homens com priapismo nas emergências fez com que cruzássemos os dados de tempo de ereção peniana e o tempo de internação em horas. Para melhor visualização, os dados foram distribuídos em um gráfico de dispersão abaixo.

Observando o Gráfico 8, nota-se que existe uma relação moderada entre o tempo de ereção peniana e o tempo de permanência deste homem no Hospital Especializado, visto que o coeficiente de correlação é de 0,53. Neste caso, pode-se afirmar que quanto maior o tempo que este homem leva para chegar a uma unidade de saúde, maior será o tempo que este ficará internado por complicações.

Gráfico 8 - Distribuição do tempo de ereção com o tempo de internação



Fonte: Banco de dados do Hospital Especializado, 2014.

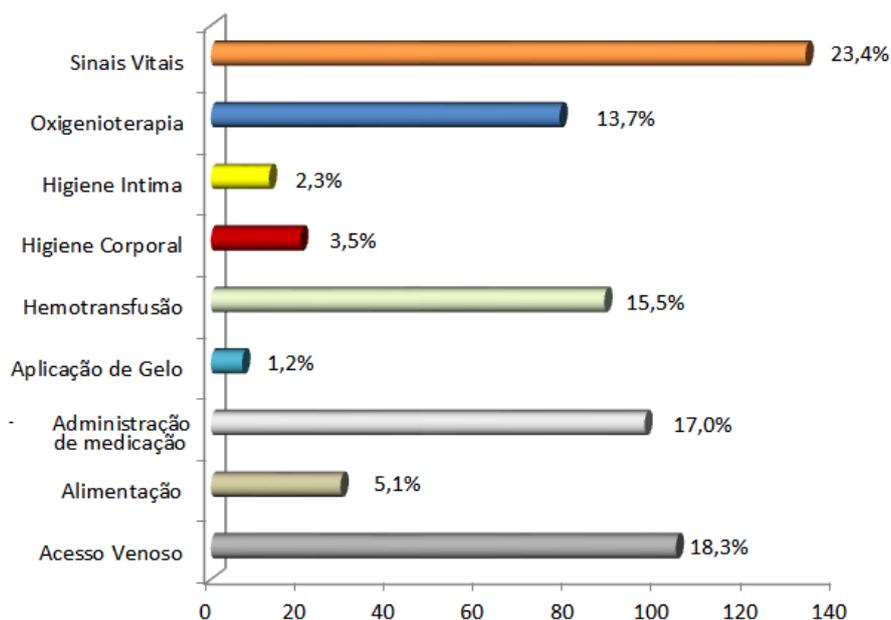
Saber o tempo que o homem permanece internado é importante para dar mais profundidade à dimensão que o priapismo, em consequência da anemia falciforme, pode produzir na vida social, econômica e pessoal. O impacto social se dá pelo rompimento das relações familiares e sociais devido ao processo de internação. Por mais que o ambiente seja acolhedor, a instituição e os profissionais não conseguem substituir a ausência familiar.

Esta internação também proporcionará uma demanda econômica sob dois aspectos: o primeiro é a relação do homem economicamente ativo, pela demanda ocupacional, porque ocupa, ainda, o primeiro lugar como provedor de recursos financeiros para a família. Verificou-se que as internações por priapismo ocorreram predominantemente em adultos, cujo ciclo vital acontece na fase economicamente ativa.

Fernandes (2013) descreve que no campo pessoal a internação passa pela questão já mencionada do sentimento de inutilidade e perda de tempo em que para muitos poderiam estar produzindo, ganhando dinheiro, enfim sustentando a si e a sua família.

Neste sentido, cabe refletir acerca das questões relacionadas aos cuidados de enfermagem prestadas a estes homens que estão fragilizados em todos os aspectos. A inserção do cuidar e dos cuidados de enfermagem à saúde do homem, está intimamente vinculada a uma mudança de comportamento em todos os setores relacionados à assistência à saúde, especialmente no que diz respeito à emergência. Desta forma, os cuidados de enfermagem realizados e registrados nos prontuários dos homens com priapismo, foram contabilizados conforme o Gráfico 9. Ao analisar as evoluções de enfermagem, prescrições de enfermagem e médicas foram contabilizados os cuidados prestados aos 133 homens em atendimento emergencial. Destes, emergiram nove cuidados sendo estes aplicados 569 vezes nos casos estudados. Sendo assim, esboçamos através do Gráfico 9 estes cuidados que mais emergiram.

Gráfico 9 - Cuidados de enfermagem aos homens com priapismo



Fonte: Banco de dados do Hospital Especializado, 2014.

Os cuidados de enfermagem como acesso venoso com 104 (18,3% dos cuidados) sendo aplicado em 78,2% dos casos e administração de medicamentos com 97 (17% dos cuidados), 72,9% dos casos. Estes cuidados surgiram conforme as queixas de dor apresentadas pelo homem e de acordo com terapêutica para o priapismo. Potter e Perry (2004) relatam que estes cuidados são inerentes do enfermeiro. Os sintomas de dor geralmente são a causa mais comum nesta situação, necessitando de a administração de medicamentos, mais especificamente, analgesia, onde a dor foi o mais relatado. Embora seja indicada a prescrição de analgesia para estes homens, apenas 68,79% deles receberam tal medicamento.

Considerando que 100% dos casos de priapismo foram por causas hematológicas, e que o priapismo isquêmico é uma síndrome compartimental e, assim, requer tratamento intracavernosa. Neste caso, justifica-se o cuidado na hemotransusão que foram realizados em 88 (15,5% dos cuidados), 66,2% dos casos. Em homens com a doença das células falciformes o tratamento intracavernoso da priapismo isquêmico deve ser fornecido simultaneamente com sistêmica adequada tratamento para a doença subjacente. Priapismo isquêmico resolvido em 37% dos homens com doença de células falciformes conseguiu a reversão do priapismo apenas com tratamentos sistêmicos (transusão, alcalinização, hidratação, oxigênio) (MONTAGUE et al., 2003).

Outros autores, como Vicari e Figueiredo (2007), também descrevem esses cuidados, porém sinalizam para a necessidade de oxigênio de 2 a 4 horas após o episódio de priapismo. Este cuidado foi realizado em 78 (13,7%), 58,6% casos, por também se tratar de uma particularidade do priapismo e a doença falcêmica.

O mecanismo exato para a ocorrência de priapismo em homens com doença falciforme ainda é pouco conhecido. Durante a ereção ocorre relaxamento da musculatura lisa das artérias do corpo cavernoso, que está associado com aumento do fluxo sanguíneo aferente e diminuição do eferente, até que a pressão interna do corpo cavernoso aumente e o fluxo aferente cesse. Persistência da ereção e falência da detumescência estão associadas a aumento da hipóxia, elevação da pressão CO<sub>2</sub> e acidose. A baixa tensão de oxigênio no corpo cavernoso predispõe à falcização, e os eritrócitos falcizados, por sua vez, predispõem à estase venosa com conseqüente estase e perpetuação do priapismo (VICARI; FIGUEIREDO, 2007).

Os cuidados de higiene corporal foram realizados em 20 (14,18%), 15% dos casos e de higiene íntima em 13 (2,3%), 9,8% dos casos, segundo Coelho (2006), o processo de cuidar implica em várias atividades técnicas e informativas ao homem, sendo uma delas implementar ações de enfermagem para o atendimento a todas as necessidades humanas básicas, sendo assim, a equipe de enfermagem, em alguns casos, providenciou o necessário à realização dos cuidados higiênicos corporais dos homens sob seus cuidados. Vale ressaltar que a higiene íntima nos casos de priapismo, foram realizados caso haja extrema necessidade, pois o pênis encontra-se dolorido e com hipersensibilidade.

A aplicação de bolsa de gelo foi detectado em sete (1,2%) dos casos. Para Montague et al. (2003), normalmente, utiliza-se esta terapia nos casos de priapismo não isquêmica, por não se tratar de uma emergência e, muitas vezes, resolve sem necessitar de outras intervenções tratamento. Tratamento conservador aguda, como gelo e compressão deve ser utilizado. No entanto, não existem dados suficientes para concluir que medidas conservadoras oferecem qualquer benefício adicional além a taxa de resolução espontânea.

As opções de tratamento para priapismo de alto fluxo consistem em medidas conservadoras que visam preservação da função sexual. As medidas mecânicas incluem compressão externa com oclusão arterial influxo e aplicação tópica de gelo. Se estas abordagens falhar abordagens cirúrgicas, farmacológicas ou radiológicas pode ser empregadas (SADEGHI-NEJAD; SEFTEL, 2002).

A verificação dos sinais vitais foi realizada 133 (23,4%), 100% dos casos. Este cuidado está embutido o cuidado de registrar e anotar que por sua vez não foi contemplada em sua totalidade, pois existiu sim uma eficiência nas anotações dos sinais vitais, porém outras

anotações básicas como a aceitação da alimentação que ficou com 29 (5,1%), 21,8% dos casos.

## 4.2 CATEGORIA II – CASOS DO ESTUDO

Nesta categoria, serão tratados os casos que foram observados durante a coleta de dados, a fim de tornar possível a caracterização dos cuidados de enfermagem, baseada na Tipologia de Cuidados elaborada por Coelho (1997) e os conceitos de masculinidade propostos por Gomes (2003).

Os casos do estudo de homens com priapismo atendidos na emergência totalizaram seis casos. O estudo dos casos, de acordo com Martins (2008), possibilita a inserção em uma realidade social, não conseguida plenamente por um levantamento amostral e avaliação, exclusivamente, quantitativas.

Diante da necessidade da inserção na realidade vivenciada pelos homens com priapismo no momento do atendimento emergencial, partiu-se para a descrição e análise dos casos. Foram observadas seis admissões de homens com priapismo nas emergências dos hospitais em estudo.

À medida que os homens eram atendidos nas emergências, os casos eram descritos no diário de campo (D.C.), considerando os cuidados que lhes foram prestados. Para a análise, foram levados em consideração os seguintes dados: como o homem chegou (se por meios próprios, trazido de ambulância, entre outros), hora da chegada, tempo decorrido entre o início do priapismo, o atendimento emergencial, se já havia procurado outra unidade de saúde para tratamento do episódio atual de priapismo, idade, sinais e sintomas apresentados, uso de drogas lícitas/ ilícitas, doenças de base, classificação do priapismo, drogas utilizadas durante o atendimento e exame físico e cuidados de enfermagem.

A seguir, apresentam-se relatos de seis casos do estudo de homens com priapismo em atendimento emergencial.

### 4.2.1 Subcategoria – Caso do estudo 1

Zeus, 59 anos, casado, natural do Rio de Janeiro, morador do Município de São João de Meriti, foi admitido na sala de trauma no setor de emergência as 18:17h do Hospital Geral (HFA) com quadro clínico de priapismo há 12 horas após uso de cocaína em grande quantidade. Lúcido, orientado, respondendo as solicitações verbais, eupneico em ar ambiente, normocárdico, queixando-se de dor no pênis. Ao

exame físico peniano observou-se rigidez importante dos corpos cavernosos e coloração cianótica. Hipertenso em tratamento com captopril e hidroclorotiazida. Alérgico a alguns tipos de antibióticos, porém não soube informar quais. Nega outras comorbidades. Informa que buscou atendimento em na UPA da baixada fluminense onde não conseguiu atendimento, sendo orientado a procurar o Hospital Geral em Nova Iguaçu (HGNI) , que por sua vez, não tinha urologista de plantão. Conduta de enfermagem: Instalada monitorização multiparamétrica contínua, que evidenciou inicialmente os seguintes sinais vitais: PA 140x80mmhg, FC 75bpm, FR 18irpm, Sat O2 98%. Puncionado acesso venoso periférico em membro superior esquerdo com jelco 20, instalado Ringer lactato 500ml, sedação com 5mg de Midazolam IM. Instalado Macronebulização contínua. O mesmo permaneceu na sala de trauma, com mais três pacientes (1 mulher e dois homens) aguardando disponibilidade de Sala Operatória por 3 horas e 28 minutos. Às 21:45h foi encaminhado ao centro cirúrgico para drenagem de corpos cavernosos. Recebeu alta hospitalar após dois dias de internação, com orientação e encaminhamento ao ambulatório de urologia. Nega ter sofrido de impotência Sexual após o episódio. (Diário de Campo)

Os cuidados de enfermagem prestados a Zeus foram relativos ao controle da intoxicação por cocaína, dos sinais vitais, oxigenoterapia, punção venosa periférica, preparo e administração de medicamentos, infusão de volume e monitorização.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem substâncias psicoativas de forma abusiva, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2004).

O Brasil também enfrenta esta realidade. A cocaína utilizada por Zeus está entre as substâncias psicoativas mais consumidas ilegalmente no Brasil, de acordo com os dados da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) (BRASIL, 2011) é considerada uma epidemia nacional. Trata-se de um éster alcaloide derivado de folhas do arbusto de coca.

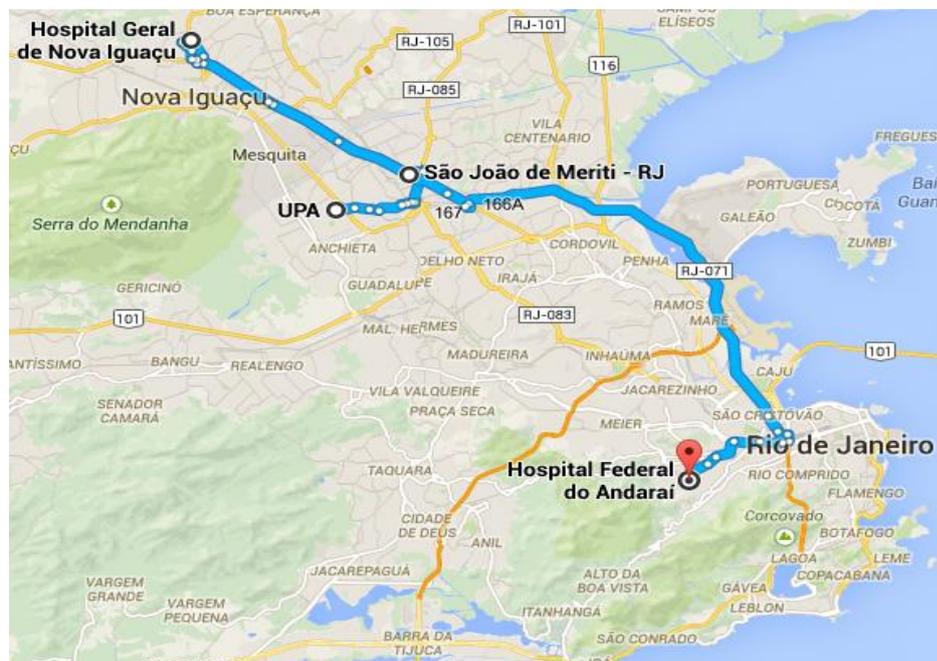
As vias mais comuns de administração são a via intranasal, inalatória e intravenosa. É bastante variável a dose de cocaína capaz de produzir danos no organismo, portanto, é muito difícil definir a dose considerada alta, pois além do percentual de pureza da cocaína consumida, cada organismo reage de uma forma diferente.

Neste contexto, a enfermagem deve estar ciente de que os homens com histórico de uso abusivo destas substâncias também tendem a desenvolver múltiplos problemas físicos. O plano completo de cuidados de enfermagem incluiria o diagnóstico de todas as necessidades de cuidados de enfermagem do usuário (STUART et al., 2002).

Nota-se que mesmo tratando-se de uma situação de emergência, houve demora para obtenção de assistência adequada no caso de Zeus. Após seis horas de ereção peniana, ao perceber que o seu pênis não detumescia, além do aumento gradativo da dor, ele iniciou a busca por atendimento nas Unidades de Saúde. Sem saber do que se tratava, acompanhado de

sua esposa, tentou atendimento em uma Unidade de Pronto atendimento há 25 min de sua residência. Sem sucesso, foi em seguida no primeiro Hospital Geral, que também não o acolheu, e informou tratar-se de uma doença que necessitava da avaliação de um médico urologista, e que a unidade não dispunha do respectivo profissional. Diante desta informação, mesmo com dor, foi por meios próprios em busca ajuda no Hospital Federal do Andaraí. Este percurso foi de 65,8km realizados em de ônibus conforme Figura 8.

Figura 8 - Trajetória de Zeus em busca de atendimento à saúde



Fonte: Google Maps, 2014.

O tempo decorrido entre o início da ereção e o atendimento emergencial é fundamental para prevenir complicações. Entretanto, vale ressaltar, que o sofrimento do homem com priapismo não ocorre somente no aspecto físico. Há também comprometimento psíquico e social. Sendo assim, o acolhimento deste homem pela equipe de enfermagem se torna de vital importância no momento da sua entrada na instituição, devendo ser bem recebido num ambiente de cordialidade e atenção. Sua primeira impressão irá inspirar-lhe confiança no tratamento e na equipe de saúde.

O estabelecimento deste vínculo de confiança favorece a assistência à medida que o homem se sente mais a vontade para falar do seu problema. Confiando e se sentindo seguro e protegido o homem dificilmente terá pudor em falar sobre seu uso de drogas e, conseqüentemente, não faltará com a verdade para com o profissional de sua confiança (LOPES et al., 2009a).

Durante o primeiro atendimento, o enfermeiro e toda a equipe multidisciplinar deve agir de forma a tranquilizar o homem. Todos os profissionais envolvidos no atendimento emergencial devem se apresentar dizendo seus nomes, funções e o motivo de estarem ali, passando informações claras, de acordo com o nível de entendimento do homem e seu acompanhante, se for o caso.

Neste momento também é fundamental colher o histórico do acidente, com o intuito de traçar o plano de cuidados de forma precisa. Pois diante da ereção peniana prolongada, dolorosa, é necessário realizar um levantamento dos fatores que possivelmente estão relacionados, como doenças preexistentes, histórico de trauma e uso de medicamentos e/ ou substâncias que têm potencial de desencadear o priapismo.

A partir da coleta do histórico, traça-se o diagnóstico real ou de risco, faz-se a elaboração de um plano de cuidados e sua implementação e a avaliação dos resultados. A isto, dá-se o nome Processo de Enfermagem que pode ser definido, segundo Garcia e Nóbrega (2004), como um modelo metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas de homens, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, e determinar quais aspectos dessas necessidades exigem uma intervenção profissional de enfermagem.

Dentre os efeitos produzidos pela cocaína está a midríase, afetando a visão que fica prejudicada, a chamada “visão borrada”. Pode ainda provocar dor torácica, contrações musculares, convulsões e até coma. Mas é sobre o sistema cardiovascular que os efeitos são mais intensos, podendo ocorrer hipertensão e taquicardia. Em casos extremos pode evoluir para parada cardíaca por fibrilação ventricular. Casos de isquemia tecidual estão associados à diminuição do retorno venoso, com estase vascular, levando a danos graves, como infarto de órgãos. A morte pode ocorrer em razão da depressão do centro cerebral que controla a respiração (CEBRID, 2014).

Diante destes efeitos, é fundamental que as equipes que atendem nas emergências monitorizem os parâmetros vitais, a fim de detecção precoce de qualquer alteração da função corporal que geralmente se refletem na temperatura do corpo, na pulsação, na respiração e na pressão arterial, podendo indicar enfermidade (TIMBY, 2001).

A partir dos sinais vitais é possível identificar os cuidados necessários para sanar ou diminuir tais alterações. O mecanismo que governa a temperatura, o ritmo do pulso e da respiração está tão inter-relacionado que uma variação considerável do valor normal já é considerada como sintoma de doença. Daí a importância da verificação dos sinais vitais ao

primeiro contato com o homem, para uma avaliação eficiente (VEIGA; CROSSETTI, 1998).

Vale ressaltar que os valores dos sinais vitais relatados nos casos referem-se aos valores de entrada na emergência. Entretanto, a monitorização deve ser contínua. No caso de Zeus, a equipe de enfermagem instalou monitorização multiparamétrica e identificou hipertensão sistólica leve (P.A.= 140x80mmHg).

Também foram observados cuidados relativos ao preparo e administração de medicamentos. Foi administrado Midazolam 5mg por via intramuscular. Este fármaco tem efeito sedativo, é usado como pré-medicação, antes da indução anestésica. Esta medicação também tem como efeito, a redução dos níveis pressóricos, sendo, portanto, desnecessária no caso de Zeus, a administração de medicação anti-hipertensiva

A infusão de volume tem como principal finalidade o controle da intoxicação e prevenção da Insuficiência Renal Aguda (IRA). A hidratação adequada contribui para a manutenção de boa diurese, que constitui uma etapa importante no tratamento da intoxicação causada por agentes que possuem excreção renal, como é o caso da cocaína. Segundo o Instituto de Toxicologia Clínica (ITC)/UFRJ (2014) deve ser estabelecido um volume urinário de 3 a 5 ml/Kg/hora).

Embora exista recomendação da ANVISA (2001) para dispensação de atenção especial ao controle da dor, através da mensuração de sua intensidade e administração de analgesia conforme a intensidade referida no momento da avaliação, não foi observada nenhuma medida, por parte da equipe de enfermagem, neste sentido.

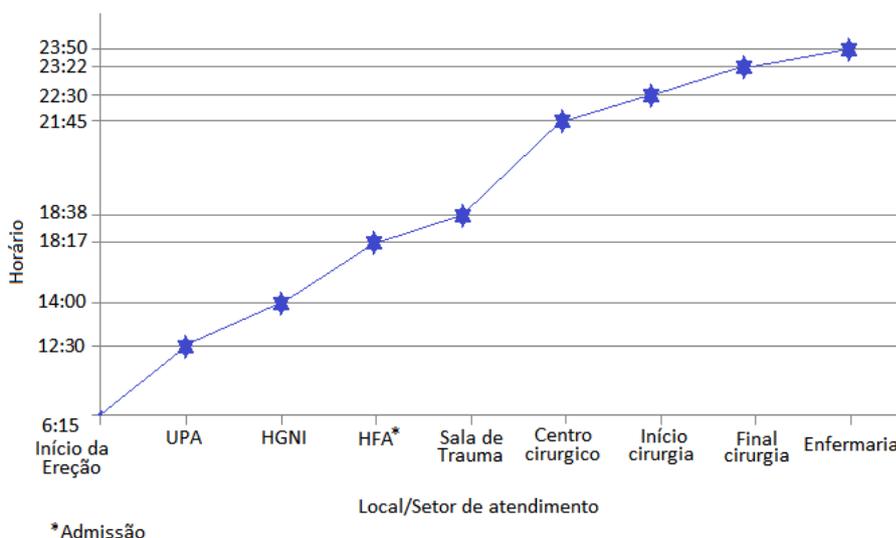
Diante do caso de priapismo deve ser resguardada a privacidade e intimidade deste homem. Entretanto o conceito de privacidade é complexo e envolve diferentes perspectivas e dimensões culturais, tanto que não há consenso universal sobre sua concepção. A privacidade pode representar, dignidade, respeito, espaço pessoal e territorial (LEINO-KILPI et al., 2001).

Segundo Pupulim e Sawada (2012), infelizmente, nos serviços de saúde a doença monopoliza a atenção dos profissionais, priorizando-se as medidas para conter a enfermidade, ficando o respeito, a individualidade, a dignidade, os direitos do homem, suas preferências, valores, crenças, costumes e sentimentos em segundo plano. Isso reflete na assistência como impessoalidade, insensibilidade e mecanização, embora a racionalização, a técnica e conhecimento científico sejam imprescindíveis nesse contexto.

No caso de Zeus, a preservação da privacidade não foi realizada em sua totalidade, pois o mesmo permaneceu juntamente com três indivíduos, sendo um do sexo feminino. Observou-se também que o mesmo adotou o decúbito lateral, com as pernas fletidas, cobrindo-se até a cabeça, evidenciando constrangimento diante da situação por ele vivenciada.

O priapismo impõe ao homem uma situação de risco real de impotência sexual. Diante disto as medidas devem ser em caráter emergencial com intuito de evitar os danos. O Gráfico 10 esboça os horários que Zeus esteve em cada Unidade de Saúde e Setores por onde ele passou na sua internação. Vale ressaltar que este homem ficou internado por dois dias.

Gráfico 10 - Percurso de Zeus até o tratamento



Diante do Gráfico 10, é possível observar que Zeus deu entrada no Centro cirúrgico para drenagem dos corpos cavernosos 16 horas e trinta minutos após o início da ereção peniana. Vale ressaltar que havia sido admitido naquela unidade hospitalar três horas e 32 minutos antes. Entretanto, há necessidade de realização de cirurgia emergencial, que, segundo Figueiredo, Leite e Machado (2006), deve ocorrer imediatamente. Caso contrário, no caso do priapismo de baixo fluxo, como o de Zeus, o risco de hipóxia tecidual aumenta, piorando o prognóstico, levando ao desenvolvimento de distúrbios sexuais graves e até a necessidade de amputação do pênis.

#### 4.2.2 Subcategoria – Caso do Estudo 2

Poseidon, 33 anos, solteiro, natural de Salvador/BA, morador da Zona Norte do Rio de Janeiro foi admitido na sala de trauma no setor de emergência as 12:13h do Hospital Geral (HFA), com quadro clínico de recidiva de priapismo. Episódio anterior há 5 dias, no qual foi realizada uma drenagem de corpos cavernosos no em um Hospital da rede municipal (HMSA). O mesmo informou ter procurado a unidade onde realizou a cirurgia, porém não foi atendido por falta de especialista urologista no serviço de emergência. Nega doenças hematológicas, traumas raqui-medular e/ou perineal, alergias, DM, asma, angina ou tabagismo. Etilista social, usuário de cocaína e maconha. Relata priapismo após uso contínuo e em grande

quantidade de cocaína e Cannabis sativa (maconha). Instalada monitorização multiparamétrica. Encontrava-se hipertenso (160X80 mmHg), frequência cardíaca (FC) 80 bpm, frequência respiratória 18irpm, saturação de oxigênio 96%. Pênis enrijecido e enegrecido. Realizado, na sala de trauma, punção dos corpos cavernosos para coleta de sangue para gasometria. Puncionado acesso venoso periférico no membro superior esquerdo. Iniciada hidratação venosa com Ringer. Administrado Bextra® 40mg para analgesia e ação anti-inflamatória. As 15:45h encaminhado ao Centro Cirúrgico para drenagem de corpos cavernosos. Na enfermaria permaneceu internado por 33 dias, com complicações pós-cirúrgicos como: infecção local com secreção purulenta, edema em pênis e bolsa escrotal e disúria. Neste período retornou ao Centro Cirúrgico para correção de Estenose Uretral. Recebeu alta hospitalar no 34º dia, com orientação e encaminhamento ao ambulatório de urologia. Permaneceu em acompanhamento ambulatorial, pois tornou-se impotente sexualmente, aguardando na fila para implantação de uma prótese peniana. (Diário de Campo)

Os cuidados de enfermagem prestados à Poseidon foram relativos ao controle da intoxicação por cocaína, dos sinais vitais, exame físico, punção venosa periférica, preparo e administração de medicamentos, controle da dor e infusão de volume.

No caso de Poseidon é importante trazer à tona as expressões “masculinidade” e “virilidade” que muitas vezes são empregadas como sinônimos, entretanto, há estudiosos que estabelecem uma distinção conceitual entre elas. Enquanto a masculinidade estaria associada à posse de características tradicionalmente atribuídas ao sexo masculino, a virilidade seria definida com base na presença acentuada dessas características. Assim, a primeira é uma definição modal, enquanto a segunda se relaciona à intensidade. Porém, a segunda é o único modo de a primeira se expressar. Nesse sentido, masculinidade é virtual, e tem como desdobramento a virilidade (GOMES, 2008).

Esta ideia também foi descrita por Gomes et al. (2008a), quando buscaram uma representação do que é “ser homem”. Esta representação traz ideias de que ser homem é tudo aquilo oposto ao que julgam pertencer às mulheres, facilitando a demarcação das características masculinas na visão dos homens. Assim, ser “bruto”, “forte”, “agressivo”, “ter iniciativa sexual”, “viver mais na rua” e “gostar de pular a cerca” são expressões marcantes para representar o que é ser homem.

Nesta visão, o homem traz para si a responsabilidade de manter uma vida sexualmente ativa. Poseidon relatou ser “viciado em sexo”, e fazer uso de cocaína para aumentar sua potência sexual. Mesmo tratando-se de um homem bem informado, que sabia dos riscos que esse entorpecente poderia causar, tanto na sua vida sexual, quanto para sua saúde, optou por fazer uso da substância. Em seu imaginário, era invulnerável a estes riscos, mesmo tendo sofrido de priapismo, anteriormente, pelo mesmo motivo não suspendeu a utilização da

cocaína para relação sexual. A masculinidade se resumia em ter um órgão sexual “potente e imbatível” independentemente das consequências que isso poderia ocasionar.

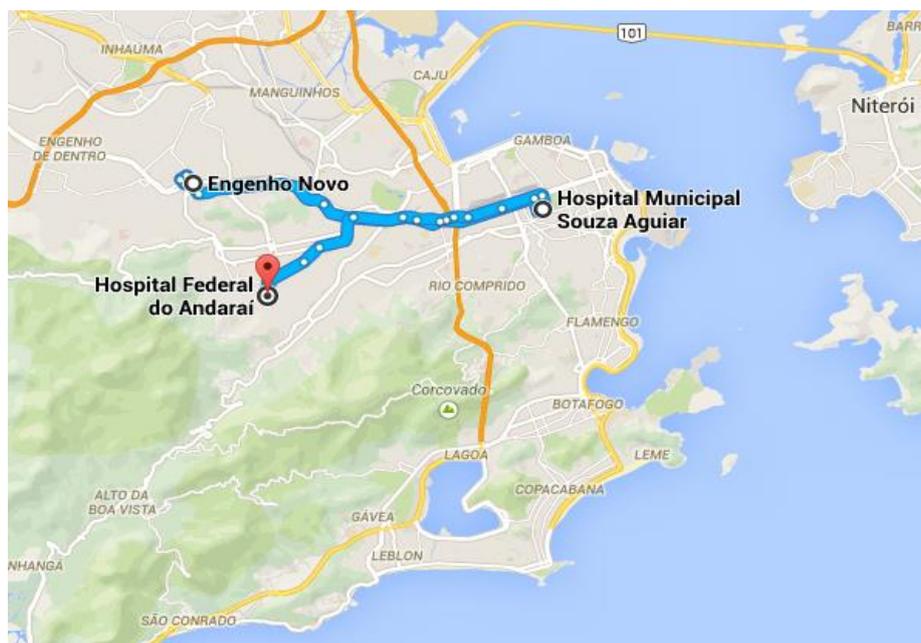
O uso abusivo de substâncias estimulantes para prática sexual, foi anteriormente estudada por Rawson et al. (2002), quando apontaram que tanto os homens quanto as mulheres sentem-se mais propensos à prática sexual quando sob efeito de estimulantes, sendo mais comum entre os homens do que entre as mulheres usuárias de cocaína.

Além do gênero masculino se expor mais à utilização de cocaína com o intuito de praticar sexo, há uma cultura que “homem não vai ao médico”. Gomes, Nascimento e Araújo (2007) em seus estudos acerca da razão dos homens buscarem menos os serviços de saúde em relação às mulheres apontam para o fato do homem, em seu imaginário atribuir as situações de cuidado como inerentes ao gênero feminino, além do fato de associarem a imagem do homem como invulnerável, forte e viril. Características essas, incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representada pela procura aos serviços de saúde.

O que nos Reporta à Política Nacional de Saúde do Homem (PNASH) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), cujo objetivo é a facilitação do acesso do homem aos serviços de saúde. Verifica-se um avanço significativo relativamente à política em saúde. Entretanto, esta política evidencia fatores de morbimortalidade da população masculina e a vulnerabilidade dessa população, despertando-nos para a necessidade de uma procura de novas estratégias para que sejam criados meios de minimizar os danos à saúde do homem.

Quanto ao acesso às Unidades de Saúde, Poseidon encontrou dificuldade de acesso no Hospital Municipal (HMSA) onde havia realizado, anteriormente, drenagem dos corpos cavernosos, por falta de especialista em Urologia. Mais uma vez, o homem chega com dificuldade à Unidade de Saúde e esse “acolhimento” é realizado de forma excludente, levando-o a buscar outra unidade de saúde por meios próprios. Independentemente do fato de não ter urologista de plantão na emergência, este homem deve ser acolhido, e receber os cuidados básicos, como por exemplo, a analgesia, para posterior transferência para um hospital que tenha urologista de plantão.

Figura 9 - Trajetória de Poseidon em busca de atendimento à saúde

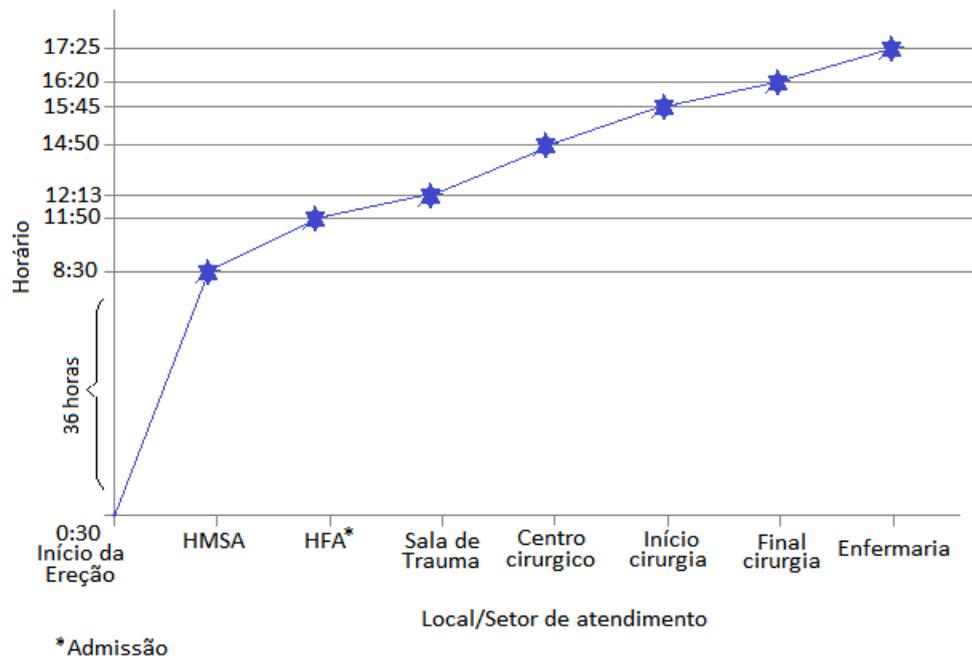


Fonte: Google Maps, 2014.

Após essa recusa, Poseidon teve que percorrer 18 km, de veículo próprio, até conseguir um atendimento. A Figura 9 mostra o trajeto realizado por ele, tendo como ponto de partida sua residência e finalizando no Hospital Federal do Andaraí (HFA).

Além da dificuldade de acesso, o que agravou o caso foi a resistência deste homem em procurar ajuda novamente. Analisando o Gráfico 11, percebe-se que do início da ereção até a busca pelo novo atendimento transcorreram 36 horas. Segundo o relato de Poseidon, mesmo após ter sido submetido há cinco dias a uma cirurgia de drenagem de corpos cavernosos, o mesmo não resistiu o ímpeto de consumir cocaína e ter relações sexuais. Pela recaída, teve medo de procurar novamente ajuda, pois já tinha sido alertado quanto à necessidade de parar com o entorpecente. Este longo período de ereção pode ter sido determinante para a disfunção erétil.

Gráfico 11 - Percurso de Poseidon até o tratamento



Ao profissional de enfermagem cabe a tentativa de reduzir os danos causados à saúde dos homens com priapismo e sua etiologia. Neste caso, para usuário de cocaína, vale priorizar a humanização no atendimento a esses homens, reduzindo a exclusão social inerente ao vício. Torna necessário desenvolver a escuta sensível, devido ao medo ou “neurose”, como eles próprios dizem, de se aproximar das pessoas pelo preconceito que acontecerá se eles assumirem que usam algum tipo de substância psicoativa.

Tratar a causa que levou este homem a ter priapismo é fundamental para que não aconteça como Poseidon, que não teve um cuidado voltado à dependência química. A assistência, no caso priapismo por cocaína, não se resume nas primeiras 24 horas de intervenção emergencial, indo muito além dos cuidados físicos. Há necessidade de acompanhamento e encaminhamento para um serviço de saúde mental, para que seja estabelecida terapêutica voltada à busca por grupos de apoio, orientação religiosa dentre outras, para que não ocorram recaídas. Outro desafio é informar às pessoas sobre os riscos que a cocaína traz à sociedade e ao homem.

### 4.2.3 Subcategoria – Caso do estudo 3

Ares, 58 anos, casado, natural de Minas Gerais, morador do Município de Duque de Caxias. Foi admitido no Hospital Geral, na sala de trauma do setor de emergência às 9:00h com quadro clínico de priapismo. Relata ereção há 4 dias com início às 6 da manhã, devido ao uso de injeção intracavernosa de Alprostadil® sem prescrição médica. Acordou com o pênis ereto e dolorido. Foi para o trabalho e com o passar das horas a dor se tornou insuportável. Sem falar do problema de saúde, solicitou dispensa de suas atividades laborais e, às 15:30h, acompanhado pela esposa, buscou assistência. Percorreu em 4 dias 3 unidades de saúde e um consultório de urologia particular. Lúcido, orientado, corado, hidratado, eupneico em ar ambiente, hipertenso, normocardico. Com história de Hipertensão arterial, em uso de Captopril® e Atenolol®. Nega outras comorbidades, alergias e uso de drogas ilícitas. Instalada monitorização multiparamétrica. Sinais Vitais: P.A.=190x110mmHg, FC= 70Bpm, FR 20Irpm, Sat O2 97%. À inspeção: pênis mantém-se rígido, escurecido e glândula flácida. Ainda na emergência, administrado adrenalina em corpos cavernosos., puncionado acesso venoso com Jelco 20 em Membro Superior Esquerdo e instalado Ringer Lactato 500ml, Tramadol® 50mg IV e Captopril® 25mg SL. Permaneceu acompanhado pela esposa, em uma maca sem colchão, no corredor de acesso a sala de trauma, com mais nove pacientes internados no corredor, devido à superlotação da unidade. Permaneceu 3 horas e 20 minutos esperando uma sala de cirurgia, em dieta zero e decúbito lateral. Às 12:20h foi encaminhado ao Centro Cirúrgico para drenagem dos corpos cavernosos. Após 6 horas da 1ª drenagem o pênis ainda apresentava-se entumescido. Foi encaminhado ao centro cirúrgico para nova drenagem de corpo cavernoso. Alta hospitalar no 9º dia. No consultório, relatou disfunção erétil. (Diário de Campo)

Os cuidados de enfermagem prestados a Ares foram relativos a monitorização dos sinais vitais, exame físico, punção venosa periférica, preparo e administração de medicamentos, controle da dor e pressão arterial e infusão de volume.

O uso de diversos medicamentos e drogas está associado à disfunção erétil, entre eles os anti-hipertensivos. Ares relatou histórico de hipertensão e utilização de *Captopril®* e *Atenolol®*, ambas as medicações podem causar dificuldades de ereção ou manutenção da ereção (impotência sexual). Segundo Melnik (2011), infelizmente, quase todas as classes de medicamentos usados no tratamento das doenças cardiovasculares podem causar alterações na atividade sexual e um percentual considerável dos distúrbios sexuais, podem ser atribuídos aos medicamentos usados.

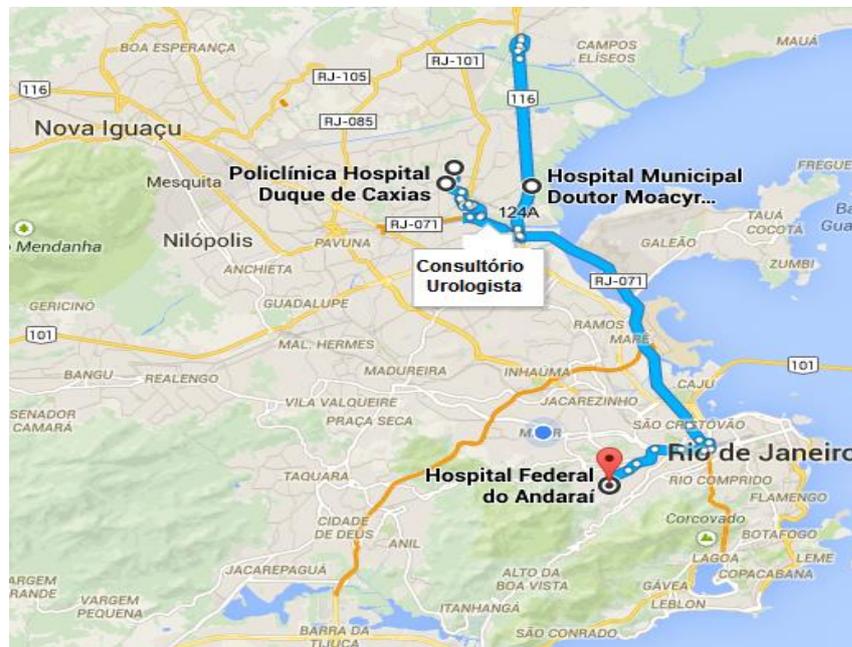
Ao perceber-se impotente sexualmente, Ares optou por realizar a terapia intracavernosa. Entretanto, o uso de Alprostadil deve ser prescrito pelo profissional médico. Antes de iniciar a utilização o homem deve ser orientado e treinado em nível ambulatorial, para aprender corretamente o processo da injeção, além de receber orientações quanto aos efeitos colaterais do medicamento, dentre os quais, dor peniana, fibrose e priapismo.

A falta de orientação quanto aos efeitos adversos da droga, bem como da necessidade de procurar uma unidade de saúde para assistência emergencial no caso de priapismo com

mais de quatro horas, a fim de evitar danos ao tecido cavernoso, que pode resultar em disfunção erétil permanente, fez com que Ares só procurasse assistência emergencial após nove horas e trinta minutos do início do priapismo.

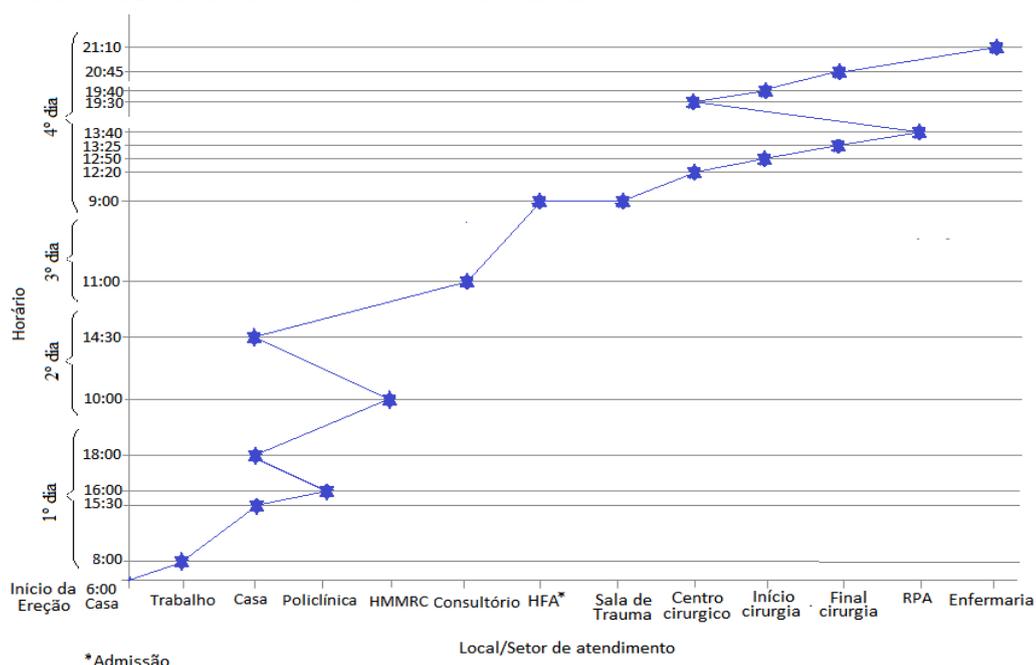
Embora tenha ocorrido demora na busca por assistência emergencial, talvez por acreditar tratar-se de uma situação transitória, a exacerbação da dor fez com que Ares fosse à unidade de saúde, entretanto, o sofrimento deste homem se estendeu por quatro dias, totalizando 96 horas entre o início do priapismo e a assistência emergencial. A Figura 10 mostra a trajetória feita por Ares até a assistência emergencial.

Figura 10 - Trajetória de Ares em busca de atendimento à saúde



Fonte: Google Maps, 2014.

Gráfico 12 - Percurso de Ares até o tratamento



O Caso de Ares reafirma a necessidade de inclusão do homem nas estratégias de saúde, bem como a aplicabilidade do acolhimento com o intuito de minimizar os danos e reduzir as sequelas. Mesmo após o atendimento emergencial Ares “*Permaneceu 3 horas e 20 minutos esperando uma sala de cirurgia, em dieta zero*”. O Gráfico 12 mostra as unidades por onde Ares passou, antes de receber assistência emergencial, e o tempo de espera pela resolução do caso.

#### 4.2.4 Subcategoria – Caso do estudo 4

Apolo, 52 anos, casado, natural do Rio de Janeiro/RJ, morador da Zona Oeste do Rio de Janeiro foi admitido no Serviço de Pronto Atendimento do Hospital Especializado as 10:24h. Portador da doença falciforme, queixando-se de erção peniana dolorosa permanente por 14 horas. Na classificação de risco, a Enfermeira aferiu os sinais vitais: Normotenso (120X80mmhg), frequência cardíaca (FC) 92 bpm, frequência respiratória (FR) 25irpm, saturando (Spo2) 93%. Classificado como Prioridade Verde (urgência menor) com atendimento de até 90 minutos. Às 11:20h foi atendido pelo médico plantonista. Não foi realizado a inspeção peniana. As 11:45h permaneceu em observação, acomodado em poltrona no setor de Repouso, com demais pacientes de ambos os sexos. Puncionado acesso venoso periférico em fossa antecubital esquerda, instalado Soro fisiológico 0,9%, solicitado Hemograma Completo. Administrado 10mg de Morfina® EV, instalado Oxigênio a 6l/min. Às 12:30h Encaminhado pedido de parecer do serviço de urologia. Realizado Hemotransfusão. Após 6 horas de observação, transferido para a Emergência, onde permaneceu em enfermaria masculina. Às 17:10h respondido parecer da Urologia. .

Orientado paciente quanto aos riscos da patologia e da cirurgia. Às 19:40h encaminhado para o Hospital Municipal Souza Aguiar para realização de drenagem de corpos cavernosos, com retorno as 22:10h. Alta hospitalar no 3º dia com orientações e encaminhamento ao ambulatório de Urologia. Relato de retorno das relações sexuais sem alterações na função erétil. (Diário de Campo)

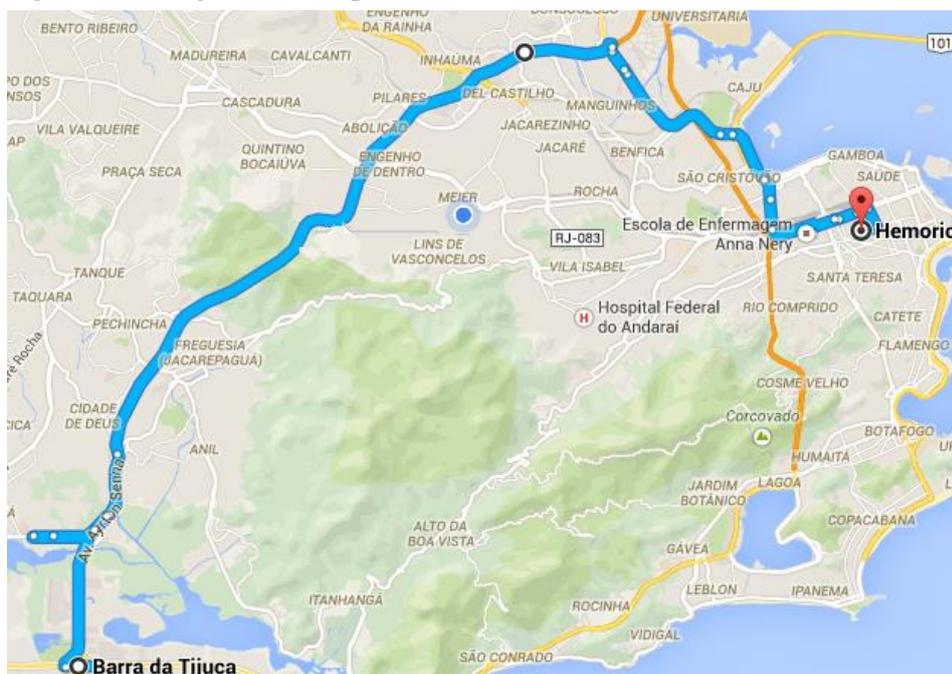
Os cuidados de enfermagem prestados a Apolo foram relativos a aferição dos sinais vitais, punção venosa periférica, preparo e administração de medicamentos, controle da dor, hidratação venosa, oxigenoterapia, coleta de material para exames laboratoriais, hemotransfusão.

No caso de Apolo, o priapismo foi uma complicação decorrente da doença falciforme, que cursa com crises de falcização. O afoiçamento das hemoglobinas é causado por diversos fatores que elevam os níveis de estresse, como trabalho, exercício intenso, anorexia, gravidez, aumento da osmolaridade, baixos níveis de pH, exposição a baixas tensões de oxigênio, ou ainda infecção, estresse emocional, quedas de temperaturas corporais ou ambientais e anestesia. Basicamente os transtornos relacionam-se à conseqüente redução de oxigênio e alteração da perfusão celular (BEYER; DUDAS, 1984; IGNATAVICIUS; WORKMAN; MISHLER, 1995; MASON, 1992; MONAHAN; DRAKE; NEIGHBORS, 1994).

O afoiçamento das hemoglobinas leva à estagnação do sangue nos vasos, contribuindo para a venoclusão. Por conseguinte há, segundo Beyer e Dudas (1984), hipóxia tissular e de órgãos circundantes que resulta em dor, geralmente descrita como pulsátil. É necessário, portanto, o controle da causa base, além do tratamento das sintomatologias apresentadas. Foi administrado Morfina 10 mg por via intravenosa para o controle da dor.

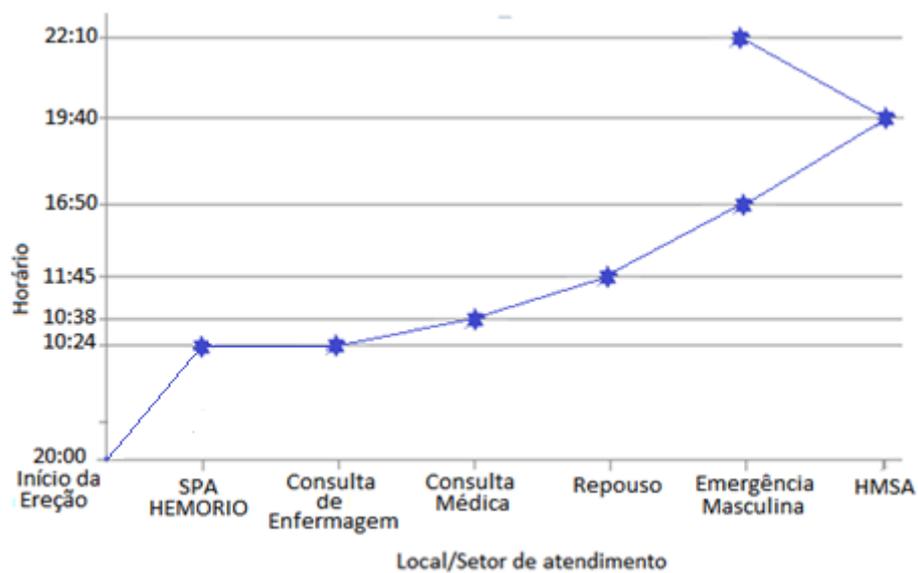
A trajetória e o atendimento de Apolo foram expressos na Figura 11 e no Gráfico 13.

Figura 10 - Trajetória de Apolo em busca de atendimento à saúde



Fonte: Google Maps, 2014.

Gráfico 13 – Percurso de Apolo em busca de atendimento à saúde





saúde que visam atender a população masculina, que já é, culturalmente, estigmatizada. Um exemplo é a especialidade de Urologia tão pouco presente nas unidades de emergências.

Além disso, as estratégias de comunicação em saúde não privilegiam a população masculina e pouco traz de programas de promoção a saúde, muitas circunstâncias a saúde do homem é uma venda de produtos e de uma qualidade de vida não presente na sociedade brasileira.

Ser homem seria associado à invulnerabilidade, força e virilidade. Características essas, incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representada pela procura aos serviços de saúde, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

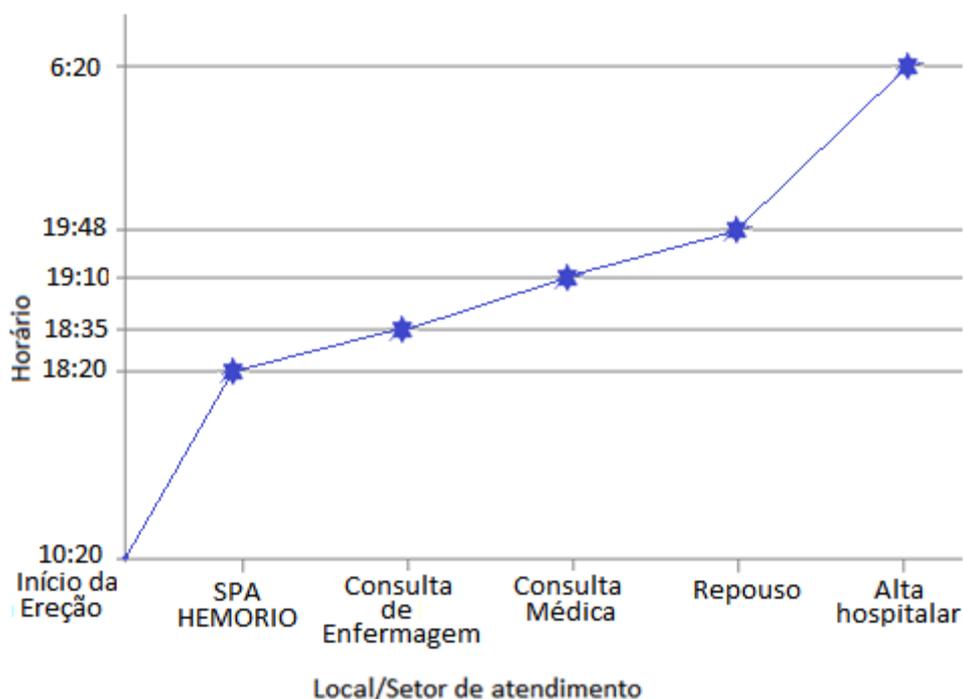
Dessa forma, Damatta (1997) não aborda especificamente como crise masculina, mas nos fala das inseguranças do ser homem. Para ele, num cenário em que se prega que a sexualidade se efetiva pela atração pelos opostos, a construção da masculinidade é atravessada por pontos de insegurança traduzidos principalmente pelo medo do homossexualismo e da impotência.

Assim, dentre outros aspectos, os comportamentos masculinos apontam para o fato de que para que uma pessoa pudesse ser um homem, deveria primeiro sentir-se ameaçada de virar mulher. Junto a esses medos, o homem também pode concentrar a sua preocupação de, mesmo sendo equipado para funcionar como macho, falhar na hora H.

Nesse sentido, o homem com prispismo, quando descobre que corre o risco de impotência sexual permanente, traz pra si a responsabilidade de que será infeliz o resto da vida. Mais do que ter um pênis é saber se relacionar, o que consiste basicamente em descobrir que “ser homem” não é o mesmo que “sentir-se como homem”. Ser homem [é] receber de uma mulher o atestado ou a prova de que se [é] verdadeiramente “homem” (DAMATTA, 1997).

O Gráfico 14 demonstra o tempo que levou Hefesto do início da ereção até sua alta hospitalar.

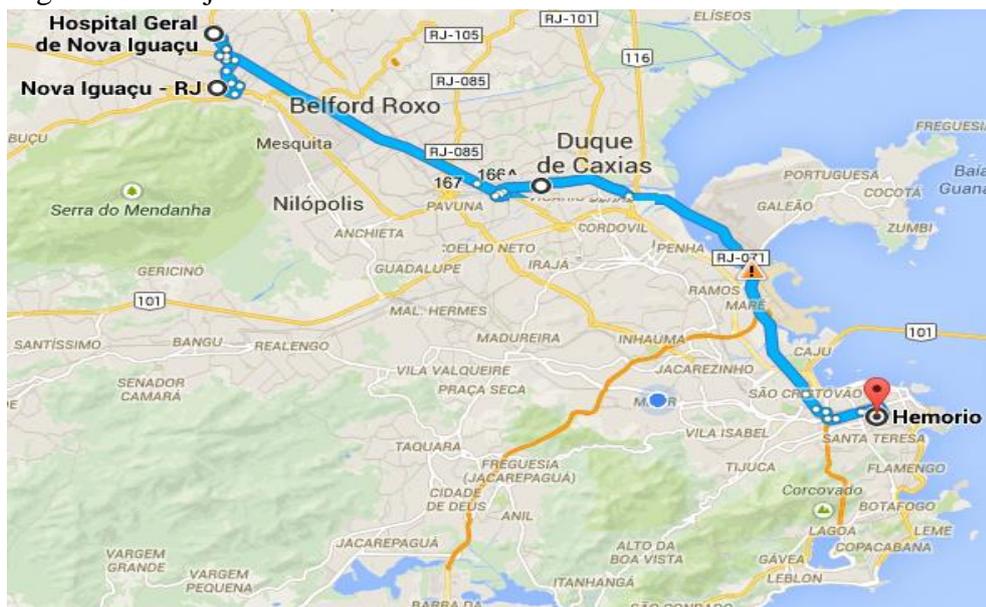
Gráfico 14 - Percurso de Hefesto em busca de atendimento à saúde



#### 4.2.6 Subcategoria – Caso do estudo 6

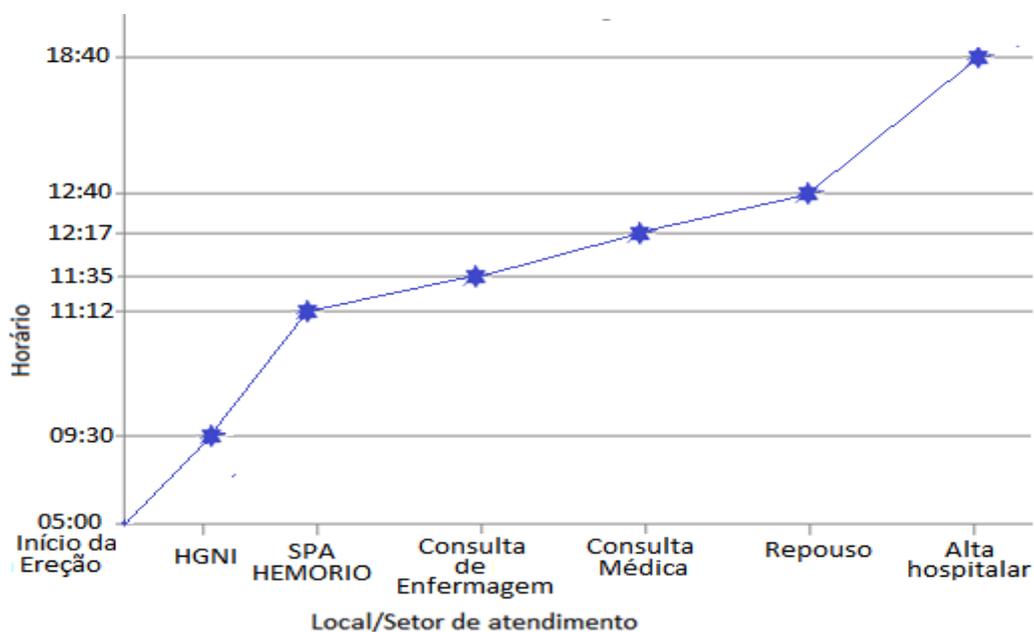
Hermes 22 anos, solteiro, natural do Rio de Janeiro, morador do Município de Nova Iguaçu, foi admitido no Serviço de Pronto Atendimento (SPA) do Hospital Especializado às 11:12h com quadro clínico de priapismo. Refere dor e ereção sustentada por mais de 6 horas. Na consulta de enfermagem paciente encontrava-se lúcido, e orientado, eupneico em ar ambiente, hemodinamicamente estável. Não foi realizada inspeção peniana. Relata ser portador de anemia falciforme. Dor em membros Inferiores e articulações. Buscou atendimento em um hospital da baixada fluminense, sem sucesso. Classificado com grau de risco Verde e encaminhado para a consulta médica, onde foi realizado o exame físico, com inspeção do pênis. Pênis rígido e bastante sensível à palpação. Encaminhado para o Repouso, para observação em poltrona. Realizado venóclise em membro superior esquerdo. Administrado 10mg de Morfina subcutânea. Coleta de sangue para exames laboratoriais. Instalado Macronebulização contínua 6l/min. Parecer do Urologista, que optou por não drenar os corpos cavernosos, pois o pênis apresentava-se semirrígido, sem aspecto de hipóxia tecidual. Prescreveu compressas mornas e hidratação oral para estimular a micção. Recebeu alta hospitalar às 18:40h sem queixas. Não há relato de impotência sexual.

Figura 12 - Trajetória de Hermes em busca de atendimento à saúde



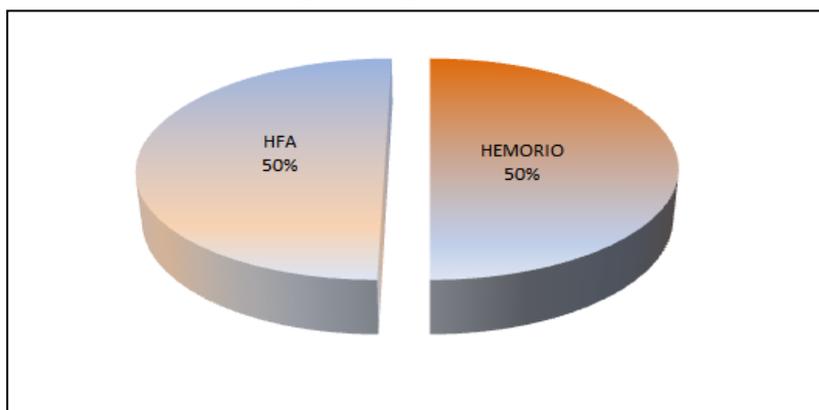
Fonte: Google Maps, 2014.

Gráfico 15 - Percurso de Hermes em busca de atendimento à saúde



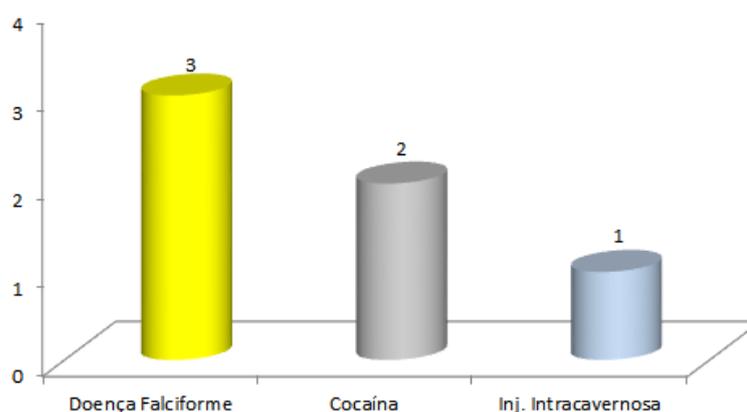
Dos casos de priapismo estudados, 50% foram atendidos no Hospital Especializado referência em hematologia e no Hospital geral identificamos a outra metade dos casos de priapismo, de acordo com o Gráfico 16.

Gráfico 16 - Distribuição dos pacientes nos cenários do estudo



A Doença Falciforme (DF) é a principal causa de priapismo com 3 (50%) dos casos estudados. Todos os casos que foram atendidos no Hospital Especializado, estão relacionados a anemia falciforme. Já os outros 3 casos foram atendidos no Hospital Federal do Andaraí, sendo ao uso abusivo de cocaína como um fator de risco importante, com dois casos e um caso o priapismo se deu por administração de prostaglandina nos corpos cavernosos, conforme o Gráfico 17.

Gráfico 17 - Distribuição das causas do priapismo



O mecanismo exato para a ocorrência de priapismo em homens com doença falciforme ainda é pouco conhecido. Durante a ereção ocorre relaxamento da musculatura lisa das artérias do corpo cavernoso, que está associado com aumento do fluxo sanguíneo aferente e diminuição do eferente, até que a pressão interna do corpo cavernoso aumente e o fluxo aferente cesse. Persistência da ereção e falência da detumescência está associada ao aumento

da hipóxia, elevação da pressão CO<sub>2</sub> e acidose. A baixa tensão de oxigênio no corpo cavernoso predispõe à falcização, e os eritrócitos falcizados, por sua vez, predispõem à estase venosa com consequente estase e perpetuação do priapismo (VICARI; FIGUEIREDO, 2007).

O priapismo em homens com DF é classicamente atribuído a episódios de vasoconstrição, secundários à deformação das hemácias que contêm hemoglobina S por hipoxemia e acidose no corpo cavernoso (CC) (causada por vasoconstrição, hipovolemia ou estase no CC durante a ereção fisiológica), causando obstrução microvascular, em um ciclo vicioso: a deformação das hemácias causa obstrução vascular e isquemia secundária, o que promove nova deformação das hemácias (teoria do ciclo vicioso, aceita desde a década de 1940) (HAM; CASTLE, 1940).

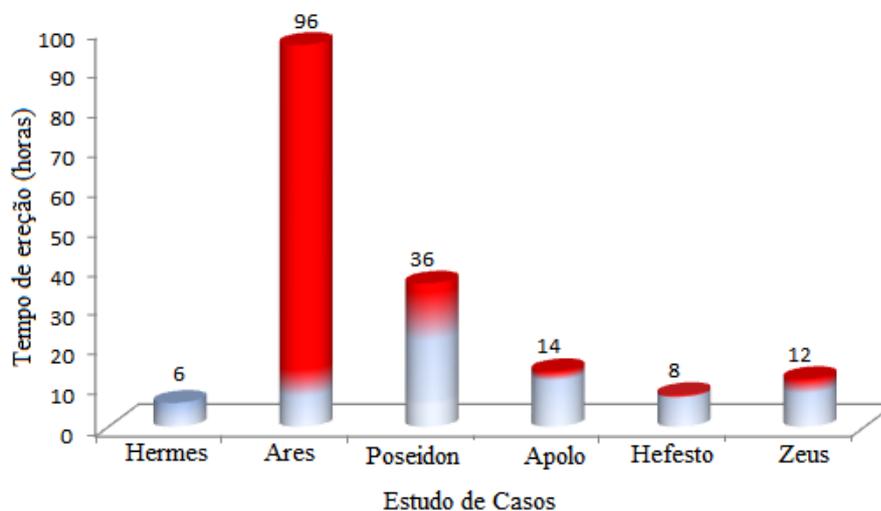
Considerando três casos de priapismo foram por causas hematológicas, justifica-se o cuidado na hemotransfusão que foram realizados nos homens admitidos no HEMORIO. Além disso, o tratamento do priapismo isquêmico deve ser fornecido simultaneamente com sistêmica adequada tratamento para a doença subjacente. Montague et al. (2003) relatam que o priapismo isquêmico pode ser revertido apenas com tratamentos sistêmicos (transfusão, alcalinização, hidratação, oxigênio). Outros autores, como Vicari e Figueiredo (2007), também descrevem esses cuidados, porém sinalizam para a necessidade de oxigênio de duas a quatro horas após o episódio de priapismo. Este cuidado foi realizado em Hermes, Apolo e Hefesto.

O tratamento inicial para esta complicação ainda não está bem estabelecido. Hidratação, estímulo da micção, alcalinização, analgesia e resolução da ansiedade são recomendadas na terapêutica inicial do episódio agudo. Os homens devem ser orientados a procurar o serviço de emergência em casos que excedam duas horas de duração e a avaliação urológica é recomendada (LOTTENBERG; HASSELL, 2005).

Entretanto, ao analisar o tempo de ereção peniana, depara-se com Apolo, portador da DF, que prolongou a busca pela unidade de saúde de referência por 14 horas. Torna-se importante ratificar, no momento das orientações ao portador da DF, a necessidade de procurar a unidade de saúde o mais precoce possível, a fim de reduzir os danos causados pelo priapismo.

Gomes e Reis (2003) relatam 17 casos de priapismo em Portugal, com o tempo médio de evolução do priapismo de 84 horas, tendo como complicação relativo à demora para buscar de atendimento a saúde, a disfunção erétil. Dos homens que tiveram o tempo médio de ereção de 39,5 horas nos doentes submetidos a tratamento cirúrgico e sem esta complicação.

Gráfico 18 - Tempo de ereção dos participantes do estudo



De acordo com Gomes, Nascimento e Araujo (2007), os serviços de saúde têm uma deficiência em absorver a demanda apresentada pelos homens, proporcionada pela organização dos serviços que não estimula o acesso destes homens e, pelo fato das próprias campanhas de saúde pública não se voltarem para este segmento da população. Assim, são necessárias mudanças nas estratégias dos serviços de saúde e no enfoque relacionado ao gênero masculino. Os mesmos autores afirmam que o homem é visto como invulnerável forte e viril, sendo essas características abaladas pela procura dos serviços de saúde o que demonstra sinais de fraqueza, medo e insegurança.

O Quadro 6 demonstra que o número de hospitais que estes homens procuraram e não foram atendidos, interferem diretamente com o seu prognóstico. Observa-se que tanto Ares, quanto Poseidon tiveram como complicações, a impotência sexual. Estes homens tiveram um tempo de ereção muito elevado, o que é um fator determinante para esta complicação.

Quadro 6 - Quantidade de hospitais que os homens com priapismo procuraram

<b>Participantes</b>	<b>Quantidade de hospitais</b>	<b>Tempo de Ereção (horas)</b>	<b>Complicações do priapismo</b>
Hermes	2	6	Não
Ares	5	96	Impotência Sexual
Poseidon	2	36	Estenose uretral e Impotência Sexual
Apolo	1	14	Não
Hefesto	1	8	Não
<b>Zeus</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>Não</b>

Existem barreiras dos próprios serviços de saúde que não busca uma integração de horários e serviço direcionado ao público masculino. Esta inadequação é vista na pouca procura e também na pequena oferta. Percebe-se uma dificuldade de acesso à população masculina aos serviços específicos. O homem com priapismo necessita de atendimento especializado de Urologia, serviço tão pouco presente nas unidades de saúde, inclusive nas emergências dos hospitais gerais.

A busca por uma unidade de saúde emergencial não é garantia de atendimento especializado. Nos casos do estudo, o mesmo homem, que buscou ajuda em diversas emergências em uma mesma crise de priapismo, não teve a garantia de atendimento, devido às instituições de saúde não dispor de especialista no momento do atendimento. Entretanto, o profissional que recebe este homem na emergência tem que referenciá-lo para outra unidade de saúde e não, simplesmente, “fechar as portas” e solicitar que procure outras instituições de saúde por meios próprios.

Os profissionais de enfermagem das emergências contemplam uma realidade assistencial voltada ao homem com priapismo com ênfase aos riscos de complicações vasculares e de impotência sexual, por apresentar uma série de sinais e sintomas que caracterizam a complexidade desses cuidados.

#### 4.3 CATEGORIA II - CONVERSA DOS HOMENS SOBRE PRIAPISMO: DANDO VOZ ÀS SUAS VIVÊNCIAS SOBRE O ATENDIMENTO

Durante a fase qualitativa foram realizadas seis entrevistas com os homens no setor de emergência, sendo três no hospital geral e três no hospital especializado em hematologia. A partir das respostas, emergiram sete subcategorias que foram analisadas posteriormente a fim

de identificar o nível de conhecimento retrospectivo e prospectivo ao atendimento hospitalar acerca da doença, causas atribuídas, busca por assistência e/ ou fatores intervenientes na busca por assistência e expectativas sobre o atendimento de emergência. Vale ressaltar que a abordagem ao participante da pesquisa ocorreu nas primeiras 24h após o atendimento emergencial.

#### **4.3.1 O conhecimento do homem sobre priapismo antes do episódio atual**

Nesta subcategoria, buscou-se identificar se os participantes possuíam algum conhecimento sobre priapismo, antes do episódio atual (motivo do atendimento emergencial) e nos casos positivos, a forma de obtenção de informação. Foi possível obter as seguintes respostas:

Nunca tinha ouvido falar nisso, não imaginava que isso podia acontecer com o homem, por isso que demorei tanto tempo para entender que precisava de ajuda. (Ares)

Sim, mas o cara que é leigo ele está ferrado, porque a informação não está explanada [...]. (Apolo)

Não sabia que isso existia [...] resolvi procurar a emergência porque estava com muita dor e o 'negócio' não abaixava nem fazendo sexo. (Zeus)

Os relatos evidenciam o desconhecimento acerca do priapismo. Quatro participantes demonstraram não terem recebido informações prévias acerca da doença. Outros dois participantes referiram já terem certo conhecimento, em virtude de já terem apresentado outros episódios anteriormente. Vale destacar que as informações a estes homens foram passadas através de familiar ou internet.

Isto reforça a necessidade de serem implementadas medidas socioeducativas, informando sobre os fatores de risco e complicações potenciais. É necessário que seja ampliado, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina (BRASIL, 2008).

Por outro lado, na própria literatura observamos sólidos argumentos de que nem sempre a informação resulta em prevenção, sendo, portanto necessária a conscientização, por parte dos homens, sobre a importância da prevenção de agravos à saúde. O acesso à

informação pode ser um caminho para a prática preventiva, porém não justifica, por si só, a não realização desta (MIRANDA et al., 2004).

A internet é uma ferramenta que facilita o acesso às informações, entretanto, por tratar-se de um meio de comunicação como outro qualquer, a internet apresenta peculiaridades e tendências, tornando necessário um uso cauteloso desse instrumento de obtenção de informação. Biruel (2008) adverte que a internet pode representar um grande risco na área da saúde, pois tanto entre os profissionais de saúde como entre os consumidores, pode existir um desconhecimento das regras relativas à identificação de padrões de qualidade.

Grande parte do conteúdo disponibilizado através da internet sobre doenças e tratamentos são inadequados ou incompletos cientificamente. Diante disto, Jadad e Gagliardi (1998) e Oermann (2013) apontam para a necessidade dos portais de saúde utilizarem selos de certificação de conformidade conferidos por meio de critérios estabelecidos por organizações especializadas. Garantindo assim, certo padrão de qualidade às informações veiculadas.

Segundo relato de Poseidon, as informações sobre o priapismo foram obtidas através da internet. O interesse em aprofundar seus conhecimentos acerca da doença deu-se em razão dos episódios recorrentes que vinha sofrendo. Neste caso, especificamente, as informações obtidas pela internet possibilitaram o entendimento de que se tratava de uma emergência urológica, bem como a necessidade da busca por atendimento emergencial diante do quadro de priapismo.

Sim, através da internet. Eu busquei porque estava acontecendo sempre comigo. Vi que era um caso de urgência quando passasse das 4 horas [...]. (Poseidon)

Outro aspecto importante que emergiu nas entrevistas foi a participação da família. Segundo os relatos de Hermes e Hefesto as primeiras informações acerca da doença foram passadas a eles através das mães. Vale ressaltar que ambos os participantes tinham como doença de base a anemia falciforme, responsável pelos episódios recorrentes de priapismo desde a infância.

Sim, sempre tive priapismo, desde criança. Minha mãe me explicava as coisas sobre minha doença. (Hermes)

Eu já tenho isso há anos. Primeiro foi minha mãe que me explicava as coisas. Depois eu fui buscando informações sobre minha doença [no grupo de apoio ao falcêmico] e fui entendendo um pouco mais sobre o priapismo. (Hefesto)

A família exerce um papel fundamental no enfrentamento de doenças em geral, principalmente nos casos de doenças crônicas, diagnosticadas ainda na infância. O esclarecimento favorece a adaptação dos familiares já que, ao compreenderem a doença, passam a enfrentá-la de forma diferenciada criando mecanismos para se adaptar.

Nesse contexto, Mendes (2004) salienta que quando a família apresenta-se bem estruturada e a relação com a pessoa em tratamento é preservada, é possível obter bons resultados, mesmo em situações clínicas difíceis. Esses resultados se traduzem em atitudes visando à reversão do quadro, tanto a nível residencial como através da busca pelo atendimento emergencial, caso as medidas domiciliares não sejam eficazes. Hermes e Hefesto buscaram atendimento emergencial com seis e oito horas de priapismo, respectivamente, por já terem sido orientados, previamente, sobre os procedimentos.

Há de se considerar, contudo, que a participação da família não se resume apenas às orientações (como no caso de Hermes e Hefesto, que foram orientados pelas mães quando ainda eram crianças), cabe também o apoio psicossocial no enfrentamento das complicações do priapismo e possíveis sequelas, tendo em vista que uma das sequelas é a disfunção erétil permanente. Desta forma, a família deve estar inserida no contexto terapêutico em todos os casos de priapismo, independente das causas.

#### **4.3.2 Cocaína, relação sexual e priapismo**

Esta subcategoria emergiu através dos relatos de dois homens, cuja causa do priapismo foi o consumo abusivo de cocaína. Nestas entrevistas, houve a necessidade de compreender as relações entre cocaína, sexualidade e priapismo, conforme relatos abaixo.

Pelo que eu percebi, na hora, eu teria que parar imediatamente de utilizar cocaína, porém comecei a me masturbar para ver se abaixava [o pênis], fiquei super envolvido na emoção do corpo, e acabei não procurando ajuda imediata. (Zeus)

O priapismo me salvou de um problema muito sério, que era o vício [da cocaína], tinha momentos que tinha taquicardias e pensava que iria morrer. (Zeus)

A sexualidade faz parte da vida, tem uma dimensão pessoal e humana que além de compreender a genitalidade, que se caracteriza por um fenômeno fisiológico, que satisfaz o instinto, supera os limites do impulso genital, pois, é um aspecto profundo e total da

personalidade humana, presente desde a nossa concepção até a morte e inclui tudo o que somos e o que fazemos (BLACK; MATASSARIM-JACOBS, 1996; COSTA, 1994).

É por meio da sexualidade que nos relacionamos com os outros, conseguimos amar, ter prazer e procriar. A sexualidade nos faz relacionar não só com o outro, mas também com seu próprio corpo, sendo este o modo pelo qual entramos em contato com o mundo e que nos percebemos (BRUNS; GRASSI; FRANÇA, 1995; COSTA, 1994).

Entretanto, essa necessidade de relacionamento com o outro através da sexualidade pode levar ao uso abusivo de substâncias psicoativas como a cocaína que, estariam relacionadas à desinibição do comportamento, permitindo a intensificação do prazer e aplacamento da sensação de vergonha.

Essa relação é corroborada por vários autores que descrevem que tais substâncias tomam um crescente protagonismo, uma vez que facilitam o estabelecimento de relações, proporcionam euforia, aumentam a intimidade, desinibição e dissolução dos medos (GODINHO, 1995; VIANA, 2002).

Há indivíduos que relatam que a cocaína é dotada de propriedades afrodisíacas, capazes de induzir com mais facilidade a ereção e a ejaculação e facilitar orgasmos múltiplos. O uso crônico da cocaína danifica o sistema circulatório, que está ligado à ereção. No início do uso, há uma exacerbação da libido, mas o uso contínuo da substância pode levar à disfunção erétil, também conhecida como impotência sexual masculina, que é definida como a incapacidade persistente de obter e/ou manter uma ereção peniana firme o suficiente para permitir um desempenho sexual satisfatório podendo persistir por algum tempo após a abstinência (FREITAS, 2008; PEUGH; BELENKO, 2001).

Mais do que uma estrutura corpórea, componente do sistema reprodutor masculino, o pênis tem significação social. Assim, a disfunção erétil significa que o poder do homem está abalado, com prejuízo para a masculinidade e virilidade, e assume ainda o sentido de falência do organismo (PAULA; ALMEIDA; BONFIM, 2012).

Outro aspecto importante é que o aumento da atividade sexual entre esses usuários está relacionado a circunstâncias socioculturais e ambientais onde o consumo da substância se dá. O consumo de drogas nos ambientes recreativos relaxa inevitavelmente os costumes sexuais e, por conseguinte, aumenta o sexo livre e despreocupado. O relaxamento, a euforia e a desinibição, a diminuição do autocontrole e da percepção do risco provocados pelas drogas faz o consumidor ficar menos cauteloso, menos preocupado e acabar por esquecer as mensagens de sexo seguro a que sóbrio atenderia (LOMBA, 2006; PEUGH; BELENKO, 2001).

A cocaína funciona como elementos críticos para a associação drogas–sexo e é um perpetuador do comportamento de risco, com consequências conhecidas como o aumento das doenças sexualmente transmissíveis, devido a não utilização de preservativos e a múltiplas parceiras sexuais (LOMBA et al., 2008).

Vale destacar que a sexualidade patológica (vício em sexo), pode levar o indivíduo a consumir certas substâncias psicoativas, como a cocaína, resultando em uma sucessão de envolvimento em atividades sexuais insaciáveis, nas quais os indivíduos se engajam de maneira impulsiva.

Segundo os relatos de Poseidon o consumo da cocaína era para melhorar sua performance sexual. A compulsão por sexo o levava a fazer usos cada vez maiores da substância. Mesmo após o diagnóstico de impotência sexual permanente e, conseqüentemente, a necessidade do uso de prótese peniana, o ímpeto sexual continua presente, sendo evidenciado através da demonstração de ansiedade, em sua fala, quanto ao implante da prótese peniana para se tornar “*o Ciborgue, o homem máquina!*”.

O consumo de cocaína era mais para ter relações sexuais. Quando eu tinha namoradas, foi a luxúria de consumir e ter relações sexuais, e repetir, e repetir, e repetir... Todo dia eu tinha que ter relação sexual, e aquele processo, eu sempre namorando... enfim, realmente era um vício. (Poseidon)

Não tinha como largar, porque o ímpeto de [...] usar cocaína para ter relações sexuais era bem maior. A cocaína estimulava muito a minha sensibilidade sexual, e aí a relação sexual ficava melhor. Só que esse uso excessivo começou a causar priapismo. (Poseidon)

Mesmo com o pênis ereto eu ‘brincava’ até ele baixar, mesmo com dor. O negócio era o prazer da mulher. Estou doído pra colocar essa prótese logo. Vou virar o ‘Ciborgue, o homem máquina!’ (Poseidon)

Neste sentido, Goodman (1990) considera dependência de sexo como um transtorno no qual um comportamento poderia ocasionar prazer ou evitar uma situação de desconforto, mas que obedeceria a um padrão caracterizado pela incapacidade de controle do mesmo e pela sua persistência a despeito de consequências danosas significativas.

#### **4.3.3 A resistência dos homens com priapismo em buscar ajuda profissional**

Nesta categoria observou-se o tempo decorrido entre o início do priapismo e a busca por assistência profissional, bem como os fatores intervenientes na busca por ajuda.

Eu ficava duas horas, sempre no período da manhã, com pênis ereto. aí começava a doer... as dores foram aumentando, foi uma coisa gradativa. Eu fui informado quanto ao risco, só que não levei tão a sério porque todas as vezes regredia. Eu já passei o dia todo com dor e no final do dia regredia. Quando percebi já havia passado de 24h. Eu já tinha recebido a informação, pelo urologista, que se não baixasse teria que fazer a drenage. (Poseidon)

Eu acordei de [pênis ereto]. Mesmo com esta situação fui trabalhar [...] A minha situação já estava ficando crítica, quando vi que não conseguia mais andar. A cabeça do pênis encostava na calça com os movimentos das pernas. Então fui para casa e fiquei deitado. Era uma dor insuportável! Não aguentei e tive que pedir ajuda à minha esposa. Estava escondendo dela mas, quando ela percebeu que não saía mais da cama ela desconfiou. (Ares)

Quando acordei vi que o membro[pênis] estava [ereto], mas ainda sem dor. Tentei fazer com que ele baixasse caminhando... Não queria ir para o hospital. Mas aí começou a dor. Relutei por mais algumas horas e não teve como suportar, e fui para a emergência perto da minha casa. (Hermes)

Eu não sei informar a primeira vez porque eu era criança, mas já demorei a procurar a emergência mais de 12 horas esperando ele [o pênis] ficar mole. (Hefesto)

Culturalmente, os homens buscam menos os serviços de saúde, se comparado às mulheres que, segundo Lyra-da-Fonseca et al. (2003), se justificaria pela socialização que as mulheres recebem, desde cedo, para reproduzirem e consolidarem os papéis que as tornam responsáveis, quase que exclusivamente, pela manutenção das relações sociais (de cuidados) e pela prestação de serviços aos outros.

Em contrapartida, ser homem seria associado à invulnerabilidade, força e virilidade. Características essas, incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representada pela procura aos serviços de saúde, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade. Associada a isso, está a dificuldade que os homens têm de verbalizar o que sentem, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros (FIGUEIREDO, 2005; GOMES, 2007).

Ares ignorou, inicialmente, a situação e foi trabalhar. Entretanto, mesmo após a piora da dor, relutou em procurar ajuda. Escondendo o fato até de sua esposa. Através deste relato pode-se perceber que muitas vezes o homem sofre calado, talvez com vergonha de expressar seus sentimentos, até mesmo à dor.

A preocupação com o trabalho, o sustento da casa e da família ocupam lugar de destaque, em detrimento das questões relativas a cuidados de saúde, reforçando os papéis historicamente atribuídos aos homens, de que eles têm de prover o sustento da casa, garantindo a subsistência da família (GOMES, 2007).

Outro fator que interfere na busca por assistência especializada é o horário de funcionamento dos serviços de saúde que não atende às demandas dos homens, por coincidir com a carga horária de trabalho. Sem falar da precarização dos serviços públicos em relação ao atendimento também está presente. Os homens, ao procurarem o serviço de saúde para uma consulta, enfrentam filas, podendo levá-los a "perder" o dia de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta (GOMES, 2007).

Nota-se através dos relatos dos participantes que a resistência na busca por ajuda profissional também se associa ao fato do homem acreditar que a situação será resolvida naturalmente, ou seja, na detumescência espontânea do pênis. Mesmo nos casos recorrentes, onde o homem já detinha certo grau de esclarecimento sobre o priapismo, houve demora na busca pelo serviço de saúde, como no caso de Apolo que levou 14h para procurar a emergência.

Como disse, isso é decorrente da Anemia falciforme, eu já tive várias vezes isso. Mas já sei como agir em casa. Procuo logo a emergência. Sei que posso me prejudicar se não resolver o caso logo. Por isso não penso duas vezes em buscar ajuda. (Apolo)

Outro ponto que deve ser destacado é o medo do homem em ser julgado por parte dos profissionais de saúde. Isto é evidenciado no relato de Zeus que atribuiu o fato de não ter buscado atendimento emergencial anteriormente, ao medo de ser “esculachado” por ter consumido cocaína. Tentou a regressão do quadro de priapismo através da prática de sexo.

Não procurei o hospital imediatamente porque estava sob efeito da cocaína. Achei que se chegasse drogado iriam me esculachar. Minha mulher que aproveitou. De início, acho que estava anestesiado com a droga [cocaína] e parti para sacanagem. Mas chegou uma hora que doía muito, aí ela [esposa] que me levou para o hospital. (Zeus)

#### **4.3.4 Quando os homens com priapismo procuram uma unidade de saúde**

Esta subcategoria emergiu a partir das respostas ao questionamento sobre as circunstâncias da procura por ajuda para a cura e/ou tratamento.

Só quando preciso. Eu nunca pensei que com a minha idade iria frequentar urologista. (Poseidon)

Sempre estou me consultando por conta do meu problema de saúde [anemia falciforme]. Aproveito para fazer um check-up de seis em seis meses. (Hefesto)

Quando estou com dor. (Hermes)

Com 58 anos, fui internado uma vez por ter fraturado o braço. Fora isso, não tenho tempo de ir ao médico. (Ares)

Agora tenho sempre consultas, todos os meses, e quando estou na emergência, como hoje, procuro aqui mesmo. Fui orientado a não procurar outra unidade de saúde, só em caso extremo. (Apolo)

Não vou ao médico faz muito tempo. Não lembro a última vez que fiz uma consulta médica. (Zeus)

Em geral, os homens associam atitudes preventivas contra doenças ao sexo feminino. A baixa demanda dos homens nos serviços de saúde está ligada, entre outros motivos, ao medo de descobrirem alguma doença. Desta forma, a busca por cuidado à saúde está, em geral, relacionada a situações emergenciais ou quando a doença já está instalada, necessitando assim de tratamento contínuo. Há prevalência masculina na procura por serviços emergenciais, pois estes responderiam mais objetivamente às suas demandas (COURTENAY, 2005 apud GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Entretanto, os agravos decorrentes dessa atitude constituem verdadeiros problemas de saúde pública, pois o acesso dos homens aos serviços de saúde vem ocorrendo por meio da assistência especializada, após o comprometimento à sua saúde, uma vez que a percepção da saúde na clientela masculina se reflete em menor procura ao atendimento médico preventivo, o que pode agravar o estado de saúde e qualidade de vida. Essa resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2008; FIGUEIREDO, 2005).

Estudos anteriores apontam para a predominância da busca por assistência pelos homens, em casos de acidentes e doenças crônicas ou em estado avançado (BRASIL, 2009a; MEDRADO et al., 2009). Observou-se, neste estudo, que os homens que demonstraram preocupação em manter uma rotina de consultas e exames, foram os que apresentavam uma doença de base já diagnosticada, como nos casos de Hefesto e Apolo, ambos portadores de anemia falciforme.

#### **4.3.5 Acesso dos homens com priapismo aos serviços de emergência**

Esta subcategoria emergiu a partir das respostas dos participantes, que demonstraram haver barreiras no acesso ao serviço de emergência. Através dos relatos identificou-se a

inexistência do acolhimento e da classificação de risco, impossibilitando a identificação de um caso de emergência e encaminhamento para que a assistência adequada fosse prestada.

Minha sorte que eu já sabia e tinha argumentos para me internarem. Mas aí é que tá, não teve uma triagem com um profissional da saúde, onde visse que o meu caso era um caso de emergência e eu tinha que ir direto e não ficar esperando, exposto para os outros pacientes. (Poseidon)

Eu passava a humilhação, contava toda a minha história, e no final recebia um não como resposta. Corri para outro hospital. Só fui atendido aqui porque tive que me jogar no chão da emergência urrando de dor, chamar a atenção de todos, porque a enfermeira dizia que não tinha especialista na emergência. Eu sabia que tinha Urologista no hospital, por isso fiz a bagunça na emergência. Rapidinho apareceu alguém pra me atender. [...] teve momentos que eu batia de cara no hospital. Na madrugada onde vai ter urologista na emergência essa hora? Aí sempre eu tinha que esperar o dia seguinte. (Ares)

Além do fato dos homens com priapismo não serem acolhidos de forma adequada, têm que expor suas situações para diversas pessoas, que muitas vezes não são profissionais da saúde (por exemplo: guardas patrimoniais, recepcionistas, etc), causando a estes homens danos, muitas vezes irreparáveis, tanto físicos, quanto psicológicos e sociais. Isto representa a completa e radical negação dos direitos desses homens em ter um atendimento na emergência pautado na humanização.

Ao perceber que não receberia assistência, mesmo estando dentro de uma unidade de emergência, Ares se jogou no chão, a fim de alertar os profissionais de saúde que ali estavam, para que pudessem dar a devida atenção para o seu caso. Mesmo este fato comprometendo sua intimidade.

Quanto ao acolhimento e o direito ao atendimento pelos profissionais de saúde, os homens entrevistados demonstram a insatisfação com o sistema de saúde, com os profissionais e com a instituição como um todo. Sobre esse aspecto, alguns homens relataram que de maneira inadequada foram recebidos na recepção da emergência pelos guardas (vigilantes) da unidade de saúde, tendo a sua intimidade exposta na porta do hospital, sem nenhum pudor por parte do profissional que os atendeu, como se pode observar nas falas a seguir:

Quando cheguei na emergência houve uma dificuldade inicial. Tive que explicar para o segurança minha situação, que por sua vez, explicou o meu caso para as pessoas que estavam na minha frente, pra depois entrar na sala de espera. (Poseidon)

Teve uma vez que fui barrado na recepção, mesmo sendo paciente daqui [hospital especializado]. Fiquei implorando pra entrar na emergência e não me deixaram. Mandaram procurar a emergência do hospital ao lado [hospital geral]. Não

aguentava nem andar, mas tive que caminhar até o outro lado para ser atendido. Fiquei chateado, pois ninguém da saúde veio falar comigo, a recepcionista que me barrou. (Apolo)

As pessoas [profissionais] nos hospitais acham que isso é brincadeira. O que mais me indignou foi na recepção dos hospitais, me senti humilhado em todos que passei. Não havia ninguém que pudesse ver meu caso. Tinha que contar para os guardas pra conseguir o primeiro atendimento. Nisso os outros pacientes escutavam e ficavam todos me olhando, foi constrangedor. (Zeus)

Estudos corroboram que a abordagem inicial ao cliente que busca assistência nas unidades de saúde é, por vezes, feita pelo vigilante. A recepção pouco qualificada denota que a centralidade do atendimento não é a pessoa e suas necessidades e, sim, a diminuição da demanda. Entretanto, a recepção de um serviço de Saúde é um ponto estratégico. Por ela passam todos os usuários que necessitam de cuidados urgentes ou não; por isso deve ser pensada de forma que consiga dar respostas qualificadas ao usuário (DESLANDES, 2002; GIGLIO-JACQUEMOT, 2005; LUDWIG; BONILHA, 2003; MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA FILHO, 1991).

É nesse local que o homem espera ter sua demanda acolhida, o que não significa solucionar todos os problemas que chegam ao serviço, mas a atenção dispensada na relação de atendimento, que envolve a escuta, a responsabilização e o respeito à pessoa que porta a necessidade.

Neste sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi elaborada visando a melhoria do acolhimento à população masculina. Além disso, seguir as recomendações da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) que inclui toda a equipe do serviço, desde o guarda ou vigia da unidade até os profissionais de saúde (BRASIL, 2004a).

Apesar destas políticas já vigentes em âmbito nacional, tanto o acesso quanto o acolhimento devem ser revisadas com um olhar diferenciado para a clientela masculina. É importante estabelecer suas diferenças, entre o acesso ao serviço de saúde e o acolhimento, sabendo-se que se tratam de elementos de assistência interdependentes. É importante analisar como vêm sendo acolhidos estes homens usuários nos serviços de saúde, e este acolhimento não se limita apenas a uma recepção cordial, mas extrapola esse conceito, incluindo a escuta qualificada ao homem com priapismo.

Aspectos como vínculo, resolutividade e desempenho profissional estão relacionados com o acolhimento. Também, o atendimento humanizado do homem proporciona segurança a este e fortifica a relação entre o profissional e o homem com priapismo, contribuindo inclusive na melhora da saúde (BRASIL, 2004).

#### 4.3.6 Compreensão dos homens acerca do priapismo após o atendimento emergencial

Nesta subcategoria, buscou-se identificar o entendimento dos homens com diagnóstico de priapismo, acerca da patologia, ou seja, se receberam alguma orientação sobre a doença por parte de um profissional de saúde, durante o atendimento emergencial e se tais informações foram compreendidas.

[...] as coisas são muito obscuras. As pessoas me tratavam como se fosse um ser de outro planeta. Os médicos e enfermeiros não me explicaram nada sobre minha situação. Eu já sabia o que era e quais as consequências, por ter buscado informação na internet, mas esperava mais esclarecimentos da parte dos profissionais de saúde. (Poseidon)

Em todos os hospitais que procurei não tive informação correta. Eles não sabiam como tratar e me mandavam embora, em busca de outro hospital. Fiquei desapontado quando soube que ficaria impotente [sexualmente] por falta de informação nos locais por onde passei. Eu demorei a entender que precisava de ajuda, mas não tiro a responsabilidade de quem está trabalhando nas emergências. (Ares)

No início minha mãe era quem me explicava as coisas, os médicos explicavam a ela e ela me passava a situação, mas a medida que fui crescendo aprendi a lidar com essa doença. Me incluíram num grupo de ajuda de pacientes em tratamento de anemia falciforme e ali foi que tirei todas as minhas dúvidas [...]. (Hermes.)

Às vezes eles não explicam o que está acontecendo comigo, fico internado vários dias sem saber quando vou embora. Quando tenho que tirar as dúvidas pergunto as meninas da enfermagem que sempre me atendem. (Hefesto)

Sim entendo, mesmo porque não saio do posto enquanto não entender o que tenho que fazer pra melhorar minha saúde. (Apolo)

Quando me internei com priapismo eu entendi as consequências, mas dali do hospital pra fora é mais ou menos o se vira. (Zeus)

É imperativa a disponibilização de conhecimentos e o fortalecimento de atitudes ativas em relação à doença. Essas atitudes devem ser direcionadas aos grupos de risco para priapismo (indivíduos com doenças hemolíticas e usuários de drogas lícitas ou ilícitas, que apresentem como efeito adverso o priapismo), através de práticas educativas de saúde, relacionadas à prevenção das complicações por meio da busca precoce por assistência, uma vez que se trata de uma emergência urológica.

Entretanto, nota-se através das falas dos participantes que há carência de informação, por parte dos homens, acerca da doença e/ ou curso do tratamento, mesmo dentro das unidades de saúde, após o atendimento emergencial. Diante de uma hospitalização, o indivíduo pode sentir receio de diversas situações, como dor, constrangimento e sequelas. A

falta de informações sobre o curso do tratamento e sobre os procedimentos necessários para reversão do priapismo impõe sobre o homem grande angústia.

É necessário, portanto, que as equipes multidisciplinares, em geral, possam estabelecer uma comunicação efetiva, capaz de minimizar o quadro de ansiedade e medo. Neste sentido, Foley (1993) reafirma que uma efetiva comunicação interpessoal é essencial para a saúde física e psicológica de qualquer pessoa. Para o homem com priapismo a comunicação interpessoal reveste-se de características próprias, pois envolve desde atitudes e informações sobre sintomas e prognósticos, até a prescrição do tratamento e dos cuidados preventivos.

A comunicação tem múltiplas funções, dentre as quais a modificação do contexto da doença, permitindo que uma pessoa angustiada e amedrontada possa compartilhar e transmitir informação, facilitando a percepção diferenciada da situação e contribuindo para a maturação do indivíduo. Por outro lado, o bloqueio comunicativo está associado a ansiedade. Durante a hospitalização a comunicação é de grande ajuda, pois o processo de falar, mesmo que não exija do homem um grande gasto físico, absorverá o excesso de tensão (RUESCH; BATESON, 1987).

É importante lembrar que o homem com priapismo encontra-se fragilizado por diversas razões, necessitando, portanto, de esclarecimento sobre sua real situação. Entretanto, os relatos de Poseidon e Hefesto demonstram certo desapontamento em relação ao não recebimento de informações, por profissionais de saúde.

#### **4.3.7 Os cuidados que os homens com priapismo gostariam de receber na emergência**

Esta subcategoria emergiu a partir dos relatos dos homens sobre suas vivências em relação aos atendimentos que receberam nas emergências, respeitando o que os homens consideram importante no atendimento emergencial ao indivíduo com priapismo.

O processo de hospitalização impõe aspectos que afetam direta e indiretamente o homem, sendo visto, geralmente, como fator de despersonalização pelo reconhecimento da perda do controle sobre si mesmo e sobre os fatores que o atinge, somando-se a dificuldade em preservar a identidade, a individualidade e a privacidade. Esta visão é reforçada em face da exposição emocional e física a que os indivíduos estão sujeitos, evidenciando sua fragilidade, incapacidade e insegurança (PUPULIM; SAWADA, 2005).

No setor de emergência, por ser destinado ao atendimento de clientes graves, isto se torna mais nítido. O tecnicismo e a racionalização empreendidos para a resolutividade das

questões que ameaçam a vida transpõem a sensibilidade, conferindo ao setor impessoalidade e desumanização. Tal prática tem sido justificada pela necessidade de manipulação do corpo e manuseio de equipamentos e materiais durante a assistência (PUPULIM; SAWADA, 2005).

Entretanto, é preciso que este tipo de ‘assistência’ seja repensada, pois são atitudes que causam sofrimento e vergonha aos homens que se vêem obrigados a permanecer com seus corpos expostos, como é possível identificar a partir do relato de Poseidon, quando se refere ao fato de ter tido sua intimidade exposta aos outros clientes que estavam na emergência. Ares e Zeus também referiram constrangimento e falta de privacidade em seus atendimentos.

Na primeira vez que fizeram a drenagem eles esqueceram que estava com as minhas partes íntimas à mostra e fizeram o procedimento de punção na própria emergência, com inúmeras pessoas vendo o procedimento, sem nenhuma privacidade. Além disso, eu recebi alta e não me encaminharam para um apoio, para tratamento da minha dependência química. (Poseidon)

Gostaria de ser internado com mais atenção, pois tem um constrangimento por estar com o pênis ereto... mas chega o momento em que ou o cara procura o serviço de saúde ou o quadro piora. A emergência tem que funcionar 24h com urologista. (Ares)

Acho que os profissionais de saúde têm que ver esses casos como uma emergência. Essa exposição desnecessária do paciente dificulta o tempo que temos para ‘salvar’ nosso [pênis]... Além disso, depois que me atenderam me deixaram em um corredor sentado na cadeira todos me olhando, pois sabiam do meu caso. Privacidade zero. (Zeus)

Como elementos que contribuem para o desconforto e constrangimento, Severo e Girardon-Perlin (2005) alertam para o fato de homens e mulheres conviverem num mesmo espaço físico, vendo-se nus uns ao outros, seja durante a realização de procedimentos ou em situações de descuido por parte da equipe.

Neste sentido, Figueiredo e Machado (2001) acrescentam que a dessexualização com o corpo do indivíduo, presente nos hospitais, está ligada à formação que os profissionais de saúde tiveram, pois os mesmos consideram a nudez do cliente como algo normal.

Todavia, nas ocasiões em que a nudez é necessária deve-se restringir aos participantes desse cuidado, pois se ultrapassar para o espaço coletivo, torna-se um “não cuidado ao paciente e uma forma de violência psicológica que afeta a integridade moral” (FERREIRA; ALMEIDA, 2001).

Outro ponto que deve ser ressaltado é a necessidade de acesso à informação, como pode ser observado através dos relatos de Apolo e Hefesto:

A população tinha que ter mais acesso às informações. Eu já sei o que é isso, por ter a Anemia [falciforme], mas quem não tem sofre mais do que eu. Fui aprendendo sobre a doença e vi o risco que corri de ficar impotente. Muitas pessoas não sabem que existe isso. Acham que é uma aberração sexual e não uma doença. (Apolo)

Além da informação tem que ter algum tipo de ajuda psicológica naquele momento, e tem que ter informações que as pessoas possam fazer paliativamente para regredir a ereção e não ter a necessidade de parar na emergência. (Hefesto)

A informação é um direito do cidadão, é um meio que o indivíduo dispõe para tomar conhecimento e ter poder de determinação acerca da situação que está vivenciando (SOARES, 2000). Inversamente, a falta de informação torna o cidadão incapaz de reivindicar e/ou lutar pelos seus direitos, pois não tem condições e nem argumentos para questionar, dificultando, dessa forma, o exercício de sua autonomia.

Gauderer (1998) corrobora que a informação e o conhecimento são os meios que permitem a perpetuação das relações democráticas. A falta de informação, caracterizada como ignorância, permite ações abusivas, de exploração, subjugação e dominação. Para que as pessoas possam cuidar de si, administrar o seu corpo, faz-se necessário manterem-se bem informadas e lutar pelos seus ideais e crenças.

A informação, então, é a base da fundamentação das decisões autônomas do paciente, necessária para que o paciente possa consentir ou recusar-se a medidas ou procedimentos de saúde a ele propostos. Assim, todo e qualquer procedimento, seja considerado simples ou complexo por parte dos profissionais da saúde, necessita ser realizado com o consentimento livre e esclarecido do paciente, a partir da informação e esclarecimento do que será realizado (SEGRE, 2001).

É importante, porém, não só a informação posterior ao episódio, durante o atendimento emergencial, mas aquelas capazes de promover a saúde, antes da doença instalada, através de ampla divulgação sobre identificação dos sinais e sintomas específicos do priapismo, para os grupos de risco (indivíduos portadores de doenças hemolíticas, usuários de drogas lícitas/ilícitas capazes de desencadear o priapismo), com o intuito de planejar ações, garantindo a qualidade de vida do homem no seu ambiente domiciliar. Sendo assim, as orientações específicas para a crise de priapismo são pautadas nas recomendações de banhos mornos, hidratação oral, esvaziamento da bexiga, analgésicos e exercícios físicos. Ratificando, caso não haja melhora, há necessidade de busca por ajuda hospitalar o mais precoce possível (JESUS; ESCOBAR, 2012).

Além da informação ao homem com priapismo, é necessário ainda, a disponibilização de apoio psicológico, como pode ser observado a partir do relato de Hefesto: “tem que ter

algum tipo de ajuda psicológica naquele momento”. É imperativo, portanto, compreender, estudar e investigar a pessoa na sua globalidade, considerando a sua dimensão biológica, psicológica, social e cultural de forma integrada e interativa.

O cuidado psicológico referido por Hefesto está centrado no Cuidar por Gestos e Palavras - o Apoio Emocional. Para Coelho (2006), através da análise interpretativa do que é dito pelo homem, o enfermeiro pode programar a ação terapêutica na resolução daquela necessidade afetada. Desta forma, o ato de falar e conversar, para enfermagem, resulta na busca dos sentimentos e expressões do homem. O apoio emocional ao homem vem através de palavras, gestos e conversas que são estruturadas nas necessidades humanas básicas. É o cuidar que busca a exteriorização de necessidades e sentimentos, já que as emoções estão ligadas as alterações físicas.

Entretanto, o apoio emocional não resume-se apenas à assistência emergencial. O enfrentamento do homem com priapismo inicia-se quando recebe a informações sobre o diagnóstico, o tratamento, as complicações, culminando com a sua reabilitação psicossocial. Este homem ao sofrer priapismo terá sua vida alterada em dimensões físicas, psíquicas e sociais.

#### 4.4 OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM RECEBIDOS PELOS HOMENS COM PRIAPISMOS EM EMERGÊNCIAS DE HOSPITAIS GERAIS E ESPECIALIZADOS

Este capítulo aborda dois momentos: o atendimento e os cuidados de enfermagem em serviço de emergência de um hospital geral e os cuidados de emergência em um hospital especializado. Os cuidados de enfermagem ancoram-se no atendimento e reconhecimento das necessidades do ser humano de forma geral, e nesse estudo de forma particular quanto se leva em consideração o gênero masculino, além de estabelecer a relação do autocuidado a fim de desenvolver o seu potencial cuidativo. Pensar na enfermagem e no cuidar simboliza um desafio no contexto atual da conformação das práticas de saúde, na qual é fundamental considerar a maneira como os cuidados recebidos pelos homens têm sido efetivados. Voltados muito mais para ereção peniana como centro do atendimento emergencial do que ao homem e sua masculinidade.

Para descrever os cuidados de enfermagem prestados a esses homens, é necessário caracterizar e nortear a terapêutica desenvolvida pelos profissionais de enfermagem dos serviços de emergência frente ao homem que é atendido, internado ou reinternado com

priapismo. Deve-se traçar metas e discutir os desafios e as possibilidades terapêuticas a serem seguidas no atendimento de emergência, criando novas ferramentas para a integralidade desta assistência ao homem em situação de priapismo.

Nós, enfermeiros emergencistas, enquanto sujeitos do cuidar e dos cuidados de enfermagem, vemo-nos diante de uma situação conflituosa, no tocante a este cuidar do homem com priapismo, pois constantemente esses homens chegam às emergências em uma situação um tanto quanto constrangedora. Esta barreira denota um incentivo para criação, ampliação de conhecimentos para ampliarmos os conhecimentos acerca desses cuidados em enfermagem recebidos por estes homens.

Ao observar os cuidados recebidos por estes homens, percebe-se que existe um direcionamento voltado para os cuidados na reversão do quadro clínico apresentado, deixando em segundo plano os cuidados que, aparentemente, não são tão importantes. Entretanto, o sofrimento deste homem no momento do atendimento emergencial pode ser minimizado de forma criativa e inovadora.

Assim, nesta categoria apresenta-se o cotidiano assistencial do cuidar aos homens com priapismo em serviço de emergência geral e emergência de hospital especializado. Os cuidados de enfermagem recebidos por eles, direta ou indiretamente, foram descritos em diário de campo e registro no formulário de observação (APÊNDICE D) desde o momento da admissão no Serviço de Emergência. Foram identificados os cuidados prestados e as diversas situações do atendimento, permitindo uma análise detalhada, para posterior discussão sob a ótica da Tipologia de Cuidados elaborada por Coelho (1997).

É importante dizer que independente do número de participantes que receberam o respectivo cuidado, este foi considerado cuidado prestado. Os cuidados que não se aplicaram à amostra deste estudo, considerando a gravidade não deixarão, necessariamente, de serem aplicáveis a outros homens com priapismo. Portanto, o que se pretendeu neste momento foi caracterizar os cuidados de enfermagem recebidos pelos homens com priapismo a partir da tipologia de cuidados proposta por Coelho (1997).

Dos cuidados contidos no formulário de observação de campo, 36 (65,4%) foram prestados aos homens com priapismo. Vale ressaltar que os cuidados estão interligados, conseqüentemente, no momento da realização de um cuidado específico, surgem outros cuidados inerentes ao ato de cuidar principal. Desta forma, os cuidados recebidos pelos homens, atendidos tanto no hospital geral (Quadro 7, a seguir) quanto no hospital especializado (Quadro 8, a seguir), foram esboçados em quadros e discutidos separadamente.

#### 4.4.1 O atendimento e os cuidados de enfermagem em serviço de emergência de um hospital geral

Quadro 7 - Cuidados observados no atendimento ao homem com priapismo no Hospital Geral

Cuidados observados no Hospital Geral	
Tipo de Cuidado	Cuidados observados
Cuidado de emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorização multiparamétrica contínua dos sinais vitais</li> <li>• Cuidado de implementar os cuidados necessários</li> <li>• Exame físico do pênis</li> <li>• Classificação do priapismo</li> <li>• Cuidados pré-cirúrgicos</li> </ul>
Cuidados para os exames complementares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasometria dos corpos cavernosos</li> </ul>
Cuidado de lidar com as prioridades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acesso venoso com bom calibre e hidratação venosa.</li> <li>• Cuidado na inserção endovenosa (endovenosa ou intravenosa)</li> <li>• Administração de analgésicos</li> </ul>
Cuidado Contingencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado nos procedimentos invasivos</li> <li>• Cuidado no preparo de medicamentos</li> <li>• Cuidado de controle de gotejamento</li> <li>• Cuidado no controle de líquidos</li> <li>• Cuidado na monitorização de líquidos</li> </ul>
Cuidado confortável	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados com o repouso no leito</li> </ul>
Cuidado de admiti-lo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de chamar as pessoas pelo nome próprio</li> <li>• Cuidado de ouvir</li> <li>• Cuidado de se apresentar como enfermeiro</li> </ul>
Cuidado de alerta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados de verificação e monitorização de sinais vitais</li> </ul>
Cuidado no risco de agravamento do quadro clínico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado na higiene íntima</li> <li>• Cuidados (in)visíveis da infecção hospitalar</li> <li>• Cuidado preventivo para as quedas</li> <li>• Cuidado de lavagens das mãos</li> <li>• Cuidados de biossegurança</li> <li>• Cuidado no transporte-movimentação do paciente de um local para outro</li> </ul>
Cuidado de assistir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado para os exames complementares</li> <li>• Cuidado noturno</li> <li>• Cuidado diurno</li> <li>• Cuidado contínuo</li> </ul>

Dentro da emergência de hospital geral, os enfermeiros se confrontam com a realidade assistencial nas quais homens com priapismo em risco iminente de impotência sexual e/ou até amputação do membro, por apresentarem uma série de sinais e sintomas que caracterizam a complexidade do quadro clínico e dos cuidados a serem dispensados. Segundo Coelho (1997), é o momento em que a enfermagem se articula utilizando todos os recursos e esforços disponíveis para tecer o **cuidar em emergência**, no qual todas as ações são voltadas, prioritariamente, ao restabelecimento das funções vitais.

Para isto, no entanto, é necessário que haja conhecimento científico proporcionando capacidade de julgar, explicar, desdobrar, justificar, induzir ou aplicar leis e produzir com segurança os cuidados que são dados ao homem hospitalizado de forma sistematizada (COELHO, 2010).

O Cuidado de Emergência, segundo Coelho (1997), é o momento em que o enfermeiro deve fazer a conexão necessária com admissão e alta desses homens, com as situações de grandes emergências. Na construção e execução dos cuidados deve-se agir mais do que na simples direção do “tráfego” dentro da unidade de emergência. É a questão de liderar a equipe, expor suas ideias e administrar o cuidado de modo a não agravar o quadro clínico, nem que para isso necessite de discussão da terapêutica com os demais membros da equipe multiprofissional. No caso do priapismo, faz necessário uma avaliação interdisciplinar para traçar condutas específicas à regressão da ereção.

Nos relatados, as equipes traçavam os planos de cuidados pautados na história clínica dos homens, sinais e sintomas apresentados e avaliação do órgão genital. O exame físico do pênis foi fundamental para determinar a classificação do priapismo, norteando a terapêutica, juntamente com a anamnese e os cuidados de enfermagem de emergência, conforme o Quadro 7.

Para Montague et al. (2003), o diagnóstico de priapismo é autoevidente no homem não tratado. Essa avaliação deve centrar-se na classificação do priapismo isquêmico e não isquêmico. Uma vez realizada essa diferenciação, a gestão adequada pode ser determinada e iniciada. A avaliação do homem com priapismo tem três componentes: anamnese, exame físico e exames laboratoriais e radiológicos.

Compreender a história e a etiologia do episódio de priapismo pode determinar a eficácia do tratamento realizado. Na anamnese, o enfermeiro deve conhecer as características históricas voltadas para a duração da ereção, o grau de dor, história prévia de priapismo e seu tratamento, o uso de drogas que poderiam ter precipitado o episódio. Além dessas informações, é importante ressaltar a ocorrência de trauma peniano ou perineal e doença falciforme ou outra anormalidade hematológica.

Já no exame físico, a genitália, períneo e abdômen devem ser cuidadosamente examinados. De acordo com Montague et al. (2003), no priapismo os corpos cavernosos são afetados, enquanto o corpo esponjoso e glândula do pênis não são. Em homens com priapismo isquêmico, os corpos cavernosos são muitas vezes completamente rígidos. No priapismo não isquêmico, os corpos são tipicamente tumescente, mas pode não ser completamente rígido. O exame abdominal, pélvica e perineal pode revelar evidência de trauma ou doença maligna.

Outro método para diferenciar o priapismo, é a avaliação laboratorial. Deve incluir um hemograma completo, com especial atenção para o número de glóbulos brancos, diferencial de leucócitos e contagem de plaquetas. Outros parâmetros de avaliação no hemograma são as infecções agudas ou anomalias hematológicas que causam priapismo, tais como as células vermelhas do sangue afoiçadas, leucemia e anormalidades plaquetárias. No homem com priapismo, quando o índice de reticulócitos estiver elevado, significa que se trata de um episódio causado pela doença falciforme.

Em caso de suspeita, o rastreio de drogas psicoativas e toxicologia da urina pode ser realizado, já que doses padrão de antidepressivos e outras drogas psicoativas, bem como overdoses de drogas lícitas e ilícitas, podem, no seu efeito colateral, levar ao homem a ter priapismo.

Após a confirmação de que tipo de priapismo se tratava, seguiram com o processo de reversão. Nesta fase, além da avaliação da sintomatologia apresentada inerente a doença falciforme, os profissionais envolvidos nos atendimentos demonstraram a importância de se avaliar a variável tempo decorrido entre o início da ereção e o atendimento e a realização de gasometria do sangue nos corpos cavernosos, item fundamental para classificar o priapismo e decidir qual conduta terapêutica adotar.

Nota-se a importância da precisão no momento da avaliação das variáveis que determinam a classificação do priapismo. Uma classificação equivocada pode gerar condutas inapropriadas para o caso, gerando uma série de incertezas sobre a eficácia do tratamento dos cuidados e o agravamento do quadro clínico deste homem.

Ao deparar com um homem com priapismo na emergência, foram **implementados os cuidados necessários** para o restabelecimento físico, psicológico e social. É importante reconhecer que, ao realizar o levantamento das necessidades de cuidado desses homens que vivenciam a dor e o medo do desconhecido, o enfermeiro deve estar consciente das interações que se estabelecem e dos aspectos de impactos nos resultados e respostas às sintomatologias apresentadas, ou seja, há uma interação das dimensões objetivas e subjetivas resultando nas sensações de insegurança, medo e dor.

Inicialmente, logo após a recepção do homem, enquanto se esperam os resultados das provas laboratoriais, procede-se a sondação hiper-hidratação (no sentido de diminuir o hematócrito e a viscosidade do sangue), pode-se fazer enema com soro fisiológico gelado na tentativa de promover a remissão do priapismo. Quando ocorrer retenção urinária, deve-se passar sonda de demora fina (STADLER; SANTOS, 1985).

Após todos os cuidados emergenciais, surge o **Cuidado de admissão** dos homens falcêmicos com priapismo. Coelho (2006) orienta que as normas e rotinas, direitos e deveres devem ser inclusas neste cuidado. Trata-se do momento em que este homem está fragilizado devido à hospitalização, por estar fora de seu habitat comum, surgindo a necessidade de se engajar em outro grupo social.

Ao ser hospitalizado, o homem falcêmico sente o seu mundo desabar. A primeira solicitação é da retirada dos objetos pessoais muitas vezes significativos de uma vida e de um simbolismo próprio. Através das observações, foram identificados os Cuidados de chamá-lo pelo nome próprio e a apresentação do enfermeiro do setor. Na anamnese o Cuidado de ouvir, o Cuidado de registrar as informações no boletim de emergência e de conforto foi emergindo e trabalhado junto ao homem.

Neste cuidado, o que mais chamou a atenção foi a baixa incidência do **Cuidado Solidário** no atendimento a esses homens falcêmicos. Para aumentar a autoestima e melhorar a terapêutica desenvolvida, Coelho (2006) sugere um resgate à essência da vida, buscando-se um sentido para o homem em sua vida. Uma das ferramentas utilizadas nesse cuidado é o relacionamento interpessoal, pois visa atender as necessidades biopsicossociais de trocas de sensibilidade e preocupações do homem, mostrando que para cuidar é necessário abrir um canal de trocas. É lidar com a pessoa e a sua diversidade. Importante destacar que durante os cuidados prestados procura-se resgatar a essência da vida.

Uma vez que as tentativas clínicas de reversão do priapismo não são bem sucedidas, o ato cirúrgico de drenagem dos corpos cavernosos é o procedimento de escolha pelos urologistas. Segundo Freitas (2012), para o tratamento cirúrgico tornar-se completo, o homem necessita ter informação. Não se trata apenas de falar o nome da cirurgia e sim de explicar cada passo, ou seja, do que, por que, quando, por quem, como, onde e as consequências, a fim de que o homem possa estar ciente do seu tratamento e colaborar na recuperação de saúde.

Neste sentido, nos casos do estudo esta explicação sobre o procedimento e as complicações advindas da drenagem dos corpos cavernosos, foi observada só no caso de Apolo, conforme o relato do diário de campo:

Orientado paciente quanto aos riscos cirurgia e da patologia, com possível impotência sexual. (Apolo)

Este cuidado de pré-cirúrgico do homem para a submissão da drenagem dos corpos cavernosos, mesmo na emergência, em meio às peculiaridades do setor, o enfermeiro deve dispor de habilidades para incentivá-lo e encorajá-lo a enfrentar os medos, ansiedades e

angústias que cerca o priapismo. No tratamento do priapismo, o homem deve ser informado a respeito das sequelas da doença como: impotência sexual e, no mais grave, a amputação do pênis. Neste caso, a variável tempo é um fator determinante para potencializar as sequelas inerentes ao priapismo.

Quanto à preservação da privacidade do homem falcêmico com priapismo, no momento das admissões, eles foram internados com mulheres no mesmo ambiente. O cuidado confortável de maneira não fragmentada, pois no hospital especializado existiu a preocupação em confortá-los retirando dúvidas, orientando os familiares e mantendo a privacidade e sigilo do homem. Todavia, ao ser internado, mesmo que por pouco tempo, em um ambiente misto (homens, mulheres e crianças), cria-se uma atrofia do cuidado de enfermagem.

Em respeito ao pudor desses homens internados no mesmo ambiente. Muitas vezes os homens com priapismo são sujeitos a procedimentos que expõem sua intimidade, por isto não é adequada colocar este homem em uma unidade de observação mista com pessoas do sexo oposto. Em casos especiais, onde realmente não existe a possibilidade de manter o homem no ambiente “masculino”, deve-se ter o bom senso de preservar a integridade psíquica e social deste homem, realizando procedimentos em local reservado, utilização de biombos e evitar de conversar com o homem sobre o priapismo na presença dos outros internos,

Trata-se de uma conduta terapêutica implementada para diminuir o risco de agravamento psíquico e social deste homem. Percebe-se que inúmeros cuidados são realizados direta e indiretamente a todo o momento para que, mais precocemente possível, a terapêutica seja iniciada.

Na área hospitalar, é comum a permanência prolongada nas Unidades de Emergência por conta da superlotação. Por este motivo, os homens com priapismo indicados para internação, permanecem juntos com os demais pacientes que se encontram em observação. Nesse sentido, Coelho (2006) ratifica que há um alerta total para os casos mais graves e prioritários, que muitas vezes ficam junto a outros de menor complexidade assistencial e que requerem outras maneiras de serem cuidados.

Quando cuidamos de um homem com priapismo, os cuidados transcendem os aspectos físicos. Coelho (2006) descreve o Cuidar Confortável buscando o equilíbrio entre objetividade e subjetividade, proporcionar ao bem estar do homem. Dar atenção no momento da fala do homem, conversando com o objetivo de apoio emocional, gentileza, sutileza no ato dos cuidados, proximidade, fazer curativo, trocar a roupa diariamente. Esse cuidado reduz medos e ansiedades, possibilita uma melhor aproximação do enfermeiro com homem, estreita os laços de confiança, facilitando a construção do histórico de enfermagem.

Aplica-se também o Cuidar por Gestos e Palavras – o Apoio Emocional – utilizando como um dos recursos terapêuticos de enfermagem, as palavras. Falar, conversar para enfermagem é um ato que busca resultados no que tange ao que o homem está sentido e/ou expressando. Há todo um esforço para apoiar emocionalmente o homem através de palavras, gestos e conversas que são estruturadas nas necessidades humanas básicas. É o cuidar que busca a exteriorização de necessidades e sentimentos, já que as emoções estão ligadas as alterações físicas (COELHO, 2006).

#### 4.4.2 O atendimento e os cuidados de enfermagem em serviço de emergência de um hospital especializado

Quadro 8 - Cuidados observados no atendimento ao homem com priapismo no Hospital especializado (continua)

<b>Cuidados observados no Hospital Especializado</b>	
<b>Tipo de Cuidado</b>	<b>Cuidados observados</b>
Cuidado de emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferição dos sinais vitais</li> <li>• Classificação do priapismo</li> <li>• Cuidado no alívio da dor</li> <li>• Cuidado com Oxigenoterapia</li> <li>• Estimular a Micção</li> <li>• Aplicação de Compressas mornas</li> </ul>
Cuidados para os exames complementares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados na coleta de sangue para exames laboratoriais</li> </ul>
Cuidado de lidar com as prioridades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acesso venoso com bom calibre.</li> <li>• Cuidado na inserção endovenosa (endovenosa ou intravenosa)</li> <li>• Cuidados na reposição de líquidos rápidos</li> <li>• Administração de Analgésicos</li> </ul>
Cuidados na Hemoterapia Cuidado Contingencial Cuidado de alerta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorização dos sinais vitais a cada 30 minutos</li> <li>• Cuidados no controle da hipertensão</li> <li>• Cuidados no controle da hipertermia</li> <li>• Cuidados no controle da sobrecarga cardíaca</li> <li>• Cuidados na monitorização das reações anafiláticas</li> <li>• Cuidados no controle das vias aéreas</li> <li>• Cuidado nos procedimentos invasivos</li> <li>• Cuidado no preparo de medicamentos</li> <li>• Cuidado de controle de gotejamento</li> <li>• Cuidado no controle de líquidos</li> <li>• Cuidado na monitorização de líquidos</li> </ul>
Cuidado confortável	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados com o repouso no leito/poltrona</li> <li>• Cuidados nas orientações e esclarecimentos sobre o priapismo</li> <li>• Cuidados em manter a privacidade</li> </ul>
Cuidado de admiti-lo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de chamar as pessoas pelo nome próprio</li> <li>• Cuidado de ouvir</li> <li>• Cuidado da sua família</li> <li>• Cuidado de se apresentar como enfermeiro</li> <li>• Cuidado solidário</li> </ul>

Quadro 9 - Cuidados observados no atendimento ao homem com priapismo no hospital especializado (conclusão)

<b>Cuidados observados no Hospital Especializado</b>	
<b>Tipo de Cuidado</b>	<b>Cuidados observados</b>
Cuidado no risco de agravamento do quadro clínico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado (in)visíveis da infecção hospitalar</li> <li>• Cuidado preventivo para as quedas</li> <li>• Cuidado de lavagens das mãos</li> <li>• Cuidados de biossegurança</li> <li>• Cuidado no transporte- movimentação de um cliente/paciente de um local para outro</li> </ul>
Cuidado de assistir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado noturno</li> <li>• Cuidado diurno</li> <li>• Cuidado contínuo</li> <li>• Cuidado em esclarecer as dúvidas</li> <li>• Cuidado de encaminhar exames</li> <li>• Cuidados em encaminhar a solicitação de parecer para outros profissionais</li> <li>• Cuidados na conferencia das bolsas de hemoderivados</li> </ul>

As necessidades de cuidados são diretamente detectáveis, mensuráveis, e podem ser observadas de forma objetiva pelo enfermeiro, como por exemplo, a realização dos cuidados aos homens com priapismo com dor, que pode estar relacionado com a isquemia do pênis ou com a dor inerente as crises da doença falcêmica.

Por outro lado, este cuidado é de caráter individual e único, estando relacionado diretamente com o reconhecimento das experiências, da história de vida, valores, sentimento, emoções, crenças, interações, diálogo, a intimidade de cada homem. A identificação dessas necessidades do cuidado, nas observações realizadas, surgiu no momento em que a subjetividade foi expressa, por meio do reconhecimento da sua existência e do estabelecimento da relação intersubjetiva, que se define no contato homem/profissional no momento da interação interpessoal dos envolvidos, onde foram observados a ansiedade e o medo.

Após o reconhecimento das necessidades advindas dos homens falcêmico com priapismo, traça-se um plano de cuidado, elencando-os de acordo com o grau de urgência em que eles se apresentam. Assim, que é a etapa em que os **Cuidados prioritários** serão realizados na tentativa de diminuir o risco de agravamento. Esse cuidado é definido por Fernandes (2013) como aquele cuidado recebido a partir da gravidade e consequência para sua saúde.

Dessa forma, deve-se dar prioridade as necessidades imediatas, demandadas pela complexidade que se trata o homem falcêmico com priapismo, com atitudes simples e

resolutivas a fim de restabelecer a sua saúde e integrá-lo às suas atividades laborais. O risco de **agravamento do quadro clínico** requer da enfermagem o cuidado de monitorizar as complicações potenciais imediatas após os cuidados emergenciais do homem com priapismo.

Desta forma, o **Cuidado de Alerta** também esteve presente em todos os casos. Observou-se o início da construção dos cuidados, com a coleta de dados para o histórico de enfermagem até (re)organização do ambiente. Coelho (2006) contextualiza esse cuidado como uma espera permanente pelo que poderá vir acontecer, caracterizada também por um processo assistencial interconjugado ao de outros profissionais da área da saúde.

Neste cuidado, a equipe de enfermagem viveu, permanentemente, a sensação de intensidade dos cuidados. O Alerta se deu pela vigilância contínua, com atenção às alterações hemodinâmicas que a qualquer momento o homem com priapismo podia vir a apresentar. Sendo necessária a realização dos Cuidados de verificação **monitorização de sinais vitais** em todos os casos para controle e estabilização.

Um dos cuidados inerentes ao priapismo em falcêmicos é a oxigenoterapia. Desta forma, justifica-se a manutenção do **Cuidado no controle de vias aéreas** nos casos observados. Para esses cuidados Coelho (1997) ratifica a necessidade de intensificar a organização do setor de emergência. Tudo deve ser preparado nos mínimos detalhes técnicos. Não pode faltar o necessário para estabelecimento do diagnóstico e implementação da terapêutica com a finalidade de salvar vidas.

No hospital especializado, antes de qualquer prescrição, as equipes de enfermagem se mobilizavam para providenciar um acesso venoso com bom calibre para hidratação, analgesia e oxigenoterapia. O **Cuidar na terapia endovenosa**, os procedimentos invasivos, na terapia endovenosa, no preparo de medicamentos e controle de gotejamento foram prestados em todos os casos. Esses cuidados estão inseridos no **Cuidado Contingencial**, que se constrói, segundo Coelho (1997), durante os momentos em que há uma situação súbita ou episódica. Tendo o prognóstico em enfermagem reservado, já que o desequilíbrio bio-psico-socio-espiritual do homem pode agravar-se.

Esses cuidados caracterizam o aspecto biológico do cuidar através de procedimentos onde são utilizados os instrumentais de enfermagem como punção venosa periférica, cateterização vesical e curativo de partes lesadas entre outros. As principais características desse tipo de cuidar são os cuidados cuja constatação é concreta, mas que nos chama atenção o fato de que paralelamente a eles se atende aos aspectos subjetivos já que estes necessitam de observação detalhada (COELHO, 2006).

Como todos os homens com priapismo, do hospital especializado, são portadores da doença falcêmica, estes também receberam cuidados para reversão do priapismo específicos para homens para sua patologia de base. Homens com doença falciforme apresentam anemia crônica, que não é, por si só, indicativo de hemotransfusão. Estas estão indicadas sob circunstâncias especiais e em todas as situações em que a anemia causa repercussões clínicas (BRASIL, 2009b).

O volume de hemácias a ser transfundido é de 10 mL/kg, até o limite máximo de 300 mL por transfusão. Deve-se dar preferência a hemácias deleucotizadas (originadas a partir do uso de filtro para a remoção de leucócitos), com triagem negativa para Hb S e fenotipadas (para evitar a aloimunização eritrocitária) (BRASIL, 2009b).

No caso do priapismo, a exsanguineotransfusão parcial é preferível, por possibilitar a redução da HbS e da hiperviscosidade. No adulto, retiram-se 300 mL de sangue total, com reposição concomitante de SF 0,9% associado à transfusão de 300 mL de concentrado de hemácias (BRASIL, 2009b).

A hemoterapia é um processo que mesmo com indicação precisa e administração correta, respeitando todas as normas técnicas preconizadas, envolve risco sanitário. A qualidade e segurança do sangue e hemocomponentes devem ser assegurados em todo o processo, desde a captação de doadores até sua administração ao homem. A enfermagem participa de todo o processo, desde a coleta até a transfusão, garantindo a segurança transfusional livre de riscos à saúde dos envolvidos no processo.

Desta forma, os cuidados em hemoterapia no hospital especializado envolveram desde a avaliação para início da infusão até ao período pós-transfusão. Estes cuidados foram simultâneos e constantes. Assim, surgiram os seguintes cuidados: monitorização dos sinais vitais a cada 30 minutos, no controle da sobrecarga cardíaca, hipertensão e hipertermia, observação e avaliação das reações anafiláticas, no preparo de da hemotransfusão, no controle de gotejamento, na conferencia das bolsas, etiqueta de transfusão, na identificação do paciente, condições do produto relativas à estocagem e aspecto e validade.

Além destes cuidados que puderam ser observados, outros cuidados inerentes a hemotransfusão surgem de maneira cotidiana com o intuito de implementar medidas preventivas para minimizando os riscos inerentes aos procedimentos realizados, como: o **Cuidado (in)visíveis da infecção hospitalar** (antisepsia e assepsia), lavagem das mãos, de biossegurança, prevenção de quedas do leito com a movimentação e transporte do homem de um local para outro.

Neste sentido, o **Cuidado de Assistir** foi um dos que foram prestados em sua totalidade. Para realizar este cuidado, Cavalcanti (2002) afirma que o enfermeiro utiliza todos os órgãos dos sentidos, e às vezes não percebe a quantidade de mensagens emitidas ou captadas com olhares, sorrisos, movimentos corporais, alarmes, sensações de frio ou de calor, sons de vozes e gemidos de dor. Esses cuidados são realizados a todo o tempo, independente do grau de complexidade e da forma que são prestados. Para os homens, o medo e o receio da de ter um comprometimento do pênis, desestabiliza-os psiquicamente, gerando uma série de incertezas sobre o seu tratamento e prognóstico.

Ao assistir estes homens as equipes multiprofissionais da emergência se desdobram para manter a sequência dos cuidados diários, onde eles perpassam por diversas equipes, devido às mudanças de plantões, sendo evidenciados outros **cuidados** como: **noturno e diurno**, que são aparentemente idênticos, porém diferentes em sua essência.

Coelho (2006) descreve essa dicotomia e a influência do período em relação aos cuidados realizados. Para a autora o cuidado noturno carrega um silêncio prolongado específico da noite, induzindo diferentes ritmos circadianos com alteração do relógio biológico responsável pela regularização do padrão de atividade de descanso e variações biológicas. Neste caso, há modificações nos ritmos biológicos em relação ao ciclo vigília e sono, temperatura corporal inerente à hospitalização. Há especificidade do cuidado noturna, e uma delas é a autonomia, vinculado ao poder de resolutividade que o Enfermeiro tem diante de situações, onde o conhecimento e a perspicácia tornam-se determinantes para agir em situações que necessitem de ações rápidas para posterior acionamento do profissional médico.

Embora o setor de Emergência de Hospital Especializado se caracterize pela rotatividade e estabilização dos homens, muitos permanecem em observação e/ou internação, gerando uma série de rotinas e planejamentos inerentes aos Cuidados Diurnos. Coelho (2006) aponta para a particularidade deste cuidado no período matutino, onde há movimentação de pessoas, num ambiente de entrada e saída de vítimas, familiares, profissionais e alunos, além de ruídos de monitores, telefones, rotinas de exames complementares, tumultos, conversas paralelas, prontuários sendo disputados por todos, higiene a ser feita, bomba de infusão a controlar, curativos, procedimentos administrativos, óbitos, parada cardíaco-respiratória, sentimentos.

Com todas essas características específicas de atendimento de emergência, o homem fica vulnerável a inúmeros motivos para desestabilização hemodinâmica e emocional. A equipe de enfermagem necessita de habilidades para exercer sua prática diante deste contexto. Os cuidados deverão ser direcionados para que todas essas variáveis externas sejam

minimizadas, de modo a não causar um sofrimento maior para o homem que já se encontra abalada emocionalmente por conta do priapismo. No período da manhã a maneira de cuidar e a execução dos cuidados são realizadas na sua grande maioria, deixando mais vulnerável este homem.

Nesta transição entre plantões diurnos e noturnos é fundamental que os planos de cuidados sejam transmitidos para os demais membros das equipes, a fim de garantir essa continuidade da assistência, baseando-se nas necessidades universal do ser humano.

Coelho (1997) descreve esta assistência ininterrupta como **Cuidar Contínuo**, que fundamenta sua construção no planejamento e na garantia do prosseguimento dos cuidados já prescritos. No caso do setor de emergência, desenvolve-se nas salas de atendimento, outro tipo de cuidar, cuja característica básica é o dinamismo e o coletivismo.

A garantia dessa continuidade se dá pela passagem de plantão que é uma atividade fundamental no processo de trabalho do enfermeiro, pois é a troca de informações entre a equipe que prestou cuidados ao homem com priapismo em um turno de trabalho com a equipe que irá assumir tais cuidados no turno seguinte que garantirá a qualidade do serviço prestado. Na emergência, por conta da rotatividade, pode ser o primeiro contato do profissional enfermeiro com o homem, assumindo a responsabilidades pelos cuidados realizados a partir desse momento.

Os cuidados de enfermagem como acesso venoso com e administração de medicamentos com surgiram conforme as queixas apresentadas pelo homem e de acordo com terapêutica para o priapismo. Potter e Perry (2004) relatam que estes cuidados são inerentes do enfermeiro. Os sintomas de dor geralmente são a causa mais comum nesta situação, necessitando de a administração de medicamentos, mais especificamente, analgesia, onde a dor foi o mais relatado.

Kikuchi (2007) descreve os cuidados de enfermagem voltados ao homem com episódios de priapismo. Esses cuidados são voltados aos homens portadores de anemia falciforme, onde o planejamento de enfermagem consiste em: orientar que o priapismo é uma intercorrência possível de ocorrer entre pessoas com doença falciforme; reforçar a importância da ingestão diária de líquidos; preservar a privacidade, colocando a pessoa em sala mais reservada e caso não resolva com hidratação e analgésico, encaminhar para serviço de maior complexidade.

Para Montague et al. (2003), normalmente, utiliza-se esta terapia nos casos de priapismo não isquêmica, por não se tratar de uma emergência e, muitas vezes, resolve sem necessitar de outras intervenções tratamento. Tratamento conservador aguda como calor deve

ser utilizado. No entanto, não existem dados suficientes para concluir que medidas conservadoras oferecem qualquer benefício adicional além à taxa de resolução espontânea. Para o priapismo de baixo fluxo, recomenda-se banhos e compressas mornas, visando a vasodilatação e analgesia.

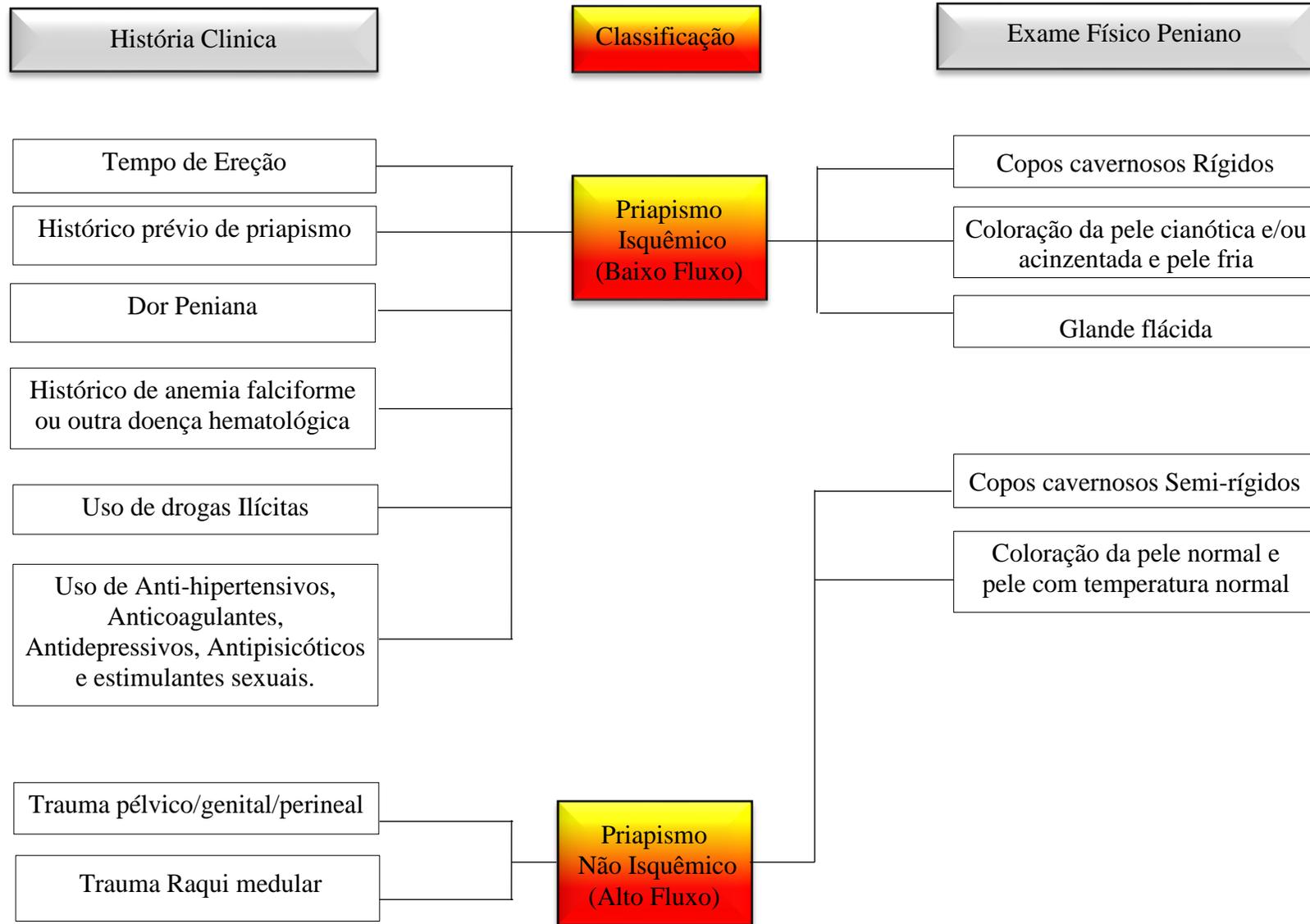
Esta terapêutica é um dos tratamentos mais antigos. A aplicação externa de calor ou frio é eficaz e proporciona efeito imediato. Entretanto, quando se fala na aplicação desta em literaturas encontram-se divergências terapêuticas. O calor atua relaxando os músculos e facilitando a circulação através da vasodilatação, acalmando assim a dor e diminuindo um pouco e impedindo o edema local. O frio age pela contração dos vasos sanguíneos, a dor local e impede a formação de hematomas e abscessos. Em certos tipos de ferimentos abertos, controla a hemorragia.

## CAPÍTULO 5 - MATERIALIZAÇÃO DA IDEIA DE INVESTIGAÇÃO

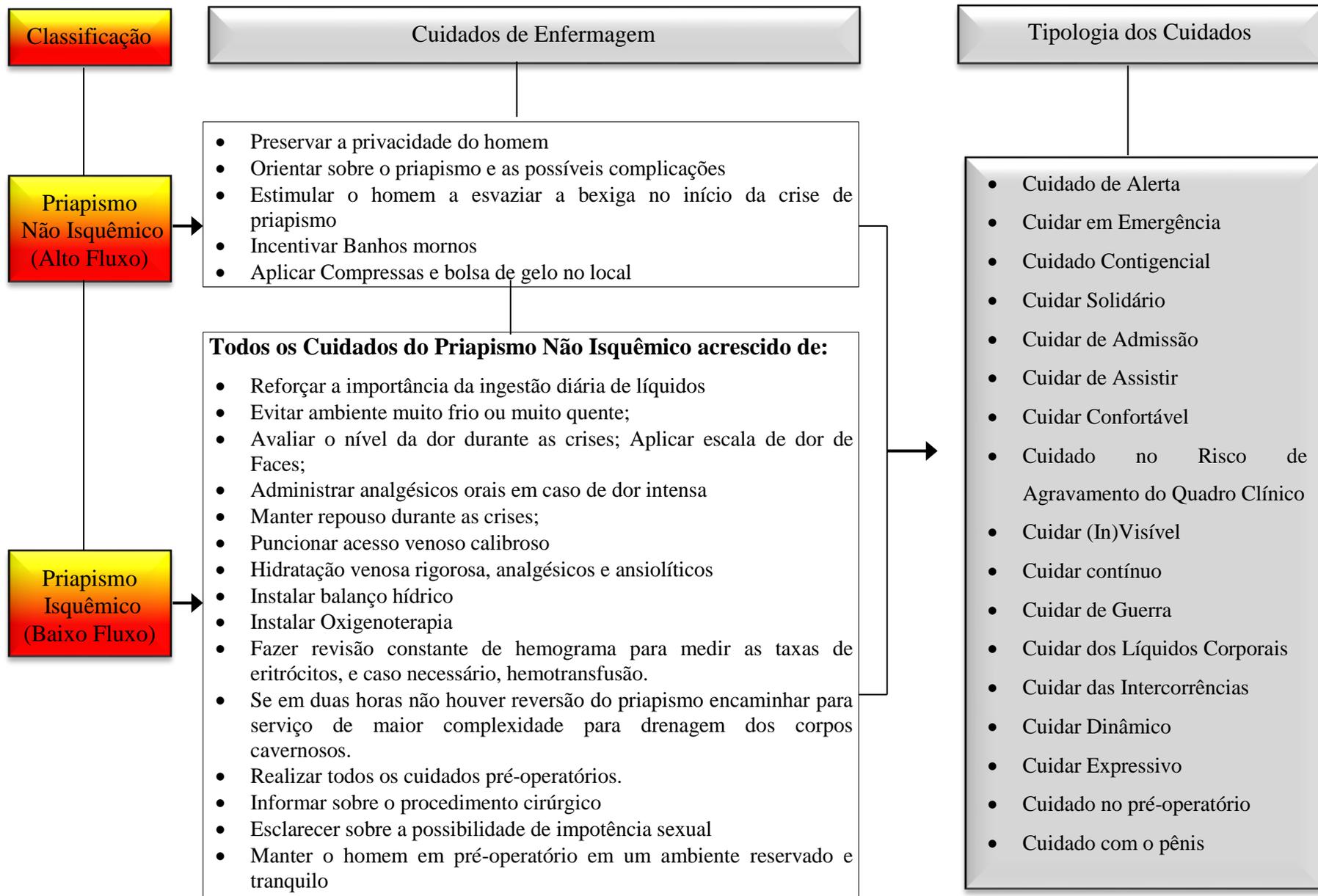
O compromisso deste estudo foi à devolução dos resultados ao campo prático com intuito de vislumbrarmos novas maneiras de cuidar destes homens de acordo com os dados apresentados. Assim, os resultados deste estudo proporcionou a confecção de dois produtos do cuidado: um fluxograma classificação do priapismo e os cuidados de enfermagem para o homem com priapismo e o outro um manual de cuidados para os homens.

Pensando na qualidade da assistência de enfermagem no âmbito emergencial, foram elaborados dois fluxogramas (Fluxogramas 4 e 5). O primeiro para direcionar a consulta de enfermagem e facilitar a classificação do priapismo. O segundo é a junção de toda anamnese e exame físico, com a descrição dos cuidados de enfermagem de acordo com a classificação do priapismo. Vale ressaltar que este fluxograma não é rígido, tendo a liberdade de prescrição de novos cuidados, dependendo da necessidade momentânea do homem.

Fluxograma 4 – Consulta de Enfermagem – Anamnese e Exame Físico do Homem com Priapismo



Fluxograma 5 – Tipologia dos Cuidados de Enfermagem aos Homens com Priapismo



O segundo produto do cuidado, o Manual Cuidados, foi criada de uma maneira lúdica, em forma de história em quadrinhos, com base nos resultados do estudo. Nele consta uma história de um Super-herói que sofreu de priapismo e conta a sua experiência para os leitores, informando sobre a doença, fatores de riscos e orientações para o cuidado do homem com priapismo. Inicialmente, este informativo será distribuído nas unidades de saúde cenários do estudo, e posteriormente, essa distribuição se dará nas unidades básicas de saúde, com caráter preventivo.

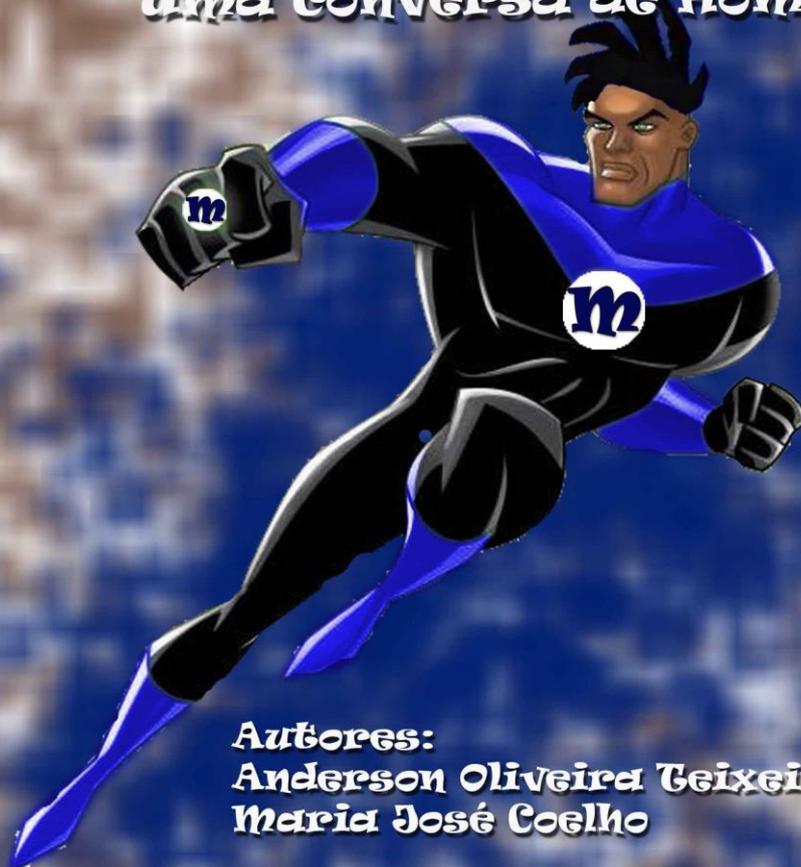
Para a elaboração do manual com personagens, o estudo contou com a participação uma equipe de Marketing, compostas por um professor e duas acadêmicas do curso Comunicação de uma faculdade privada, situada na região metropolitana do Rio de Janeiro. Nesta etapa, foram realizados três encontros para conversarmos essa materialização do estudo.

Para não ferir o direito autoral garantido pela Constituição Federal Brasileira e pela Lei 9.610/98, a equipe de marketing descaracterizou os personagens, modificando a cor da pele, cor da roupa, cabelo etc. Sendo assim, embora possa haver semelhanças com personagens já existentes, não passam de meras coincidências.

# Super em Macho

**Príapismo:  
Manual de Cuidados**

**Uma conversa de Homens.**



**Autores:  
Anderson Oliveira Teixeira  
Maria José Coelho**

**Janeiro/2015**



Olá Amigo! Você ainda não me conhece, mas hoje vamos ter uma conversa de homem e você conhecerá minha história.

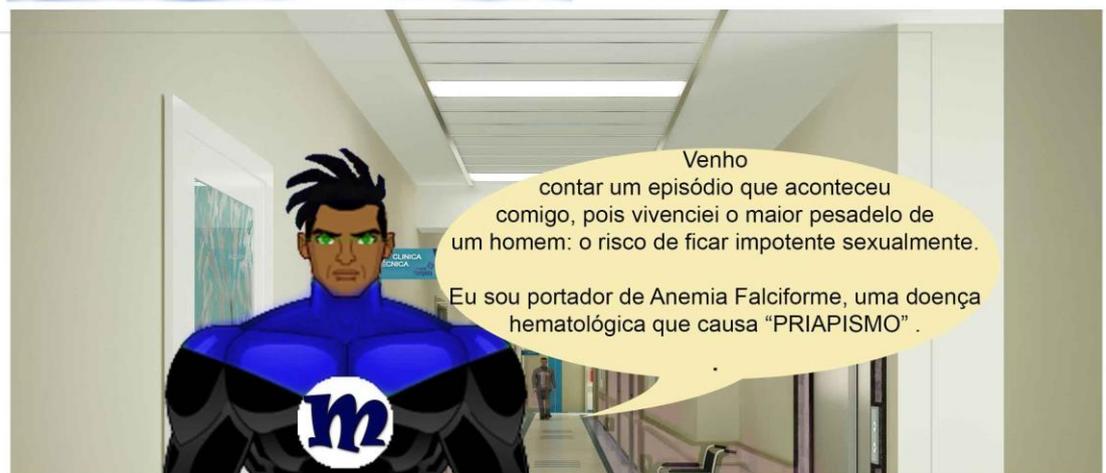
Meu nome é Super-Macho, tenho 25 anos. Sou bonito, forte, viril e imbatível.



Dedico minha vida combatendo o mal...



... e salvando pessoas em perigo.



Venho contar um episódio que aconteceu comigo, pois vivenciei o maior pesadelo de um homem: o risco de ficar impotente sexualmente. Eu sou portador de Anemia Falciforme, uma doença hematológica que causa "PRIAPISMO".

O Priapismo é uma ereção peniana por mais de 4 horas, dolorosa e sem estímulo sexual.

Tudo começou há um mês. Era uma noite linda, de céu estrelado, mas fazia muito calor.

Estava com ela ao meu lado...



A mulher Mascarada era uma namorada perfeita. Ela não sabia que era portadora da Anemia Falciforme



Já estava perto do amanhecer, quando notei algo diferente em mim. O que vou contar agora é muito delicado e as vezes até vergonhoso, mas me sinto no dever de falar para que você não passe pelo mesmo problema que eu.



Estava com o pênis totalmente ereto e não voltava ao normal por nada.



Algo estava estranho. Achei que estava com minha potência sexual em alta. Chamei minha namorada e pensei que podia fazer amor com ela



... mas a dor era horrível. Não sentia prazer nenhum.



Minha namorada tentou de todas as formas me convencer a procurar um médico, mas eu não achava que era algo importante, logo melhoraria.



Amor, não brinque com isso.



Depois de muita conversa, resolvi ir ao hospital.

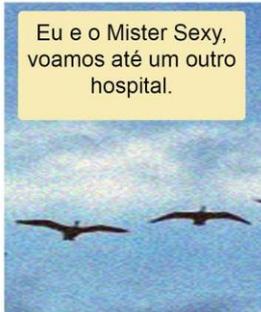




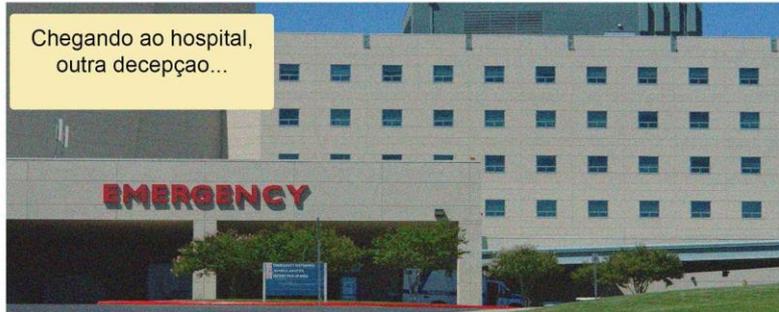
Em uma noite de festa com os amigos usei cocaína. Já estou assim desse jeito há 48 horas, não aguento mais de dor, por isso vim procurar ajuda.



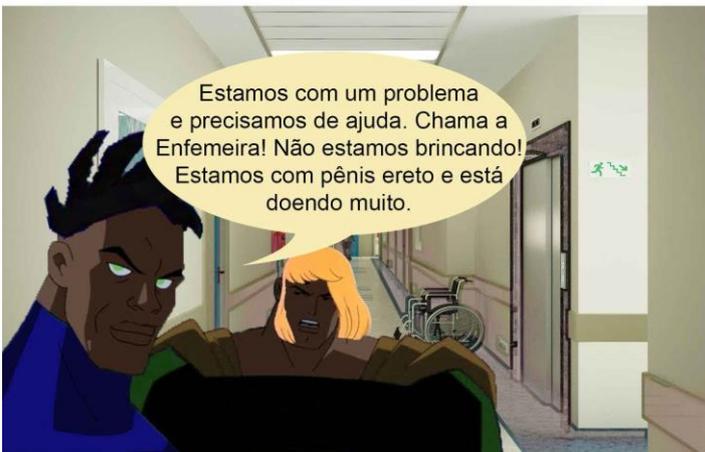
Vamos juntos procurar ajuda profissional em outro hospital. Aqui não deixaram falar com ninguém da área da saúde.



Eu e o Mister Sexy, voamos até um outro hospital.



Chegando ao hospital, outra decepção...



Estamos com um problema e precisamos de ajuda. Chama a Enfemeira! Não estamos brincando! Estamos com pênis ereto e está doendo muito.



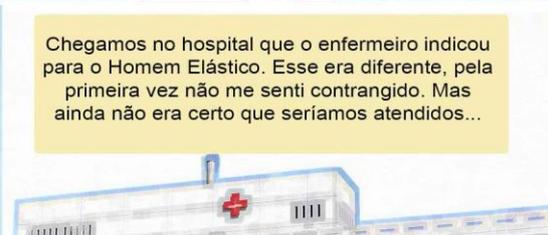
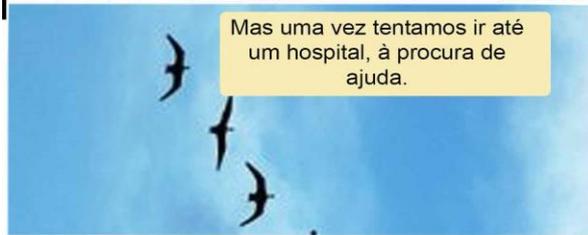
Vocês perderam a viagem! Hospital está lotado, e não tem urologista de plantão. Lamento...  
...Pênis ereto...  
Hum devem estar de brincadeira!

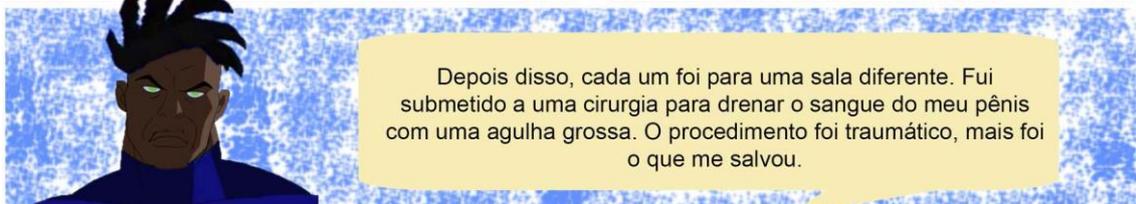


Não devia ter procurado ajuda pra isso. Nenhum hospital aceita me atender, isso não deve ser nada, vou voltar pra casa e vai melhorar sozinho.

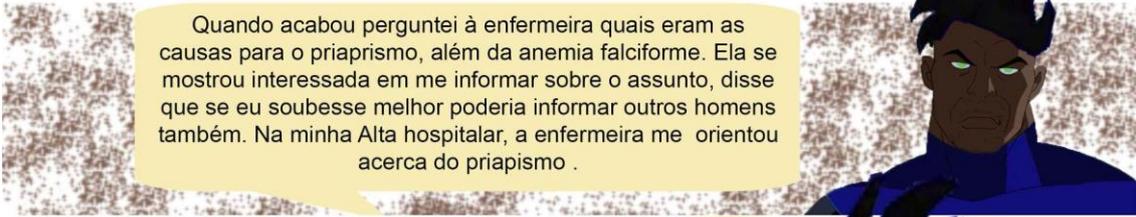


Você Não está pensando em desistir do tratamento não né? Estou com o mesmo problema, e um enfermeiro disse que o caso é grave. Tem que procurar ajuda em hospital com urologista..





Quando acabou perguntei à enfermeira quais eram as causas para o priapismo, além da anemia falciforme. Ela se mostrou interessada em me informar sobre o assunto, disse que se eu soubesse melhor poderia informar outros homens também. Na minha Alta hospitalar, a enfermeira me orientou acerca do priapismo .



Estava no elevador indo embora quando resolvi voltar e ver os outros heróis.

Pronto Super Macho. Você já está bem. Qualquer coisa já sabe onde encontrar ajuda.



Descobri que nem todos tiveram um final feliz.

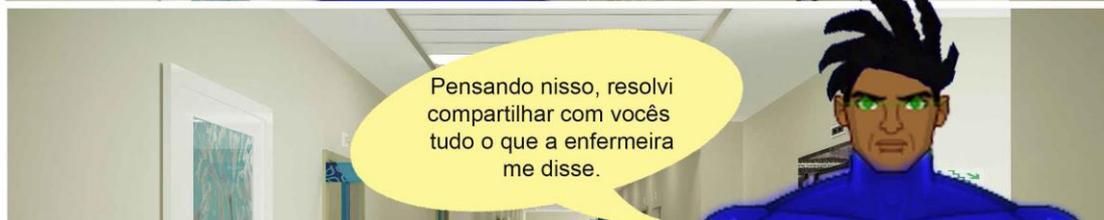
O Mister Sexy, fez o tratamento mas vai ficar com impotência sexual.



Agora vocês conhecem minha história, acreditem; prevenção é o melhor caminho!



Pensando nisso, resolvi compartilhar com vocês tudo o que a enfermeira me disse.



**O que é Priapismo?**

Trata-se de um problema de grande importância para a saúde pública, em virtude dos danos causados a população masculina. Doença caracterizada pela ereção peniana dolorosa e persistente por mais de 4 horas, não desencadeada por estimulação sexual. Tipicamente, somente os corpos cavernosos são afetados, sendo considerada uma situação de emergência.

**O que pode levar ao Priapismo?**

As causas secundárias são diversas, desde trauma raquimedular até injeção de prostaglandinas nos corpos cavernosos.

Nos adultos o número de casos vem aumentando muito, devido à utilização cada vez maior de medicações e injeções de prostaglandinas e papaverina diretamente nos corpos cavernosos.

Entre as medicações destacam-se:

- Anticoagulantes como a warfarina;
- Anti-hipertensivos como a nifedipina;
- Antidepressivos como o diazepam;
- Drogas recreativas como a cocaína e a maconha;
- Antipsicóticos.

Além das drogas, doenças metabólicas também podem ser causa de priapismo:

- Anemia falciforme
- Leucemia
- Trauma perineal ou peniano
- Traumatismo raquimedular

**Como se cuidar em crise?****No domicílio**

Hidratação: aumentando a ingestão hídrica

Compressas mornas no pênis e banhos mornos provocam a vasodilatação, que pode diminuir a dor.

Estimular o esvaziamento da bexiga no início do priapismo.

Analgesia oral.

Caso não reverta a crise de priapismo e persistir por mais de 3 horas, ou mesmo antes, se houver dor: procurar uma unidade de saúde, com serviço de urologia na emergência.

**No Hospital**

Sem melhora significativa, em 2 a 3 horas com as medidas iniciais, inicia-se a aspiração e irrigação dos corpos cavernosos.

O tratamento do Priapismo Agudo deve ser feito em etapas:

Acesso venoso calibroso

Hidratação venosa vigorosa, com soro fisiológico 0,9%,

Analgesia (morfina ou outro opióide),

Ansiolítico (midazolam) em pacientes mais ansiosos

Oxigenoterapia, se a saturação for menor que 88%,



Lembre-se;  
Cuidar da saúde é fundamental!  
E sempre que precisar  
você pode contar comigo.  
Espero ter ajudado com a  
nossa conversa de homens.

Manual de Cuidados desenvolvida através dos resultados da Pesquisa de Mestrado: O Cotidiano do atendimento emergencial do homem com priapismo e os cuidados de enfermagem. Rio de Janeiro, 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015 – Mestrando: Anderson Oliveira Teixeira  
Orientadora: Maria José Coelho

## **A VULNERABILIDADE DO HOMEM BRASILEIRO COM PRIAPISMO EM ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA**

## **VULNERABILITY OF BRAZILIAN MAN WITH PRIAPISM IN EMERGENCY CARE**

## **VULNERABILIDAD DEL HOMBRE BRASILEÑA CON PRIAPISMO EN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA**

### **RESUMO**

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo exploratório, através de estudo de dois casos de priapismo, realizado nos setores de emergência de dois hospitais do Estado do Rio de Janeiro/Brasil. Os objetivos foram descrever e discutir o atendimento recebido pelos homens que sofreram de priapismo em unidades de atendimento de urgência e emergência. Foram analisados dois casos de homem com priapismo: O caso 1 trata-se de um jovem de 24 anos com 29 horas de ereção peniana. Já o caso 2, um homem de 70 anos que permaneceu com pênis ereto por mais de 144 horas. O priapismo é um problema grave de saúde, e pode trazer sequelas irreversíveis para os homens tais como: a disfunção erétil e/ou, em alguns casos, amputação do órgão genital. O risco de impotência sexual é uma situação incomum, desconfortável e inesperada, pois sua masculinidade pode ser arranhada nesses momentos.

Palavras-chave: Saúde do Homem, Priapismo, Emergência

### **ABSTRACT**

This is a qualitative study, descriptive exploratory, study using two cases of priapism, performed in the emergency department of two hospitals in the State of Rio de Janeiro/Brazil. The objectives were to describe and discuss the care received by men who suffered from priapism in care units and emergency. We analyzed two cases of men with priapism: Case 1 it is a young 24 year old with 29 hours of penile erection. Already the second case, a man of 70 who remained with erect penis for more than 144 hours. Priapism is a serious health problem, and can bring irreversible consequences for men such as erectile dysfunction and / or, in some cases, amputation of the genital organ. The risk of impotence is an unusual situation, uncomfortable and unexpected because their masculinity can be scratched at those times.

Keywords: Men's Health, Priapism, Emergency

## RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, mediante dos casos de priapismo, realizado en el servicio de urgencias de dos hospitales en el Estado de Rio de Janeiro/Brasil. Los objetivos fueron: describir y analizar la atención que reciben los hombres que sufrían de priapismo en las unidades de atención y de emergencia. Se analizaron dos casos de hombres con priapismo: Caso 1 se trata de un joven de 24 años con 29 horas de erección del pene. Ya el segundo caso, un hombre de 70 años que mantuvo con el pene erecto durante más de 144 horas. El priapismo es un grave problema de salud, y puede traer consecuencias irreversibles para los hombres, tales como la disfunción eréctil y / o, en algunos casos, la amputación del órgano genital. El riesgo de impotencia es una situación inusual, incómodo e inesperado debido a que su masculinidad puede ser rayado en esos momentos.

Palabras clave: Salud del Hombre, Priapismo, Emergencia

## Introdução

O homem com priapismo se vê diante de uma situação incomum e desconfortável, onde o risco de impotência sexual pode arranhar sua masculinidade. No cotidiano de cuidar em emergência comumente vemos, homens com priapismo sendo admitidos nas unidades hospitalares. Entretanto, nos serviços de saúde, estes enfrentam “barreiras assistenciais” e “pré” conceitos de uma sociedade machista, que de forma geral desconhece essa situação de emergência em que vislumbra a ereção patológica como algo relacionado à sexualidade, quando na verdade o indivíduo sofre, naquele momento, com um grave problema urológico, com risco de amputação do pênis e de vida.

A palavra priapismo deriva-se de Príapo, o “Deus” responsável pela fertilidade das colheitas, do gado e das mulheres. Desde os primórdios da mitologia grega, Príapo, tinha duas características: agrárias e de virilidade. A característica agrária deu-se pelo fato do Príapo ter como a principal tarefa o cuidado com as hortas e jardins. Em Roma, colocava-se uma estatueta pintada de vermelho e com seu enorme pênis em jardins e vinhedos simulando um espantalho a fim de combater mau-olhado, afastar os intrusos além de assegurar a fecundidade (Fregonesi & Reis, 2010).

Além disso, outra característica deste “Deus” grego é o da masculinidade e fertilidade devido seu caráter itifálico, sendo desproporcional a junção de um pênis primitivo a um corpo de menor tamanho. Desta forma, atribuiu-se ao seu pênis seu objeto de poder, pois segundo relatos mitológicos, Príapo não tolerava saber que outro ser vivo macho tivesse o pênis maior que o seu.

Príapo sempre teve sua ereção percebida como patológica, conforme se pode ver nos seus tratados nosográficos. Os antigos médicos denominaram priapismo como uma doença terrível, cuja ereção, involuntária e originária de alguma inflamação, é permanente e dolorosa, desprovida de ejaculação e de modo algum geradora do prazer. O priapismo pode levar a falência sexual (Montagner, 2004).

Nesta concepção, conceitua-se priapismo como uma ereção peniana prolongada e dolorosa não acompanhada de desejo ou estímulo sexual, usualmente persistente por mais de quatro horas. Esta condição é considerada uma situação de emergência, onde a disfunção erétil é a seqüela mais comum no tratamento inadequado e demorado para essa situação emergencial (Keoghane, Sullivan & Miller, ANO). De acordo com Sociedade Brasileira de Urologia a incidência global de casos de priapismo gira em torno de 1,5 por 100.000 pessoas por ano, todavia, estudos demonstram que essa incidência é maior na população portadora de anemia falciforme que segue em torno de 29 e 42% nesses casos.

Com o passar dos tempos, a concepção clássica, no tocante ao priapismo, vem se modificando e atualmente, classifica-se o priapismo em dois grupos: priapismo de baixo e alto fluxo. O de baixo fluxo é o mais frequente, caracteriza-se pela disfunção da musculatura lisa do corpo cavernoso ou pela viscosidade do sangue. Quanto mais tempo de ereção, menos oxigênio, mais gás carbônico e mais acidose locais, perpetuando plegia da musculatura lisa. Como condições associadas com priapismo de baixo fluxo temos: a anemia falciforme, a talassemia, as leucemias, a policitemia, a Hemoglobinopatia de Olwsted, os antipsicóticos, os antidepressivos, a cocaína, as doenças neoplásicas, a nutrição parenteral hiperlipídica, o tratamento com heparina e as anestésias gerais ou regionais (Fregonesi & Reis, 2010).

Já em relação ao priapismo de alto fluxo ou arterial é menos frequente. Relaciona-se à ereção não tão rígida em comparação com o de baixo fluxo. Geralmente confronta-se a um evento, habitualmente, trauma peniano e/ou perineal, provocando formação de fístula na artéria cavernosa. Neste tipo de afecção o paciente não refere dor, além de não se relacionar com necrose e com fibrose dos corpos cavernosos. Neste caso, o sangue no pênis é mais rico em oxigênio e pobre em gás carbônico (Fregonesi & Reis, 2010).

No atendimento de emergência a um homem com priapismo, deve sistematizar e direcionar os cuidados com o intuito de assegurar um atendimento individualizado e humanizado. Para isso, deve-se realizar uma avaliação inicial minuciosa para identificação das possíveis causas patológicas e a classificação do tipo de priapismo. A avaliação e o diagnóstico é de suma importância para elaboração de medidas terapêuticas e de cuidados. O diagnóstico é clínico e necessita de uma avaliação direcionada, principalmente, para o histórico de enfermagem e o exame físico com rapidez e eficiência, além dos exames laboratoriais e de imagem para traçar condutas terapêuticas emergenciais.

É um cuidado compartilhado com o conhecimento de todos os membros da equipe de saúde. E para um direcionamento terapêutico, é importante considerar a distinção entre os dois tipos, sendo que a fibrose e a disfunção erétil são sequelas mais comumente associadas ao priapismo de baixo fluxo. É esperado que a opção terapêutica seja redefinida, não apenas para reduzir a condição clínica imediata, mas também para reduzir a fibrose precoce e a disfunção da musculatura lisa que pode acompanhar esta situação emergencial e levar os homens para a condição de disfunção erétil permanente (Silveira & Hachul, 2011).

Em geral os homens constroem a sua masculinidade baseados em paradigmas de sua sociedade, tendo de se apresentar, às vezes, com uma imagem de autossuficiência em que não percebem, de imediato, sua vulnerabilidade em quanto ser humano. As disciplinas das ciências sociais vêm trazendo contribuições teórico-metodológicas para área da Saúde Pública, abordando a temática em questão. Os estudos socioculturais de caráter mundial sobre a construção da masculinidade apontam marca identitárias de uma visão hegemônica do ser masculino. Marcas estas, expressas, principalmente, pela adoção do status de ser ativo, crença de que deva mostrar invencibilidade, pela associação do masculino à necessidade de se expor ao risco, e pela naturalização do descontrole sexual e a redução da sexualidade masculina à penetração (Gomes, Schraiber & Couto, 2005).

A masculinidade numa perspectiva relacional de gênero, pode ser vista como um espaço simbólico que serve para estruturar a identidade de ser homem, através de prescrições a serem seguidas por aqueles que desejem receber o atestado de masculinidade e não sejam questionados e nem objetos de estigma por parte daqueles que compartilham estas prescrições (Gomes, Nascimento, Rebello & Araujo, 2008).

Essa dicotomia mundial em masculino e feminino, em todas as sociedades, expressa que as crianças são socializados e educados de formas distintas com relação à vida diária e no Brasil não é diferente. Ao destacar as questões relacionadas ao gênero percebe-se que, no imaginário social de algumas regiões, ser homem está associado à invulnerabilidade, à força e à

virilidade, características essas incompatíveis com demonstrações de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, e no tocante ao cuidar da própria saúde, essa é representada pela procura por serviços de saúde, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade (Gomes, Nascimento & Araujo, 2007).

A vulnerabilidade pode ser vista sob a ótica de Ayres (1996) que descreve o conceito como o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa frente a uma determinada doença, risco ou dano e substitui o conceito clássico de fatores de risco. A resposta que o conceito de vulnerabilidade, segundo o autor, pretende oferecer à necessidade de ir além da tradicional abordagem comportamentalista das estratégias de redução de risco exclusivamente individuais pode ser melhor entendida no âmbito das diferentes etapas históricas das epidemias e das respostas correspondentes da comunidade científica.

No âmbito da epidemiologia, o conceito de risco se incorpora gradativamente à descrição mais abrangente de "vulnerabilidade". Enquanto buscamos com o risco "calcular a probabilidade de ocorrência" de um agravo em um grupo qualquer com determinada característica, "abstraídas outras condições intervenientes", com a vulnerabilidade procuramos "julgar a suscetibilidade" de "cada indivíduo ou grupo" a esse agravo, "dado um certo conjunto de condições intervenientes" (Ayres, 1997).

## **Metodologia**

Com intuito de compreender o atendimento do homem com priapismo em situação de emergência, realizou-se um estudo qualitativo, de cunho descritivo exploratório, através de estudo de dois casos de priapismo que foram atendidos no setor de emergência. Os cenários do estudo dos casos foram os setores de emergência de dois hospitais da rede pública, situado na Região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro/Brasil. Nessa perspectiva, objetivou-se: descrever e discutir o atendimento recebido pelos homens que sofreram de priapismo em unidades de atendimento de urgência e emergência.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a julho de 2011, no momento da admissão do paciente na emergência, através da observação participante e uma entrevista semi-estruturada que foi realizado após a realização das condutas terapêuticas emergenciais. Para realizar o recrutamento dos participantes, o pesquisador respeitou o momento em que os cuidados emergenciais estivessem sendo prestados, pois o tempo de intervenção está diretamente relacionado com o prognóstico deste homem.

Após estes cuidados, com a reversão do quadro clínico e o alívio da dor, em até 24 horas (período do atendimento de emergência), esperou-se o momento em que este homem tivesse em condições físicas e psicológicas estabilizadas para iniciarmos a abordagem. Buscou-se condições e um local mais adequado (reservado) para que o convite e esclarecimentos da pesquisa fossem efetuados.

No momento do convite foram esclarecidos os objetivos da pesquisa. Embora a investigação não interferisse diretamente na terapêutica dos participantes e por se tratar de um assunto que envolve a sexualidade masculina, existiu riscos psíquicos e moral no momento da entrevista por constrangimento desta abordagem. Para minimiza-los, as observações e as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador de campo do sexo masculino, o que facilitou o entrosamento entre o participante e o pesquisador.

A pesquisa tratou com dignidade, respeitando a autonomia e a vulnerabilidade destes homens, ponderando entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, evidenciando a relevância do estudo com vantagens significativas para os sujeitos e minimização do ônus para os quem estiver vulnerável. Todos receberam, na ocasião, amplos esclarecimentos acerca da pesquisa, respeitando-se os princípios da autonomia, conforme prevê a Resolução CNS-196/96 que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Para os sujeitos foram utilizados pseudônimos (Cosme e Damião) com intuito de preservar o anonimato e as demais informações sobre estes sujeitos.

Este estudo é vinculado ao programa de pesquisa – Fatores de Risco para Homens Internados e Reinternados e sua Relevância para o Cuidado de Enfermagem Seletivo por Género - CNPq –, registrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil Ref.: 0117 CNPq, aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ, protocolo nº 053/2010.

## **Resultados**

**Caso 1** - Sábado, 29 de janeiro de 2011 as 16:25h, foi admitido, em um hospital público da rede Estadual de Saúde, situado no município de Rio de Janeiro, o Sr “Cosme” com 24 anos de idade, residente do município de Paracambi, em um situação clínica de urgência urológica de priapismo, com cerca de 29 horas de ereção peniana ininterrupta. Anamnese: Sr Cosme relatou não ter antecedentes de patologias hematológicas e neoplásicas, negou traumatismo em pênis e região perineal, porém, segundo ele, fez uso de cloridrato de Sildenafil 50mg há dois dias para aumentar a capacidade sexual; nega uso de drogas ilícitas. Por volta de 20 horas do dia 27, dois dias antes do atendimento no serviço de emergência, fez uso de dois

comprimidos de cloridrato de Sildenafil 50 mg, como auto-medicação, e em seguida, manteve relações sexuais durante a madrugada. Pela manhã do dia seguinte, acordou por volta de 11 horas com pênis ereto. No início achou que era normal por ter tomado o remédio “azulzinho”, porém, passado 3 horas, o pênis continuava rígido, mas agora com sensação dolorosa à palpação.

Preocupado com o quadro instalado e sem saber do que se tratava, Cosme resolveu procurar ajuda. Dirigiu-se ao posto de saúde mais próximo de sua residência, para obter informação deste “fenômeno”. Com vergonha de expor seu problema, mas preocupado com a situação em que se encontrava, pediu ajuda a um Médico da Clínica Médica do Serviço Básico de Saúde, e neste momento, recebeu a informação de que não teria como atendê-lo, pois tratava-se de um procedimento especializado de urologia, e o encaminhou para o ambulatório de Urologia, porém só tinha possibilidade de agendamento da consulta após dois dias do início do quadro instalado.

Com dor, Cosme retornou para sua residência, e buscou informação na Internet sobre o assunto, percebeu que o seu caso era considerável de urgência. Inquieto com a situação e ciente das complicações advindas do priapismo, Cosme foi à busca de hospitais a fim de uma solução terapêutica. Nesta luta contra o tempo, percorreu uma distância de 70 km, de sua residência ao município do Rio de Janeiro, e durante este percurso passou em 4 hospitais gerais e em nenhum deles foi aceito como caso de urgência.

O jovem relatou que ao chegar nessas unidades de saúde, o mesmo percebeu descaso com sua situação clínica. Segundo ele, bastavam alguns minutos para que o local onde ele se encontrasse torna-se um verdadeiro “ponto turístico”, aonde funcionários de outros setores iam até o mesmo para conhecer quem era o homem que tinha um pênis ereto.

Após essa longa caminhada em busca de assistência, e já sem condições financeiras para sua locomoção pela cidade, Cosme foi atendido no Serviço de Emergência de um Hospital Estadual da rede pública. No momento da admissão, o mesmo encontrava-se em um corredor com vinte e três pacientes adultos internados (homens e mulheres), sem nenhuma privacidade, onde foi realizado a consulta e o exame físico, tendo um biombo para separá-lo dos outros pacientes.

No exame físico o pênis encontrava-se com ereção vigorosa, rígido e doloroso à palpação. Solicitado parecer do serviço de urologia da emergência, que diagnosticou como priapismo de baixo fluxo, e solicitou, imediatamente, uma sala de cirurgia para realização da drenagem dos corpos cavernosos. A cirurgia foi realizado com anestesia local com lidocaína 2%, puncionando os corpos cavernosos com jelco nº 16 para drenagem de sangue e coágulos, além

de lavar os corpos cavernosos com solução fisiológica e epinefrina. Realizado gasometria do sangue drenado dos corpos cavernosos. Encaminhado para enfermaria para sua internação, onde deu continuidade à terapêutica com antibioticoterapia, analgesia e sob vigilância de novos episódios de priapismo.

Após cinco dias de internação e pós-operatório, apresentava equimoses em corpos cavernosos e discreta tumescência. Teve alta hospitalar no sexto dia de internação, sem novos episódios de priapismo, e sendo orientado a voltar para revisão após vinte um dias. Na consulta de revisão, o paciente negou outro episódio de priapismo e declarou ter mantido sua função sexual.

**Caso 2** - Terça-feira, 12 de julho de 2011 às 9h, na emergência de um Hospital da Rede Federal de Saúde, situado no município do Rio de Janeiro, foi admitido o Sr “Damião” com 70 anos de idade, residente do município de Caxias, com priapismo a mais de 6 dias de evolução do quadro clínico. Anamnese: paciente relata início da ereção peniana ao acordar pela manhã do dia 06 de julho de 2011; negou ter antecedentes de patologias hematológicas e neoplásicas; nunca utilizou drogas “recreativas” e/ou ilícitas; relata ausência de trauma em região perineal e/ou peniana. A princípio tentou ocultar seu problema no ambiente familiar, mas tais foram os gritos de dor que chegou ao conhecimento de sua esposa, 17 horas após o início do quadro.

Sr Damião e sua esposa resolveram aguardar o dia amanhecer para procurar um serviço hospitalar. No primeiro momento, procuraram atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de seu município, mas não foi atendido, pois nesta unidade não tinha urologista de plantão, porém, foi informado que deveria buscar um serviço de emergência urológica. Nesse momento, já se passavam 24 horas de ereção ininterrupta. No 3º dia, foi a um consultório de urologia particular, onde foi orientado quanto à gravidade da sua patologia, e a necessidade de uma intervenção cirúrgica, porém o paciente deveria retornar ao serviço público para realizar este procedimento. Na tentativa de solucionar o problema, o Sr Damião percorreu quatro unidades de saúde sem sucesso, sendo atendido somente no 5º hospital após seis dias do quadro clínico instalado.

O mesmo declarou que quando chegou neste Hospital Federal foi direcionado para o setor de acolhimento, onde se deparou com o vigilante que o impediu de entrar no setor, pois o atendimento estava restrito e só estavam atendendo os casos considerados “graves”. Perplexo com a dificuldade de acesso a um serviço de saúde, Damião não se importou com sua exposição e começou a verbalizar em voz alta sobre sua patologia, e no momento em que foi

caminhar, sua glânde encostou no feixo eeler de sua calça gerando uma dor insuportável, começou a urrar e chorar . Vagarosamente, foi arriando o seu corpo no chão o que causou um tumulto e a enfermeira do acolhimento comovida com a situação, resolveu abrir o boletim de atendimento.

No consultório de enfermagem, foi realizado o exame físico inicial onde o pênis encontrava-se com uma ereção rígida e dolorosa, cianótico, sem sinais de trauma em região perineal e/ou peniano. Ao encaminhá-lo para o serviço de urologia da emergência, foi diagnosticado o priapismo de baixo fluxo, porém, sendo indicado tratamento cirúrgico, porém por dificuldade de sala cirúrgica, o paciente não realizou o procedimento no dia de sua admissão, sendo agendada para o dia seguinte a drenagem dos corpos cavernosos.

Na drenagem dos corpos cavernosos com anestesia local com lidocaína 2%, foi puncionado o pênis com um cateter intravenoso jelco nº 16, com drenagem de grande quantidade de coágulos, além de lavar os corpos cavernosos com solução fisiológica. No pós-operatório imediato permanecia com pênis tumescente. Houve a necessidade de nova drenagem 10 horas após o primeiro ato cirúrgico. Nesta segunda fase, realizou-se a lavagem com soro fisiológico e epinefrina. Sr Damião permaneceu internado na enfermaria de urologia, com antibioticoterapia e analgesia, após 7 dias recebeu alta hospitalar, com consulta de revisão cirúrgica marcada para 15 dias após sua alta. Na consulta pós-operatória negou novo episódio de priapismo, porém também relatou impotência sexual.

## **Discussão**

Analisando os quadros clínicos descritos e refletindo acerca das complicações relacionadas ao priapismo, identifica-se que os homens acometidos por esta complicação ficaram vulneráveis devido ao descaso de alguns profissionais de saúde o que dificultou o acesso nos hospital do Estado do Rio de Janeiro. Olhando para a totalidade, entende-se que todos os homens estão susceptíveis ao priapismo, seja por causas patológicas, fisiológicas, ou ainda relacionadas às causas externas necessitando de atendimento de emergência.

Os casos clínicos descrevem a vulnerabilidade nestes casos e estabelece uma síntese das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações. Este enfoque para o planejamento de ações preventivas busca responder aos limites e resultados técnicos, sociais e políticos do conceito de "risco", e suas noções de fatores, grupos e comportamentos de risco(Ayres, 1996).

De acordo com a tabela 1, Sr Cosme e Damião tiveram dificuldade de acesso às unidades saúde. O atendimento inicial prestado a esses homens ficou prejudicado pela demora do atendimento e do início das condutas terapêuticas emergências. O intervalo temporal do início da problemática até o atendimento resolutivo perpassou por mais de 24 horas cada um deles, mesmo que estes tenham procurado o serviço de saúde precocemente. Tamaña dificuldade teve o Sr Damião cujo tempo de ereção chegou por mais de 144 horas, tendo procurado 5 unidades de saúde. Inicialmente um dos pontos de reflexão é sobre o tempo de atendimento, já que no primeiro caso, tratava-se de um indivíduo mais jovem, 24 anos, enquanto no segundo caso, um idoso, 74 anos. A questão da faixa etária pode ter sensibilizado os profissionais para que este atendimento fosse mais rápido. Todavia, acreditamos que o atendimento deveria ser visto da mesma forma.

Quadro 10 - Comparação dos casos clínicos. Fonte: Dados da pesquisa (2011)

	<i>Cosme</i>	<i>Damião</i>
Tempo de ereção	29 horas	144 horas
Quantas Unidades de Saúde procurou?	4	5
Os pacientes conheciam essa patologia anteriormente?	Não	Não
Fizeram uso de Citrato de Sildenafil (Viagra) ?	Sim	Não
Fizeram uso de drogas ilícitas?	Não	Não
Antecedentes de patologia hematológica e neoplásicas?	Não	Não
Trauma peniano ou perineal	Não	Não
Após a terapêutica, paciente ficou impotente sexualmente?	Não	Sim

De acordo com a Constituição brasileira a saúde é um direito de todos e um dever do estado e que deve ser entendida como resultado de um processo e das relações sociais que garantam maior ou menor qualidade de vida para uma população, neste sentido a saúde do homem tem que ser entendida dentro de um determinado contexto social e econômico. De modo geral os homens têm medo de descobrirem que estão doentes ou acham que nunca vão adoecer, por isso negligenciam os cuidados, se afastam dos serviços de saúde, inclusive os de promoção e prevenção, e são menos sensíveis as políticas de saúde.

Além disso, o perfil mundial da morbimortalidade dos homens tem-se alterado nas últimas décadas, situação também percebida em outros países além do Brasil. Este fato levou o Canadá a ser o primeiro país americano a implantar uma política de atenção à saúde do homem, seguido pelo Brasil, que no contexto do Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde para promover um novo padrão de

desenvolvimento centralizado no crescimento, bem-estar e melhoria das condições de vida do cidadão brasileiro, adota uma política que coloca o Brasil na vanguarda das ações voltadas para a saúde do homem (Graciano et al, 2013).

Diante da necessidade de se incluir o homem no processo de cuidar, o Ministério da Saúde elaborou uma política direcionada a essa clientela masculina. Em 2008, torna-se efetiva a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem – PNAISH - instituída no âmbito do SUS, pela Portaria Nº 1.944 de 27 de agosto de 2009, tem por objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, reduzir-lhe a morbidade e mortalidade, facilitando o acesso às ações e aos serviços de assistência à saúde (Brasil, 2008).

Pode-se destacar que um dos motivos que estes homens demoram a procurar atendimento hospitalar de emergência se dá por medos e anseios, que de certa forma, esses se ancoram no modelo hegemônico de masculinidade de suportar a dor o máximo possível. Sendo assim, os homens com disfunção erétil, sem libido, doente e sem o status de provedor, comprometem as marcas identitárias da masculinidade (Gomes, et al, 2007). A masculinidade está intimamente relacionada a um espaço simbólico que serve para estruturar a identidade de ser homem, modelando atitudes comportamentos e emoções a serem adotados.

Os homens constroem a sua masculinidade baseados em paradigmas, tendo de se apresentar com uma imagem de autossuficiência em que não percebem sua vulnerabilidade. Este ponto os leva a não dar à atenção necessária a saúde, e tornam-se empecilhos no acesso aos serviços médicos ao traduzir o pensamento de que homem não precisa de se cuidar, uma vez que o “cuidado é coisa de mulher”, entre outros aspectos.

Neste sentido, o homem quando sofre de priapismo, no primeiro instante, nega o problema e acredita que está potente sexualmente, e só quando a dor é percebida é que se dão conta da gravidade. No processo de cuidados dos homens com priapismo, devemos focar na reversão do quadro clínico apresentado e, principalmente, atentar para as necessidades desta clientela na emergência no tocante as necessidades biopsicossociocultural. Para que seja possível atender às demandas sociais, culturais e de saúde, especificamente, é preciso incluir esse homem no cenário do cuidar, de modo que este venha a ser atendido e tratado de acordo com as suas especificidades e necessidades, gerando qualidade de vida e diminuição de risco de vida. A temática relacionada à saúde do homem ficou silenciada durante muitos anos, e com isso, eles foram se distanciando cada vez mais do cuidado da própria saúde, contribuindo para que muitas vezes o atendimento só fosse realizado estando a doença já instalada (Silva, 2012).

O homem com ereção peniana dolorosa em uma unidade de emergência necessita de cuidados de enfermagem de maneira rápida e resolutiva, com o intuito de reverter à sintomatologia desenvolvida durante o atendimento emergencial. Para isso, a função primordial neste atendimento inicial é diminuir o sofrimento humano deste homem, acolhendo-o com um olhar mais apurado a fim de suprir as demandas emergenciais com base nas necessidades humanas básicas afetadas, o que constitui um diferencial na assistência prestada. Os cuidados de enfermagem prestados diariamente demonstram um entrelaçamento da Ciência do Cuidado com a Ciência do Quotidiano transmitida de várias maneiras, de forma direta e indireta, visível e invisível (Coelho, 2009).

Trata-se, portanto de uma situação de emergência, sendo a rapidez do tratamento o principal fator de prognóstico (melhor prognóstico com tratamento eficaz antes das 36 horas de evolução). As taxas de impotência após um episódio de priapismo de baixo fluxo atingem os 50%, dependendo da gravidade do sofrimento isquêmico.

Procurar maneiras de cuidar em enfermagem é fundamental para a abordagem nas diversas situações de emergência e está relacionado à gravidade do paciente. Para identificá-las, é necessário que sejam feitas a análise e a classificação de riscos. Segundo Coelho (2009) cabe a nós enfermeiros, determinarmos a tipologia do cuidado de enfermagem a ser prestado, a fim de estabelecer uma maneira de cuidar.

Um dos grandes debates que emergem destes casos é a falta de informação por parte da população sobre esta patologia, e ainda, o fato de não termos uma divulgação maciça desta temática nos veículos de comunicação de massa. Outro aspecto a ser considerado é que ambos os participantes do estudo não possuíam antecedentes de patologia hematológica e neoplásicas, porém o que chamou a atenção nestes casos foi o fato de um dos homens estudados ter feito uso de citrato de sildenafil. Este fármaco é utilizado atualmente na potencialização da ereção, intensificando o mecanismo fisiológico da ereção. Sua ação ocorre basicamente após um estímulo sexual, quando as fibras nervosas parassimpáticas são estimuladas, liberando óxido nítrico; este se difunde nas células musculares lisas nos corpos cavernosos, ativando a enzima guanilato-ciclase. Esta enzima eleva os níveis intracelulares de guanosina monofosfato cíclica, relaxando a musculatura lisa do pênis, permitindo um aumento no fluxo sanguíneo e consequente ereção peniana (Moura & Ceresér, 2002).

Uma das preocupações no mundo contemporâneo é o uso de drogas para disfunção erétil por homens jovens que não sofrem de disfunção erétil, como uso recreativo. Em um estudo realizado na cidade de São Paulo - SP - Brasil, dos aproximadamente 15% dos 360 entrevistados, relataram ter utilizado algum tipo medicamento para impotência sexual,

mesmos todos sendo indivíduos jovens, entre 18 e 30 anos, e sem histórico de disfunção erétil, na maioria das vezes a utilização desses fármacos se deram por conta da curiosidade destes homens, com o intuito de potencialização da ereção, contra ejaculação precoce e para aumentar o prazer (Freitas, Menezes, Antonialli & Nascimento, 2008). Neste estudo, 100% dos usuários adquiriram esse medicamento sem prescrição médica, o que pode indicar, em alguns casos, ausência de diagnóstico para o consumo dessas medicações.

Isso faz se pensar que a vulnerabilidade individual envolve tanto a dimensão cognitiva quanto a comportamental, estando dessa forma, associada às informações sobre a doença, percepção de risco, valores e crenças que determinarão as formas de prevenção e as possibilidades de execução de práticas seguras (Ayres, França, Calazans & Saletti, 2003). Estes homens estavam expondo-se ao risco de adquirir o priapismo no momento que utilizam um medicamento sem indicação clínica e prescrição médica, aumentando assim, a possibilidade de uma ereção peniana prolongada dolorosa caso este for portador de alguma doença de base que se associa ao priapismo, como por exemplo, a anemia falciforme.

A imagem de autossuficiência, desinformação, masculinidade e virilidade, faz com que estes homens não percebam sua vulnerabilidade. Estes pontos os levam a não dar à atenção necessária a saúde, pois traduz o pensamento de que homem não precisa de se cuidar em qualquer circunstância da vida cotidiana. Há uma exigência, socialmente construída, de que o homem seja física e psicologicamente forte, resultando em uma figura que rejeita cuidar de si, adiando ou negando tratamentos preventivos e de promoção e de proteção da saúde (Silva, Furtado, Guilhon, Souza & David, 2012).

Faz-se necessário uma mudança cultural no conceito de masculinidade, para que estes preconceitos antiquários não dificulte o acesso do homem nas unidades de saúde, fazendo que a procura por ajuda médico-hospitalar se dê no momento em que o quadro clínico encontra-se em um estágio avançado, aumentando o tempo de internação e agravos, e conseqüentemente, a taxa de mortalidade masculina.

## **Conclusões**

Os estudos clínicos de Cosme e Damião nos colocam a questionar acerca do atendimento a estes homens nas emergências, pois comumente vemos homens com priapismo sendo vítimas de preconceitos por desconhecimento técnico-científico, ancorado nas ideias de que a ereção peniana sempre está relacionada à ato sexual e a intimidade das pessoas. Esta complicação urológica, de imediato, não é visto como um problema grave de saúde por se tratar de uma

situação de emergência com consequências e sequelas irreversíveis, como a impotência sexual e/ou, em alguns casos, amputação do órgão genital.

O indivíduo com priapismo se vê diante de uma situação incomum e desconfortável para qualquer homem, entre eles o risco de impotência sexual. A masculinidade pode ser arranhada, em função do risco da perda da atividade sexual e do membro.

Ao cuidar do homem com priapismo, devemos ter o foco, na reversão do quadro clínico apresentado, na qualidade de vida após este evento e atentar para as necessidades deste cliente. O homem com priapismo encontra-se diante de uma situação desconfortável para qualquer homem, o risco de impotência sexual. (Teixeira, Graciano, Coelho, Fernandes & Silva, 2011)

A vulnerabilidade destes homens, mediante a utilização, sem indicação médica, de citrato de sildenafil, pelo simples fato de torna-lo mais viril em sua atividade sexual é uma questão de saúde importante. Um jovem de 24 anos, com uma vida sexual ativa, se vê diante de uma disfunção erétil permanente, pois se expôs ao risco no momento em que consome dois comprimidos desta medicação. Constantemente nos deparando com homens com história de priapismo e fica evidente que estes precisam receber ações intervencionistas, para a reversão do quadro clínico apresentado, dando-lhe conforto e assegurando o sigilo que é de direito.

O homem com priapismo é uma situação de emergência e necessita de cuidados rápidos e resolutivos, que possam restabelecer-lhe a saúde em risco, cuidados que possam confortá-lo e trazer segurança, pois são inúmeras as situações humilhantes que esses indivíduos são submetidos. A importância prática está centrada na elaboração de condutas e maneira de cuidar individualizado, a fim de otimizar o tempo de atendimento direcionando a assistência ao homem com priapismo com foco nos aspectos biopsicossociais, acolhendo-o de modo que diminuam os riscos de complicações imediatas e tardias, construindo um conhecimento de cuidar diferenciado.

### **Referências**

Ayres, J. R. C. M. (1996). Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. HIV/AIDS e abuso de drogas entre adolescentes. São Paulo, Brasil: Casa de Edição - Fac. de Medicina da USP.

AYRES, J. R. C. M. (1997). Vulnerabilidade e AIDS: Para uma Resposta Social à Epidemia. Boletim Epidemiológico. Setor de Vigilância Epidemiológica do Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS – Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 1997.

AYRES, J. R. C. M. (1997). Sobre o risco - para compreender a epidemiologia. São Paulo, Brasil: Hucitec.

Ayres, J. R. C. M., França, J. R. I., Calazans, G. J. & Saletti, F. H. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D., Freitas, C. M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2008) - Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Brasília: MS, SAS.

Coelho, Maria José (2006) - Maneiras de cuidar em enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, 59(6), 745-751.

Fregonesi A. & Reis, L. O. (2010). Urgências urológicas: escroto agudo e priapismo. In: Junior, A. N., Filho, M. Z. & Reis, R. B. Urologia Fundamental. São Paulo, Brasil: Planmark.

Freitas, V. M., Menezes, F. G., Antonialli, M. M. S. & Nascimento, J. W. L. (2008). Frequência de uso de inibidores de fosfodiesterase – 5 por estudantes universitários. Rev. Saúde Pública, 42(5), 965-67.

Gomes, R., Schraiber, L. B. & Couto, M. T. (2005). O homem como foco da Saúde Pública. Ciênc. saúde coletiva, 10(1), 4-4.

Gomes, R., Nascimento, E. F. & Araújo, F. C. (2007). 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. Cadernos de Saúde Pública, 23(3), 565-574.

Gomes R., Nascimento, E. F., Rebello LEFS & Araujo, F. C. (2008). As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. Ciênc Saúde Coletiva, 13(6), 1975-84.

Graciano, A. S., Coelho, M. J., Teixeira, A. O., Silva, J. C. S., Pereira, S. R.M. & Fernandes, R. T. P. (2013). Perfil epidemiológico dos acidentes ofídicos em homens. Revista de Enfermagem Referência, 10(3), 89-98.

Keoghane, S. R., Sullivan, M. E. & Miller, M. A. W. (2002). The etiology, pathogenesis and management of priapism. BJU International, 90(1), 149-54.

Montangner, A. C. (2004). Priapo, um deus sui generis. Revista Eletrônica do Instituto de Humanidades, 3(10), 1-7.

Moura, L. R. & Ceresér, K. M. M. (2002). Aspectos farmacológicos do citrato de sildenafil no tratamento da disfunção erétil. Rev. Bras. Medicina, 59(4), 265-275.

Silva, J. C. S. (2012). Política de saúde do homem: o cuidar e o cuidado de enfermagem em emergência às vítimas masculinas de intoxicação exógena por carbamato (“chumbinho”) (dissertação de Mestrado). Recuperado de [http://teses2.ufrj.br/51/dissert/EEAN\\_M\\_JulioCesarSantosDaSilva.pdf](http://teses2.ufrj.br/51/dissert/EEAN_M_JulioCesarSantosDaSilva.pdf)

Silva, P. A. S., Furtado, M. S., Guilhon, A. B., Souza, N. V. D. O. & David, H. M. S. L. (2012). A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. Revista Escola Anna Nery, 16(3), 561-568.

Silveira, J. C. T. & Hachul, M. (2011). Priapismo: urgência urológica que pode causar disfunção erétil. *Emergência Clínica*, 6(31),106-8.

Teixeira, A. T., Graciano, S. A., Coelho, M. J., Fernandes, R. T. P. & Silva, C. R. R. (2011). Os desafios no cuidar e nos cuidados de enfermagem ao cliente com priapismo na emergência. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(1), Suplemento, 324-324.

## CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O homem com priapismo é uma situação de emergência e necessita de cuidados rápidos e resolutivos, que possam restabelecer-lhe a saúde em risco, cuidados que possam confortá-lo e trazer segurança, pois são inúmeras as situações humilhantes que esses indivíduos são submetidos. A importância prática está centrada na elaboração de condutas e maneira de cuidar individualizado, a fim de otimizar o tempo de atendimento direcionando a assistência ao homem com priapismo com foco nos aspectos biopsicossociais, acolhendo-o de modo que diminuam os riscos de complicações imediatas e tardias, construindo um conhecimento de cuidar diferenciado.

O homem com priapismo se vê diante de uma situação incomum e desconfortável para qualquer homem, entre eles o risco de impotência sexual. A masculinidade pode ser arranhada, em função do risco da perda da atividade sexual e do membro. Diante desta situação, ao cuidar do homem com priapismo, o enfermeiro deve ter o foco, na reversão rápida do quadro clínico apresentado, minimizando os riscos de comprometimentos futuros. Além disso, atentar para as necessidades advindas da causa base.

No cotidiano de cuidar em emergência os enfermeiros deparam com homens com priapismo. Trata-se de uma situação, onde a ereção peniana é vista pela sociedade como algo relacionado à sexualidade, quando na verdade o homem está sofrendo, com risco de amputação do pênis, em casos extremos. Este estudo observou o cotidiano da emergência e os cuidados de enfermagem recebidos por estes homens.

Na perspectiva de conhecer quem são os homens que sofrem de priapismo e procura o atendimento de emergência, criou-se uma categoria do perfil dos homens falcêmicos com priapismo, atendidos no hospital especializado nos anos de 2012 e 2013. A amostra desta categoria foi de 133 homens, na faixa etária de 18 a 59 anos. O que possibilitou descrever a característica destes homens e os respectivos cuidados realizados.

Desta forma, 69,18% destes homens eram jovens, com média de idade de 33,83 anos e mediana de 32 anos. Quanto ao estado civil, 80,1% dos homens são solteiros. De acordo com o Censo demográfico de 2010, realizado pelo IBGE, 58,32% dos homens brasileiros são solteiros, corroborando com os dados do estudo.

Neste sentido, para o homem falcêmico solteiro, é imprescindível o apoio da família, para o sucesso do seu tratamento. Percebeu-se uma dificuldade do homem falcêmico, que

sofre de priapismo, manter um relacionamento conjugal, pois além da transformação do ambiente familiar, este ainda tem o risco de disfunção erétil por complicação do priapismo.

Na variável cor da pele, os dados mostraram que a metade dos participantes era da cor da pele preta. Percebeu-se que esta variável em outras pesquisas foi pouco considerada. Fato que por trata-se de uma doença secundária à Anemia Falciforme, onde estudos comprovaram que esta doença está relacionada com os aspectos étnico-raciais, sendo mais suscetível em população negra ou parda. Quanto à variável tipo sanguíneo e fatores Rh, obteve-se o maior índice com o sangue O+ com 54% dos casos. Estudos comprovaram a prevalência de doadores de sangue com O+.

Estes homens são oriundos da região metropolitana do Rio de Janeiro. Fato que justificado pela localização do hospital cenário. Desta forma, os 72 (51,06%) provenientes do município do Rio de Janeiro, que possui subdivisões de acordo com as Áreas Programáticas (A.P.). Na área programática 3.3 identificou-se a prevalência de homens residentes na zona norte deste município.

O nível de escolaridade dos homens foi predominantemente baixo, tendo em vista que 40,6% dos homens não concluíram o nível fundamental e dos que concluíram foram 16,5%. Somente 6% tiveram acesso ao nível superior, sendo que a metade concluiu o curso superior.

Esta predominância de baixa escolaridade nos remete para um cuidado no momento em que orientações e esclarecimentos que são dados para estes homens, pois este índice pode ser um agravante para a saúde do homem, sendo considerado que os aspectos culturais e deficiências no sistema de saúde potencializam o hábito dos homens de evitar o contato com os serviços de saúde, seja nos consultórios de saúde, seja nas unidades básicas de saúde.

Percebeu-se que a pouca procura dos homens pelos serviços de saúde. Os homens que têm curso superior têm uma maior capacidade de problematização do tema, tendo ideais corretas, entretanto não colocando em prática este conhecimento. Os homens com baixa escolaridade procuram medidas de tratamento alternativas, como tomar medicação por conta própria, tomar algum chá ou se medicar utilizando-se da orientação de algum farmacêutico.

As dificuldades de acesso ao serviço de saúde levaram-nos, quando em priapismo, ao agravamento do quadro clínico. A demora em buscar ajuda está relacionada à vergonha, ao medo, ao anseio, a masculinidade e sexualidade que envolve o estar com uma ereção peniana, ainda que patologicamente. Dos homens falcêmicos, observou-se se observou inúmeras internações por episódios de priapismo nos anos de 2012 e 2013.

Foram 62,4% dos homens que tiveram que buscar atendimentos na emergência no mínimo cinco vezes, devido ao quadro de priapismo. Deve-se levar em consideração que a

busca por uma unidade de saúde emergencial não é garantia de atendimento especializado, pois o mesmo homem pode buscar inúmeras emergências em uma mesma crise.

Quanto a tempo de ereção peniana e os dias de ereção, 42,55% homens com priapismo chegaram à emergência com o tempo de ereção peniana de 4 a 12 horas. A média de tempo em horas de ereção girou em torno de 28,6 horas e 50% dos homens tiveram o tempo de ereção igual a 12 horas. Cinco casos que tiveram um tempo de ereção equivalente a 144 horas, saindo do padrão de normalidade dos dados.

Observou-se a relação moderada entre o tempo de ereção peniana e o tempo de internação hospitalar. Desta forma, pode estar relacionado ao elevado o tempo que este homem leva para chegar a uma unidade de saúde, e como consequência, maiores complicações.

Quanto aos cuidados de enfermagem prestados aos homens com priapismo, emergiram nove cuidados sendo estes aplicados 569 vezes nos casos 133 casos de priapismo. O acesso venoso com 104 sendo aplicado em 78,2% dos casos e administração de medicamentos com 97 em 72,9% dos casos. Estes cuidados surgiram conforme as queixas de dor apresentadas pelo homem e de acordo com terapêutica para o priapismo.

Para alcançar o segundo objetivo, foram descritos seis casos de priapismo, observados nos dois cenários estudados. Os casos do estudo nos colocam a questionar acerca do atendimento a estes homens nas emergências, pois comumente vemos homens com priapismo sendo vítimas de preconceitos por desconhecimento técnico-científico, ancorado nas ideias de que a ereção peniana sempre está relacionada ao ato sexual e a intimidade das pessoas.

Esta complicação urológica, de imediato, não é visto como um problema grave de saúde por se tratar de uma situação de emergência com consequências e sequelas irreversíveis, como a impotência sexual e/ou, em alguns casos, amputação do órgão genital.

A vulnerabilidade destes homens foi observada no momento em que homens fazem consumo de substâncias psicoativas, como cocaína, mesmo tendo informação sobre os efeitos colaterais da substância. Em um dos casos, o homem tinha ciência do risco de priapismo por consumo de cocaína, porém não parou de consumir, mesmo sabendo que poderia ficar impotente sexualmente. Trata-se de uma questão de saúde pública importante. Um jovem, com uma vida sexual ativa, se vê diante de uma disfunção erétil permanente, pois se expôs ao risco devido à intoxicação por cocaína.

A outra questão foi a utilização, sem indicação médica, de injeção de prostaglandina, pelo simples fato de torná-lo mais viril em sua atividade sexual. Constantemente nos deparando com homens com historia de priapismo e fica evidente que estes precisam receber

ações intervencionistas, para a reversão do quadro clínico apresentado, dando-lhe conforto e assegurando o sigilo que é de direito.

Nesta categoria, contou-se que a busca por uma unidade de saúde emergencial foi garantia de atendimento especializado. Houve caso do mesmo homem buscar atendimento em diversas emergências em uma mesma crise de priapismo, sem garantia de assistência. Notou-se a carência de especialistas (urologistas) na rede pública de saúde.

Todavia, isso não é motivo para o profissional não recebê-lo para realizar os cuidados emergências. Constatou-se que condutas terapêuticas simples podem reverter o quadro de priapismo, sem a necessidade de avaliação urológica do especialista, como por exemplo, o alívio da dor.

Além disso, constatou-se que existem barreiras que dificultam este homem a procurar a ajuda profissional. E quando isso ocorre, nós enfermeiros, temos que aproveitar o momento para acolher este homem, tratá-lo até os limites de nossa profissão e caso necessite de avaliação de especialista, referenciá-lo para outra unidade de saúde.

No momento em que estes homens falaram sobre a sua experiência do atendimento emergencial, percebeu-se a falta de informação destes homens sobre priapismo. Homens que nunca tinham ouvido falar desta doença, relataram a falta de políticas voltadas a saúde do homem. Isto reforça a necessidade de serem implementadas medidas socioeducativas, informando sobre os fatores de risco e complicações potenciais.

Quanto à resistência destes homens em procurar ajuda, um participante do estudo relatou não acreditar que o pênis ficaria ereto por muito tempo. Ignorou, inicialmente, a situação e foi trabalhar com o pênis ereto. Entretanto, mesmo após a piora da dor, relutou em procurar ajuda. Escondendo o fato até de sua esposa. Através deste relato pode-se perceber que muitas vezes o homem sofre calado, talvez com vergonha de expressar seus sentimentos, até mesmo à dor.

A temática da saúde do homem tem sido pouco abordada e discutida. Há uma questão fundamental para discussão da não colocação dos homens nas pautas de discussão sobre as políticas de saúde em nosso país. Os homens adoecem menos do que as mulheres? Ou seriam porque eles não conseguem entender a gravidade deste adoecimento? Tentar responder estas repostas é complexo, mas é necessário para entendermos as necessidades da população masculina.

Com base nos resultados apresentados, o estudo conseguiu atingir os objetivos propostos no tocante aos cuidados recebidos pelos homens com priapismo. Fica a constatação de que os cuidados de enfermagem dispensados não foram capazes de atender adequadamente

as necessidades destes homens, o que evoca o desenvolvimento de novas pesquisas voltadas a saúde do homem.

## REFERÊNCIAS

- ADEYOJU, A. B. et al. Priapism in sickle-cell disease; incidence, risk factors and complications: an international multicentre study. **Br. J. Surg.**, Bethesda, v. 90, n. 9, p. 57-172, Dec. 2002.
- ADORNO, E. V. et al. Hemoglobinopathies in newborns from Salvador, Bahia, Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, Feb. 2005.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doença Falciformes**. Brasília, DF, 2001.
- ALVES, A. L. Estuda da mortalidade por anemia falciforme. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 5, p. 45-53, 1996.
- ANDREOU, A. Nursing care study: priapism. **Nurs. Times**, London, v. 72, n. 42, p. 1631-1634, 1976.
- ARAP, M. A.; COELHO, R. F. Disfunção erétil. **Medicina NET**. 11 abr. 2010. Disponível em: <[http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3102/disfuncao\\_eretil.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3102/disfuncao_eretil.htm)>. Acesso em: 15 abr. 2013.
- AWAD, A. et al. Evolution in the concept of erection anatomy. **Surg. radiol. anat.**, Paris, v. 33 n. 4, p. 301-212, 2011.
- AYRES, J. R. C. M. Contextos epidêmicos e aspectos sociais da DST/Aids no Brasil: os novos horizontes da prevenção. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DAS DST/AIDS, 6. **Anais...** Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de DST, 2006.
- \_\_\_\_\_. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 1997a.
- \_\_\_\_\_. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. **Boletim Epidemiológico**. Setor de Vigilância Epidemiológica do Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS. São Paulo: Secretaria de Saúde, 1997b.
- BANCO de dados do Hospital Especializado em Hematologia. Rio de Janeiro, 2014.
- BEYERS, M.; DUDAS, S. Disfunção dos sistemas hematopoiético e do sistema linfático. In: \_\_\_\_\_. **Enfermagem médico-cirúrgica**: tratado de prática clínica. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984. Cap. 25.
- BEZERRA, T. M.; ANDRADE, S. R. Investigação sobre a prevalência de hemoglobinas anormais entre doadores de sangue. **Rev. Bras. Anal. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 117-118, 1991.
- BIRUEL, E. P. **Websites para diabéticos**: uso da internet como instrumento de educação em saúde. 2008. 92f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.

BLACK, J. M.; MATASSARIM-JACOBS, E. **Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

BRADWAY, C.; RODGERS, J. Evaluation and management of genitourinary emergencies. **Nurse Pract.**, Seattle, v. 34, n. 5, p. 36-43, 2009.

BRASIL. Conselho de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro Internacional de Doenças (CID-10)**. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 30 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SAÚDE DO HOMEM NAS AMÉRICAS, 1. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.944**, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, DF, ago. 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Drogas: cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes**. 2. ed. Brasília, DF, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual da anemia falciforme para a população**. Brasília, DF, 2007. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de Condutas Básicas na Doença Falciforme**, Brasília, DF, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre mortalidade**. Brasília, DF, 2009b.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-104, jan./mar. 2005.

BRUNO, B. et al. Purified canine CD34+Lin- marrow cells transduced with retroviral vectors give rise to long-term multi-lineage hematopoiesis. **Biol. blood marrow transplant.**, Baltimore, v. 7, n. 10, p. 543-551, 2001.

BRUNS, M. A. T.; GRASSI, M. V. F. C.; FRANÇA, C. Educação sexual numa visão mais abrangente. **Rev. Bras. Sex. Hum.**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 60-66, 1985.

CANÇADO, R. D. et al. Uso do dietil-estilbestrol no tratamento do priapismo em pacientes com doença falciforme: relato de dois casos em uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Hematol. Hemot.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 139-143, 2002.

CARPENITO, L. J. **Planos de cuidados de enfermagem e documentação**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

CASTRO, F. **Anemia falciforme e problema cada vez mais grave diz especialista**. São Paulo: FAPESP, 2011. Disponível em: Disponível em: <[http://agencia.fapesp.br/anemia\\_falciforme\\_e\\_problema\\_cada\\_vez\\_mais\\_grave\\_diz\\_especialista/14869/](http://agencia.fapesp.br/anemia_falciforme_e_problema_cada_vez_mais_grave_diz_especialista/14869/)>. Acesso em:

CAVALCANTI, A. C. D. **O cotidiano do cuidar de enfermagem em cirurgia cardíaca: a interação como ferramenta do cuidado**. 2002. 133f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. Universidade Paulista de Medicina. **Cocaína**. Disponível em: <[http://www.cebrid.epm.br/folhetos/cocaína\\_.htm](http://www.cebrid.epm.br/folhetos/cocaína_.htm)>. Acesso em: 16 nov. 2014.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

COELHO, M. J. Cuidados cotidianos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 5, p. 712-718, 2010.

\_\_\_\_\_. **Cuidar/cuidando em enfermagem de emergência: especificidade e aspectos distintos no cotidiano assistencial**. 1997. 173f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

\_\_\_\_\_. Maneiras de cuidar em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 59, n. 6, p. 745-751, nov./dez. 2006.

COELHO, M. J.; 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, 1997.

COELHO, M. J.; SILVA J. C. S. Maneiras de cuidar: o cuidar e os cuidados de Enfermagem em Emergência. **Sci. J. Health Sci. Res. Unit Nurs. Domain**, II Série, n. 5, supl., p. 419, out. 2009.

COSTA, R. P. **Os onze sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana**. São Paulo: Gente, 1994.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc. Sci. Med.**, New York, v. 50, n. 1, p. 1385-1401, 2000 apud GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

DAMATTA, R. Tem pente aí? In: CALDAS, D. (Org.) **Homens**. São Paulo: Senac, 1997.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

EARLE, C. M. et al. The incidence and management of priapism in Western Australia: a 16 year audit. **Int. j. impot. res.**, London, v. 15 n. 1, p. 272-276, Mar. 2003.

EMOND, A. M. et al. Priapism and impotence in homozygous sickle cell disease. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 140, p.1431-1437, 1980.

FELISBERTO, A. **Priapo**: o Deus menino e príncipe dos infernos. Disponível em: <<http://arturjotaef-numancia.blogspot.com.br/2012/12/priapo-o-deus-menino-e-principe-dos.html>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

FERNANDES, R. T. P. **Cuidar/cuidado a homens vítimas de acidentes com motocicletas**. 2013. 191f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

FERREIRA, M. A.; ALMEIDA FILHO, A. J. Fundamentos sobre o corpo no cuidado. In: SANTOS, I. (Org.). **Enfermagem fundamental**: realidade, questões e soluções. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 211-220.

FIGUEIREDO, N. M. A.; LEITE, J. L.; MACHADO, W. C. A. **Centro cirúrgico**: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis, 2006.

FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A. Ecosofia e autopoiese no cuidado com o corpo. In: SANTOS, I. **Enfermagem fundamental**: realidade, questões e soluções. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 191-210.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FOLEY, G. B. Enhancing child-family-health team communication. **Cancer**, v. 71, n. 10, p. 3281-3289, 1993.

FOWLER JUNIOR, J. E. et al. Priapism associated with the sickle cell hemoglobinopathies: prevalence, natural history and sequelae. **J. Urol.**, v. 145, n. 1, p. 65-68, Jan. 1991.

FREGONESI, A.; REIS, L. O. Urgências urológicas: escroto agudo e priapismo. In: NARDOZZA JUNIOR, A.; ZERATI FILHO, M.; REIS, R. B. **Urologia fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010. p. 309-318.

FREITAS, V. M. et al. **Frequência de uso de inibidores de fosfodiesterase-5 por estudantes universitários.** São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6854.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2013.

GALIZA NETO, G. C.; PITOMBEIRA, M. S. Aspectos moleculares da anemia falciforme. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, 2003.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I.; FIGUEIREDO, N. M. A.; PADILHA, M. I. C. S. (Org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções.** São Paulo: Atheneu, 2004. v. 2, p. 37-63.

GAUDERER, E. C. **Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência.** 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

GIGLIO-JACQUEMOT A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de trabalhadores e usuários.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GIL, A. C. **Método e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODINHO, J. “Ecstasy” (MDMA) e outras “Designer drugs”. **Toxicodependências**, v. 1, n. 1, p. 63-66, 1995.

GOMARIZ, E. Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas: periodización y perspectivas. **Estudios Sociales**, Santiago de Chile, n. 38, 1992.

GOMES, J.; VENDEIRA, P.; REIS, M. Priapism. **Acta Med. Port.**, Lisboa, v. 16, n. 6, p. 421-428, 2003.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

\_\_\_\_\_. **Sexualidade masculina, gênero e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOMES, R. et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 6, p. 1975-1984, dez. 2008a.

\_\_\_\_\_. **Sexualidade masculina, gênero e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008b.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, maio 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; COUTO, M. T. O homem como foco da Saúde Pública. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 4, 2005.

GOODMAN, A. Addiction: definition and implications. **Br. J. Addict.**, London, v. 85, n. 1, p. 1403-1408, 1990.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. p. 1001-1002.

HAM, T. H.; CASTLE, W. B. Studies on destruction of red blood cells: relation of increased hypotonic fragility and of erythrocytosis to the mechanism of hemolysis in certain anemias. **Proc. Am. Philos. Soc.**, Philadelphia, v. 82, p. 411-419, 1940.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**: Resultados do Universo do Censo Demográfico 2010. Brasília, 2011. Disponível <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>> Acesso em: 01 jun. 2012.

IGNATAVICIUS, D. D.; WORKMAN, M. L.; MISHLER, A.M. Interventions for clients with hematologic problems. In: \_\_\_\_\_. **Medical Surgical Nursing: a nursing process approach**. 2. ed. Philadelphia: W. B. Company, 1995.

JADAD, A. R.; GAGLIARDI, A. Rating health information on the internet: navigating to knowledge or to Babel? **JAMA**, Chicago, v. 279, n. 8, p. 611-614, 1998.

JESUS, C. F.; ESCOBAR, E. M. A. Anemia falciforme: assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UNISA**, Santo Amaro, v. 3, n. 1, p.13-16, 2002.

JESUS, J. A. Doença falciforme no Brasil. **Gazeta Médica Bahia**, Salvador, v. 80, n. 3, p. 8-9, 2010.

JESUS, L. E.; DEKERMACHER, S. Priapismo em crianças: revisão de fisiopatologia e tratamento. **J. Pediat.**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 3, p. 194-200, 2009.

JIMENEZ, M. Dominicano foge de hospital para evitar amputação de pênis. **Jornal Extra [on line]**, Rio de Janeiro, 23 de maio de 2010. Disponível em: <<http://extra.globo.com/noticias/mundo/dominicano-foge-de-hospital-para-evitar-amputacao-de-penis-131994.html>> Acesso em: 03 maio 2012.

KATO, G. J.; GLADWIN, M. T.; STEINBERG, M. H. Deconstructing sickle cell disease: reappraisal of the role of hemolysis in the development of clinical subphenotypes. **Blood Rev.**, Edinburgh, v. 21, n. 1, p. 37-47, Jan. 2007.

KIKUCHI, B. A. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, 2007.

KULMALA, R.V.; LEHTONEN, T. A.; TAMMELA, T. L. Priapism, its incidence and seasonal distribution in Finland. **Scand. J. Urol. Nephrol.**, Finlândia, v. 29, n. 1, p. 93-96, Mar. 1995.

- LACERDA, M. R. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto familiar. *Revista Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 44-49, 1997.
- LAGUARDIA, J. No fio da navalha: anemia falciforme, raça e como implicações não Cuidado à Saúde. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 243-262, 2006.
- LEINO-KILPI, H. et al. Privacy: a review of the literature. *Int. J. Nurs. Stud.*, Oxford, v. 38, n. 1, p. 663-671, 2001.
- LIBERATO, S. M. D. et al. Perfil dos doadores de sangue do hemocentro público de Natal/RN. Rio de Janeiro. *R. pesq.: cuid. fundam. Online*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3523-3530, 2013.
- LIMA, F. Homem se acorrenta no Paço para conseguir cirurgia. *O Hoje*, Goiânia, 23 maio 2011. Serdobem, p. 6.
- LIMA, G. Em torno de um caso de priapismo. *Laboratório Clínico*, p. 293-294, set./out. 1933.
- LIMA, L. R. et al. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva fundamentado em horta. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiania, v. 8, n. 3, p. 349-357, 2006.
- LOMBA, L. O consumo recreativo de ecstasy. In: RELVAS, J.; LOMBA, L.; MENDES M. *Novas drogas e ambientes recreativos*. Loures: Lusociência, 2006. p. 45-60.
- LOMBA, L. et al. Consumos e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra. *Rev. Toxicodependências*, Lisboa, v.14, n.1, p. 31-41, 2008.
- LOPES, G. T. et al. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre usuários de drogas. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, DF, v. 62, n. 4, 2009a.
- LOPES, S. P. et al. Priapismo na criança: caso clínico e revisão da literatura. *Rev. Acta Urol.*, Lisboa, v. 26, n. 4, p. 25-31, 2009b.
- LOTTENBERG, R.; HASSELL, K. L. An evidence-based approach to the treatment of adults with sickle cell disease. Education program book. *Hematology*, Washington, p. 58-65, 2005.
- LUDWIG, M. L. M.; BONILHA, A. L. L. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 56, n. 1, p.12-7, 2003.
- LYRA-DA-FONSECA, J. L. C. et al. Homens e cuidado: uma outra família? In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. (Org.). *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003. p. 79-91.
- MACALUSO, J. N.; SULLIVAN, J. W. Priapismo: uma revisão de 34 casos. *Urologia*, Porto Alegre, v. 26 n. 3, p. 233-236, 1985.
- MANTADAKIS, E. et al. Prevalence of priapism in boys with sickle cell anemia. *J. Pediatr. Hematol. Oncol.*, New York, n. 21, p. 518-522, 1999.

- MARTINS, G. A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- MARTINS, P. R. J.; MORAES-SOUZA, H.; SILVEIRA, T. B. Morbimortalidade em doença falciforme. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v. 32, n. 5, 2010.
- MASON, M. A. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1992.
- MEDEIROS, A. S.; MORENO, T. S.; BARBOSA FILHO, E. Priapismo: análise de 22 casos. **J. bras. urol.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 71-74, jan./mar. 1980.
- MEDRADO, B. et al. **Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde**. Recife: Instituto PAPAI, 2009.
- MELNIK, T. Disfunção erétil: orientações baseadas em evidências para os pacientes. **Diagn Tratamento**, São Paulo, v.16, n. 2, p.91-92, 2011.
- MELO, S. M. A. et al. Prevalência de hemoglobinopatias em doadores de sangue do hemocentro regional de Uberlândia-MG. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v. 22, supl. 51, 2000.
- MENDES, E. G. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004. 299 p.
- MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde Debate**, Londrina, v. 33, n. 1, p. 83-89, 1991.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- MIRANDA, P. S. C. et al. Práticas de diagnóstico precoce de câncer de próstata entre professores da Faculdade de Medicina – UFMG. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 272-275, 2004.
- MONAHAN, F. D.; DRAKE, T.; NEIGHBORS, M. Nursing care of adults with disorders of the blood and blood - forming organs. In: \_\_\_\_\_. **Nursing care of adults**. Philadelphia: W. B. Saunders, 1994. cap 16.
- MONTAGNER, A. C. Priapo, um deus sui generis. **Rev. Eletr. Inst. Human.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 10, jul. 2010.
- MONTAGUE, D. K. et al. American Urological Association - Guideline on the management of priapism. **J. Urol.**, v. 170, p.1318-1325, 2003.
- NAOUM, P. C.; NAOUM, F. A. **Doença das células falciformes**. São Paulo: Sarvier, 2004.
- NARDOZZA JÚNIOR, A. Priapismo. In: NARDOZZA JÚNIOR, A.; REIS, R. B. R.; CAMPOS, R. S. M. **MANU: Manual de Urologia**. São Paulo: PlanMark, 2010. cap. 31.
- NASCIMENTO, E. F. Homens na linha de fogo: juventude, masculinidade e exclusão social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 4, p.1311-1312, 2009.

NASCIMENTO, E. F.; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1556-1564, 2008.

NASCIMENTO, K. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 643-648, 2008.

NEVES, G. et al. Agentes dopaminérgicos e o tratamento da disfunção erétil. **Quím. Nova**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 949-957, ago. 2004.

NETTO JUNIOR, N. R. **Urologia**. São Paulo: Roca, 1986. p. 813-814.

OERMANN, M. Using health web sites for patient education. **J. Wound Ostomy Continence Nurs.**, v. 30, n. 4, p. 217-223, 2003.

OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra: Brasil ano 2001**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Carta Constitucional**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1946 apud ASSIS, M. de. **Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ**. Tese de Doutorado - Rio de Janeiro: FIOCRUZ / Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.

PAULA, S. H. B.; ALMEIDA, J. D.; BONFIM, J. R. A. Disfunção erétil: da medicalização à integralidade do cuidado na atenção básica. Saúde do Homem no SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 14, n. 1, ago. 2012.

PAIVA e SILVA, R. B.; RAMALHO, A. S.; CASSORLA, R. M. S. A anemia falciforme como problema de Saúde Pública no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 54-58, 1993.

PETRAENS, H. Gonorrhoea, satyriasis et priapisme. **Ref. Becker Nosol harmonica dogmat. Hermat.**, Morparigi Cattorum, p. 361, 1616.

PEUGH, J.; BELENKO, S. Alcohol, drugs and sexual function: a review. **J. Psychoactive Drugs**, San Francisco, n. 33, v. 3, p. 223-233, 2001.

POLIT, D.; HUNGLER, F. **Fundamentos da pesquisa enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

PRYOR, J. et al. Priapism. **J. Sex. Med.**, Malden, v. 1, n. 1, p. 116-120, 2004.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. Exposição corporal do cliente durante a avaliação física em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 58, n. 5, 2005.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 4, 2012 .

RAWSON, R. A. et al. Drugs and sexual effects: role of drug type and gender. **J. Subst. Ab. Treat.**, v. 22, n. 1, p. 103-108, 2002.

SADEGHI-NEJAD, H.; SEFTEL, A. The etiology, diagnosis, and treatment of priapism: review of the American Foundation for Urologic Disease Consensus Panel Report. **Curr. Urol. Rep.**, Philadelphia, v. 3, n. 6, p. 492-498, Dec. 2002.

SCHEUER, C.; BONFADA, S. T. Atenção à saúde do homem: a produção científica de enfermeiros na atenção básica. **Rev. Contexto Saúde**, Ijuí, v. 7, n. 14, p. 7-12, jan./jun. 2008.

SEGRE, M. Ética em saúde. In: PALÁCIOS, M.; MARTINS, A.; PEGORARO, O. A. **Ética, ciência e saúde: desafios da bioética**. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 19-26.

SEVERO, G. C.; GIRARDON-PERLIN, N. M. O. Estar internado em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. **Sci. Med.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 21-29, 2005.

SILVA, R. A. et al. Estudo genético-populacional da doença falciforme a partir de doadores de sangue em Primavera do Leste-MT. **Biodiversidade**, v. 11, n. 1, p.108, 2012.

SILVA-FILHO, I. et al. Screening of abnormal haemoglobin and the evaluation of oxidative degeneration of haemoglobin among workers with the sickle cell traits (HbAS), exposed to occupational hazards. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p.183-187, 2005.

SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DO SERVIÇO DE HEMATOLOGIA. **Consulta estatística aos prontuários eletrônicos dos pacientes atendidos no SPA no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013**. Rio de Janeiro, 2013.

SOARES, L. F. et al. Hemoglobinas variantes em doadores de sangue do Centro de Hematologia e Hemoterapia do estado do Piauí (Hemopi): conhecendo o perfil epidemiológico para construir a rede de assistência. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v. 31, n. 6, 2009.

SOARES, N. V. **A problematização dos direitos do cliente como desencadeadora da problematização dos direitos dos profissionais de enfermagem**. 2000. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SOUSA, C. N.; ANDRADE, M. M. Priapismo de alto débito pós-traumático. **Rev. nascer crescer**, Porto, v. 12, n. 4, 2003.

STADLER, A. V.; SANTOS, R. M. **Priapismo: um estudo de caso**. 1985. 16f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Medicina) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1985.

STUART, G. W.; LARAI, M. **Enfermagem psiquiátrica**. 6. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

SUGIHARA, T. et al. Incidence and clinical features of priapism in Japan: 46 cases from the Japanese diagnosis procedure combination database 2006–2008. **Int. J. Imp. Res.**, v. 23, n. 1, p. 76-80, Mar. 2011.

SUMMERS, A. Priapism: diagnosis and early referral in emergency departments. **Emerg. Nurse**, v. 14, n. 9, p. 26-29, Fev. 2007.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TORTORA, G. **O corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia**. 4. ed. São Paulo: Artmed, 2001. p. 530-552.

TRIPLE, J. W. Case of continued priapism. **Lancet**, 1845.

VEIGA, D. A.; CROSSETTI, M. G. **Manual de Técnicas de Enfermagem**. Porto Alegre: Sagra DC Luzzatto, 1998.

VIANA, L. M. S. Ecstasy: história, mitos & factos. **Toxicodependências**, v. 8, n. 1, p. 65-77, 2002.

VICARI, P.; FIGUEIREDO, M. S. Priapismo na doença falciforme. **Rev. bras. hematol. hemoter.**, São Paulo, n. 29, n. 3, p. 275-278, 2007.

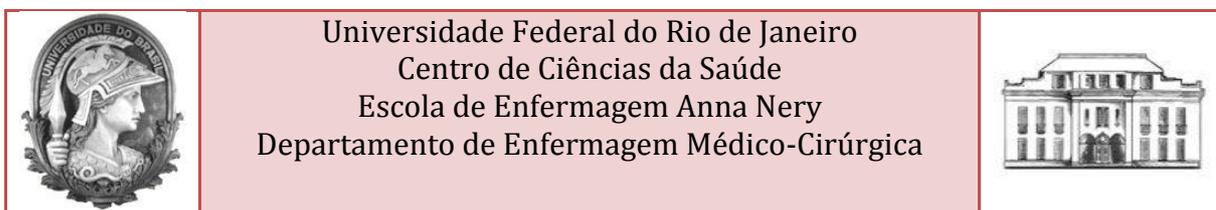
WESPES, E. et al. Guidelines on erectile dysfunction. **Eur. Urol.**, Basel, v. 41, n.1, p. 1-5, 2002.

WIERENGA, K. J.; HAMBLETON, I. R.; LEWIS, N. A. Survival estimates for patients with homozygous sickle-cell disease in Jamaica: a clinicbased population study. **Lancet**, London, v. 357, n. 9257, p. 680-683, 2001.

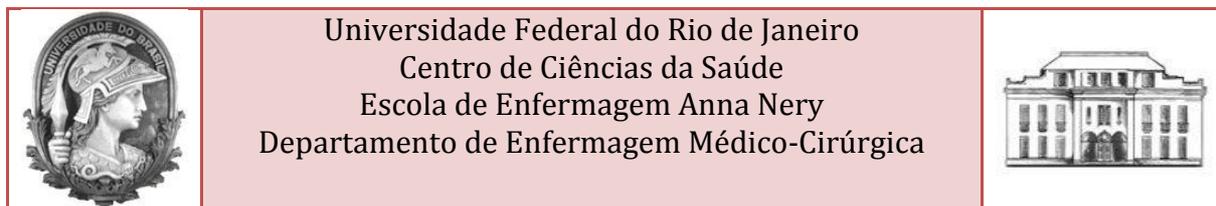
WREN, T. Penile and testicular disorders. **Nurs. Clin. North. Am.**, Philadelphia, v. 39, n. 2, p. 319-326, 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## APÊNDICE A – Caracterização do Participante



Nome			
Nº Boletim			
Cor da Pele			
Idade			
Tipo Sanguíneo			
Profissão			
Quantidade de Atendimento de emergência com Priapismo			
Tempo de ereção			
Terapêutica realizada			
Cuidados de Enfermagem			
Tempo de Internação			
Desfecho do tratamento			

**APÊNDICE B - Diário de Campo**

Nome : \_\_\_\_\_

Pseudônimo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Tempo de ereção: \_\_\_\_\_

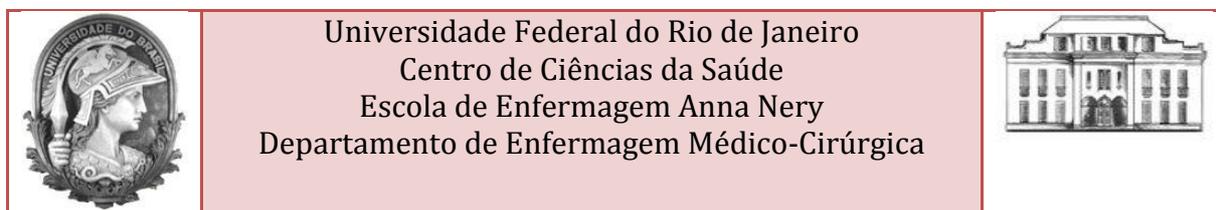
Doenças de bases \_\_\_\_\_

Uso de Medicamentos \_\_\_\_\_

**Serão observados os seguintes aspectos:**

- Descrição dos Sujeitos - (aparência física, modo de vestir)
- Descrição de situações de cuidados
- Descrição de comportamento junto aos profissionais de saúde
- Descrição de atitudes, (re)ações e comportamentos
- Descrição de atividades desenvolvidas pelos sujeitos

## APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista



**DATA:** \_\_/\_\_/\_\_

### A – IDENTIFICAÇÃO

01) INICIAIS DO PARTICIPANTE:

REGISTRO:

02) ENFERMARIA:

LEITO:

03) NACIONALIDADE:

NATURALIDADE:

04) IDADE:

### B – FAMÍLIA

05) ESTADO CIVIL: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Divorciado ( ) viúvo ( ) vive junto

5.1. Número de casamentos:

06) MORA SOZINHO? ( ) Sim ( ) Não

07) COMO É O SEU RELACIONAMENTO COM A SUA FAMÍLIA?

08) MORADIA (LOCALIZAÇÃO):

8.1. Tipo de Moradia ( ) Casa ( ) Apto

8.2. Tipo de residência ( ) Própria ( ) Alugada ( ) Cedida

### C – BIOTIPO

09) COMO SE CONSIDERA: ( ) Branco ( ) Negro ( ) Pardo ( ) Indígena ( ) Asiático  
 ( ) Moreno ( ) Mulato

10) COMO SE CONSIDERA: ( ) peso ideal ( ) acima do peso ( ) obeso  
 Qual o seu peso? E altura?

### D – DADOS PSICOSOCIAIS

11) GRAU DE ESCOLARIDADE:

( ) Analfabeto

- Nível Fundamental Completo
- Nível Fundamental Incompleto
- Nível Médio Completo
- Nível Médio Incompleto
- Nível Superior Completo
- Nível Superior Incompleto

12) RELIGIÃO  Católico  Evangélico  Espírita  Budista  Ateu  Agnóstico  
Outra?

13) SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA:  Empregado  Aposentado

13.1. Quantas horas de trabalho diário?

14) RENDA MENSAL:

- 1 salário mínimo
- 2 salários mínimos
- 3 salários mínimos
- 4 salários mínimos
- 5 salários mínimos
- Mais que 5 salários mínimos

### E – PROCESSO SAÚDE/ DOENÇA

15) INTERNAÇÃO ANTERIOR?  Sim  Não

18.1 Por quanto tempo?

18.2 Por quê?

18.3 Como foi a sua experiência?

16) VOCÊ CUIDA DA SUA SAÚDE?

- Sim. Como?
- Não. Por quê?

17) ENTENDE O QUE É EXPLICADO NA ÁREA HOSPITALAR? TEM ALGUMA DÚVIDA? COMO AS RETIRA?

18) QUANDO PROCURA UMA UNIDADE HOSPITALAR OU POSTO DE SAÚDE?

19) TEM COSTUME DE IR À CONSULTAS MÉDICAS PERIÓDICAS?

- Sim. Com que frequência?
- Não. Por quê?

24.1. Quando procura a assistência medica é por vontade própria?

24.2. Presença de acompanhante? Quem?

20) FAZ EXAMES DE ROTINA? COM QUE FREQUÊNCIA?

21) TEM HIPERTENSÃO, DIABETES OU ALGUMA OUTRA DOENÇA CRÔNICA?

- Sim. Qual?
- Não

22) FAZ USO DE ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO?

( ) Sim. Qual? ( ) Não

22.1- Se SIM, toma corretamente segundo a receita médica ? ( ) Sim ( ) Não.  
Por quê?

23) JÁ FOI ATENDIDO EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA? POR QUÊ?

## F- HÁBITOS

24) REALIZAVA ATIVIDADE FÍSICA?

( ) Sim. Qual?  
( ) Não. Por quê?

25) HÁBITO DE FUMAR?

( ) Sim. Quantos maços por dia em média?  
( ) Não. Já fumou? Por quanto tempo? Por que parou?

26) FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA? ( ) Sim ( ) Não QUAL?

27) COMO É SUA ALIMENTAÇÃO?

34.1. Costuma comer alimentos condimentados ou gordurosos? ( ) Sim ( ) Não. Quais?

34.2. Tem o hábito de comer frutas, verduras, legumes leite e seus derivados?

34.3. Realiza quantas refeições diárias? Repete alguma?

28) VIDA SEXUAL ATIVA? ( ) Sim ( ) Não

32.1. Faz uso de preservativo? ( ) Sim ( ) Não

## G – TRABALHO

29) JÁ FOI ATENDIDO EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA? Por quê?

30) Conhecia ou já ouviu falar em Priapismo? Caso positivo, quando e em que situação?

31) Essa é a primeira que tem esta ereção peniana prolongada? Tem alguma doença de base?

32) Depois de quanto tempo, percebeu que tinha que procurar um serviço de saúde? Por que não procurou antes?

33) Que tipo de cuidados o senhor recebeu da equipe de saúde no momento da sua admissão no hospital?

34) Qual o tempo de espera entre a ereção e o atendimento?

39) Que tipo de cuidados o senhor gostaria de recebe da equipe de saúde no momento da sua admissão hospitalar?

40) Quantas vezes recorreu as unidades de saúde em decorrência dos mesmos sintomas?

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D - Formulário de Observação de Campo

	<p>Universidade Federal do Rio de Janeiro          Centro de Ciências da Saúde          Escola de Enfermagem Anna Nery          Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica</p>	
---	---	---

### DADOS DO PACIENTE

- 1) Iniciais do nome: \_\_\_\_\_
- 2) Idade: \_\_\_\_\_
- 3) Sexo: ( ) M ( ) F
- 4) Estado Civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) concubinato ( ) divorciado ( ) viúvo
- 5) Moradia (localização): \_\_\_\_\_
- 6) Escolaridade: \_\_\_\_\_
- 7) Renda Mensal: \_\_\_\_\_
- 8) Profissão: \_\_\_\_\_
- 9) Doença Crônica: \_\_\_\_\_
- 10) Doença Aguda \_\_\_\_\_
- 11) Internações Anteriores: \_\_\_\_\_
- 12) Outras questões pertinentes \_\_\_\_\_

<b>Tipologia de Cuidados</b>	Sim	Não
Cuidado de lidar com as prioridades		
Cuidado de chamar as pessoas pelo nome próprio		
Cuidado de se apresentar como enfermeiro		
Cuidado de ouvir		
Cuidado de assistir		
Cuidado de registrar		
Cuidado de admiti-lo		
Cuidado de implementar os cuidados necessários		
Cuidado para os exames complementares		
Cuidado de cuidar dos amigos dos clientes		
Cuidado da sua família		
Cuidado (in)visíveis da infecção hospitalar		
Cuidado na implantação de cateteres, sondas etc		
Cuidado no risco de agravamento do quadro clínico,		
Cuidado no caos entre a vida e a morte		
Cuidado de alerta		
Cuidado de guerra		
Cuidado preventivo para as quedas		
Cuidado nos procedimentos invasivos		
Cuidado noturno		
Cuidado diurno		
Cuidado contínuo		
Cuidado solidário		
Cuidado confortável		
Cuidado na inserção endovenosa (endovenosa ou intravenosa)		

Cuidado na terapia endovenosa (ev ou iv), isto é, administração e controle de líquidos e medicamentos intravenosos		
Cuidado no controle de arritmias, isto é, prevenção, reconhecimento e implantação do tratamento de ritmos cardíacos anormais.		
No controle de líquidos, isto é, equilíbrio de líquidos e prevenção de complicações resultantes de níveis anormais ou indesejados de líquidos		
Cuidado na monitorização de líquidos, isto é, análise de dados do paciente para regular o equilíbrio de líquidos		
Cuidado na reposição rápida de líquidos, isto é, administração de líquidos intravenosos prescritos.		
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		
Cuidado no tratamento da hipotermia		
Cuidado no tratamento da hipertermia		
Cuidado na administração e monitoração de oxigenoterapia		
Cuidados com sondas, drenos e cateteres		
Cuidado no controle de vias aéreas		
Cuidado no preparo de medicamentos		
Cuidado de controle de gotejamento		
Cuidado de lavagens das mãos		
Cuidado controle da hiperglicemia		
Cuidado controle da hipoglicemia		
No cuidado de recolhimento e encaminhamento de pertences		
Cuidados com próteses - qualquer aparelho ou recurso tecnológico removível		
Cuidado de banho/higiene pessoal com ajuda		
Cuidado no transporte- movimentação de um cliente/paciente de um local para outro.		
Cuidados na incontinência urinária		
Cuidado de higiene íntima		
Cuidados com o repouso no leito		
Cuidado na contenção física- aplicação, monitoramento e remoção de recursos de contenção mecânica ou manual		
Cuidado na cateterização vesical		
Cuidado de emergência		
Cuidados na reanimação cardiopulmonar		
Cuidados de biossegurança		
Cuidados de verificação e monitorização de sinais vitais		
Cuidado de contensão mecânica		

## APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada**: *Homem, priapismo e cuidados de enfermagem no atendimento de emergência*, que tem como **objetivos**: Caracterizar os homens com priapismo que são admitidos nas unidades de emergências; descrever os cuidados de enfermagem recebidos pelos pacientes com priapismo nas salas de emergências; discutir a aproximação dos cuidados de enfermagem recebidos pelos homens com priapismo, relacionando-os com tipologia de cuidados proposta por Coelho (1997). Este é um estudo baseado em uma abordagem quanti-qualitativa, utilizando como método descritivo exploratório, do tipo estudo de casos múltiplos.

A pesquisa terá duração de 01 ano, com o término previsto para julho de 2013. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. 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 pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para você e sua família em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

A pesquisa constará de duas fases. Na fase quantitativa será realizado um levantamento retrospectivo de casos de homens que foram atendidos na emergência, com diagnóstico de priapismo, nos arquivos dos hospitais eleitos como cenário de estudo, num corte temporal de 10 anos.

Para a fase qualitativa, você será submetido à **observação** por um pesquisador treinado e este descreverá as condições ambientais (sala de emergência), os comportamentos, as falas e as suas reações, iniciará após a sua chegada à sala de emergência e terminará com a saída desta sala. Além disso, sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de **Entrevista semi-estruturada**. A entrevista será gravada em MP3 para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**, portanto, sua participação é voluntária, mas caso necessidade de ressarcimento e/ou indenização, o mesmo será realizado. Embora a investigação não interfira diretamente na terapêutica do participante e por se tratar de um assunto que envolve a sexualidade masculina, o participante **o poderá sofrer o risco psíquico e moral** no momento da entrevista por constrangimento no momento desta abordagem. Para minimizar estes riscos, o pesquisador de campo será exclusivamente do sexo masculino, o que facilitará o entrosamento entre o participante e o pesquisador.

O **benefício** está centrado na construção de novos conhecimentos e/ou renovação daqueles que até então contribuíram para o fortalecimento da ciência do cuidado, com repercussão na assistência a partir do ensino de enfermagem em todos os níveis, com ênfase no desenvolvimento dos conhecimentos na área do Cuidar e dos Cuidados dos homens com priapismo atendidos em Unidades de Emergência.

Caso aceite participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido precisará ser assinado em **duas vias**, sendo que uma das vias ficará com o participante da pesquisa e a outra será arquivada pelos pesquisadores por cinco anos, conforme a Resolução. 466/2012.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

**Prof. Dr<sup>a</sup> Maria José Coelho**  
Orientadora / Cel: (21) 9945-2931  
e-mail: [zezecoelho@yahoo.com.br](mailto:zezecoelho@yahoo.com.br)

**Anderson Oliveira Teixeira**  
Mestrando / Cel: (21) 8411-5570  
e-mail: [enfoanderson@gmail.com](mailto:enfoanderson@gmail.com)

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228

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.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Participante da Pesquisa: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE F - Termo de Consentimento para Gravações das Entrevistas**

EU, \_\_\_\_\_ permito que o enfermeiro Anderson Oliveira Teixeira obtenha gravação de nossa conversa para fins de desenvolvimento do estudo intitulado **HOMEM, PRIAPISMO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA**. Concordo que o material e informações relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, palestras ou periódicos científicos, Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome em qualquer uma das vias de publicações ou uso. As gravações em MP3 ficarão sob a propriedade e guarda do enfermeiro cujo nome foi mencionado acima.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Anderson Oliveira Teixeira  
Pesquisador

---

Maria José Coelho  
Orientadora

## ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HEMORIO

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2014.

**ASSUNTO:** Parecer consubstanciado de projeto de pesquisa avaliado pelo CEP HEMORIO

Prezada Pesquisadora,

O projeto, **"Homem, priapismo e os cuidados de enfermagem no atendimento de emergência"**, registrado no CEP HEMORIO sob o número 337/13, foi **aprovado** pelo comitê desta Instituição conforme a Resolução 466/12, após análise das respostas.

Assim, após apresentação e análise dos documentos recebidos, o Comitê de Ética em Pesquisa HEMORIO considera o projeto **APROVADO**.

Ressaltamos abaixo, algumas orientações fundamentais, as quais o pesquisador deve estar muito atento:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado;
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeira ação imediata;
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificações ao CEP e à ANVISA, junto com seu posicionamento;
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente até 07/07/2014 e ao término do estudo.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



**HEMORIO**  
INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA  
ARTHUR DE SIQUEIRA CAVALCANTI

Sendo assim, por favor, contate a Coordenação do CEP HEMORIO (Sra. Marcia Villa Nova, Thaís Oliveira ou Joselaine Sousa) pelo telefone 2332-8612, ramal 2415, a fim de estabelecermos o fluxo de sua pesquisa e tomarmos outras providências pertinentes.

Atenciosamente,

Marcia Villa Nova  
Coordenadora do CEP HEMORIO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Rua Frei Caneca, 8 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030

Tel.: (21) 2299-9442 R. 2215 – Fax: 2242-4250 – [www.hemorio.rj.gov.br](http://www.hemorio.rj.gov.br) – [cep@hemorio.rj.gov.br](mailto:cep@hemorio.rj.gov.br)



ESCOLA DE ENFERMAGEM  
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -  
HOSPITAL ESCOLA SÃO



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** HOMEM, PRIAPISMO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

**Pesquisador:** ANDERSON OLIVEIRA TEIXEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 20551613.3.0000.5238

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 439.131

**Data da Relatoria:** 29/10/2013

#### **Apresentação do Projeto:**

O objeto de estudo são os cuidados de enfermagem emergenciais ao homem com priapismo. A realização deste estudo se relaciona ao fato de que constantemente nos deparamos com homens apresentando história de priapismo, o que evidencia a necessidade de ações ntervencionistas para a reversão do quadro clínico apresentado. Trata-se de uma doença caracterizada pela ereção peniana prolongada e persistente por mais de quatro horas, não desencadeada por estimulação sexual e tipicamente, somente os corpos cavernosos são afetados, sendo considerada uma situação de emergência. Trata-se de uma doença caracterizada pela ereção peniana prolongada e persistente por mais de quatro horas, não desencadeada por estimulação sexual e tipicamente, somente os corpos cavernosos são afetados, sendo considerada uma situação de emergência.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Caracterizar os homens com priapismo que são admitidos nas unidades de emergência; descrever os cuidados de enfermagem recebidos pelos pacientes com priapismo nas salas de emergência; e discutir a aproximação dos cuidados de enfermagem recebidos pelos homens com priapismo.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Embora a investigação não interfira diretamente na terapêutica do participante e por se tratar de um assunto que envolve a sexualidade masculina, o participante poderá sofrer o risco psíquico e

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275

**Bairro:** Cidade Nova **CEP:** 20.211-110

**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2239-8148 **E-mail:** cepeeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM  
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -  
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 439.131

moral no momento da entrevista por constrangimento no momento desta abordagem. Para minimizar estes riscos, o pesquisador de campo será exclusivamente do sexo masculino, o que facilitará o entrosamento entre o participante e o pesquisador.

O benefício está centrado na construção de novos conhecimentos e/ou renovação daqueles que até então contribuíram para o fortalecimento da ciência do cuidado, com repercussão na assistência a partir do ensino de enfermagem em todos os níveis, com ênfase no desenvolvimento dos conhecimentos na área do Cuidar e dos Cuidados dos homens com priapismo atendidos em Unidades de Emergência.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Para realizar o recrutamento dos participantes, o pesquisador respeitará o momento em que os cuidados emergenciais estiverem sendo prestados, pois o tempo de intervenção está diretamente relacionado com o prognóstico deste homem. Após estes cuidados, com a reversão do quadro clínico e o alívio da dor, em até 24 horas (período do atendimento de emergência) ou quando tiver condições físicas e psicológicas, buscaremos condições e um local mais adequado (reservado) para que o convite e esclarecimentos da pesquisa sejam efetuados.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Atendeu aos requisitos exigidos pelo parecer consubstanciado dos membros do CEP e a Resolução no.466/12.

#### **Recomendações:**

Atendeu as recomendações solicitadas no texto e TCLE.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto pode seguir seu desenvolvimento.

#### **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 29 de outubro de 2013. 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

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275  
**Bairro:** Cidade Nova **CEP:** 20.211-110  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2239-8148 **E-mail:** cepeeannesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM  
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -  
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 439.131

encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

RIO DE JANEIRO, 29 de Outubro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Maria Aparecida Vasconcelos**  
**Moura (Coordenador)**

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275

**Bairro:** Cidade Nova

**CEP:** 20.211-110

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2239-8148

**E-mail:** cepeeanhesfa@gmail.com

**ANEXO B – Parecer Técnico do Produto do Cuidado**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**



**PARECER DO PRODUTO DO CUIDADO**

**CURSO:** MESTRADO

**MATERIAL AVALIADO:** MANUAL DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO HOMEM COM PRIAPISMO

**AUTORES:** ANDERSON OLIVEIRA TEIXERIA / MARIA JOSÉ COELHO

**ACEITAÇÃO FINAL DO PRODUTO DO CUIDADO:**

O Manual atende as necessidades de informação para a população de uma maneira bem ampla e direta, tem como um facilitador o fato de utilizar a linguagem escrita e o lúdico como estratégia para a difusão da temática. É abrangente, pois é capaz de levar informações a toda população.

A estratégia da confecção do Manual através da história em quadrinhos permite a diminuição do distanciamento entre a informação técnico-científica e a população de uma maneira em geral. Fica a sugestão para o a descaracterização dos personagens, registro da obra, ampliação do quantitativo de exemplares e divulgação dos mesmos.

Rio de Janeiro, 20 de março de 2015.

**Leonardo Lopes Barbosa**  
 Enfermeiro Emergencista (HFA)

**Júlio César Santos da Silva**  
 Mestre em Enfermagem  
 Especialista em Saúde do Homem

**Bruna Maria Bueno de Mattos.**  
 Enfermeira Intensivista. (HEMORIO)

**Selma de Almeida Graciano**  
 Mestre em Enfermagem  
 Especialista em Hematologia