

Saúde do homem e doença cardiovascular: gerenciamento do cuidado de enfermagem em nível ambulatorial

Men's health and cardiovascular disease: the nursing care management in ambulatory

Salud del hombre y enfermedad cardiovascular: gestión de la atención de enfermería en el ambulatorio

Amanda Trindade Teixeira de Bessa¹, Maria Gefé da Rosa Mesquita² e Marlucci Andrade Conceição Stipp³.

Como citar este artigo:

de Bessa ATT; Mesquita MGR; e Stipp MAC. Saúde do homem e doença cardiovascular: gerenciamento do cuidado de enfermagem em nível ambulatorial. Care Online. 2016 jul/set; 8(3):4766-4772. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4766-4772>

ABSTRACT

Objectives: characterize the socio-demographic conditions and life habits of male customers and discuss about managing cardiovascular nursing care in outpatient level. **Method:** transversal study and descriptive, exploratory with 50 participants. Applied an interview on personal data, life habits and health conditions. We used Epi Info™ version 3.5.2 for statistical analysis. Approved research on the Ethics Committee and research opinion no 236,786. **Results:** were characterized men over 40 years, retirees, pensioners or the unemployed, with low income and education, poor sleep pattern and 52% with hypertension. It was observed

¹ <http://lattes.cnpq.br/8608593299458154>. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Graduação em enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (2015), Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Inserida no Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional (GESPEen) do Departamento de Metodologia da Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery. Contato principal da correspondência: Rua Manoel Botelho, 262 Barbuda- Magé - RJ email: amandattb@gmail.com.

² <http://lattes.cnpq.br/5256065854595111>. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Professor Adjunto II da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Doutora em Enfermagem. Intercâmbio Educacional Internacional na Escola de Enfermagem da Universidade da Califórnia Los Angeles (UCLA). Doutorado Sanduíche na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Graduada pela EEAN/UFRJ. Pós-graduação nos moldes de residência na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Especializações nas áreas de Terapia Intensiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e Educação pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Membro da Infusion Nursing Society Brasil. Vice-líder do Grupo de Pesquisa e Extensão em Segurança e Sustentabilidade em Saúde (GPSESG). Revisora de revistas científicas em análise de artigos para publicação de revistas brasileiras e internacionais. Atua no ensino e pesquisa de Enfermagem, principalmente nos seguintes temas: Gestão em Saúde, Enfermagem Oncológica, Segurança do Paciente com ênfase em Oncologia, Saúde do Homem, Saúde do Adulto.

³ <http://lattes.cnpq.br/5033738592087439>. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1992), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1995), Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2000), Especialista em Pesquisa Clínica (2006), Pós-Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). É Professora Associada III da Universidade Federal do Rio de Janeiro. É docente e orientadora dos cursos de Mestrado e Doutorado da EEAN/UFRJ. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em cardiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: administração em enfermagem, gerência do cuidado, enfermagem cardiovascular.

that the risk factors are modifiable, and fix them through health education and lifestyle changes. **Conclusion:** are big challenges for the management of nursing care in a gender perspective offering important discussions on promotion and prevention of diseases.

Descriptors: cardiovascular diseases; the health man; nursing; management.

RESUMO

Objetivo: caracterizar as condições sociodemográficas e de hábitos de vida de uma clientela masculina e discutir sobre gerenciamento do cuidado de enfermagem cardiovascular em nível ambulatorial. **Método:** estudo transversal, descritivo, exploratório com amostra de 50 participantes. Aplicado um roteiro de entrevista sobre dados pessoais, hábitos de vida e condições de saúde. Utilizou-se Epi Info™ versão 3.5.2 para análise estatística. Pesquisa aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa, parecer nº 236.786. **Resultados:** caracterizaram-se homens acima de 40 anos, aposentados, pensionistas ou desempregados, com baixa renda e escolaridade, padrão de sono insatisfatório e 52% hipertensos. Observou-se que os fatores de risco são modificáveis, podendo-se corrigi-los através da educação em saúde e mudanças no estilo de vida. **Conclusão:** são grandes os desafios para o gerenciamento do cuidado de enfermagem na perspectiva de gênero oferecendo importantes discussões sobre promoção e prevenção de agravos à saúde.

Descritores: doenças cardiovasculares; saúde do homem; enfermagem; gerência.

RESUME

Objetivo: caracterizar las condiciones sociodemográficas y de estilo de vida y discutir la gestión de la atención de enfermería cardiovascular en los pacientes de sexo masculino en el ambulatorio. **Método:** estudio transversal, descriptivo, exploratorio, con la muestra de 50 participantes. Aplicado guía de entrevista a datos personales, hábitos y condiciones de salud que viven. Se utilizó Epi Info™ versión 3.5.2 para el análisis estadístico. Aprobado por el Comité de Ética en Investigación, la Opinión Nº 236 786. **Resultados:** caracterizaron, hombres con más de 40 años, jubilados o personas sin sueldo, con bajos ingresos y la educación, estándar de sueño es insatisfactorio y 52% eran hipertensos. Se observó que los factores de riesgo son modificables y se pueden ser solucionados por medio de la educación para la salud y los cambios en el estilo de vida. **Conclusión:** hay desafíos para la gestión de los cuidados de enfermería desde una perspectiva de género, ofreciendo importantes debates sobre la promoción y la prevención de problemas de salud.

Descriptor: salud del hombre; enfermedades cardiovasculares; enfermería; gerencia.

INTRODUÇÃO

A saúde do homem constitui-se de uma problemática bastante complexa, na qual estão inseridos diversos fatores e peculiaridades, que envolvem desde o contexto histórico, pautado na sociedade patriarcal, onde o homem é visto como indivíduo forte e pouco vulnerável, que não adocece, até questões culturais e financeiras, na qual este se julga o

responsável pela provisão da família, alegando não ser possível deixar de comparecer ao trabalho para procurar assistência médica preventiva.

Todos esses fatores associados contribuem para a baixa adesão na busca de uma ação preventiva, levando esses homens a procurarem assistência apenas em situações de maior gravidade, que por vezes podem trazer risco efetivo à qualidade de vida, visto que as consequências da procura apenas curativa podem resultar em sequelas e agravos à saúde que poderiam ser evitados através de medidas de prevenção primária.¹

Em 2010, 44,5% do total da população idosa brasileira era do sexo masculino,² dessa forma, justifica-se a necessidade de estudos visando discutir as especificidades do gênero masculino, suas principais características e pontos a serem debatidos e trabalhados pelos profissionais de saúde, a fim de possibilitar um cuidado mais assertivo e integral, que consiga, além de conscientizar o indivíduo a buscar a prevenção, promovam também saúde e qualidade de vida.

Durante muito tempo, o cuidado específico ao gênero masculino foi negligenciado, não havendo nenhuma política de promoção da saúde e prevenção de agravos voltada aos homens, embasada em suas singularidades e na epidemiologia típica do gênero, como doenças mais prevalentes e índices de morbimortalidade. Estudos apontam que os próprios profissionais não estão familiarizados com a presença do homem no cenário de atenção básica, sendo possível notar importantes diferenças no acolhimento e consulta entre os gêneros masculino e feminino, este último sendo alvo de uma escuta mais atenta e detalhada do que o primeiro.³

A reunião de todos esses aspectos leva os homens a se tornarem mais vulneráveis às doenças e, nesse contexto, inserem-se as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), dentre elas, as doenças cardiovasculares, que são multifatoriais, onde questões hereditárias, alimentação, padrão de sono e repouso, sedentarismo, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, dentre outros são indicadores de risco para o seu desenvolvimento, além de elevarem as taxas de prevalência de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo.

As doenças cardiovasculares são o principal problema de saúde que leva à morte no Brasil, e a segunda maior causa de mortalidade no gênero masculino,⁴ sendo mais comum em homens mais velhos, com menor escolaridade, solteiros, viúvos ou divorciados, e ainda em idade produtiva. Segundo dados do DataSUS, a taxa de mortalidade por doenças do sistema circulatório no sexo masculino (63,9%) é maior do que a taxa geral (53,8%) e a taxa de mortalidade feminina (44,1%).⁵

Diante de todo esse histórico, nas últimas décadas, tem se observado, por parte do sistema de saúde, uma crescente preocupação com a Saúde do Homem, concretizando-se a partir da criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), integrando-a como uma das prioridades da agenda de saúde do governo. Esta política

visa atuar, em nível de atenção primária, estabelecendo estratégias que possibilitem alcançar o público-alvo, trabalhando com promoção e prevenção em saúde, na tentativa de conscientizar e aproximar esses homens da assistência preventiva.

Acredita-se que o homem é um ser genérico, exercendo atividades que são comuns a todos, mas ao mesmo tempo é particular, onde é representado por suas peculiaridades e formas de sentir e lidar com as situações da vida que lhes são apresentadas, ou seja, a vida cotidiana nada mais é do que a coexistência muda de particularidade e genericidade.⁶

A vida cotidiana é a constituição e reprodução do próprio indivíduo e conseqüentemente da própria sociedade através das objetivações, que são originadas a partir de uma ação do homem sob um objeto, trazendo-lhe benefícios e utilidade através deste.⁷ Pode-se dizer então, que o indivíduo é um ser heterogêneo e espontâneo e essas características, apesar de particulares, advém do singular-genérico, e suas atitudes e escolhas interferem tanto em um aspecto, quanto em outro.⁶

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivos: caracterizar as condições sociodemográficas e de hábitos de vida de uma clientela do sexo masculino e discutir sobre gerenciamento do cuidado de enfermagem cardiovascular em nível ambulatorial.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório com abordagem quantitativa realizado em uma unidade ambulatorial de um Hospital Escola de âmbito federal do estado do Rio de Janeiro.

Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado "Gênero e doença cardiovascular – Aspectos epidemiológicos e educacionais avaliados pela Enfermeira". O referido projeto foi dividido em duas fases, a primeira, finalizada no primeiro semestre de 2013, foi realizada com pessoas de ambos os sexos e a segunda, realizada no período de 2013-2 a 2014-1, deu origem ao presente estudo, com ênfase na promoção da saúde masculina.

A amostra, do tipo de não probabilidade, por conveniência⁸, foi constituída de 50 clientes. Os clientes foram usuários dos serviços ambulatoriais da referida instituição, oriundos da sala de espera. Os critérios de inclusão foram: clientes com idade igual ou superior a 18 anos, em condições clínicas de se comunicar; que buscavam atendimento ambulatorial nas diversas especialidades clínicas do hospital.

Foi utilizado um roteiro de entrevista dividido em três partes, sendo o primeiro com perguntas relacionadas aos dados pessoais o segundo relacionado aos hábitos de vida e o terceiro sobre a situação de saúde da clientela incluindo informações sobre hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, dentre outros.

Os dados foram coletados no ambulatório, no período da manhã e da tarde e foram tabulados, organizados e analisados utilizando o Software de pesquisa Epi InfoTM versão 3.5.2

para análise estatística. O presente estudo ofereceu riscos mínimos aos participantes, como desconforto emocional ou acanhamento ao responder à entrevista. A pesquisa foi aprovada no CEP da EEAN-UFRJ-Hospital Escola São Francisco de Assis sob o nº 236.786 de 30/04/2013.

RESULTADOS

Na Tabela 1, observam-se os dados referentes ao perfil sócio demográfico dos 50 participantes.

Tabela 1: Características sócio demográficas da amostra - Rio de Janeiro, 2014.

Características sócio demográficas	Fi	Fi%
Idade		
Menor que 40 anos	9	18,0
Maior ou igual a 40 anos	41	88,0
Naturalidade		
Rio de Janeiro	29	58,0
Demais estados	19	38,0
Estrangeiros	2	4,0
Cor da Pele		
Branca	17	34,0
Não branca	33	66,0
Escolaridade		
1º Grau incompleto	15	30,0
1º Grau completo	11	22,0
2º Grau incompleto	9	18,0
2º Grau completo	8	16,0
3º Grau incompleto	4	8,0
3º Grau completo	2	4,0
Analfabeto	1	2,0
Ocupação		
Aposentado/Pensionista	20	40,0
Com remuneração	21	42,0
Sem remuneração	9	18,0
Renda individual		
< De 1 SM	3	7,3
1 à < 3 SM	32	78,0
3 à < 5 SM	5	12,2
Não informou	1	2,5
Vida conjugal		
Sim	24	48,0
Não	26	52,0
Principal renda da família		
Sim	36	87,8
Não	5	12,2
Religião referida		
Católico	33	66,0
Evangélico	7	14,0
Espírita	3	6,0
Sem religião	7	14,0

* Salário mínimo referência no período de coleta de dados: R\$ 628,00 de maio a dezembro de 2013 e R\$ 724,00 de janeiro a fevereiro de 2014. Fonte: Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos – DIEESE

Com relação aos hábitos de vida na tabela 2 observa-se que o padrão de sono e repouso é predominantemente insa-

tisfatório entre os homens, assim como a prática de atividade física regularmente. Cerca de 50% tem a ingestão hídrica inadequada, consumindo menos de 2 litros de água por dia. Com relação à alimentação, o quadro 1 apresenta as classes alimentares mais consumidas em ordem decrescente.

Tabela 2: hábitos de vida da amostra - Rio de Janeiro, 2014

Hábitos de vida	Fi	Fi%
Padrão de Sono e Repouso		
Satisfatório (8h ou mais)	22	44,0
Insatisfatório	28	56,0
Refeições diárias		
2	5	10,0
3	19	38,0
4	20	40,0
5	6	12,0
Ingestão de sal		
Procura comer < 5g sal ao dia	38	76,0
Não se preocupa em diminuir o sal na alimentação	11	22,0
Coloca Sal no alimento já pronto	1	2,0
Ingestão hídrica		
2 litros ou mais por dia	25	50,0
Menos de 2 litros por dia	25	50,0
Atividade física		
Pratica regularmente	16	32,0
Não pratica regularmente	34	68,0
Bebida alcoólica		
Consome bebida alcoólica	20	40,0
Não consome	30	60,0
Tabagismo		
Fumante	13	26,0
Não fuma	37	74,0
Histórico familiar de doença arterial coronariana		
Sim	16	32,0
Não	34	68,0
Estresse emocional		
Sente-se estressado	23	46,0
Não se sente estressado	27	54,0
Depressão		
Refere	14	28,0
Não refere	36	72,0
Procura assistência médica		
1x ao ano	7	14,0
2x ao ano	2	4,0
3x ao ano	6	12,0
4x ou mais ao ano	19	38,0
Não procura	16	32,0

No contexto situacional de saúde, os diagnósticos médicos atuais mais frequentes são as doenças cardiovasculares seguidos por dependência química e diabetes *mellitus*. A doença de base mais comum entre os homens, a hipertensão

arterial sistêmica, acometeu 52% dos participantes (Tabela 3), dois quais, 19,2% não aderem o tratamento.

Tabela 3: frequência de hipertensão arterial sistêmica como doenças de base na amostra e adesão ao tratamento - Rio de Janeiro, 2014.

Doença de base	Fi	Fi%
Hipertensão arterial sistêmica		
Portador	26	52,0
não-portador	24	48,0
Tratamento		
Adere	20	76,9
Não adere	5	19,3
Não soube informar	1	3,8
Controle de pressão arterial		
Realiza controle	20	76,9
Não realiza	5	19,3
Não soube informar	1	3,8

Na Tabela 4, é importante destacar que a maioria dos entrevistados apresenta índice de massa corporal (IMC) normal, e 50% apresentam circunferência abdominal acima dos padrões adequadamente estabelecidos, predominando dentre os pontos de corte, o sobrepeso e a circunferência abdominal acima de 102 cm. Ambos os dados são importantes fatores de risco para as DCV.

Tabela 4: dados antropométricos da amostra - Rio de Janeiro, 2014.

Dados antropométricos	Fi	Fi%
Índice de Massa Corporal		
Baixo peso	1	2,0
Normal	19	38,0
Sobrepeso	17	34,0
Obesidade	13	26,0
Circunferência Abdominal (cm)		
< 94cm Ideal	25	50,00
- 102 Risco Aumentado	12	24,0
> 102 Risco Muito Aumentado	13	26,0

No tocante aos métodos preventivos para DCV, observou-se que a fonte de maior informação adquirida são os serviços de saúde e que os participantes apresentam bom conhecimento sobre os quesitos reduzir o estresse, a ingestão de sal, redução do peso e realização de atividade física. Entretanto, com relação aos hábitos de fumar e ingestão de bebida alcoólica, pode-se constatar que ainda há certa divergência de opiniões.

Tabela 5: conhecimento dos entrevistados acerca dos métodos de prevenção para as DCV – Rio de Janeiro, 2014.

Métodos de conhecimento	Sim	Não	Não soube informar
	Fi Fi%	Fi Fi%	Fi Fi%
Parar de fumar	41	1	8
	82	2	16
Praticar exercícios físicos	44	0	6
	77	0	23
Reduzir o estresse	42	1	7
	84	2	14
Reduzir ingestão de sal	47	1	2
	94	2	4
Reduzir ingestão de álcool	40	2	8
	80	4	16
Reduzir o peso	43	1	6
	86	2	12

Discussão dos dados

A amostra foi composta por 50 homens, dos quais as doenças mais prevalentes são as DCV, sendo 52% hipertensos, 88% com 40 anos ou mais, 58% naturais do estado do Rio de Janeiro, predominantemente aposentados, pensionistas ou indivíduos sem remuneração, de etnia não branca, com escolaridade até o 1º grau completo, solteiros e católicos.

Detectados os fatores de risco, como excesso de peso, sedentarismo e circunferência abdominal acima do normal, com alimentação predominantemente rica em carboidratos e vegetais e verduras e, ingestão hídrica abaixo dos valores ideais. As medidas antropométricas, bem como o sedentarismo são importantes fatores de risco para o surgimento de DCV.^{9,10} O consumo adequado e equilibrado de alimentos diversificados e ingestão adequada de água, aliados à prática de atividade física regularmente, corroboram para a redução de peso, diminuição da circunferência abdominal, e melhora da qualidade de vida, podendo evitar até 75% das DCV.^{9,11}

Com relação ao padrão de sono, este se encontra alterado, como possível consequência, tem-se que 46% dos entrevistados relatam estresse. Sabe-se que distúrbios do sono podem desencadear uma série de alterações no indivíduo, desde alterações comportamentais como cansaço e irritabilidade, podendo até mesmo contribuir, concomitantemente a outros fatores, com o surgimento das DCV. Por outro lado, como dado positivo, verificou-se baixa frequência de tabagismo e consumo de bebida alcoólica. Dos entrevistados, 68% buscam atendimento nos serviços de saúde ao menos uma vez ao ano, sendo esta sua principal fonte de informação acerca das DCV.

Com relação à faixa etária, observou-se que a procura pelo serviço de saúde é baixa entre os jovens, sendo mais expressiva a partir da meia-idade. Um fator importante a ser destacado, diante da especificidade do gênero, é que

42% dos participantes entrevistados exercem atividades remuneradas, ou seja, é composto por trabalhadores ativos, o que comprova a questão sociocultural da masculinidade tradicional relatada anteriormente, em que os homens alegam como um dos fatores para falta de busca pelo serviço de saúde a dificuldade de horários, por não poder pedir dispensa sempre do trabalho para comparecer às consultas preventivas.

Assim, homens revelam maior dificuldade de busca por assistência em saúde em razão de sua auto percepção, sendo a busca pelo cuidado uma tarefa específica do gênero feminino. Necessitar de cuidados em saúde desmerece os homens, os quais foram criados para assistir e prover.¹² Baseado nesse contexto, o homem não busca atendimento preventivo, e sim, quando o quadro patológico já está instalado, e muitas vezes sem possibilidade de reversão, provocando assim alterações permanentes na saúde e qualidade de vida e também, mais custos assistenciais para o Sistema Único de Saúde (SUS).¹³

Sobre a renda individual e nível de escolaridade, estudos comprovam que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis acometem mais as pessoas de menor poder aquisitivo, sendo responsáveis por 80% dos óbitos em países de baixa e média renda, com 29% dos óbitos em menores de 60 anos, enquanto nos países de alta renda, para a mesma idade, correspondem a apenas 13% da população.¹⁴

Já é sabido que a baixa escolaridade se configura como fator de risco para as DCV. Sendo o Brasil um país subdesenvolvido, que apresenta alto índice de pobreza e baixa escolaridade, estes dados tornam-se essenciais, pois caracterizam ambos os quesitos, como fatores de risco de relevante importância no contexto das DCV, indicando assim, que sejam elaboradas políticas de conscientização e repasse de informações pertinentes ao tema, de maneira clara e objetiva, voltadas para essa população, a fim de reduzir a incidência de DCV.

Diante dos fatos discutidos, nota-se que a caracterização da clientela indica que os principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCV são modificáveis,¹⁵ sendo necessária a implementação de ações de saúde voltada para a sensibilização e conscientização da população masculina, principalmente àqueles que estão no grupo de maior vulnerabilidade, ou seja, baixa escolaridade e baixa renda.

A partir disto, estudos comprovam que intervenções simples e preventivas, trazendo ações de promoção e educação em saúde e controle dos fatores de risco, podem ser eficientes no controle dessas doenças e prevenção de novos casos,^{16,17} medidas de melhorias na qualidade de vida são também de suma importância na prevenção das DCNT e, não necessariamente dispensam custos financeiros, tais como, prática de exercícios físicos regulares, redução do uso de sal, evitar o uso de bebida alcoólica e tabaco, manter uma alimentação rica em fibras, verduras e vegetais e pobre em açúcar, gorduras e sal e evitar o estresse.

Neste contexto, está inserida a enfermagem como agente ativo¹⁸, sendo o profissional enfermeiro integrante

e participante da equipe multiprofissional, no contexto da atenção básica de saúde,¹⁸ tendo atribuições de coordenação, organização, liderança e gerenciamento do cuidado. Sua atuação perpassa tanto a coordenação junto à equipe na realização de ações educativas e palestras que visam orientar coletivamente sobre hábitos de vida mais saudáveis, quanto gerenciamento de pessoal e materiais. Entretanto, a educação e orientação em saúde podem ser feitas também individualmente, através da realização da Consulta de Enfermagem.

Estudos mostraram que os usuários enxergam o enfermeiro como um profissional acolhedor, possibilitando maior aproximação durante a realização do cuidado, o que favorece o enfermeiro a estabelecer uma comunicação satisfatória e promover a educação em saúde.¹⁹ É conhecido também, que a prevenção a partir das orientações e aconselhamento dados pela enfermeira na consulta de enfermagem reduz a mortalidade entre os indivíduos, contribuindo para uma maior qualidade de vida,¹⁵ sendo assim, um importante instrumento de que a enfermagem dispõe para investir na promoção e prevenção de agravos à saúde.¹⁹

A questão de gerenciar implica na obtenção de competências gerenciais, na execução de um planejamento das ações de saúde como uma das ferramentas primordiais nesse processo. Para isso, o enfermeiro necessita de conhecimento das políticas públicas e municipais e o perfil sanitário e epidemiológico.²⁰ Dessa forma, conhecer o estilo de vida de sua clientela, facilitará o controle de seus fatores de risco e conseqüente monitoramento a fim de reduzi-los.

CONCLUSÃO

O gênero masculino é dotado de inúmeras especificidades, necessitando de uma política eficaz específica voltada para suas demandas individuais, visando sensibilizar esses homens ao cuidado preventivo, quebrando o histórico tabu de inatingível, mostrando que ele também adoece e precisa se cuidar.

Observou-se que em 15 meses de coleta de dados, foram encontrados apenas 50 homens, o que demonstra a falta de participação destes na atenção primária. É importante estimular a adesão dessa população, buscando a cada dia mais promover a qualidade de vida, e diminuição dos fatores de risco modificáveis, atingindo um nível ótimo de prevenção de doenças e controle de agravos.

A importância de se estimar tais fatores está na possibilidade de prevenção e reversão do quadro, antes da manifestação de doenças, sendo a educação e reeducação do modo de convivência com seus hábitos de vida um aspecto indispensável na abordagem a este cliente no planejamento do cuidado de enfermagem. Dessa forma, a gerência do cuidado poderá funcionar como instrumento facilitador do trabalho e que qualifica a assistência ambulatorial da enfermeira.

A enfermagem é de vital importância nessa atividade, pois, esta tem por atribuição, gerenciar o cuidado, seja no coletivo, através de grupos de palestras, rodas de conversas e demais estratégias, seja no cuidado individual, através de aconselhamentos na consulta de enfermagem. Diante dos fatos, conclui-se que são grandes os desafios para o gerenciamento do cuidado de enfermagem na perspectiva de gênero oferecendo importantes discussões sobre promoção e prevenção de agravos à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. 1ªed. Brasília (DF); 2008.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico 2010: Características da população e do domicílio, resultados do universo* [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [citado 2011 ago. 21]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/xls/Brasil/tab1_1_1.zip
3. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2010.
4. Schwarz E, Gomes R, Couto MT, Moura EC, Carvalho SA, Silva SFC. Política de saúde do homem. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2012, vol.46, suppl.1:108-116. Epub Dec. 11, 2012.
5. DATASUS. Sistema de informações sobre mortalidade. [Acesso 2014] Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.def>
6. Heller, A. *O cotidiano e a história*. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1985
7. Guimarães GTD, Fernandes I, Arruda MP, Mediondo MSZ, Ruschel M, Schnorr RCC, et al. *Aspectos da Teoria do Cotidiano: Agnes Heller em perspectiva*. Porto Alegre (RS): EDPUCRS; 2002
8. Polit. DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem-métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
9. Rodrigues ESR, Moreira RF, Rezende AAB, Costa LD. Sedentarismo e tabagismo em pacientes com doenças cardiovasculares, respiratórias e ortopédicas. *Rev enferm UFPE* [Internet], Recife, 8(3):591-9, mar 2014
10. Montenegro-Neto AN, Simões MOS, Medeiros ACD, Portela AS, Queiroz MSR, Cunha-Montenegro R, et al. The correlation between anthropometric measurements and biochemical cardiovascular risk markers in the hypertensive elderly. *Rev. Salud Pública*. 13 (3): 421-432, 2011.
11. Weber B, Galante AP, Bersch-Ferreira AC, Torreglosa CR, Carvalho VO, Victor ES, et al. Effects of Brazilian Cardio protective Diet Program on risk factors in patients with coronary heart disease: A Brazilian Cardio protective Diet randomized pilot trial. *Clinics*. 2012;67(12):1407
12. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes, R, Figueiredo WS, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011, vol.16, n.11:4503-4512.
13. Separavich, MA e Canesqui, AM. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saude Soc.* [Internet]. 2013, vol.22, n.2:415-428.
14. Duncan BB, Chór D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2012, vol.46, suppl.1:126-134.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022* / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
16. Tiessen AH, Vermeulen KM, Broer J, Smit AJ, Meer, KV Cost-effectiveness of cardiovascular risk management by practice nurses in primary care. *BMC Public Health* 2013 (13):148.
17. Mendis S, Johnston SC, Fan W, Oladapo U, Camero A, Faramawi MF. Cardiovascular risk management and its impact on hypertension control in primary care in low-resource settings: a cluster-randomized trial. *Bull World Health Organ.*, 2010.
18. Santos SMR, Jesus MCP, Amaral AMM, Costa DMN, Arcanjo RA. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. *Texto contexto - enferm.* Florianópolis, v. 17, n. 1, mar. 2008.
19. Souza PA, Batista RCR, Lisboa SF, Costa, VB, Moreira, LR. Percepção dos usuários da atenção básica acerca da consulta de enfermagem. *Rev. Min Enferm.* 2013 jan/mar; 17(1):11-17.
20. Lourenção DCA, Denito GAV. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. *Rev. Bras. Enferm.* 2010; 63(1):91-7

Recebido em: 27/08/2014
Revisão requerida: 17/09/2015
Aprovado em: 19/01/2016
Publicado em: 15/07/2016

Autor correspondente:
Amanda Trindade Teixeira de Bessa
Rua Afonso Cavalcanti, 275
Cidade Nova, Rio de Janeiro – RJ