

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA/ ESENFAR
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RAYZA UCHOA GOMES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
CARDÍACA ADULTO**

MACEIÓ

2018

RAYZA UCHOA GOMES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
CARDÍACA ADULTO**

Projeto de pesquisa do trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para conclusão do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas- UFAL.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Comassetto.

MACEIÓ

2018

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale – CRB4 - 661

G633p Gomes, Rayza Uchoa.
Perfil epidemiológico de uma unidade de terapia intensiva cardíaca adulto / Rayza Ucha Gomes. – 2018.
20 f. : il.

Orientadora: Isabel Comassetto.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Curso de Enfermagem, Maceió, 2018.

Bibliografia: f. 25-28.

1. Cardiologia. 2. Unidade de terapia intensiva especializada – Cuidados críticos. 3. Unidade de terapia intensiva de adultos – Fatores de risco. 4. Cuidados de enfermagem. I. Título.

CDU: 616-083: 614.3-053.8

Folha de Aprovação

RAYZA UCHOA GOMES

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CARDÍACA ADULTO

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para conclusão do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas-UFAL e aprovado em 16 de maio de 2018.

Prof.^a Dr.^a Isabel Comassetto (Orientadora)
Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliate (Examinadora Interna)
Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas

Enf.^a Msc.^a Maria Elizabete Rodrigues Viana (Examinadora Externa)
Secretaria Municipal de Saúde de Maceió

RESUMO

Trata-se de um estudo que tem como objeto o perfil epidemiológico de uma Unidade de Terapia Intensiva Cardíaca Adulto. Entre as enfermidades que mais ameaçam a vida humana, as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no mundo. Sabendo disso, as unidades de terapia intensiva prestam cuidados intensivos a usuários em situação clínica grave ou de risco. Diante do interesse pela pesquisa surgiu a seguinte questão norteadora: Qual o perfil epidemiológico de uma Unidade de Terapia Intensiva Cardíaca Adulto? A realização desta pesquisa objetivou traçar o perfil epidemiológico de uma Unidade de Terapia Intensiva Cardíaca Adulto. Estudo retrospectivo de abordagem quantitativa e caráter epidemiológico que teve como fontes de informações os prontuários dos pacientes internados de setembro de 2017 a fevereiro de 2018 em uma Unidade de Terapia Intensiva Cardíaca Adulto de um hospital cardíaco privado e utilizou as seguintes variáveis: sexo, idade, causa de admissão, comorbidades associadas, tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva em dias, desfecho na Unidade de Terapia Intensiva e taxa média de ocupação dos leitos. A população da Unidade de Terapia Intensiva foi composta em sua maioria por idosos, sexo masculino (60%), hipertensos (68%), sendo o principal diagnóstico de admissão o pós operatório imediato de angioplastia (29%). O tempo de internação foi, em média, de três dias. A taxa de mortalidade foi a mais baixa (6%) perante outros estudos. Os resultados encontrados podem auxiliar na otimização do processo de trabalho e no aperfeiçoamento do cuidado por profissionais de saúde.

Palavras-chaves: Unidades de Terapia Intensiva. Perfil de Saúde. Cardiologia. Fatores de risco. Cuidados Críticos.

ABSTRACT

This is a study whose objective is the epidemiological profile of an Adult Cardiac Intensive Care Unit. Among the diseases that most threaten human life, cardiovascular diseases are the leading causes of death in the world. This way, intensive care units provide intensive care to users in a severe or at-risk clinical situation. In view of the interest on the research, the following guiding question emerged: What is the epidemiological profile of an Adult Cardiac Intensive Care Unit? The purpose of this research was to trace the epidemiological profile of an Adult Cardiac Intensive Care Unit. A retrospective study of the quantitative approach and epidemiological character, which had the medical records of hospitalized patients from September 2017 to February 2018 in an Adult Cardiac Intensive Care Unit of a private cardiac hospital and used the following variables: sex, age, cause of admission, associated comorbidities, length of stay in the Intensive Care Unit in days, Intensive Care Unit outcome and average bed occupancy rate. The Intensive Care Unit population was mostly composed of elderly males (60%) and hypertensive patients (68%). The main diagnosis of admission was immediate postoperative angioplasty. The hospitalization time was, on average, three days. The mortality rate was the lowest (6%) compared to other studies. The results can help to optimize the work process and improve care for health professionals.

Keywords: Intensive Care Units. Health Profile. Cardiology. Risk Factors. Critical Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1- Comorbidades associadas a DCVs de pacientes internados em uma UTI Cardíaca, em Maceió, no período de set de 2017 a fev de 2018.....	18
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Demonstrativo de sexo e idade dos pacientes internados em uma UTI Cardíaca, em Maceió, no período de set de 2017 a fev de 2018.....	16
Tabela 2-	Relação entre a causa de admissão e o tempo de permanência dos pacientes internados em uma UTI Cardíaca, em Maceió, no período de set de 2017 a fev de 2018.....	17

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ATC	Angioplastia Coronária
BAVT	Bloquei Átrioventricular Total
CDL	Cateter de Duplo- Lúmen
DCV	Doença Cardiovascular
DLP	Dislipidemia
DM	Diabetes Mellitus
EAP	Edema Agudo de Pulmão
FFR	Fractional Flow Reserve
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGE	Hospital Geral do Estado
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva Descompesada
IVUS	Ultrassom Intravascular
OMS	Organização Mundial de Saúde
POI	Pós Operatório Imediato
RVM	Revascularização do Miocárdio
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
TAVI	Implante Percutâneo de Válvula Aórtica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	PROPOSTA TEÓRICO - METODOLÓGICA	14
2.1	Tipo de estudo.....	14
2.2	Cenário.....	14
2.3	Fontes das informações.....	14
2.4	Critérios de Inclusão.....	14
2.5	Critérios de Exclusão.....	15
2.6	Análise de dados.....	15
3	RESULTADOS	16
4	DISCUSSÃO	19
5	CONCLUSÃO	24
	REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo que tem como objeto o perfil epidemiológico de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Cardíaca Adulto. O interesse da pesquisa surgiu durante um estágio extracurricular em um hospital privado do estado de Alagoas, onde houve a necessidade de traçar um perfil da UTI Cardiológica Adulto, nunca realizado anteriormente na instituição. Sendo assim, o estudo tem a seguinte questão norteadora: Qual o perfil epidemiológico de uma UTI Cardíaca Adulto?

A UTI é um serviço hospitalar destinado ao tratamento de pacientes cuja sobrevivência se encontra ameaçada por doenças ou condições clínicas que causam instabilidade ou disfunção de um ou mais sistemas fisiológicos, em situação clínica ou cirúrgica, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia, ininterruptos, monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada (BRASIL, 2017; OLIVEIRA, 2013).

Em 2015, a Organização Mundial da Saúde (OMS) relatou que as Doenças Cardiovasculares (DCVs) causaram 17,5 milhões de mortes por ano com 82% dessas ocorrendo em países de baixa e média renda. As DCVs são as principais causas de morte na população brasileira, sendo responsáveis por pelo menos 20% das mortes de brasileiros com mais de 30 anos de idade (KATZ, 2016; MANSUR; FAVARATO, 2016).

Apesar desses dados serem recentes, a problemática não é, um estudo brasileiro analisou a taxa de mortalidade por DCVs do ano de 1980 a 2012 e o resultado mostrou que as taxas anteriormente (59%) eram quase o dobro das atuais (MANSUR; FAVARATO, 2016).

Assim, é histórica a necessidade da criação de uma assistência especializada ao paciente com risco cardíaco. A Unidade de Cuidados Coronários (CCU) foi estabelecida no início da década de 1960, após a criação e implementação de monitorização cardíaca contínua, ressuscitação cardiopulmonar e desfibrilação externa. À medida que a CCU evoluiu para um ambiente de atendimento complexo para pacientes com uma miríade de condições, muitas instituições começaram a usar o termo Unidade de Cuidados Cardíacos Intensivos (CICU) para representar esta configuração de cuidados multidimensionais com mais precisão, tomando lugar, posteriormente, as unidades de cuidados intensivos gerais e médicas de hoje (KATZ, 2016).

Devido a relevância de uma UTI voltada à área cardíaca, a portaria nº 895, de 31 de março de 2017 elegeu critérios específicos para pacientes com DCVs em uma UTI adulta, sendo

algumas das condições para admissão: pós-ressuscitação cardiopulmonar, arritmias cardíacas que ameacem a vida, insuficiência cardíaca, pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos intratorácicos, cardiovasculares ou endovasculares eletivos ou de urgência e emergências hipertensivas (BRASIL, 2017).

Apesar da portaria dar subsídios para traçar qual perfil de paciente uma UTI cardíaca admite, no Brasil e no exterior, poucos estudos se referem a pesquisas epidemiológicas, principalmente referentes às UTIs cardíacas ou coronarianas. Sendo assim, estudos indicam que há predominância de pacientes internados por causas cardíacas ou do sistema circulatório de forma geral e quanto a procedimentos cirúrgicos citam como os mais prevalentes a revascularização miocárdica (CRM) e a troca valvar (TV) (FRANÇA, 2013; EL-FAKHOURI, 2016; HECK, 2017).

Outros estudos que caracterizam o paciente em uma UTI trazem também dados referentes ao sexo, idade, comorbidades associadas, tempo de internação, desfecho na UTI e taxa média de ocupação dos leitos.

As pesquisas são unânimes em citar o sexo masculino como o principal interno em UTI, independentemente da idade (FRANÇA, 2013; EL-FAKHOURI, 2016; ALBUQUERQUE, 2017).

Quanto a idade de maior probabilidade para desenvolver a DCV, os índices de risco para a doença que são calculados pela American College of Disease Cardiology / American Heart Association cardiovascular aterosclerótica (ACC / AHA DCVA), o Framingham Risk Score (FRS) e pela Organização Mundial da Saúde / Gráfico de previsão de risco da Sociedade Internacional de Hipertensão (OMS / ISH) levam em consideração a faixa etária, em média, entre 37 e 77 anos. Apesar da faixa etária extensa, os estudos enfatizarem como a idade acima de 60 anos como a mais prevalente (FRANÇA, 2013; EL-FAKHOURI, 2016; HECK, 2017; OFORI, 2017).

Segundo a literatura, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos mais importantes fatores de risco cardiovasculares, seguida pela dislipidemia (DLP), Diabetes Mellitus (DM) (28,5%) e tabagismo. No Rio Grande do Sul, uma pesquisa afirma ser a HAS responsável por 71% da amostra, o sedentarismo por 57,6%), ex- etilismo por 54,3%, ex- tabagismo por 51%, DM por 24,7%, etilismo por 11% e tabagismo por 9% (LAUZURICA, 2016; HECK, 2017; OFORI, 2017).

De acordo com a causa de admissão, as comorbidades associadas e as possíveis ocorrências de complicações, a média de permanência de um paciente internado em uma UTI adulto oscila. Em um hospital universitário de João Pessoa, a média foi de 14,5 dias, já em uma

UTI do Hospital das Clínicas de Marília esse tempo foi de 8,9 dias, embora segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar a média deve ter como meta 4,5 a 5,3 dias (FRANÇA, 2013; EL-FAKHOURI, 2016; BRASIL, 2013).

Muitos estudos também citam o indicador de mortalidade relacionado ao paciente com DCVs. Nas pesquisas encontradas, a taxa média foi de 23%. Já a média de ocupação dos leitos apareceu próxima a 90% (EL-FAKHOURI, 2016; ROQUE, 2016).

Para corroborar com o explicitado, essa pesquisa tem como hipótese o predomínio de pacientes em uma UTI Cardíaca Adulto no sexo masculino, na faixa etária de 30 e 79 anos, com maior taxa de admissão referente a procedimentos de angioplastia, com comorbidades associadas a DCV como a HAS, DLP, ex- tabagismo, DM e ex- etilismo e com tempo de internação médio de 5 dias.

A justificativa do tema escolhido foi baseada na necessidade da realização de um perfil epidemiológico da UTI Cardíaca Adulto como um dos requisitos para a acreditação do hospital privado do estado de Alagoas, além da necessidade destes dados epidemiológicos no planejamento das ações de multidisciplinares. Pois, entre as maneiras disponíveis para conhecer a necessidade dos pacientes, destaca-se a realização de pesquisas, como de perfil epidemiológico através do acompanhamento do paciente durante todo o período de internação hospitalar.

Sendo assim, conhecer a população assistida na UTI e a sua evolução clínica é de suma importância, pois possibilita detectar mudanças e formular objetivos e metas para o setor, a fim de gerar melhorias na assistência prestada e, conseqüentemente, nestes indicadores. Além disso, os dados coletados permitem comparações com outras unidades semelhantes, sejam elas regionais ou internacionais e, até mesmo, com a própria unidade de modo prospectivo, futuramente, na busca contínua da qualidade na atenção à saúde (OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA, 2013; ALBUQUERQUE, 2017).

A realização desta pesquisa objetivou traçar o perfil epidemiológico de uma UTI Cardíaca Adulto.

2. PROPOSTA TEÓRICO-METODOLÓGICA

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo com abordagem quantitativa de caráter epidemiológico.

Estudos transversais descrevem a situação em um dado momento, mas diferem de estudos descritivos por permitirem a análise de uma associação entre fatores e desfechos. Estudos transversais são também chamados de inquéritos epidemiológicos pois destes estudos se pode inferir algo (ARAGÃO, 2011).

2.2 Cenário

A UTI Cardíaca Adulto pertence a um hospital cardíaco privado de três andares inaugurado no ano de 2007, que conta, atualmente com um total de 100 leitos e uma estrutura física sofisticada com equipamentos de última geração.

A referida UTI foi inaugurada em 2008, possui dez leitos que inclui pacientes com idade mínima de 15 anos e atende, em média, 31 pacientes por mês.

A equipe completa da UTI é composta por dois médicos diaristas e nove plantonistas, quatro enfermeiros diaristas e seis plantonistas, 35 técnicos de enfermagem, três psicólogas, 14 fisioterapeutas, um maqueiro, um auxiliar administrativo e dois auxiliares de serviços gerais.

2.3 Fontes das informações

Foram utilizados os registros dos prontuários de todos os pacientes hospitalizados na UTI Cardíaca Adulto, no período setembro de 2017 a fevereiro de 2018, sendo incluídos no estudo 330 prontuários e cinco excluídos.

Desses documentos foram coletados os seguintes dados: sexo (masculino e feminino), idade, causa de admissão, tempo de internação na UTI em dias, desfecho na UTI (alta, transferência ou óbito) e comorbidades associadas.

2.4 Critérios de Inclusão

- Dados dos pacientes internados na UTI Cardíaca Adulto no período setembro de 2017 a fevereiro de 2018;
- Pacientes com mais de uma internação na UTI, sendo considerando cada entrada de forma independente.

2.5 Critérios de Exclusão

- Prontuário com dados como sexo, idade, causa de admissão, tempo de internação na UTI, desfecho na UTI e comorbidades associadas ilegíveis ou ausentes;
- Prontuários dos pacientes que permaneceram menos de 24 horas na unidade em razão de óbito ou outras causas;
- Prontuários dos pacientes que estiveram internados e que permaneceram após o final de fevereiro de 2018;
- Prontuários de pacientes menores de 18 anos de idade.

2.6 Análise de dados

Os dados foram coletados e armazenados em um banco de dados informatizado, no programa Microsoft Excel, e submetidos a análise estatística descritiva, exploradas por frequências simples e percentuais.

2.7 Princípios éticos

Por se tratar de dados secundários não foi necessária aprovação do Comitê de ética e Pesquisa e o uso do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3. RESULTADOS

A partir da análise dos prontuários dos pacientes admitidos em uma UTI Cardíaca entre setembro de 2017 a fevereiro de 2018, 330 foram incluídos no estudo. Prevaleceu o número de pacientes do sexo masculino, 199 (60,3%). A média de idade foi de 69 anos, variando entre 40 e 95 anos (Tabela 1).

Tabela 1- Demonstrativo de sexo e idade dos pacientes internados em uma UTI Cardíaca, em Maceió, no período de set de 2017 a fev de 2018

Variáveis	Todos os pacientes	Sexo masculino	Sexo feminino
Número (n)	330	199	131
Porcentagem (%)	100	60,3	39,7
Idade média (anos)	69	67	72

Fonte: Autora.

As causas para admissão na UTI cardíaca foram variadas, sendo mais prevalentes pacientes admitidos devido ao pós operatório imediato (POI) de Angioplastia Coronária (ATC) 29,4%. Quanto a outros procedimentos cirúrgicos realizados, 7% corresponde a Revascularização do Miocárdio (RVM), 3,63% a Troca Valvar e 5,45% aos demais procedimentos descritos na tabela 2. Quanto às demais causas de admissão, a mais prevalentes foram dispneia junto a dor precordial (11,81%) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (9,7%), prevalecendo o IAM sem supra de ST (7,6%). Não foram observadas diferenças entre os sexos e as causas de admissão na UTI (Tabela 2).

O tempo de internação média foi de três dias, variando conforme o procedimento e o estado de saúde geral do paciente. Os pacientes que passaram por uma ATC apresentaram a menor período de internação, em média um dia. Os clientes que passaram pelos demais procedimentos cirúrgicos permaneceram internados durante, em média, quatro dias. As causas de admissão que apresentaram os períodos mais prolongados de internação foi: Aterectomia rotacional (13 dias), parada cardiorrespiratória (11 dias) e amputação (8 dias) (Tabela2).

O desfecho dos pacientes internados durante o período de estudo, em sua maioria, foi a alta, 307 (93,03%), seguida pela taxa de mortalidade, 21 (6,36%) e de transferência para outra UTI, 2 (0,6%). Apesar da predominância de internação do sexo masculino na UTI cardíaca, o sexo feminino foi responsável por 60% dos casos, variando quanto ao período de permanência na UTI entre 1 e 26 dias, tendo como média 8 dias de internação.

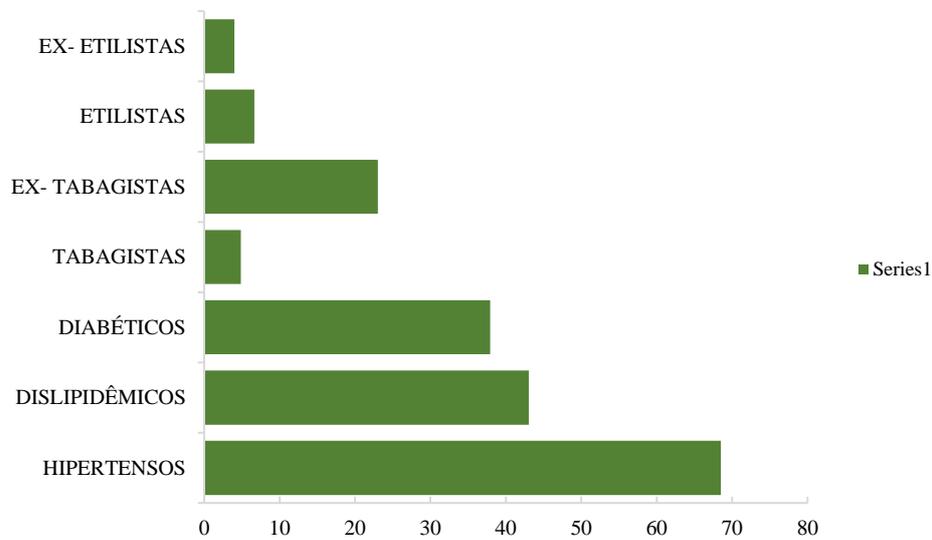
Tabela 2- Relação entre a causa de admissão e o tempo de permanência dos pacientes internados em uma UTI Cardíaca, em Maceió, no período de set de 2017 a fev de 2018

Causas de internação	Tempo médio de internação (dias)	Ocorrência (n)	Ocorrência (%)
POI Angioplastia coronária	1	97	29,4%
POI Revascularização do miocárdio	4	23	7%
POI Troca valvar	3	12	3,63%
POI Amputação	8	2	0,60%
POI Implante de endoprótese	6	2	0,60%
POI Ventriculoceptoplastia	6	1	0,30%
POI Embolização	2	1	0,30%
POI Quimioembolização hepática	2	1	0,30%
POI Atrioseptorafia	4	1	0,30%
POI Laparotomia	5	1	0,30%
POI Cesárea	1	1	0,30%
POI Implante valvar aórtico	2	1	0,30%
POI Aterectomia rotacional	13	1	0,30%
POI Ressecção de mixoma	2	1	0,30%
POI Aneurismectomia	4	1	0,30%
Dispneias + dor precordial	5	39	11,81%
IAM sem supra de ST	4	25	7,6%
IAM com supra de ST	4	7	2,12%
Fibrilação atrial de alta resposta	5	29	8,78%
ICC descompensada	4	17	5,15%
Edema agudo de pulmão	1	12	3,63%
Cateterismo	3	11	3,33%
Síndrome coronariana aguda	2	11	3,33%
Bradycardia	5	10	3,03%
Fractional Flow Reserve	1	6	1,81%
Ultrassom intravascular	3	5	1,51
Derrame pleural	8	5	1,51
Sepse	2	4	1,21%
Bloquei átrio- ventricular total	8	4	1,21%
Insuficiência respiratória	6	4	1,21%
Angina instável	6	4	1,21%
Hipotensão	5	4	1,21%
Parada cardiorrespiratória	11	3	0,90%
Epigastria + dor torácica	3	3	0,90%
Derrame pericárdico	2	3	0,90%
Choque cardiogênico	6	3	0,90%
Endocardite infecciosa	5	2	0,60%
Taquicardias	3	2	0,60%
Bradiarritmia	3	2	0,60%
Insuficiência renal crônica	2	2	0,60%
Crise hipertensiva	5	2	0,60%
Implante Percutâneo	1	2	0,60%
Flutter atrial	1	1	0,30%
Arritmia ventricular	2	1	0,30%
Drenagem biliar	1	1	0,30%
Implante de Cateter Duplo-Lúmen	1	1	0,30%

Síglas: n- número; POI- pós operatório imediato; IAM- infarto agudo do miocárdio; ICC- insuficiência cardíaca congestiva.
Fonte: Autora.

Quanto aos fatores de risco cardiovasculares, as comorbidades mais prevalentes aos pacientes internados foram a HAS, referida por 226 internos (68,5%), seguida da DLP em 142 (43,03%), DM em 125 (37,9%), tabagismo em 92 (27,9%)- sendo 23,03% ex- tabagistas e 4,84% tabagistas-, etilismo em 34 (10,30%); sendo 6,66% etilistas e 4% ex- etilistas (Gráfico 1).

Gráfico 1- Comorbidades associadas a DCVs de pacientes internados em uma UTI Cardíaca, em Maceió, no período de set de 2017 a fev de 2018



4. DISCUSSÃO

Os dados expostos mostram que os pacientes recebidos em uma UTI cardíaca adulto são predominantemente do sexo masculino (60,3%), o que também é consistente em outros estudos que têm porcentagens entre 52% e 67% (OLIVEIRA et al.,2010; CASTRO, 2016; EL-FAKHOURI, 2016; BUARGUB & ELMOKHTAR, 2016; MNATZAGANIAN, 2016; KARST, 2015; SEPAHVAND et al., 2015; DIAS, 2015).

O estilo de vida imposto aos homens produz estresse, sedentarismo, má alimentação e práticas de comportamentos não saudáveis, o que explica sua predominância nos estudos. Defilippis et al. (2017) calculou o risco de doenças cardiovasculares, quanto ao sexo, e identificou maior risco para o sexo masculino (13,92%) em relação ao feminino (8,80%) (VIANA; COSTA; SANTOS; ANJOS, 2015).

Segundo El-Fakhouri (2016) e Moura (2014), homens têm maior frequência de internação em UTI e estão mais vulneráveis a problemas de saúde em virtude da sua baixa acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

Para corroborar com o explicitado, estudos citam a influência do aspecto cultural de uma sociedade patriarcal onde a construção da masculinidade, regida através de marcas identitárias como força, status de dominador e provedor da família, levam muitos homens a negar a importância de ações promotoras de saúde, se auto- medicarem e não buscarem os serviços de saúde por vergonha de expor seu corpo a um profissional da área, por medo de descobrir uma doença grave e de perder o emprego por faltá-lo (EL-FAKHOURI, 2016; VIANA; COSTA; SANTOS; ANJOS, 2015; MOURA et al, 2014; VIEIRA; GOMES; BORBA; COSTA, 2013).

De acordo com Vieira (2013) e Moura (2014) a invisibilidade da figura masculina nos serviços também é explicada pela falta de estímulo dos profissionais, que podem aumentar a adesão masculina através de algumas mudanças, como: aumentar o número de fichas, diminuir o tempo de atendimento, disponibilizar atendimento no horário do almoço, atendimento 24 horas, nos sábados e domingos, ou em um terceiro turno à noite.

Diante da vulnerabilidade do sexo masculino a mortes precoces e a doenças graves e crônicas, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, instituída pelo Ministério da Saúde, também orienta a formulação de diretrizes e ações voltadas fundamentalmente para a atenção integral, com vistas à prevenção e à promoção da saúde, à qualidade de vida e à educação, como dispositivos estratégicos de incentivo às mudanças comportamentais (MOURA, 2014; CHAKORA, 2014).

Quanto à faixa etária avaliada no presente estudo os idosos predominaram, o que está de acordo com os resultados encontrados em outros autores. Em 2013, a American Heart Association junto a American Colloge of Cardiology publicaram uma nova classificação de risco para a DCV aterosclerótica, na qual cita a faixa etária de risco entre 40 e 79 anos (DEFILIPPIS et al, 2017; CASTRO, 2016; EL-FAKHOURI, 2016; SJODING et al, 2016; USCINSKA, 2016; KARST, 2015; SEPAHVAND et al., 2015; AREFALK et al., 2014; KUNNOOR et al, 2014).

O aumento de idosos na população brasileira já é um fato esperado e observado pelo Instituto Brasileiro de Censos, IBGE. Em uma projeção feita para 2060, pelo Instituto, a expectativa de vida das mulheres será de 84,4 anos e homens, 78,03 anos.

El-Fakhouri (2016) acredita que o envelhecimento leva a uma maior incidência de doenças e, portanto, um maior número de pacientes idosos em UTIs. Para diminuir essa problemática Araújo (2014) indica o fortalecimento da APS, em especial nos países em desenvolvimento, nos quais as políticas de saúde, sofrem reflexos de um modelo de atenção centrado na cura e no uso de tecnologias de alta densidade, de forma a elevar gastos, além de ser pouco eficaz, ter baixa sustentabilidade e baixo impacto na saúde da população.

A despeito da APS, desafios que envolvem a criação de horários mais amplos e a contratação de profissionais ainda precisam ser superados para a melhoria das condições de saúde da população idosa no Brasil. Fortalecer a acessibilidade junto ao acolhimento, favorece o vínculo do usuário, logo contribui para a frequência de procura pelo atendimento primário e diminuição do agravo à saúde do idoso (ARAÚJO, 2014).

Em relação à média de dias de internação em UTI, os estudos mostraram permanências variáveis entre 4 a 9,5 dias, tendo a UTI cardíaca em estudo a taxa média de permanência de três dias, a qual coincide com uma das médias citadas por Karst (2015). As flutuações no número médio de dias refletem peculiaridades do perfil da população em cada UTI de cada hospital, sendo um importante fator a ser considerado a causa de admissão, que levam a taxas de permanência diversas devido a quadros de gravidade diferentes (EL-FAKHOURI, 2016; CASTRO, 2016; BUARGUB & ELMOKHTAR, 2016; OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA et al.,2010).

Segundo El-Fakhouri (2016), entre os pacientes admitidos em UTIs gerais, as ocorrências predominantes são de doenças do sistema circulatório, sendo assim, mostra a relevância de investimentos na prevenção e tratamento das doenças cardíacas.

Estudos em UTIs cardíacas citam como as principais causas de admissão o IAM com ou sem supra de ST, arritmias, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), bloqueio

átrioventricular (BATV) e angina instável. As mesmas causas são observadas também no presente estudo, embora a predominância dos achados apresente-se diferente (BUARGUB, 2016; KARST, 2015; DIAS, 2015; KUNNOOR, 2014; OLIVEIRA, 2011).

No estudo atual a causa de maior ocorrência foi o POI de angioplastia. Esse achado não foi encontrado entre os três primeiros diagnósticos em nenhuma outra pesquisa. Logo, é vista a associação da prevalente admissão de pacientes de POI de angioplastia com o grande investimento do hospital na sala de hemodinâmica. Também contribui para a prevalência do POI de angioplastia a parceria do hospital cardíaco, o qual a UTI pertence, com o Hospital Geral do Estado (HGE), a qual consiste em receber pacientes do HGE para procedimentos de urgência como cateterismo e angioplastia.

A segunda causa de maior ocorrência foi a dispneia junto a dor precordial. Esse diagnóstico não foi identificado em nenhum outro artigo que apresenta o perfil epidemiológico de uma UTI cardíaca. Esse fato indica que 11,81% dos pacientes admitidos na UTI em estudo foram admitidos antes do completo fechamento do diagnóstico, não certificando tratar-se de doenças como o IAM.

Vários estudos citam o IAM como a maior causa de admissão, sendo a terceira causa no presente estudo. Além disso, em todos os estudos achados há maior ocorrência do tipo IAM com supra de ST, variando entre 26,6% a 71,4%. O oposto é encontrado neste estudo, onde o IAM com supra de ST é representado em 2,12% dos casos, enquanto o IAM sem supra de ST em 7,6% dos casos (BUARGUB & ELMOKHTAR, 2016; KARST, 2015; DIAS, 2015; KUNNOOR, 2014; OLIVEIRA, 2011).

Um estudo sobre fluxo das internações mostrou que o paciente admitido em uma UTI passou, inicialmente, por um primeiro atendimento no hospital, sendo assim, grande parte das internações são de procedência interna, principalmente do centro cirúrgico e emergência, convergindo com os dados encontrados neste trabalho (OLIVEIRA, 2011).

Outro aspecto de relevância é a taxa de mortalidade global, durante o período de estudo obteve-se uma taxa de 6,36%, a qual mostrou-se abaixo da média comparada a outros artigos que tiveram porcentagens entre 8,9% e 31%. A taxa encontrada no presente estudo foi a mais próxima a meta que a Agência Nacional de Saúde Suplementar tem como média, entre 4,5 a 5,3 dias (CASTRO, 2016; EL-FAKHOURI, 2016; NA, 2016; BUARGUB & ELMOKHTAR, 2016; SJODING et al, 2016; AREFALK et al., 2014; BRASIL, 2013).

Uma possível explicação para a baixa taxa de mortalidade encontrada neste estudo parece ser a situação econômica do hospital, que é uma instituição privada com bons recursos e tecnologia atualizada. Segundo El-Fakhouri (2016) mais recursos podem render melhores

taxas relativas ao tratamento de pacientes criticamente enfermos e melhora nas taxas de mortalidade.

O hospital em questão também conta com toda a equipe de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem da UTI treinada em suporte intermediário de vida –atendimento à parada cardiorrespiratória. Além disso, a instituição tem uma equipe responsável pela educação permanente dos profissionais da saúde, tornando-os capacitados e atualizados diante das possíveis intercorrências.

Sabendo que a educação permanente envolve o processo de ensino aprendizagem dos profissionais com abordagem principal ao setor de trabalho competente ao mesmo, segundo Ferla e Pinto (2017), a construção do conhecimento a partir da vivência dos serviços privilegia a interdisciplinaridade na rede de urgências e emergências em saúde. Além da melhor interação da equipe, Simone, McComiskey e Andersen (2016) especificam que a oportunidade de aprendizado contínuo leva a evolução da contribuição de enfermeiros em uma UTI (SILVA, 2014).

O uso da educação permanente e continuada também é o meio para diminuir os incidentes provenientes de eventos adversos, pois, à medida que se aprende novas habilidades e se ganha autonomia, a competência é alcançada, levando a uma melhor prática profissional e, como consequência, maior saúde do indivíduo e da população (MUNDET-TUDURI, X. et al., 2017; SIMONE; MCCOMISKEY; ANDERSEN, 2016; LANZILLOTTI; SETA; ANDRADE; JUNIOR, 2015).

O estudo de Mnatzaganian (2016) se alinha ao presente estudo, o qual apresenta sua maior taxa de óbito pertencente ao sexo feminino, embora outros autores tragam o sexo masculino como protagonista. Pode-se relacionar esse achado no presente estudo com a média de idade da população feminina, que foi de 72 anos, maior que a masculina que apresentou média de 67 anos, logo as mulheres tinham um fator a mais de fragilidade (CASTRO, 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), a elevada pressão arterial é um dos principais fatores de risco para a morte prematura, acidente vascular cerebral e doença cardíaca no mundo. Diversos estudos mostram a relação entre as DCVs e fatores de risco, sendo unânimes em correlacionar a HAS e a DM como as doenças mais prevalentes em pacientes com doenças cardíacas, o que se alinha ao presente estudo (NA, 2016; BUARGUB; ELMOKHTAR, 2016; MANSUR; FAVARATO, 2006; KARST, 2015; SEPAHVAND et al., 2015; AREFALK et al., 2014; KUNNOOR et al. 2014).

Entre os estudos a incidência de HAS variou de 34,5% a 64,2%, DM de 20,4% a 47,8%, seguida da DLP com 30,4%, fumantes com 13% e ex- fumantes com 57%. Há divergência

quanto ao percentual dos fumantes, o qual, no presente estudo é maior entre os ex- fumantes comparado aos fumantes. Não foi identificado nos artigos que demonstram o perfil epidemiológico em uma UTI cardíaca a taxa de pacientes etilista ou ex- etilistas (NA, 2016; BUARGUB & ELMOKHTAR, 2016, KARST, 2015; SEPAHVAND et al., 2015; AREFALK et al., 2014; KUNNOOR et al. 2014).

CONCLUSÃO

A doença cardiovascular é uma das maiores contribuintes para a mortalidade global, fazendo-se necessária uma atenção específica a essa morbidade. O papel da UTI cardíaca adulto é melhorar o suporte hospitalar ao doente com esse tipo de agravo. Os pacientes admitidos em uma UTI cardíaca adulto são uma população heterogênea. Com o intuito de conhecer essa população, esse estudo apresenta um perfil epidemiológico que mostrou-se semelhante a outras unidades de terapia intensiva cardíacas adulto no Brasil e no mundo, apesar de haver poucos estudos disponíveis na literatura.

Por meio dos dados expostos, pode-se concluir que os pacientes recebidos na UTI foram predominantemente idosos, idade média de 69 anos, do sexo masculino. Tendo como principais causas de admissão o POI de angioplastia, dispneia junto a dor precordial e IAM. O tempo médio de internação foi de 3 dias, o qual, teve como desfecho predominante a alta, com uma taxa de mortalidade global abaixo da média comparada a outros artigos (6,36%), o que denota boa qualidade da assistência na unidade. As comorbidades associadas aos pacientes internados em ordem de predominância foram: HAS, dislipidemia, DM, tabagismo e etilismo.

Portanto, os resultados encontrados podem auxiliar os profissionais de saúde no conhecimento do perfil dos pacientes internados em uma UTI cardíaca, permitindo a tomada de decisões estratégicas visando ao aperfeiçoamento da qualidade de atenção à saúde.

A limitação deste estudo se deve ao fato da pesquisa ser baseada em prontuários dos pacientes, não sendo possível a observação clínica para possíveis correlações.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, J. M.; SILVA, R. F. A.; SOUZA, R. F. F. Perfil epidemiológico e seguimento após alta de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enferm**, Rio de Janeiro, v 22, n 3, 2017. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50609/pdf>>. Acesso em: 23 de fev 2018.
- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Praxis**, v 3, n 6, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.25119/praxis-3-6-566>>. Acesso em: 09 de Maio de 2018.
- ARAÚJO, L. U. A. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciênc. saúde colet.**, v 19, n 08, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>>. Acesso em: 20 de Maio 2018.
- AREFALK, G. et al. Discontinuation of Smokeless Tobacco and Mortality Risk After Myocardial Infarction. **Circulation**, v 130, n 4: 325-32, 2014. Disponível em: <[10.1161/CIRCULATIONAHA.113.007252](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.007252)>. Acesso em: 10 de maio 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Média de Permanência UTI Adulto (ANS)**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-07.pdf>>. Acesso: 23 de fev. 2018.
- BRASIL, Ministério de Estado da Saúde. **Portaria nº 895, de 31 de março de 2017**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria_895_2017_UTI_UCO.pdf>. Acesso em: 21 de fev. 2018.
- BUARGUB, M.; ELMOKHTAR, Z. O. Incidence and mortality of acute kidney injury in patients with acute coronary syndrome: A retrospective study from a single coronary care unit. **Saudi J Kidney Dis Transpl**, v 27, n 4: 752-757, 2016. Disponível em: <[10.4103/1319-2442.185238](https://doi.org/10.4103/1319-2442.185238)>. Acesso em: 09 de maio 2018.
- CASTRO, P. R.; BARBOSA, N. B.; ALVES, T.; NAJBERG, E. Perfil das internações em Unidades de Terapia Intensiva adulto na cidade de Anápolis – Goiás – 2012. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, v 5, n 2, 2016. Disponível em: <[10.5585/rgss.v5i2.243](https://doi.org/10.5585/rgss.v5i2.243)>. Acesso em: 10 de maio 2018.
- CHAKORA, E. S. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Esc Anna Nery**, v 18, n 4:559-561, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0559.pdf>>. Acesso em: 20 de Maio 2018.
- DEFILIPPIS, A. P. et al. Risk Score Overestimation: The Impact of Individual Cardiovascular Risk Factors and Preventive Therapies on the Performance of the American Heart Association-American College of Cardiology-Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk Score in a Modern Multi-Ethnic Cohort. **European Heart Journal**, v 38, n 8: 598–608, 2017. Disponível em:< <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw301>>. Acesso em: 10 de maio 2018.

DIAS, D. S.; RESENDE, M. V.; DINIZ, G.C. L. M. Patient stress in intensive care: comparison between a coronary care unit and a general postoperative unit. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v 27, n 1:18-25, 2015. Disponível em: < PMC4396893 >. Acesso em: 10 de maio 2018.

EL-FAKHOURI, S.; CARRASCO, H. V. C. G.; ARAÚJO, G. C.; FRINI, I. C. M. Epidemiologia profile of ICU patients at Faculdade de Medicina de Marília. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v 62, n 3, p. 248- 254, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v62n3/0104-4230-ramb-62-3-0248.pdf>>. Acesso em 25 fev. 2018.

FERLA, A. A.; PINTO, H. A. Série Atenção Básica e Educação na Saúde. **Integração entre universidade e sistemas locais de saúde: experimentações e memórias da educação pelo trabalho**. Rede Unida. 1 ed. Porto Alegre, 2017.

FRANÇA, C. D. M.; ALBUQUERQUE, P. R.; SANTOS, A. C. B. C. Perfil epidemiológico da unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **InterScientia**, João Pessoa, v 1, n 2, p. 72-82, maio/ago, 2013. Disponível em: < <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/37/34>>. Acesso em 25 fev 2018.

HECK, L. R. S. H. et al. Análise do período intra e pós-operatório, complicações e mortalidade nas cirurgias de revascularização do miocárdio e de troca valvar. **Sci Med**, Rio Grande do Sul, v 27, n 4, 2017. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/28041/16287>>. Acesso em: 23 de fev. 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade: 2000**. Rio de Janeiro; 2011. Disponível em:< http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00#topo_piramide. Acesso em: 10 de maio 2018.

KARST, F. P.; VIEIRA, R. M.; BARBIERO, S. Relationship between adductor pollicis muscle thickness and subjective global assessment in a cardiac intensive care unit. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v 27, n 4:369-375, 2015. Disponível em:< PMC4738823 >. Acesso em: 10 de maio 2018.

KATZ, J. N. et al. The Genesis, Maturation, and Future of Critical Care Cardiology. **Journal of the American College of Cardiology**, v 68, n 5, p. 67- 79, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109716330017?via%3Dihub>>. Acesso: 23 de fev. 2018.

KUNNOOR, N. S. et al. Age-and Gender-Related Differences in Drug Utilisation and Adverse Drug Reaction Patterns among Patients in a Coronary Care Unit. **Singapore Medical Journal**, v 55, n 4: 221–228, 2014. Disponível em:< PMC4291951>. Acesso em: 10 de maio 2018.

LANZILLOTTI, L. S.; SETA, M. H.; ANDRADE, C. L. T.; JUNIOR, W. V. M. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência & Saúde**

Coletiva, v 20, n 3:937-946, 2015. Disponível em: <
<http://www.redalyc.org/pdf/630/63035388030.pdf>>. Acesso em: 21 de Maio 2018.

LAUZURICA, I. Z et al. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados em población de 16 a 90 años de edad em la Comunitat Valenciana. **Rev Española de Salud Pública**, Spain, v 90, 2016. Disponível em: <
https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100405&lang=pt>
Acesso em 22 de fev. 2018.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Tendências da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980- 2012. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, 2016. Disponível em: <
http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt_0066-782X-abc-20160077.pdf>. Acesso em: 23 de fev. 2018.

MNATZAGANIAN, G. et al. Sex Differences in in-Hospital Mortality Following a First Acute Myocardial Infarction: Symptomatology, Delayed Presentation, and Hospital Setting. **BMC Cardiovascular Disorders**, v 16, n 109, 2016. Disponível em:< PMC4937590>. Acesso em: 09 de maio 2018.

MOURA, E. C et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 19 , n 2: 429-438, 2014. Disponível em: <
<https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>>. Acesso em: 20 de Maio 2018.

MUNDET-TUDURI, X. et al. Expectations and perceptions of primary healthcare professionals regarding their own continuous education in Catalonia (Spain): a qualitative study. **BMC Med Educ**, v 17: 212, 2017. Disponível em: <10.1186/s12909-017-1061-6>. Acesso em: 21 de Maio 2018.

NA, S.J. et al. Association Between Presence of a Cardiac Intensivist and Mortality in an Adult Cardiac Care Unit. **Journal of the American College of Cardiology**, v 68, n 24, 2016. Disponível em: <10.1016/j.jacc.2016.09.947>. Acesso em: 09 de maio 2018.

OLIVEIRA, A. B. F. et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v 22, n 3, 2010. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext.>. Acesso em: 10 de maio 2018.

OLIVEIRA, F. J. G. et al. Utilização de cateter venoso central em pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Rene**, Fortaleza, v 14, n 5, 2013. Disponível:<<file:///C:/Users/Samsung/Documents/TCC%202/artigos%20introdu%C3%A7%C3%A3o/aa.pdf>>. Acesso em: 22 de fev 2018.

OLIVEIRA, V. C. R. et al. Clinical evolution of adult, elderly and very elderly patients admitted in Intensive Care Units. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v 19, n 6, 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600010>>. Acesso em: 22 de fev 2018.

OFORI, S.; DODIYI-MANUEL, S.; AKPA, M. R. Comparison of 3 risk estimators to guide initiation of statin therapy for primary prevention of cardiovascular disease. **Journal of**

Clinical Lipidology, Nigeria, v 11, n 6, p. 1441-1447, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jacl.2017.09.004>>. Acesso em: 23 de fev 2018.

ROQUE, K. E.; TONINI, T.; MELO, E. C. P. Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 32, n 10, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00081815>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

SEPAHVAND, E.; JALAI, R.; MIRZAEI, M.; JAHROMI, M.K. Association Between Short Sleep and Body Mass Index, Hypertension Among Acute Coronary Syndrome Patients in Coronary Care Unit. **Global Journal of Health Science**, v 7, n 3:134-139, 2015. Disponível em:<[PMC4802147](https://doi.org/10.1590/0102-311X00081815) >. Acesso em: 10 de maio 2018.

SILVA, A. C.; RODRIGUES, L. M. S.; SOUZA, M. M. T.; BIBIANO, R. S. A enfermagem frente à educação permanente na prevenção e no controle da infecção hospitalar. **Revista Pró-universUS**, v 5, n 2: 05-10, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Samsung/Documents/TCC%202/artigos%20discuss%C3%A3o/tabula%C3%A7%C3%A3o-%20artigos/23.pdf>>. Acesso em: 21 de Maio 2018.

SJODING, M. W. et al. Longitudinal Changes in Intensive Care Unit Admissions among Elderly Patients in the United States. **Critical care medicine**, v 44, n 7: 1353–1360, 2016. Disponível em:<[PMC4911310](https://doi.org/10.1590/0102-311X00081815) >. Acesso em: 09 de maio 2018.

SIMONE, S.; MCCOMISKEY, C .A.; ANDERSEN, B. Integrating Nurse Practitioners Into Intensive. **Care Units. Crit Care**, v 36, n 6:59-69, 2016. Disponível em: <<http://ccn.aacnjournals.org/content/36/6/59.long>>. Acesso em: 21 de Maio 2018.

USCINSKA, E. et al. Predictors of Long-Term Mortality in Patients Hospitalized in an Intensive Cardiac Care Unit. **Int Heart J**, v 57, n 1:67-72, 2016. Disponível em:<[10.1536/ihj.15-249](https://doi.org/10.1536/ihj.15-249)>. Acesso em: 10 de maio 2018.

VIANA, M. E. R.; COSTA, L. M. C.; SANTOS, R. M. S.; ANJOS, D. S. La atención de la salud de la población masculina en los tiempos de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de los hombres: lo que ellos hablan. **Cultura de los cuidados**, 2015. Disponível em: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46621/1/Cultura-Cuidados_41_16.pdf>. Acesso em: 20 de Maio 2018.

VIEIRA, K. L. D.; GOMES, V. L. O.; BORBA, M. R.; COSTA, C. F. S. Atendimento da população masculina em Unidade Básica Saúde da Família: motivos para a (não) procura. **Esc Anna Nery (impr.)**, v 17, n 1:120 – 127, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127728366017.pdf>>. Acesso em: 20 de Maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report on Non Communicable Diseases 2014: “Attaining the nine global non-communicable diseases targets; a shared responsibility”**. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em:

<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>>. Acesso em 23 de fev 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics 2015. Disponível em:<http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/>. Acesso em 11 de maio 2018.