



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**GUILHERME DAMASCENA LIMA**

**AÇÕES DO ENFERMEIRO FRENTE O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA  
POPULAÇÃO MASCULINA: uma revisão de literatura**

**ARIQUEMES – RO  
2020**

**GUILHERME DAMASCENA LIMA**

**AÇÕES DO ENFERMEIRO FRENTE O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA  
POPULAÇÃO MASCULINA: uma revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso para a  
obtenção do Grau em bacharel em  
Enfermagem apresentado à Faculdade  
de Educação e Meio Ambiente —  
FAEMA.

Orientador: Prof. Rafael Alves Pereira

**ARIQUEMES - RO  
2020**

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA**

---

L732a

LIMA, Guilherme.

Ações do enfermeiro frente o infarto agudo do miocárdio na população masculina: uma revisão de literatura. / por Guilherme Lima. Ariquemes: FAEMA, 2020.

56 p.; il.

TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Prof. Esp. Rafael Alves Pereira.

1. Enfermagem. 2. Educação em Saúde. 3. Infarto do Miocárdio. 4. Homens. 5. Saúde do Homem. I Pereira, Rafael Alves. II. Título. III. FAEMA.

CDD:610.73

---

**Bibliotecária Responsável**  
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro  
CRB 1114/11

**GUILHERME DAMASCENA LIMA**

**AÇÕES DO ENFERMEIRO FRENTE O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA  
POPULAÇÃO MASCULINA: uma revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso para a  
obtenção do Grau em bacharel em  
Enfermagem apresentado à Faculdade  
de Educação e Meio Ambiente —  
FAEMA.

**Banca Examinadora**

---

Orientador Prof. Esp. Rafael Alves Pereira  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

---

1º Avaliadora Prof<sup>a</sup>. Ms. Jessica de Sousa Vale  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

---

2º Avaliadora Prof<sup>a</sup>. Ms. Mariana Ferreira Alves de Carvalho  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

**ARIQUEMES – RO  
2020**

Dedico este trabalho a todos que já sofreram as dores do coração.

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço a Deus, por sempre ter estado comigo em todos os momentos, me fortalecendo, guiando e livrando de todos os males. Sem ele eu não seria capaz de chegar até esse momento tão importante.

A minha querida mãe Sandra, pelo apoio que sempre me deu. Na minha correria de sair do trabalho e ir para a faculdade sempre preparava algum alimento para que pudesse estar saciado.

Ao meu Pai José, meus irmãos Gustavo e Gabriel, sou grato pela parceria.

Ao meu orientador Rafael Alves Pereira, o qual sempre admirei por sua inteligência e postura profissional, obrigado pelo tempo que pode ceder para construção do trabalho.

A todos os professores que fizeram parte dessa trajetória, compartilhando saberes que não apenas faz com que sejamos profissionais qualificados, mas sim pessoas melhores. Isso não tem preço, a essa classe fica aqui todo meu respeito e gratidão.

Aos colegas de turma, os quais juntos vivenciamos e superamos todos os desafios impostos nessa empreitada, fico muito feliz em dizer que fui integrante da querida turma de Enfermagem 2016.1.

A todos que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Agradeço de coração!

*“Se não puder voar, corra.  
Se não puder correr, ande.  
Se não puder andar, rasteje,  
mas continue em frente de  
qualquer jeito.”*

***Martin Luther King Jr.***

## RESUMO

O enfermeiro assume um papel primordial para redução do índice de morbimortalidade por infarto agudo do miocárdio na população masculina, através de uma assistência bem aplicada, bem como no ponto chave que é o processo de educação em saúde, visto que a maior parte dos fatores de risco são modificáveis. Trata-se de uma revisão de literatura, que tem como objetivo explorar os desafios enfrentados pelos enfermeiros para assistir essa população, elucidando as barreiras socioculturais que culminam com a baixa procura desse público as unidades de saúde, presente em artigos científicos publicados em bases de dados eletrônicos, com os termos previamente consultados no DeCS: Enfermagem, Infarto Agudo do Miocárdio, Saúde do Homem. Utilizou-se como método de inclusão artigos publicados nos anos de 2010 a 2020 em língua vernácula e pesquisas em humanos. Foram utilizados como método de exclusão artigos científicos que não exploraram a linha de construção do tema proposto, artigos publicados com data superior a 10 anos e conteúdo presente em website comercial. Observa-se, através da presente revisão que o infarto é uma grave problemática, e que atinge drasticamente os homens, o estudo comprova que esses danos podem ser reduzidos ou minimizados com a capacitação dos profissionais de enfermagem em reconhecer os sinais e sintomas em tempo hábil e através do processo de educação dos homens, para que os mesmos sejam autônomos e optem por melhores atitudes que tragam-lhes saúde.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Educação em Saúde, Infarto do Miocárdio, Homens.



## **ABSTRACT**

Nurses assume a primary role to reduce the rate of morbidity and mortality due to acute myocardial infarction in the male population, through a well-applied assistance, as well as in the key point that is the health education process, since most risk factors are modifiable. This is a literature review research, which aims to explore the challenges faced by nurses to assist this population, elucidating the social barriers that culminate in the low demand of this public health units, present in scientific articles published in electronic databases, with the terms previously consulted in the DeCS: Nursing, Acute Myocardial Infarction, Men's Health. Articles published in the years 2010 to 2020 in vernacular language and human research were used as an inclusion method. Scientific articles that did not explore the construction line of the proposed theme, articles published with a date of more than 10 years and present on a commercial website were used as exclusion methods. It is observed, through the present review, that infarction is a serious problem, and that it affects men drastically, the study proves that these damages can be reduced or minimized with the training of nursing professionals to recognize the signs and symptoms in a timely manner and through the education process of men, so that they are autonomous and opt for better attitudes that bring them health.

Keywords: Nursing, Health Education, Myocardial Infarction, Men.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Átrio Direito
AE	Átrio Esquerdo
APS	Atenção Primária a Saúde
Art.	Artigo
AST	Asparto Aminotransferase
AV	Atrioventricular
AVE	Acidentes Vasculares Encefálicos
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CK	Creatina Quinasse
Co2	Gás Carbônico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCV	Doenças Cardiovasculares
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitos
ECG	Eletrocardiograma
EIC	Doenças Isquêmicas do Coração
ERF	Escore de Risco de Framingham
ESF	Estratégia e Saúde da Família
FR	Fator de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
LDH	Lactato Desidrogenase
LDL	Lipoproteínas de Baixa Densidade
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NAV	Nodo Atrioventricular
NSA	Nodo Sinatrial
O2	Oxigênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde

SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
VD	Ventrículo Direito
VE	Ventrículo Esquerdo

## ILUSTRAÇÕES

Figura 1 — Anatomia e fluxo sanguíneo do coração.....	18
Figura 2 — Sistema excitatório e condutor especializado do coração.....	19
Figura 3 — Obstrução da artéria coronária.....	25
Tabela — Principais fatores de risco modificáveis e não modificáveis.....	26
Gráfico — Número de óbitos no Brasil por IAM nos anos de 2015 a 2019, comparativo entre os sexos.....	33

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	14
2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO .....	14
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS .....	14
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	15
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
4.1 ANATOMIA E FISILOGIA CARDÍACA.....	16
<b>4.1.1 Anatomia Cardíaca</b> .....	16
<b>4.1.2 Fisiologia Cardíaca</b> .....	19
4.2 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.....	21
<b>4.2.1 Processo Fisiopatológico do IAM</b> .....	23
4.3 FATORES DE RISCO PARA O IAM .....	25
<b>4.3.1 Escore de Risco de Framingham</b> .....	30
<b>4.3.2 Fatores de Risco de IAM em Homens</b> .....	32
<b>4.3.3 Homens não Buscam a Prevenção Para o IAM</b> .....	34
4.4 O ACESSO DA POPULAÇÃO MASCULINA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	36
<b>4.4.1 O Enfermeiro Como Ponto Chave no Processo de Educação em Saúde</b> .....	37
4.5 O MANEJO CLÍNICO FRENTE O PACIENTE COM IAM .....	40
<b>CONCLUSÃO</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	44

## INTRODUÇÃO

Boa parte da população masculina não busca os serviços de saúde preventivos ofertados na atenção básica, isso se deve, dentre outras causas, à dificuldade presente nos homens em reconhecer suas necessidades, de forma que as questões normativas de gênero e socioculturais levam a propagação da crença de que o cuidado não seja uma prática masculina (PEREIRA; RECKZIEGEL; AGOSTINETTO, 2019).

O infarto agudo do miocárdio (IAM) consiste na lesão sofrida pelo miocárdio decorrente da isquemia dos vasos que o irriga, por obstrução, levando a interrupção do aporte sanguíneo em determinado ponto do coração. Em geral essa interrupção se dá devido a ruptura de uma placa arteriosclerótica que culmina com a formação de um trombo no local, bloqueando o fluxo sanguíneo na luz do vaso. O bloqueio leva a morte celular e a necrose do músculo cardíaco, se o fluxo não for reestabelecido em tempo hábil (LANGOWISKI, 2016).

Segundo o departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o IAM se constitui como a principal causa de morte no Brasil, com registros de óbitos que giram em torno de 100 mil anuais. O diagnóstico inicial realizado em uma instituição de saúde, frente o IAM, aumenta a chance de sobrevivência e recuperação, se minimizando os danos à saúde do indivíduo. Isso só se faz possível com a presença de uma equipe treinada e capacitada para agir nesse momento crítico (BRASIL, 2014 apud SOUZA, 2019).

Estudos comparativos entre homens e mulheres concluem que os homens são mais vulneráveis as doenças, principalmente às patologias graves e crônicas, conseqüentemente tem sua vida interrompida precocemente em relação as mulheres. É evidenciado que a maior vulnerabilidade e as elevadas taxas de morbimortalidade na população masculina estão correlacionadas com a baixa procura dos serviços ofertados na atenção básica, diferente das mulheres que possuem uma maior atenção a sua saúde, desta forma buscam o serviço com maior constância (TRILICO et al., 2015).

O Ministério da Saúde (MS) afirma que os principais fatores de risco (FR) para doenças cardiovasculares (DCV) são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), hipercolesterolemia, (LDL elevado), tabagismo, dieta não saudável,

obesidade, sedentarismo, estresse, homem >45 anos e mulher >55 anos (BRASIL, 2013 apud PINHEIRO; LENHANI; MARTINS, 2017).

Nesse contexto, torna-se imprescindível a implantação do processo de educação em saúde pelo enfermeiro, com o intuito de estabelecer uma relação dialógica e reflexiva com o cliente, fazendo com que o mesmo compreenda a importância do estabelecimento de hábitos de vida saudáveis, contribuindo para que o indivíduo se perceba como sujeito de transformação de sua vida (SANTOS et al.,2018).

A elaboração desse trabalho justifica-se, pois, durante o campo de estágio realizado nas unidades de saúde, principalmente na atenção básica, ficou evidente a alta procura de mulheres e a baixa procura de homens no serviço, isso se torna um fator grave, haja vista que grande parte dos IAMs são decorrentes de fatores de risco modificáveis. Essa população acaba então ficando desassistida das ações realizadas nessas unidades, que tem como forte viés a educação em saúde, favorecendo então a ocorrência de fatores que podem culminar com o IAM e diversos outros danos à saúde. Dessa forma é de suma importância que a população alvo compreenda quais são os fatores de risco e adotem hábitos de vida que lhes proporcione saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO**

Destacar a importância do enfermeiro frente as ações de promoção, prevenção e manejo clínico do infarto agudo do miocárdio na população masculina.

### **2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

- Definir o processo fisiopatológico do IAM;
- Elencar os principais fatores de risco da população masculina para o acometimento do IAM;
- Descrever o processo de educação em saúde do enfermeiro junto ao indivíduo e coletividade;



### 3 METODOLOGIA

Trata-se de revisão de literatura de formato exploratório, que consiste na busca sistematizada de material já elaborado, constituído de livros, revistas, publicações em periódicos e artigos científicos, jornais, boletins, monografias, dissertações, teses, resoluções de leis, material cartográfico e internet. Através dos quais obteve-se retorno de 61 artigos científicos, 08 trabalhos de conclusão de curso, 02 teses, 08 livros, 01 diretriz, 01 resolução da lei do exercício profissional, 01 caderno atenção básica além de 01 figura ilustrativa e 01 gráfico retirado do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS).

Foram utilizados como método de exclusão artigos científicos que não exploraram a linha de construção do tema proposto, artigos publicados com data superior a 10 anos, com exceção de uma resolução retirada da lei do exercício profissional de 25 junho 1986, sendo essa imprescindível para a construção do trabalho e, conteúdo presente em website comercial, exceto a figura 3 retirada do google imagens. Utilizou-se como método de inclusão artigos publicados nos últimos 10 anos, língua vernácula, trabalhos em língua inglesa e espanhola, e pesquisas em humanos.

Artigos encontrado nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO). Além do acervo da biblioteca Júlio Bordignon, bem como, informações colhidas do departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Utilizando os Descritores em Saúde (DeCS): Enfermagem, Saúde do homem, Infarto Agudo do Miocárdio.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA CARDÍACA

A fim de se entender o processo do infarto agudo do miocárdio (IAM) faz-se necessário uma breve introdução da anatomofisiologia do coração, assim compreendendo-se sua formação estrutural e o seu funcionamento.

#### 4.1.1 Anatomia Cardíaca

O coração é um potente músculo, em adultos seu tamanho se equipara a um punho, possui aproximadamente 9 cm de largura em seu ponto mais amplo, 12 cm de comprimento e 6 cm de espessura. Em mulheres adultas tem seu peso médio de 250 g e em homens adultos de 300 g. Está localizado na região central da cavidade torácica, seu ápice apresenta-se voltado para o lado esquerdo do tórax, em contrapartida sua base mais larga se posiciona na área posterior central ao osso esterno. Na cavidade torácica, o coração se dispõe no centro dos dois pulmões, com seu ápice sobre o diafragma (SILVERTHORN, 2017).

Segundo Corrêa (2011), o coração é um órgão de alta capacidade de trabalho, funciona como uma bomba, através da ejeção de sangue que é transportado pelos vasos sanguíneos, com o intuito de nutrir células, tecidos e órgãos de todo o corpo. Ele se encontra embutido dentro de um complexo fibroso denominado pericárdio, que se subdivide em três partes: epicárdico, miocárdio e endocárdio:

- O epicárdico também conhecido como lâmina visceral do pericárdio seroso, corresponde a camada mais externa do pericárdio que está diretamente em contato com o coração.
- O miocárdio corresponde a camada muscular do órgão, realiza a ejeção sanguínea através da sua capacidade de contração e relaxamento.
- O endocárdio é a camada mais interna constituída pelas quatro câmaras cardíacas: átrio direito (AD), ventrículo direito (VD), átrio esquerdo (AE) e ventrículo esquerdo (VE).

Desta forma o coração é dividido em duas cavidades direitas e duas esquerdas. O coração direito recebe o sangue rico em monóxido de carbono  $CO_2$ , transportados pela circulação sistêmica através da veia cava superior e veia cava inferior até o átrio

direito, logo após percorre para o ventrículo direito, por conseguinte o sangue é ejetado para a artéria pulmonar que segue seu percurso até chegar aos pulmões, onde ocorrerá a troca de gases, retornando então o sangue oxigenado para o átrio esquerdo conduzido pelas veias pulmonares, sendo bombeado para o ventrículo esquerdo que ejeta o sangue na artéria aorta, retornando então para a grande circulação ou circulação sistêmica. Em resumo os átrios são responsáveis por receber o sangue, enquanto os ventrículos são incumbidos de bombear para as células, tecidos e órgãos (BRANCO et al., 2018).

Santos (2014), relata que o coração tem seu fluxo sanguíneo estabelecido de forma unidirecional que é garantido graças a ação das válvulas cardíacas, atrioventriculares (AV): tricúspide e mitral, e semilunares: pulmonar e aórtica.

- Válvula tricúspide: se localiza entre o átrio direito e o ventrículo direito. Tem a função de regular a passagem de sangue do átrio para o ventrículo, de maneira que se abrem, e se fecham com o intuito de evitar o refluxo sanguíneo do ventrículo para o átrio.
- Válvula mitral ou bicúspide: se localiza entre o átrio esquerdo e o ventrículo esquerdo, tem a mesma função da válvula tricúspide, diferindo apenas na sua localização anatômica que é à esquerda do coração.
- Válvula pulmonar: localiza-se entre o ventrículo direito e a artéria pulmonar, abrindo-se para a passagem de sangue para artéria pulmonar e fechando-se evitando o refluxo da artéria para o ventrículo.
- Válvula aórtica: localiza-se entre o ventrículo esquerdo e a artéria aorta, possui a mesma função da válvula pulmonar, abrindo-se para a passagem de sangue para artéria aorta e fechando-se evitando o refluxo da artéria para o ventrículo.

Para que as válvulas cardíacas tenham seu funcionamento adequado é importante a ação de estruturas situadas na face interna dos ventrículos, denominadas cordas tendíneas. Elas impendem que as válvulas sejam projetadas para dentro dos átrios, no momento em que os ventrículos se contraem, e estão ajustadas de maneira a permitir que as válvulas se fechem firmemente (TORTORA; DERRICKSON, 2017).

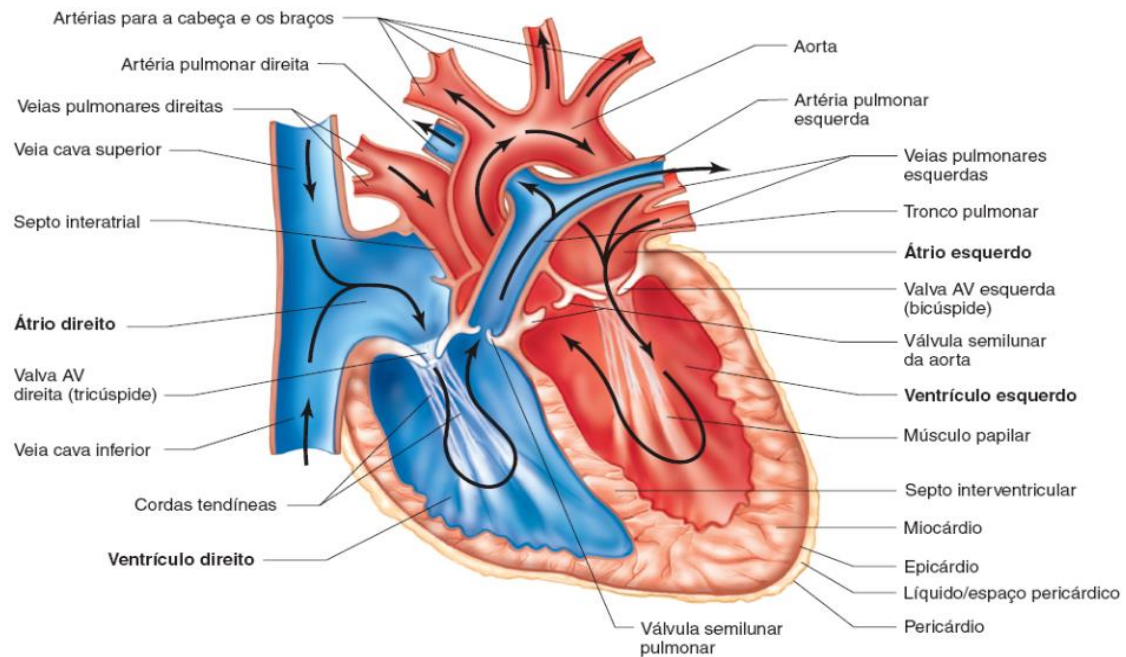


Figura 1 - Anatomia e fluxo sanguíneo do coração

Fonte: Widmaier; Raff e Strang (2017).

Graaff (2013), ainda afirma que as paredes cardíacas têm seu próprio suprimento sanguíneo mantido por uma rede de vasos que possibilitam a manutenção das suas funções vitais. O miocárdio é suprido com sangue advindo das artérias coronárias direita e esquerda. Esses dois vasos originam-se na porção ascendente da artéria aorta, os troncos principais das artérias coronárias direita e esquerda se anastomosam na superfície posterior do coração.

O coração possui várias anastomoses que ligam ramos de uma determinada artéria coronária ou se estendem entre os ramos de diferentes artérias coronárias. Essas anastomoses possibilitam que em um possível caso de obstrução o aporte sanguíneo seja desviado. desta forma, o oxigênio pode permear o miocárdio, mesmo se uma de suas artérias coronárias estiver parcialmente obstruída (TORTORA; DERRICKSON, 2017).

As necessidades nutricionais do músculo cardíaco são determinantes para a regulação fluxo sanguíneo coronariano, na sua maior parte, exercida pela vasodilatação arterial local. Isso significa, que, quando a força de contração miocárdica estiver aumentada, independentemente da situação causal, a intensidade do fluxo coronariano aumenta. Em contrapartida, a atividade cardíaca diminuída culmina com o fluxo coronariano diminuído. Esse mecanismo de regulação do fluxo sanguíneo coronariano se assemelha a muitos outros tecidos do corpo (GUYTON, 2017).

### 4.1.2 Fisiologia Cardíaca

O coração tem seu funcionamento dividido em duas fases principais, que são relacionadas a atividade ventricular: o período de contração ventricular e bombeamento sanguíneo, denominado sístole, e o período de relaxamento e enchimento ventricular que se alterna a sístole, denominado diástole. Cada ciclo cardíaco dura aproximadamente 0,8 segundos (s), com sístole de 0,3 s e diástole de 0,5 s, esses parâmetros são embasados numa frequência cardíaca típica de 72 Batimentos Por Minuto (BPM) (WIDMAIER; RAFF; STRANG, 2017).

A autoexcitação rítmica é um mecanismo especial utilizado pelo coração, o órgão se contrai de forma repetitiva por aproximadamente cem mil vezes ao dia, em uma vida humana de duração média os números giram em torno de três bilhões de vezes. Esse incrível feito é realizado por um sistema que gera o impulso elétrico iniciando a contração dos cardiomiócitos de uma forma rítmica se conduz rapidamente por todo o coração (GUYTON, 2017).

A propagação do impulso elétrico ocorre de forma sistemática por estruturas situadas no coração, iniciando-se pelo nó sinoatrial, localizado na parede superior do átrio direito que produz o impulso, que, de maneira rápida é propagado para fibras musculares dos átrios, como resultado se tem a contração atrial. O impulso então se encaminha do nó sinoatrial pelas vias internodais para o nó atrioventricular que retarda e encaminha o impulso para feixe de His direito e esquerdo, que percorrem próximo ao septo interventricular. Logo em seguida chegando as fibras de Purkinje, realizando a contração ventricular (LAROSA, 2018).

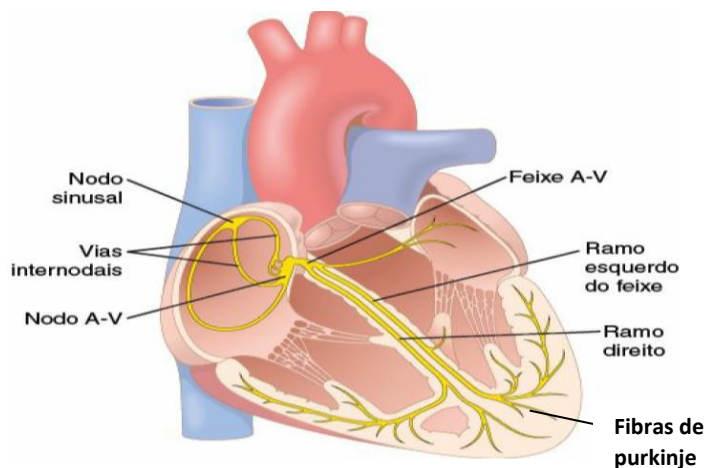


Figura 2 - Sistema excitatório e condutor especializado do coração

Fonte: Guyton (2017).

Segundo Widmaier, Raff e Strang (2017), a produção do potencial elétrico se dá devido a permeabilidade e troca de íons de sódio, cálcio e potássio, através da estrutura celular dos cardiomiócitos. A membrana celular individualiza a célula e separa o espaço extracelular daquele intracelular, ambientes ricos em íons específicos que se movem de dentro para fora (corrente de efluxo/saída) e de fora para dentro (corrente de influxo/entrada), através dos canais.

Esse movimento gera um gradiente elétrico que pode ser medido em voltagem, na comparação entre o espaço intracelular e o extracelular, conhecido como diferença de potencial da membrana em repouso que significa o estado estável do dinamismo desse movimento. Essa estabilidade pode ser quebrada gerando o potencial de ação, que se subdivide em fases, estas se repetem constantemente num ciclo que se tem como gatilho o alcance do limiar de voltagem (WIDMAIER; RAFF; STRANG, 2017).

Para que o coração possa contrair e ejetar o sangue na circulação, nutrindo assim todas as células, tecidos e órgãos Guyton (2017), define em 5 as fases do potencial de ação cardíaco:

- Fase 0 (despolarização): ocorre a abertura dos canais de sódio, estimulando a célula cardíaca a se despolarizar, ficando a membrana celular com seu potencial de ação positivo. Desta forma os canais de sódio são ativados por voltagem, de maneira que se abrem permitindo a fluidez sódio para o interior da célula.
- Fase 1 (repolarização inicial): há o encerramento dos canais de sódio, os canais de potássio são abertos, conseqüentemente íons de potássio saem da célula.
- Fase 2 (platô): canais de potássio se encerram, a então a abertura dos canais de cálcio, ocorrendo então a permeabilidade de cálcio e supressão de íons de potássio, os íons de cálcio são ativados por voltagens, abrem-se lentamente durante as fases 0 e 1, culminando assim com a entrada do cálcio na célula. O efluxo de potássio e o influxo de cálcio faz com que o potencial de ação atinja um platô.
- Fase 3 (repolarização final): os canais lentos de potássio se abrem e ocorre o encerramento dos canais de cálcio. A permeabilidade dos íons de potássio possibilita sua saída rápida da célula, desta forma dando fim a fase do platô e a membrana celular alcançando seu potencial de ação ao seu nível de repouso.

- Fase 4 (repouso) potencial de membrana de repouso, com valor médio aproximado de  $-90$  milivolts.

## 4.2 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

O IAM que também é conhecido popularmente por “ataque cardíaco” é definido pela morte do tecido cardíaco em decorrência de isquemia grave e prolongada dos vasos que o irriga. É caracterizado pelos seguintes sinais e sintomas: aperto ou opressão na região precordial, dor torácica, podendo se irradiar para membros superiores e mandíbula. A dor é de extrema intensidade, em grande parte dos episódios está acompanhada de palidez, náuseas, êmese e sudorese. A morte súbita é outra manifestação de insuficiência coronariana aguda. Um fator importante é que 80% das mortes súbitas tem como origem a doença aterosclerótica das coronárias e 50% dos óbitos decorrentes do IAM ocorrem antes dos pacientes darem entrada em uma instituição hospitalar (SILVA; SILVA; LOPES, 2019).

Em geral a dor que se dá de forma abrupta é um sintoma significativo no caso de IAM. A dor se caracteriza tipicamente como, sufocante, forte e prolongada, não sendo aliviada com repouso e analgésicos, sendo o uso de narcóticos necessários em diversos casos. Na maior parte dos casos a dor é subesternal, irradiando para o braço esquerdo, pescoço ou maxilar, entretanto, pode ser sentida em outras áreas do tórax. No IAM são comuns queixas de sensação de fadiga e fraqueza, principalmente dos braços e pernas, desconforto gastrointestinal. A dor pode acarretar ansiedade, taquipneia, pele pálida, fria, úmida, inquietação e sentimento de morte iminente (ANTUNES et al., 2016).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), relata que o atraso na busca de assistência, faz com que 50% dos pacientes cheguem no atendimento hospitalar nas primeiras 6 horas do início dos sintomas. Destes se constata que 20 a 30% recebem drogas fibrinolíticas e apenas 10% nas primeiras horas. O principal fator para ocorrência desta lacuna entre o início da sintomatologia e o tratamento, deve-se ao desconhecimento por parte do paciente e família sobre os sintomas, que por diversas vezes confunde dor precordial com dor epigástrica (BASSAN et al., 2002 apud FIGUEIREDO et al., 2013).

A isquemia miocárdica é o gatilho inicial para o desenvolvimento do IAM, que resulta na deficiência no aporte de oxigênio ao coração. É causada em maior parte

das vezes por doença arterial coronariana, essa, por sua vez, sendo descrita como fator principal na ocorrência de morte e morbidade em todo o planeta (CARVALHO et al., 2018).

Um estudo feito por Fonseca et al. (2013), mostrou a alta prevalência de IAM em indivíduos que já possuíam alguma doença cardiovascular, o que deixa claro a importância da atenção em saúde na prevenção e controle dessas doenças. Por outro lado, os índices levantados nos documentos e registros dos serviços, evidenciam a realidade que ocorre no Brasil, se configurando a ocorrência do IAM como uma das patologias com grande destaque no quadro de mortalidade da população masculina, ocupando o primeiro lugar no rol das doenças, ficando atrás apenas, quando se comparado a fatores externos, que na atualidade é a maior problemática de saúde a atingir os homens.

Sendo o IAM um dos principais motivos de mortalidade, nos casos de atendimento de emergência é de suma importância a realização de um eletrocardiograma (ECG), mas com o avançar da medicina e das técnicas laboratoriais, é possível diagnosticar um indivíduo que sofreu um infarto num período de tempo de 2 a 72 horas, através dos marcadores cardíacos, esses marcadores bioquímicos aplicados de forma construtiva junto com a clínica do paciente e a análise do ECG (MIRANDA; LIMA, 2014).

Os marcadores bioquímicos nada mais são do que enzimas que estão presentes nos filamentos do músculo cardíaco e, na corrente sanguínea em caso de lesão muscular essas enzimas se elevam, esses marcadores são representados pela enzima creatina quinase (CK) total, CK-MB, asparto aminotransferase (AST), lactato desidrogenase (LDH), além desse, são utilizados outros marcadores, como a mioglobina e as troponinas (MIRANDA; LIMA, 2014).

Os marcadores citados acima são mensurados através de reações enzimáticas no soro do paciente, obtendo-se resultado imediato. É importante frisar que nem todos esses marcadores são exclusivos do IAM podendo também estarem alterados devido a outras patologias, dessa forma é necessário uma análise clínica minuciosa e exames adicionais para um diagnóstico assertivo (MIRANDA; LIMA, 2014).

É importante salientar que o marcador bioquímico mais utilizado para o diagnóstico do IAM é a enzima CK-MB, essa tem sua massa elevada entre 3 a 6 horas após o início dos sintomas, com pico entre 16 e 24 horas, normalizando-se entre 48 e



72 horas. Apresenta sensibilidade diagnóstica de 50%, 3 horas após o início dos sintomas e de 80%, 6 horas após o início dos sintomas (LOPES et al., 2015).

Após sobreviver fase aguda e crítica do IAM o indivíduo necessitará de uma atenção crônica e permanente, que se baseia de duas vias de segmento principais: medicamentosa e não medicamentosa. O tratamento não medicamento é de grande importância e, assume várias formas de inserção, como; alimentação, cuidado com a saúde mental. A prática de exercício físico se configura como elemento primordial na reabilitação cardíaca após um evento isquêmico (VIEIRA et al., 2017).

Maier, Martins e Dellaroza (2015), enfatizam que apesar de ainda serem altos os números de óbitos em decorrência do IAM, pesquisas recentes demonstram que essa mortalidade tem sido reduzida graças ao advento da terapia de reperfusão, surgimento de modernas medicações antitrombóticas e prevenção secundária da doença. Todavia, aproximadamente 12% de mortes são constatadas dentro dos primeiros 6 meses após o IAM sendo essa porcentagem aumentada quando relacionada a pacientes de alto risco, sendo assim justificado um maior engajamento na busca de melhor qualidade na assistência e a adesão às diretrizes de pesquisa.

Alguns fatores corroboram para que o indivíduo em IAM não busque um serviço especializado em tempo hábil, tais como: dificuldade em reconhecimento dos sinais e sintomas, da gravidade e tratamento tempo-dependente da doença. Outros fatores são a falta de apoio da família, medo, a não distinção da dor, além do socioeconômico (MAIER; MARTINS; DELLAROZA, 2015).

#### **4.2.1 Processo Fisiopatológico do IAM**

A aterosclerose coronariana é um processo que se desenvolve de forma gradual e assintomática ao decorrer de vários anos ao avanço patológico. O IAM é definido como uma doença crônica, progressiva e sistêmica onde acontece resposta a uma agressão a luz do vaso, que é resultante do exacerbado acúmulo de lipídios, elementos fibrosos e células que compõe a resposta inflamatória que levam a formação de placas de gordura no endotélio arterial e como resultado se tem a obstrução do fluxo sanguíneo (RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016).

Essa obstrução do fluxo sanguínea acarreta em diminuição ou escassez do aporte de oxigênio as células miocárdicas em tal magnitude que leva a necrose do músculo cardíaco. Outras etiologias incluem suprimento sanguíneo diminuído (em

decorrência de perda sanguínea aguda, anemia ou hipotensão arterial), aumento do percentual de oxigênio (em decorrência do uso de cocaína, taquicardia e hipertireoidismo), vasoespasmos (estenose súbita do vaso). A maior parte dos casos de IAM, acomete o ventrículo esquerdo e região septal, uma cicatriz colagenosa substitui a região necrótica, levando um período de 6 a 8 semanas para a completa cicatrização e, isso se dá devido aos fatores de risco que são modificáveis e não modificáveis (FONSECA et al., 2013).

Devido o aporte insuficiente de oxigênio o coração sofre alteração bioquímicas, tendo como principal mudança a conversão do metabolismo aeróbico ao anaeróbico, assim comprometendo a produção de energia para manter o miocárdio em seu funcionamento normal. Desta forma, nos primeiros minutos o coração deixa de contrair de forma adequada, há também algumas alterações na estrutura celular (tumefação das mitocôndrias e depleção do glicogênio) alterações essas que ocorrem nos primeiros minutos, essas alterações são reversíveis quando o fluxo sanguíneo é reestabelecido em tempo hábil (GROSSMAN; PORTH, 2019).

O processo de reperfusão precoce é de suma importância para as funções vitais do organismo do indivíduo. Em até 20 minutos, a recuperação se dá de forma completa, em pacientes sem outras comorbidades complexas. A partir de 2 a 4 horas, ocorre recuperação parcial com disfunção temporária contrátil, condição denominada stunning. Com o avançar das horas, o infarto é consumado com a permanente perda da função contrátil e óbito (CAVALCANTE; FERNANDES; AMARANTES, 2020).

De acordo com Lopes et al. (2015), as alterações patológicas no IAM estão divididas em dois tipos principais:

- Infarto transmural: nesse tipo, a isquemia necrosante envolve toda ou grande parte da espessura da parede ventricular irrigada por uma única artéria coronária.
- Infarto subendocárdico: se constitui por uma área de necrose isquêmica que abarca o terço interno ou, no máximo, metade da parede ventricular. Em geral as zonas subendocárdicas são áreas constituídas por menor irrigação, desta forma se tornando vulnerável a qualquer oscilação que ocorra no fluxo sanguíneo coronariano. As alterações morfológicas, tanto no IAM transmural e subendocárdico se assemelham qualitativamente, todavia as áreas transmurais tendem a serem mais letais as células.

Na grande parte dos casos a placa aterosclerótica produz coágulo sanguíneo no local, conhecido como trombo, que obstrui a artéria. O trombo ocorre, em geral, onde a placa aterosclerótica surgiu através do endotélio, estando dessa forma em contato direto com a circulação sanguínea. Devido a placa apresentar superfícies irregulares, as plaquetas se agregam a ela, a fibrina é depositada e os eritrócitos são captados, todo esse processo culmina com a formação do coágulo que se desenvolve até ocluir o vaso. Ou, eventualmente, o coágulo se desprende de sua ligação com a placa aterosclerótica, percorrendo até o ramo mais periférico da artéria coronariana, onde bloqueia a artéria em um determinado ponto. Trombo, que percorre a árvore arterial e produz sua obstrução mais distal, é denominado êmbolo coronariano (GUYTON, 2017).

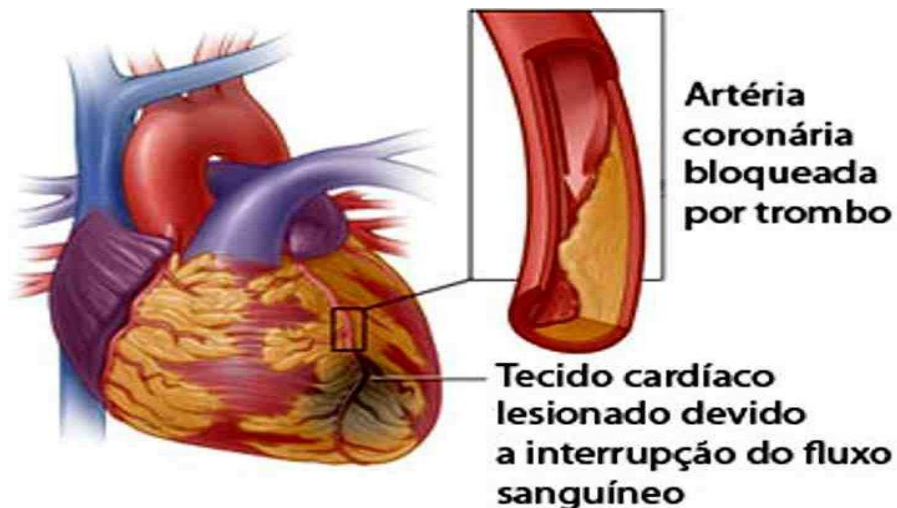


Figura 3 – Obstrução da artéria coronária

Fonte: Google imagens (2020).

#### 4.3 FATORES DE RISCO PARA O IAM

Mais da metade dos pacientes que foram acometidos por IAM ou outro evento coronariano possui risco elevado para desenvolver um novo episódio. Todavia com a junção de FR como o abuso do álcool, tabagismo, má alimentação e sedentarismo, elevam essa suscetibilidade. A incidência de óbitos está intimamente ligada a presença ou não desses fatores, desta forma através da adoção de comportamentos saudáveis é possível se minimizar esta incidência (ASSIS et al., 2019).

Os FR clássicos para DCV são classificados em: modificáveis, que são aqueles que através de atitudes comportamentais se pode atuar e modificar e não modificáveis, aqueles que envolvem fatores que não são passíveis de modificação (BARBOSA; SILVA, 2013).

Principais fatores de risco modificáveis e não modificáveis:

<b>Modificáveis</b>	<b>Não modificáveis</b>
Dislipidemia	Sexo
Diabetes mellitus	Raça
Tabagismo	Idade
Sedentarismo	Histórico familiar
Hipertensão arterial sistêmica	Vasoespasma
Obesidade	
Estresse e depressão	

Fonte: Mertins et al. (2016), adaptado por Lima (2020).

A mecanização dos transportes é um problema grave nos tempos atuais, isso é consequência do estilo de vida ocidental moderno, as mortes em decorrência de acidentes de trânsito representam 20% das mortes no mundo, além disso a facilidade que os transportes proporcionam acaba sendo um mecanismo facilitador para que a população seja sedentária, com este fator os indivíduos aumentam em 50% as chances de desenvolver uma patologia do sistema cardiovascular (MERTINS et al., 2016).

Um estudo feito por Almeida et al. (2015), verificou que 31,25 dos pacientes estudados eram obesos, sendo 40% mulheres e 60% homens. Além disso, houve a prevalência de indivíduos com o colesterol elevado sendo 68,58%. Diversas pesquisas apontam que a elevação dos níveis de colesterol está associada a outros FR, como a obesidade, e também a hipertensão arterial, de forma que se elevando os níveis de colesterol os indivíduos ficam mais susceptíveis a desenvolver aterosclerose, por conseguinte, danos cardiovasculares.

Esse estilo de vida contemporâneo ainda incorpora outros hábitos danosos a saúde, como o consumo exagerado de alimentos calóricos de redes de fast-food, além

da ascensão do consumo de tabaco e álcool. Estudos apontam que o fumo causa mais infartos e acidentes vasculares encefálicos (AVEs) do que câncer de pulmão, o risco ainda se torna maior quando o tabagismo se inicia antes dos 16 anos (BARBOSA; LEMOS; HAYASIDA, 2015).

O ato de fumar acarreta em danos a fisiologia corporal, aumentando a adesividade das plaquetas, lesiona a parede arterial (endotélio) e colabora para a elevação dos níveis pressóricos do sangue, gera espessamento arterial e promove proliferação de células lisas, além de interferir nos níveis de colesterol, aumentando a fração de LDL e diminuindo os níveis de HDL, além de interferir no ciclo cardíaco e na vascularização miocárdica (PASSOS et al., 2019).

A nicotina também atua reduzindo o oxigênio nas hemácias de 15% a 20%, o gás carbônico aspirado liga-se com as hemoglobinas, de forma que acabam por lesionar o endotélio dos vasos possibilitando o acúmulo de gorduras. A nicotina age de forma tóxica aumentando a liberação de catecolaminas, que é um agente responsável pela elevação da frequência cardíaca, da resistência periférica, e da pressão arterial, também diminui a capacidade do organismo em realizar a lise dos coágulos, favorecendo a formação dos mesmos (LIMA et al., 2018).

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde por meio do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas, com base transversal, por inquérito telefônico evidenciou que a prevalência do tabagismo foi de 12,1% na população total, sendo menor entre as mulheres (9,2%) e maior entre os homens (15,5%). O Brasil vem desenvolvendo medidas de controle ao tabagismo, tendo obtido êxito na redução do consumo de cigarro desde a década de 1990, mas vale salientar que os números ainda são altos (BRASIL, 2012 apud REIS; CESARINO, 2016).

O álcool também é observado como um fator secundário agravante para a piora do quadro de IAM, na circulação sanguínea gera elevação da pressão arterial de forma insidiosa, uma progressão de 2 mmHg para cada 30 mL de álcool consumida diariamente. É observado que quando se interrompe a ingestão de álcool os valores pressóricos retornam proporcionalmente ao normal, constata-se também que junto a redução do consumo da bebida há a redução nos casos de abando dos tratamentos farmacológicos (LIMA, 2018).

O Diabetes Mellitus (DM) é um dos fatores de risco mais relevante para o acometimento de doença arterial coronariana, a presença dessa morbidade elevasse drasticamente as chances de o indivíduo infartar, mesmo na ausência de qualquer

alteração cardiovascular, sendo então classificado com “alto risco” cardiovascular. Assim como os que apresentam insuficiência renal crônica estágio 3, insuficiência arterial periférica, insuficiência cardíaca e hipertrofia ventricular (NEVES, 2018).

A fisiopatologia da DM nas DCV está relacionada à exposição prolongada à hiperglicemia, à hiperinsulinemia e a presença de resistência insulínica, fatores esses que causam modificações celulares em todo o processo aterosclerótico, de forma que agravam seu curso clínico. Assim, o DM gera um estado inflamatório que pode estar relacionado com a aterosclerose, especialmente com lesões microvasculares (PINTO, 2018).

Segundo dados norte-americanos expostos em 2015 revelaram em um estudo que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) estava presente em 69% dos pacientes com o primeiro episódio de IAM, 60% com doença arterial periférica, 75% com insuficiência cardíaca e 77% com AVE. A HAS é responsável por 51% das mortes por AVE e 45% das mortes cardíacas (MOZAFFARIAN et al., 2015 apud MALACHIAS et al., 2016).

A HAS configura-se como uma patologia de causa multifatorial caracterizada por uma pressão arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg e diastólica  $\geq 90$  mmHg, associada de maneira frequente a alterações funcionais e/ou metabólicas em órgãos alvo com aumento do risco de eventos cardiovasculares, fatais ou não fatais. Em diversos estudos também é considerada o FR principal para complicações, como doença renal crônica, AVE e IAM (PEREIRA, 2015).

Em 2014, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) aferiu a Pressão Arterial (PA) de moradores em domicílio sorteados, utilizando aparelhos semiautomáticos digitais, calibrados. Foram realizadas três medidas de PA, em intervalos de dois minutos, utilizando-se a média das duas últimas, registrando as mesmas em smartphone. A prevalência geral de PA  $\geq 140/90$  mmHg foi de 22% sendo a maior parte acometida constituída por homens 25,3% vs 19,5% mulheres, variando de 13,2% no Amazonas a 26,7% no Rio de Janeiro. Um dado importante constatado foi o predomínio dos casos na área urbana em relação a área rural 21,7% vs 19,8% (MALACHIAS et al., 2016).

Uma análise por região revelou altas taxas de HAS na África (56%), seguido da Malásia (46,5%) e América do Sul (46,5). A HAS atinge 30 milhões de indivíduos, está em grande parte associada a altos custos socioeconômicos, que impactam na

sociedade, no seio familiar e o próprio indivíduo, resultando em 40% dos casos de aposentadorias precoces (LIMA et al., 2016).

Barbosa, Lemos e Hayasida (2015), relatam que ansiedade e a depressão são FR para DCV entre outras patologias como o diabetes. O estado emocional é preponderante, incluindo formas aguda e crônica de estresse, foram ligadas a patogênese de DCV, desta forma os fatores psicológicos estão diretamente relacionados a comportamentos saudáveis ou não saudáveis, por diversas vezes acaba funcionando como um obstáculo para a adesão de tratamento das doenças.

A American Heart Association (AHA) após uma extensa revisão de 53 estudos e quatro meta-análises concluiu que a depressão é um fator de risco para eventos clínicos adversos em indivíduos com síndrome coronariana aguda (SCA). A depressão se destaca não só como fator de risco posterior a SCA, mas também como anterior a Doença arterial coronariana (DAC). Outra meta-análise de 11 estudos de corte realizados por Rugulis et al., (2002), concluiu que a depressão clínica é um fator agravante para o desenvolvimento de DAC em uma população inicialmente saudável. (LICHTMAN, 2014 apud SERPYTIS et al., 2018).

Nos países em desenvolvimento são seis FR que contribuem grandemente na proporção de mortes por DCV, elencasse a HAS, tabagismo, hiperglicemia, sedentarismo, sobrepeso/ obesidade e dislipidemias. Segundo pesquisa realizada pelo INTERHEART apontou que os FR são responsáveis por mais de 90% das causas de DCV (YUSUF et al., 2004). Esses FR contribuem com causas de mortes metabólicas e câncer. Exceto a hipercolesterolemia e o diabetes, todos os outros FR são significante mais prevalentes na população socioeconomicamente mais vulnerável (apud GUS et al., 2015).

Para que se possa mudar o panorama atual é necessário por parte do enfermeiro ações que visem a promoção para o fortalecimento do autocuidado, monitorização contínua, mobilização da comunidade, gestão eficaz dos cuidados relacionados a doenças cardiovasculares com a participação efetiva de toda a equipe multidisciplinar vinculadas a atenção primária (TESTON et al., 2016).

É importante relatar sobre os fatores de risco não modificáveis, entre eles está a idade, com sua progressão o indivíduo fica mais susceptível a mudanças hemodinâmicas e anatômicas no sistema cardiovascular. A idade média de mulheres que são acometidas pelo IAM é após os 55 anos, já entre os homens está entre 45 anos (TEIXEIRA; SANCHES; VIVAS, 2017).

Cientificamente é bem conclusivo que a ocorrência de eventos cardiovasculares se eleva progressivamente conforme a idade, já que o envelhecimento e desgaste das artérias parece ser proporcional ao envelhecimento e desgaste do organismo, culminando assim com a alta dos níveis pressóricos e elevando o risco cardiovascular (DELLA JÚNIOR et al.,2016).

Vale salientar sobre o fator de risco sexo, onde existe a prevalência de casos em homens em relação as mulheres, isso se deve pelo fato de que os hormônios femininos aumentam o HDL no sangue com isso diminuindo o colesterol sanguíneo e principalmente pelos hábitos de vida serem mais saudáveis em mulheres do que em homens (TEIXEIRA; SANCHES; VIVAS, 2017).

O histórico familiar é outro fator preponderante, é considerado história positiva para doença arterial coronariana quanto o sujeito referir ter um familiar direto (pais ou irmãos) que apresentaram cardiopatia isquêmica. Nesse contexto o indivíduo possui risco dobrado para o acometimento do IAM, embora se considere que o risco seja uma combinação de fatores ambientais com genéticos (MERTINS et al.,2016).

O vasoespasma coronariano se caracteriza por episódio de dor no peito em geral sem esforço físico e, no ECG constata-se notável supradesnivelamento do segmento ST. Embora o espasmo coronariano ocorra na maioria dos casos em uma área focal, pode também ser multifocal e atingir mais de um vaso coronariano simultaneamente (ACAR et al.,2014).

Na atenção primário o enfermeiro e equipe devem ter como enfoque ações de rastreio, de detecção precoce e acompanhamento das patologias devem ser ordenadas por hábitos de vida saudáveis, tais como; boa alimentação, atividades físicas direcionadas à promoção da saúde, contemplando ações individualizadas e coletivas, com o intuito de provocar mudanças no estilo de vida pelo impacto educacional e promover resolução para os problemas, haja vista que grande parte dos fatores de risco são modificáveis (TESTON et al., 2016).

#### **4.3.1 Escore de Risco de Framingham**

O Escore de Risco de Framingham (ERF) se originou no final dos anos 40, fruto de uma aproximação inicialmente tímida entre o Public Health System (PHS, sistema de saúde pública norte americano) com a questão das doenças crônicas. Ainda que após a segunda guerra mundial as doenças infecciosas tivessem a maior prioridade,



o problema da transição epidemiológica e emergência das patologias crônicas começou a receber alguma atenção do governo, interessado em identificar como essas doenças se distribuíam e em detectar as técnicas mais viáveis de diagnóstico e prevenção. Isso ocorreu sob a influência de profissionais com formação na área de saúde pública (SPIESS, 2014).

O ERF tem por objetivo estimar o risco de um evento cardiovascular para o paciente, utilizando-se de algumas variáveis. Considerando-se que os fatores de risco empregados nessa estratificação são frequentes no Brasil (PIMENTA; CALDEIRA, 2014).

O ERF tem com intuito determinar o risco de qualquer evento cardiovascular em 10 anos, por meio da avaliação de fatores de risco como: colesterol HDL e LDL, pressão arterial, diabetes, tabagismo, idade e sexo, através de um tabelamento de informações, pontua-se cada FR, de forma a classificar o paciente em baixo, médio e alto risco cardiovascular (CALDERÓN et al., 2015).

Segundo Brasil (2014), o ERF é uma ferramenta útil e de fácil aplicabilidade no cotidiano. Por intermédio de uma pontuação classifica os indivíduos nos seguintes graus de risco cardiovascular, e auxilia na escolha da melhor conduta a ser tomada:

- Baixo risco – quando as chances do indivíduo sofrer um evento cardiovascular danoso em dez anos são menores que 10%. O acompanhamento poderá ser anual após orientações sobre o estilo de vida saudável.
- Risco intermediário – quando as chances do indivíduo sofrer um evento cardiovascular danoso em dez anos for de 10% a 20%. O acompanhamento poderá ser semestral após orientações sobre o estilo de vida saudável e, se houver a possibilidade na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou na comunidade e se for o desejo da pessoa, encaminhamento para ações em grupos de educação em saúde.
- Alto risco – quando as chances do indivíduo sofrer um evento cardiovascular danoso em dez anos for maior que 20% ou se houver a presença de lesão em órgão alvo, tais como AVE, nefropatia, retinopatia, hipertrofia ventricular esquerda e IAM. O acompanhamento deverá ser trimestral após orientações sobre o estilo de vida saudável e, se houver a possibilidade na UBS ou na comunidade e se for o desejo da pessoa, encaminhamento para ações em grupos de educação em saúde.

Vale salientar que não apenas os achados clínicos e laboratoriais, nem mesmo a patologia de base devem nortear a classificação de risco cardiovascular, mas também contemplar uma avaliação minuciosa, anamnese bem feita e exame físico detalhado (GUIRALDELI, 2014).

Um estudo feito por Santos e Mendez (2014), utilizando como ferramenta o ERF detectou que a maior parte dos participantes (60%) apresentaram de moderado a alto risco cardiovascular. Sendo que as mulheres, em sua maioria, apresentaram baixo risco (53,8%) e apenas 15,4% estão classificadas com alto risco, já entre os indivíduos do sexo masculino majoritariamente (85,7%) apresentaram alto risco cardiovascular.

#### **4.3.2 Fatores de Risco de IAM em Homens**

Um estudo feito por Santos et al. (2018), sobre a taxa de mortalidade média padronizada no Brasil no sexo masculino (108.14 óbitos/100.000 homens) taxa essa que representou um número de 1,75 vezes maior do que a do sexo feminino (61,49/100.000 mulheres) ficou constatado que as maiores taxas padronizadas no sexo masculino em todo o período analisado, realidade evidenciada em todas as regiões geográficas do país.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que, até 2020, as doenças isquêmicas do coração (EIC) serão responsáveis por 11,1 milhões de mortes. De forma que sua prevenção se torna um grande desafio para as autoridades mundiais, haja vista o grande avanço da prevalência de fatores de risco cardiovascular, que corrobora com elevada incidência dessa patologia (ACANDA et al., 2017).

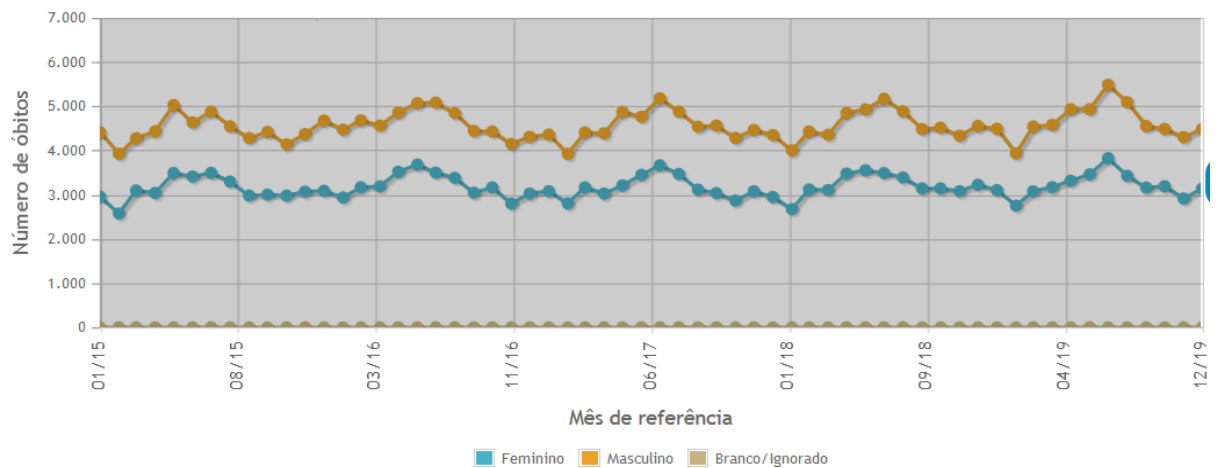
De acordo com estudos feitos na Universidade Federal de Tocantins (UFTO), embasados em uma amostragem de 474.608 casos de IAM, fornecida pelo DATASUS, ao traçar-se o perfil epidemiológico de fatores intrínsecos no Brasil, percebeu-se que, quanto ao gênero, o mais acometido é o masculino (63%). Com relação ao intervalo idade com maior incidência, o que se destacou foi a de 60-69 anos (29,1%), seguida pela faixa de 50-59 anos (25,8%). Quanto à etnia mais acometida, a que se destacou foram os brancos (80,76%). Além desses fatores, o histórico familiar, possui grande importância epidemiológica (MOREIRA et al., 2018, p. 213).

Estudos com cinecoronariografia na fase aguda do IAM mostram uma menor intensidade de aterosclerose obstrutiva em mulheres, isso reforça a hipótese de que

os caminhos patogênicos para o desenvolvimento do IAM podem ser distintos entre mulheres e homens (TRONCOSO et al., 2018).

Análise das taxas de sobremortalidade masculina constata que as faixas etárias mais acometida é entre os 50 e 59 anos, sendo que nesse limiar em ambos os sexos, os homens possuem duas vezes mais chances de morte por doença do aparelho circulatório do que o observado no sexo feminino. Esse fator de sobremortalidade masculina pode ser contextualizado pelo fato do menor cuidado com a própria saúde, e devido às mulheres serem mais preocupadas com sua saúde, sendo assíduas na procura pelos serviços de saúde e até mesmos por questões de cunho cultural (MACHADO; HILLESHEIM; FERRAZ, 2015).

Ano de referência	Feminino	Masculino	Branco/Ignorado	Todos
▶ 2015	37.415	53.383	13	<b>90.811</b>
▶ 2016	38.522	55.617	9	<b>94.148</b>
▶ 2017	37.990	54.660	7	<b>92.657</b>
▶ 2018	38.370	54.895	7	<b>93.272</b>
▶ 2019*	38.567	55.846	5	<b>94.418</b>



Número de óbitos no Brasil por IAM nos anos de 2015 a 2019, comparativo entre os sexos.

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil DATASUS (2020).

A confirmação de uma doença grave é fator desencadeante de sentimentos que denotam sofrimento. Ao receber o diagnóstico de IAM o homem adulto vivencia a incerteza do presente e do futuro, do prognóstico, a dúvida sobre o tratamento, a necessidades de intervenções terapêuticas e a perspectiva em deixar a família desassistida são pensamentos que causam uma tortura emocional. Em meio a esse mix de sentimentos, o que prevalece é o medo da finitude (VIEIRA et al., 2017).

#### **4.3.3 Homens não Buscam a Prevenção Para o IAM**

O cuidado a saúde é algo que abarca um contexto histórico, que permite entender, ao longo do tempo, o papel da mulher e do homem na sociedade. A responsabilidade do cuidado com a família era incumbida a mulher e o de promover o sustento do lar ficava a cargo do homem. Observa-se ainda nos dias atuais, que prevalece o homem com o papel de provedor, e, que, mesmo com a mudança de paradigma da mulher na sociedade, impera-se a responsabilidade do cuidado. Essa cultura reforçou a ideia de que homens não podem adoecer e chorar. Isso faz com que os homens tenham dificuldade em reconhecer suas necessidades, pois foram educados a não demonstrar suas emoções e sentimentos (ASSIS et al., 2018).

A população masculina é vulnerável às doenças principalmente no que se refere às enfermidades graves e crônicas, o que pode levar ao óbito precoce. Essa vulnerabilidade se constata nos registros das altas taxas de morbimortalidade influenciada, entre outros fatores, a baixa procura nos serviços preventivos ligados à Atenção Primária a Saúde (APS) e pela baixa adesão às terapêuticas (PEREIRA; RECKZIEGEL; AGOSTINETTO, 2019).

Um pesquisa feita por Carneiro, Adjuto e Alves (2019), com perguntas sobre o cuidado a saúde elaboradas para homens, concluiu, sobre seu ponto de vista o homem é um ser invulnerável, forte, possui menor probabilidade de ter doenças, e relatam que ao procurar o serviço de saúde principalmente para prevenção é um sinal de fraqueza. A mulher é frágil, mais susceptível as doenças, busca mais o serviço de saúde por ter maior preocupação e interesse, por constituir enraizada na cultura a necessidade de acompanhamento médico.

Por terem esse tipo de pensamento, os homens acabam por não adotar hábitos preventivos, tampouco buscar os serviços de saúde. Esse senso de masculinidade se torna uma muralha para adoção de comportamentos e convicções mais saudáveis e

conduz o homem a crer na ilusão de que não adoece (CARNEIRO; ADJUTO; ALVES, 2019).

Pereira; Reckziegel e Agostinetti (2019), relatam que a maior parte da população masculina busca pelo serviço de saúde só em último caso com o surgimento de sinais e sintomas de uma patologia, o que inviabiliza as ações de promoção e proteção saúde. Isso faz com que aumente a demanda por atendimento nos serviços de atenção secundários e terciários à saúde, além de ocasionar a demora na intervenção preventiva e diagnóstica, possibilitando o agravamento da morbidade e onerando custos financeiros com o tratamento, realizado pelo sistema de saúde.

Ainda se impera na sociedade a cultura que o homem é um ser dominador, invencível e que, portanto, não sente “dor”, desta forma a masculinidade acaba sendo o principal fator para o aumento da mortalidade entre homens. A masculinidade é posta à prova a todo instante, seus hábitos, seu cotidiano, sua rotina diária são postos sempre em primeiro plano deixando a saúde em segundo (OLIVEIRA; BARBOSA; RODRIGUES, 2015).

Outro fator constantemente argumentado pela população masculina e profissionais da saúde é que um grande empecilho na busca por atendimento de saúde é o medo de se prejudicarem no trabalho, mesmo que mediante a apresentação de atestado médico aos seus empregadores (ALMEIDA; SILVA; VITOR, 2019).

Pesquisa multicêntrica realizada em quatro estados na atenção básica apontou que unidades que estendiam seus horários de atendimento, como aos sábados e à noite, tiveram significativo aumento da adesão do público masculino, evidenciando que as restrições nos horários de atendimento têm real influência no acesso à assistência (YOSHIDA; ANDRADE, 2016).

Para Almeida, Silva e Vitor (2019), os homens dão maior importância as práticas curativas e não valorizam as práticas preventivas em saúde. Homens justificam a não adesão a APS afirmando que o serviço não é rápido e nem pontual e por isso acabam procurando os serviços que ofertam atendimento especializado.

A problemática da masculinidade hegemônica é compreendida com a construção do comportamento masculino, influenciados por valores patriarcais e machistas, que culminam com a adoção de comportamentos caracterizados pela virilidade. Embora haja, na atualidade, outros modelos de masculinidade, em que aproximam os homens das mulheres e das crianças, tornando-os mais sensíveis diante aos distintos contextos empregados, permitido que demonstrem seus

sentimentos e emoções, porém esse modelo não é predominante (YOSHIDA; ANDRADE, 2016).

#### 4.4 O ACESSO DA POPULAÇÃO MASCULINA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O SUS assegura na legislação princípios e diretrizes que norteiam a democratização nas ações e nos serviços de saúde visando a universalidade e garantem o acesso a saúde como um direito de todos de dever do estado, tendo com enfoque as ações preventivas e em consequência diminuindo as ações curativas (XAVIR et al.,2015).

O SUS no decorrer de sua história desenvolve políticas que abarcam ações de saúde voltadas para grupos específicos. Nesta perspectiva foi elaborada, em 2008, a política nacional de atenção integral a saúde do homem (PNAISH) com o intuito de nortear as ações de saúde, estimulando o autocuidado nestes indivíduos e, primordialmente, em reconhecer a saúde como direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (OLIVEIRA et al.,2015).

O PNAISH tem como principal objetivo ampliar o acesso dos cidadãos homens nos serviços de saúde. Entre os seus principais resultados estariam a diminuição das causas de morbimortalidade e atuação nos aspectos socioculturais. Com tudo, nota-se que ainda os homens optam por buscar os serviços que respondem mais rapidamente à sua demanda, como as unidades de urgência e emergência. Porém essa iniciativa favorece o agravamento da morbidade e em consequência maior custo dispendido pelo SUS. (XAVIR et al.,2015).

Uma das estratégias adotadas pelo MS com a finalidade de alcançar os objetivos da atenção primária é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Trata-se de uma equipe multidisciplinar criada pelo MS mediante a portaria GM n. 154/2008, sendo a sua composição profissional definida conforme as necessidades de cada localidade (educador físico, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista, assistente social, terapeuta ocupacional, psiquiatra, entre outros). Atuam juntamente com os profissionais da estratégia e saúde da família, buscando melhores resultados na assistência aos clientes na atenção primária (REIS et al.,2016).

Aos profissionais do NASF são atribuídas algumas funções, tais como: conhecer a realidade socioeconômica e epidemiológica da área adstrita, conhecer e articular os serviços de saúde existente no território, identificar, juntamente com o

Estratégia Saúde da Família (ESF) e com o auxílio da comunidade, o público com maior demanda prioritária para o desenvolvimento de ações, promover ações interdisciplinares com ESF, atuar na prevenção e na promoção de saúde mediante ações educativas, além de apoiar as equipes da Atenção Básica na assistência aos grupos com suas especificidades (GONÇALVES et al.,2015).

O NASF atua dando suporte a ESF na análise das necessidades e no planejamento das intervenções. Um dos objetivos da atuação compartilhada entre o NASF e o ESF é a superação da lógica médico-centrada e fragmentada, ainda hegemônica no cuidado à saúde, fomentando a construção das redes de atenção e atuando para que os usuários do SUS obtenham a plena integralidade nos cuidados (NASCIMENTO; QUEVEDO; OLIVEIRA, 2017).

Nessa linha de construção o enfermeiro se torna peça chave no apoio a equipe multiprofissional do NASF, pois é através do mesmo que os pacientes são encaminhados as equipes de apoio. O profissional de enfermagem é o primeiro a ter contato com os indivíduos da comunidade, compreendendo suas necessidades, anseios e prioridades inclusas ao seu histórico de vida no processo saúde doença. Segundo Brito et al. (2017), na ausência do enfermeiro, o trabalho da equipe do NASF se torna árduo e incompleto, devido à falta de informações colhidas sobre os pacientes e a coletividade da área adstrita.

#### **4.4.1 O Enfermeiro Como Ponto Chave no Processo de Educação em Saúde**

O enfermeiro tem papel legalmente definido, conforme a Lei do exercício profissional número 7.498/86 de 25 de junho de 1986, Art. 11. Entre elas, destacam-se, como funções primordiais do enfermeiro: participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde e dos planos assistenciais de saúde; participação em atividades preventivas e educativas, e integração à equipe de saúde (COFEN, 1986).

A enfermagem tem como sua principal matriz as práticas de ações educativas em saúde, pois a educação é uma tarefa emancipatória pela qual cria a possibilidade de reorientar o cidadão, transformar o homem e transmitir conhecimento crítico capaz de modificar sua realidade. Por isso ela deve ser propagada a todos. Educar é um meio de estabelecer cidadania, apoderar o indivíduo sobre suas capacidades a fim de compreender a realidade e buscar alternativas de enfrentamento para as situações

adversas, também é uma forma de responsabilizá-lo pela própria vida (RIBEIRO et al., 2015).

Nesse contexto é importante salientar que a enfermagem é uma ciência, arte e prática social, indispensável para a organização e funcionamento dos serviços de saúde, tem como atribuições a promoção e restauração da saúde, a prevenção de agravos e de doenças e o alívio do sofrimento. Realiza cuidados a pessoa, família e coletividade, prepara suas intervenções de forma autônoma, ou em conjunto com a equipe multidisciplinar, possui o direito de uma remuneração justa e a condições adequadas de trabalho, que possibilite a oferta de uma assistência com qualidade, segura e livre de danos (COFEN, 2017).

Na prevenção há diversos níveis que o enfermeiro pode atuar, tendo não só a função de organizar a educação e assimilação do seu público alvo, como também capacitar-se para exercer a profissão com maior competência técnica científica, ética e humanística no cuidado e no tratamento (SOUSA, 2014).

Na atualidade um dos grandes desafios da enfermagem é a maneira como vai abordar as patologias como a hipertensão, suas ações englobam várias dimensões que vão além de detectar a doença, abarcam uma análise do território adstrito, o preparo das unidades e suas equipes para dar segmento as ações de saúde, acolher, tratar de maneira conveniente, transferir informações, referenciar e avaliar os impactos sobre as condições clínicas dos pacientes (SOUSA, 2014).

Nessa perspectiva o enfermeiro deve estar alinhavado junto a equipe multidisciplinar no desenvolvimento de ações assistenciais educativas conjuntas e elabora programas de consultas na APS, alicerçando seu corpo de conhecimento teórico-prático. Nesse contexto o enfermeiro se insere identificando e rastreando os problemas de enfermagem, implementando ações com vistas a alcançar os resultados esperados (ARAÚJO et al., 2016).

O desenvolvimento de ações em saúde com o intuito de prevenir a população foi evidenciado em estudo randomizado desenvolvidos por enfermeiros, o qual teve com público alvo 98 pacientes adultos hipertensos situados em uma cidade da Itália. No estudo testou-se a eficácia de um programa educacional realizado por “lembrete” via e-mail e telefone, os resultados mostraram que este programa foi capaz de agir positivamente na redução nos níveis pressóricos, modificar hábitos alimentares de vida, melhora significativa na obesidade e na manutenção do nível ideal de colesterol total e LDL (MARTINS et al., 2018).



São diversos os mecanismos da enfermagem desenvolver atividades educativas nas unidades de saúde, dentre as mais relevantes pode se citar as atividades desenvolvidas em grupos, algumas são realizadas em datas comemorativas como: dia do combate ao tabagismo, dia do coração, dia da luta contra a AIDS e tem a intenção de mobilizar toda a população, não sendo atividades destinadas exclusivamente aos homens (AGUIAR; SANTANA; SANTANA, 2015).

ESF também desenvolve atividades de rotina que de forma geral abarcam toda a população, sem nenhuma especificidade de gênero, pois são ações assistenciais dos indivíduos com diabetes e hipertensão arterial, consultas individuais e aferição da PA, palestras e orientação em relação a alimentação saudável e ações preventivas, ações educativas em saúde, nas quais se têm um maior enfoque nas morbidades mais prevalentes, diabetes e hipertensão, a sensibilização quanto aos danos trazidos em ser etilista e tabagista (AGUIAR; SANTANA; SANTANA, 2015).

Os enfermeiros desempenham funções que são de extrema importância para a população, pois atuam em programas e atividades de educação em saúde, com o intuito de trazer melhorias na saúde dos sujeitos. Considerado, como educador, age junto à comunidade, mostrando o caminho para que tomem as atitudes mais assertivas em busca da saúde (FASSARELLA; PINTO; ALVES, 2013).

Nessa perspectiva é importante possibilitar condições para os homens possam reconhecer suas vulnerabilidades. Para que isso seja conquistado de forma expressiva, é necessário criar mecanismos em que coloquem o homem como responsável no processo de saúde doença, colocando o mesmo como responsável da sua própria saúde (SILVA et al., 2016).

O enfermeiro como educador em saúde pode auxiliar para que os indivíduos se adaptem as doenças e previnam os agravos, sigam a terapia prescrita, assim, ajudando na resolução de problemas. Essa é uma função que exige profissionais treinados e capacitados para orientar pessoas. Uma análise verificou que a educação em saúde tem como sua principal meta ensinar seres humanos a viverem a vida de maneira mais saudável, as práticas educativas quanto realizadas, promovem profundas mudanças no seio social contribuindo para o reconhecimento do exercício profissional dos enfermeiros na ESF (FASSARELLA; PINTO; ALVES, 2013).

Os profissionais de saúde são de grande importância para os indivíduos que são acometidos com IAM, e a enfermagem assume papel preponderante de intervenção junto ao doente e seus familiares, haja vista que existem alterações

temporárias e permanentes do estado de saúde, contribuem através educação em saúde para que doente e família tomem partido de suas capacidades para seguirem a vida de forma ativa e saudável (MARQUES; MENDES; SERRA, 2017).

Vale salientar que as famílias dos pacientes são drasticamente afetadas pela mudança de vida, tratamento e acompanhamento advindo de seu familiar acometido com IAM. Ao mesmo tempo a família se torna de suma importância para que indivíduo se recupere, sendo a maior fonte de apoio emocional no combate à doença, auxiliando para que o paciente consiga vencer os obstáculos impostos pela problemática, tendo assim influência direta na mudança de estilo de vida (VIEIRA et al., 2017).

O MS preconiza que para o indivíduo obter uma boa saúde é necessário a adesão de hábitos que promovam a saúde, como: aderir a uma dieta equilibrada e a prática regular de atividade física, por no mínimo 30 minutos diário, buscando essa prática no maior número de dias possíveis da semana. Através dessas práticas a população têm a oportunidade de controlar os FR, com o valioso ganho obtido com o acesso a informações sobre alimentação saudável e atividades físicas em ambientes propícios (OPAS, 2003 apud ARAÚJO; LEITE, 2020).

O conhecimento teórico e prático torna os enfermeiros profissionais capacitados, com um diferencial na assistência ao infartado. Assim então estando colocados na linha de frente junto ao outros profissionais, sendo essenciais no suporte aquele que sofre o IAM (FERREIRA, 2019).

#### 4.5 O MANEJO CLÍNICO FRENTE O PACIENTE COM IAM

Nos serviços de emergência é o enfermeiro que tem o primeiro contato com o paciente que procura o serviço, age na determinação da prioridade de atendimento e dá continuidade na assistência. Quando esse paciente apresentar um quadro clínico sugestivo de IAM, cabe a equipe técnica analisar e desenvolver uma abordagem rápida e precisa baseada em conhecimento técnico e científico, pelo pressuposto que o tempo é fundamental na prevenção de complicações de SCA (SOUZA, 2019).

Desde o início dos sintomas observa-se uma média de 4 horas para a internação hospitalar, alguns dados apontam ainda que apenas 20% dos casos os pacientes chegam à emergência com até 2 horas. Em geral os hospitais são o primeiro ponto de procura por atendimento em casos de IAM, apenas (33%) é internada, o

restante (67%) buscam atendimento em dois ou mais serviços de saúde (TRONCOSO et al.,2018).

Devido ao elevado grau de mortalidade cardiovascular, o enfermeiro durante a classificação de risco precisa dar prioridade ao paciente com dor torácica. Desta maneira é necessário que o atendimento seja realizado em um tempo médio de 8 minutos entre a admissão do paciente na urgência e a realização do ECG, visando otimizar o tempo entre a chegada, diagnóstico e tratamento. O maior número de óbitos por IAM ocorre na primeira hora desde o início dos sintomas, sendo 40 a 65% na primeira hora e aproximadamente 80% nas primeiras 24 horas. Salienta-se que quando respaldado por protocolo valido institucionalizado é de grande valia a rotina da solicitação de ECG para enfermeiros (VIEIRA et al.,2016).

Com a intenção de reduzir a área acometida pelo IAM e, conseqüentemente, a morbidade e mortalidade decorrente dele, tem sido instituído a terapia fibrinolítica já na fase pré-hospitalar, desde que em um tempo limite de até 12 horas do início dos sintomas. Pode-se também optar pela realização da Intervenção Coronariana Percutânea (PIC) com realização de angioplastia e o implante de stents, sendo atualmente considerada a melhor estratégia de reperfusão do miocárdio disponível para uso clínico, desde que realizado transcorridos até 180 minutos do início do evento (TRONCOSO et al., 2018).

Atualmente, a maior parte dos serviços de emergência possuem uma demanda de atendimentos elevada, essa sobrecarga culmina com maior tempo de espera até a consulta médica. Nos serviços de emergência a triagem tem sido preconizada com a finalidade de se mudar o panorama de superlotação das unidades, distinguindo os sujeitos pela clínica e dando prioridade para os mais graves. A triagem no Brasil é denominada acolhimento com avaliação de risco e é feita por intermédio de protocolos, os mais usados são: australian triage scale, canadian triage acuity, emergency severity index e Manchester Triage System (SANTOS et al.,2015).

A resolução Conselho Federal de Enfermagem COFEN 423/2012 regulamenta a avaliação e classificação de risco no Brasil como sendo prática a ser executada por enfermeiros, visto que é um serviço complexo e demanda competência técnica e científica para sua execução. Nessa perspectiva o enfermeiro é o primeiro profissional a ter contato com paciente com suspeita de SCA e avaliá-lo, realiza o primeiro ECG e de imediato aciona toda a equipe médica para indicação da melhor forma de tratamento. Evidencia-se, então, a grande importância em se conhecer a realidade

desses serviços, com o intuito de trabalhar de forma eficiente, diminuindo o tempo desde início dos sinais até a realização do ECG e a instituição de um tratamento adequado aos pacientes com suspeita de SCA (SANTOS et al.,2015).

No IAM de é de extrema importância um cuidado baseado na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), realizado de forma a ter uma correta interpretação dos sintomas, para que se possa organizar e planejar uma assistência assertiva e de qualidade, buscando reduzir o tempo de espera obtendo-se um prognóstico positivo, de modo que a instituição e principalmente os usuários do serviço se beneficiem dos resultados (MENDES; MIRANDA, 2015).

A forma comportamental diferencia-se de indivíduo para indivíduo no IAM, isso exige o profissional de enfermagem a ter uma maior atenção as reações dos pacientes, possuindo uma visão holística de toda a situação. Clinicamente há algumas funções a serem desempenhadas pela enfermagem que são fundamentais, como: instalar o oxigênio, puncionar e manter o acesso venoso, monitorar os sinais vitais, avaliar o nível de dor, realizar o ECG e deixar o desfibrilador próximo (MENDES; MIRANDA, 2015).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças cardíacas atingem maciçamente a população, sendo os homens os mais acometidos, o infarto ganha destaque como a principal patologia a atingir esse grupo, pois está associado a vários FR, onde os modificáveis evidenciam-se, de forma que podem ter seu curso alterado pelas ações dos profissionais de saúde e do autocuidado do próprio sujeito, assim pode-se reduzir a incidência de novos casos e propiciar uma melhor qualidade de vida.

O infarto não traz apenas danos físicos ao indivíduo, mas traz consigo alterações sociais, emocionais, modicam seus afazeres cotidianos, levando a um notório abatimento físico e mental. É evidenciado que as questões de saúde do homem ainda em pleno século XXI são rodeadas de estigmas e preconceitos, fatores que dificultam a ascensão da melhora nos dados epidemiológicos relacionado a morbimortalidade por IAM e outras patologias.

Nesse contexto o enfermeiro é de suma importância para a modificação dos hábitos de vida atuais, haja vista, que uma das principais práticas desse profissional é no tocante a ações de educação em saúde. Pois o estudo mostra que 90% dos FR para DCV são modificáveis, desta forma o processo educacional se torna primordial para redução da incidência de IAM.

Assim, orientando sobre reconhecimentos dos sinais e sintomas, estimulando práticas de exercícios físicos, uma alimentação saudável e implementando a ideia de que os homens adoecem e, que devem buscar a prevenção como melhor opção para viver melhor, proporciona-se então indivíduos munidos de conhecimento podendo modificar os condicionantes de saúde e possuidores de autonomia sobre sua própria saúde.

## REFERÊNCIAS

ACANDA, Maddiel Moldes et al. Comportamento do infarto agudo do miocárdio nos Serviços de Terapia Intensiva. Centro Integral de Diagnóstico Simón Bolívar. Venezuela. **Med.electrón.** Matanzas, v. 39, n. 01, p.43-52, jan./fev. 2017. Disponível em: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242017000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000100006)>. Acesso em: 12 nov. 2019.

ACAR, Göksel et al. Vasoespasmo Coronariano Severo Complicado com Taquicardia Ventricular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Istanbul, v. 06, n. 103, p. 81-86, jan. 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/abc/v103n6/pt\\_0066-782X-abc-103-06-0e81.pdf](https://www.scielo.br/pdf/abc/v103n6/pt_0066-782X-abc-103-06-0e81.pdf). Acesso em: 19 jun. 2020.

AGUIAR, Ricardo Saraiva; SANTANA, Daniele de Carvalho; SANTANA, Patrícia de Carvalho. A percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre a saúde do homem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v. 3, n. 5, p. 1844-1854, set./dez. 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/872/937>. Acesso em: 07 abr. 2020.

ALMEIDA, Eliseth Krupa; SILVA, Maria Mariana Oliveira da; VITOR, Roseli Victorio. A contribuição da enfermagem na melhoria da baixa procura do homem à atenção primária à saúde. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, Londrina, v. 35, n. 01, p. 26-38, out. 2019. Disponível em: <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistatestes/article/view/994/929>. Acesso em: 28 mar. 2020.

ALMEIDA, Thais Cabral et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pacientes frequentadores de um setor de reabilitação cardiovascular. **Colloquium Vitae**, Presidente Prudente, v. 7, n., p.66-72, 20 dez. 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/304968924>. Acesso em: 10 jan. 2020.

ANTUNES, Andressa Lopes et al. Efeito antiplaquetário do ácido acetilsalicílico em prevenção secundária do infarto agudo do miocárdio. **Revista Transformar**, São José, v. 01, n. 08, p.179-192, maio 2016. Disponível em: <<http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/61>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

ARAÚJO, Naira Raquel Pereira de; LEITE, Leila Leal. **Intervenção educativa sobre os fatores de risco de doenças cardiovasculares em uma unidade básica de saúde, no município de Uruçuí, Piauí.** 2020. 12 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Uruçuí, 2020. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/14796>. Acesso em: 14 abr. 2020.

ARAÚJO, Talliton Uchôa de et al. Diagnóstico de enfermagem: Falta de adesão ao tratamento em homens com hipertensão. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Acopiara, v. 17, n. 3, p. 338-345, 29 jul. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3450/2686>. Acesso em: 27 mar. 2020.

ASSIS, Mariana Portela de et al. Perfil dos pacientes internados por infarto agudo do miocárdio em hospital de referência em cardiologia, relação de custo e tempo de internação. **Revista de Saúde Dom Alberto**, Santa Cruz do Sul, v. 03, n. 01, p.160-168, jun. 2019. Disponível em: <<http://revista.domalberto.edu.br/index.php/revistadesaudedomalberto/article/view/419>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

ASSIS, Natália Oliveira de et al. Atuação dos enfermeiros frente à política nacional de atenção integral a saúde do homem: um estudo exploratório. **Arquivos de Ciências da Saúde Unipar**, Umuarama, v. 22, n. 03, p. 151-156, set./dez. 2018. Disponível em: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6397/3670>. Acesso em: 01 mar. 2020.

BARBOSA, Camila de Souza; LEMOS, Isis Gabriela Santos; HAYASIDA, Nazaré Maria de Albuquerque. Epidemiologia e fatores de risco cardiovascular em jovens e adultos. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano: Revisão de literatura**, Manaus, v. 1, n. 3, p.51-60, maio 2015. Disponível em: [https://svr-net15.unilasalle.edu.br/index.php/saude\\_desenvolvimento/article/view/2126/1371](https://svr-net15.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/2126/1371). Acesso em: 15 fev. 2020.

BARBOSA, Robson Ourives; SILVA, Eveline Fronza da. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Policiais Militares. **Rev Brasil Cardiologia**, Rio Grande do Sul, v. 01, n. 26, p.45-53, jan./fev. 2013. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/sumario/26/pdf/v26n1a08.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2020.

BRANCO, Victoria G. C. et al. Semiologia do aparelho cardiovascular: anatomia e fisiologia. **Revista Caderno de Medicina**, Teresópolis, v. 01, n. 01, p.55-65, jan. 2018. Disponível em: <<http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/753/438>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). **Número de óbitos no Brasil por IAM nos anos de 2015 a 2019, comparativo entre os sexos**. 2020. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/dcnt/?s=MSQyMDE5JDikMSQzNSQ3NiQxJDEkMCQ1MDAwJDAkMCQxMyQyJDUwMDY2NCQw>. Acesso em: 18 maio 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 37, 128 f. Brasília, 2014. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao\\_arterial\\_sistemica\\_cab37.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistemica_cab37.pdf). Acesso em: 21/07/2020.

BRITO, Joice Mara Skarlet Feitosa de et al. O apoio do enfermeiro ao núcleo de atenção à saúde da família (NASF) do município de Ibareta. **Unicatólica**, Quixadá, v. 03, n. 01, p. 01-03, mar. 2017. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/issue/view/78>. Acesso em: 03 jul. 2020.

CALDERÓN, Jean Carlo Mayta et al . Determinación de riesgo cardiovascular y edad vascular según el score de Framingham en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. **Horiz. Med.**, Lima, v. 15, n. 2, p. 26-34, abr. 2015 . Disponível em: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2015000200005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2015000200005&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 09 jun. 2020.

CARNEIRO, Viviane Santos Mendes; ADJUTO, Raphael Neiva Praça; ALVES, Kelly Aparecida Palma. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arquivos de Ciências da Saúde Unipar**, Umuarama, v. 23, n. 01, p. 35-40, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6521/3728>. Acesso em: 25 fev. 2020.

CARVALHO, Ana Teresa Glaser et al. Correlação entre Atividade Física e Variáveis Clínicas de Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio. **International Journal Of Cardiovascular Sciences**. Florianópolis, p. 22-25. Ago. 2018. Disponível em: <<http://www.onlineijcs.org/sumario/31/pdf/v31n1a04.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2019.

CAVALCANTE, Daniel Alexandre Lima; FERNANDES, Laura Trindade; AMARANTES, Willian Amauri. Infarto agudo do miocárdio e suas características fisiopatológicas. **Revista Renovare de Saúde e Meio Ambiente**, União da Vitória, v. 01, n. 07, p. 203-215, jan./abr. 2020. Disponível em: <http://book.uniguacu.edu.br/index.php/renovare/issue/view/73/86>. Acesso em: 14 jun. 2020.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017**. 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-75642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-75642017_59145.html). Acesso em: 08 abr. 2020.

COFEN. Conselho de Enfermagem Federal. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem. Lei No. 7.498, 25 de junho de 1986. **Diário Oficial da União**. Seção I, fls. 9.273-9.275 (Jun 26, 1986). 1986.

CORRÊA, Maria Cristina Silva Montenegro. **Anatomia e Fisiologia**. 01. ed. Curitiba: E-tec Brasil, 2011. 132 p. Disponível em: <[http://proedu.rnp.br/bitstream/handle/123456789/431/3a\\_Disciplina\\_-\\_Anatomia\\_e\\_Fisiologia](http://proedu.rnp.br/bitstream/handle/123456789/431/3a_Disciplina_-_Anatomia_e_Fisiologia)>. Acesso em: 11 nov. 2019.

DELLA JÚNIOR, Afonso et al. Avaliação do Risco Cardiovascular segundo os Critérios de Framingham em Adultos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Tubarão, v. 20, n. 03, p. 183-188, jan. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/22697/15859>. Acesso em: 22 jul. 2020.

FASSARELLA, Cintia Silva; PINTO, Valquíria Alessandra Eliziária; ALVES, Aline Silveira. O enfermeiro como educador na reabilitação cardíaca dentro da estratégia saúde da família: revisão de literatura. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 01-08, jan. 2013. Disponível em:



<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/1903/903>. Acesso em: 08 abr. 2020.

FERREIRA, Marcela Pereira. **Cuidados de enfermagem à pessoa idosa acometida pelo infarto agudo do miocárdio (IAM): revisão integrativa**. 2019. 28 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Católica de Salvador, Salvador, 2019. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/939>. Acesso em: 20 abr. 2020.

FIGUEIREDO, Ana Elizabeth et al. Determinação do tempo de apresentação a emergência de pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 1, p.93-101, 8 jul. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7422/pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2019.

FONSECA, Alessandra Maria da et al. Infarto agudo do miocárdio: Levantamento de sua ocorrência em homens atendidos de 2008-2012 em um serviço de urgência e emergência de Passos (MG). **Ciência Et Praxis**, Passos, v. 06, n. 12, p.29-34, jan. 2013. Disponível em: <<http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2126/1118>>. Acesso em: 02 dez. 2019.

GOOGLE IMAGENS. Artéria coronária obstruída. fotografia 3, color., 320 x 240 - jpg. Disponível em: <http://veyragonzalez.blogspot.com/2015/08/infarto-de-miocardio.html>. Acesso em: 20/07/2020.

GONÇALVES, Rita Maria de Abreu et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 59-74, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n131/0303-7657-rbso-40-131-59.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2020.

GROSSMAN, Sheila C.; PORTH, Carol Mattson. **Porth: Fisiopatologia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

GUIRALDELI, Angela dos Santos. **Atuação do enfermeiro na organização do processo de trabalho em relação a estratificação de risco cardiovascular em portadores de hipertensão arterial sistêmica**. 2014. 27 f. TCC (Graduação) - Curso de Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/5279/1/4517.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2020.

GUS, Iseu et al. Variações na Prevalência dos Fatores de Risco para Doença Arterial Coronariana no Rio Grande do Sul: Uma Análise Comparativa entre 2002-2014. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Porto Alegre, v. 06, n. 105, p.573-579, jun. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/abc/v105n6/pt\\_0066-782X-abc-20150127.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v105n6/pt_0066-782X-abc-20150127.pdf). Acesso em: 02 mar. 2020.

GUYTON, Arthur C. **Tratado de fisiologia médica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

LANGOWISKI, André Ribeiro. **Linha guia de infarto agudo do miocárdio**. Curitiba: Secretaria do Estado da Saúde do Paraná, 2016. 38 p. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaInfartoMiocardio\\_2017.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaInfartoMiocardio_2017.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2019.

LAROSA, Paulo Ricardo R. **Anatomia humana: Texto e atlas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

LIMA, Aristotelys Euden Ferraz et al. Perfil na mortalidade do infarto agudo do miocárdio por idade e sexo no município de Paulo Afonso no estado da Bahia. **Revista Rios Saúde**, Paulo Afonso, v. 03, n. 01, p. 26-37, 30 mar. 2018. Disponível em: [https://www.unirios.edu.br/revistariosaude/media/revistas/2018/perfil\\_na\\_mortalidade\\_e\\_do\\_infarto\\_agudo\\_do\\_miocardio\\_por\\_idade\\_esexo\\_no\\_municipio\\_de\\_paulo\\_afonso\\_no\\_estado\\_da\\_bahia.pdf](https://www.unirios.edu.br/revistariosaude/media/revistas/2018/perfil_na_mortalidade_e_do_infarto_agudo_do_miocardio_por_idade_esexo_no_municipio_de_paulo_afonso_no_estado_da_bahia.pdf). Acesso em: 02 abr. 2020.

LIMA, Daniele Braz da Silva et al. Associação entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 02-09, ago. 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000300302&script=sci\\_arttext&tlng=pt%20acesso](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000300302&script=sci_arttext&tlng=pt%20acesso). Acesso em: 31 mar. 2020.

LOPES, Victor Cauê et al. Alterações morfológicas cardiovasculares no infarto agudo do miocárdio: Revisão de literatura. **Ver. Saúde**, Juina, v. 1, n. 2, p.1-16, mar. 2015. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/3603/462fd197814cda75b29a64a323e60a8cb8f6.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

MACHADO, Davi Provenzi; HILLESHEIM, Adriana Cristina; FERRAZ, Lucimare. O perfil das internações e da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no município de xanxerê. **Uniedu**, Xanxerê, v. 01, n. 01, p. 01-10, jan. 2015. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/Davi-Provenzi.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

MAIER, Gláucia de Souza Omori; MARTINS, Eleine Aparecida Penha; DELLAROZA, Mara Solange Gomes. Indicadores pré-hospitalares na avaliação da qualidade da assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Londrina, v. 36, n. 3, p.49-55, set. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v36n3/pt\\_1983-1447-rngenf-36-03-00049.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v36n3/pt_1983-1447-rngenf-36-03-00049.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MALACHIAS, Mvb et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 107, n. 03, p. 01-83, jul. 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2016004800002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2016004800002&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 15 fev. 2020.

MARQUES, Maria do Céu Mendes Pinto; MENDES, Felismina Rosa Parreira; SERRA, Isaura da Conceição Cascalho. Estilos de vida: representações sociais construídas

por doentes com infarto do miocárdio e familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 02, p. 01-08, jul. 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000200421&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000200421&script=sci_arttext). Acesso em: 14 abr. 2020.

MARTINS, Júlia Trevisan et al. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com síndrome coronariana aguda. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 12, n. 2, p. 379-385, 4 fev. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22563/27900>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MENDES, Meire Mangueira; MIRANDA, Ivani Pereira da Costa. Infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmentoste a assistência de enfermagemno intra-hospitalar. **Semantic Scholar**. Uruaçu, p. 82-92. dez. 2015. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/f3d5/ae91080b03396d526d66191c9ce92aa9b71a.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2020.

MERTINS, Simone Mathioni et al. Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Avances En Enfermería**, Ijuí, v. 34, n. 1, p.30-38, 26 jul. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n1/v34n1a04.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2020.

MIRANDA, Marciano Robson de; LIMA, Luciana Moreira. Marcadores bioquímicos do infarto agudo do miocárdio. **Revista Médica de Minas Gerais**, Viçosa, v. 24, n. 1, p.98-105, jan. 2014. Disponível em: [www.rmmg.org/exportar-pdf/608/v24n1a15.pdf](http://www.rmmg.org/exportar-pdf/608/v24n1a15.pdf). Acesso em: 20 jan. 2020.

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles et al. Perfil dos pacientes atendidos por infarto agudo do miocárdio. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, Palmas, v. 04, n. 16, p. 212-214, out./dez. 2018. Disponível em: [www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/download/372/334](http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/download/372/334). Acesso em: 10 maio 2020.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; QUEVEDO, Michele Peixoto; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. O prazer no trabalho no núcleo de apoio à saúde da família: uma análise dejouriana. **Texto & Contexto - Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 01-09, jan. 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt\\_0104-0707-tce-26-01-e6380015.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-e6380015.pdf). Acesso em: 02 jul. 2020.

NEVES, Carlos Renato. **Ações para minimizar o risco de doenças cardiovasculares associado ao diabetes mellitus não controlado no município de Delfim Moreira - MG**. 2018. 32 f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Delfim Moreira, 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/11160?mode=full>. Acesso em: 31 mar. 2020.

OLIVEIRA, Max Moura de et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Niterói, v. 20,

n. 1, p. 273-278, jan. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt\\_1413-8123-csc-20-01-00273.pdf](https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00273.pdf). Acesso em: 28 mar. 2020.

OLIVEIRA, Pâmela Scarlatt Durães; BARBOSA, Henrique Andrade; RODRIGUES, Raquel Mota. Nunca preoquepei com saúde não: o fenômeno saúde na perspectiva do homem. **Revista Redes de Cuidados em Saúde**, Montes Claros, v. 9, n. 03, p. 01-09, jan. 2015. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2536/1498>. Acesso em: 29 fev. 2020.

PASSOS, Arthur Mendes Porto et al. Infarto agudo do miocárdio (IAM) – relato de caso. In: V SEMINÁRIO CIENTÍFICO DO UNIFACIG, 5., 2019, Minas Gerais. **IV Jornada de Iniciação Científica do UNIFACIG**. Minas Gerais: UNIFACIG, 2019. p. 01 - 05. Disponível em: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/view/1498/1207>. Acesso em: 18 jan. 2020.

PEREIRA, Ivana Maria Onofri. **Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica**. 2015. 20 f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2015. Disponível em: <https://crfmng.org.br/comunicacao/proposta%20de%20intervencao.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

PEREIRA, Raphael Cascaes; RECKZIEGEL, Juliana Cristina Lessmann; AGOSTINETTO, Lenita. Ambiente, cuidados e descuidados: desenvolvendo ações de Educação relacionadas à saúde do homem. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Caçador, v. 08, n. 01, p. 136-150, fev. 2019. Disponível em: <http://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1478/975%2027/02/2020>. Acesso em: 27 fev. 2020.

PIMENTA, Henderson Barbosa; CALDEIRA, Antônio Prates. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 6, p. 1731-1739, jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2014.v19n6/1731-1739/pt>. Acesso em: 06 jul. 2020.

PINHEIRO, Raul Henrique Oliveira; LENHANI, Bruna Eloise; MARTINS, Ellen Vanuza. Prevalência de fatores de risco relacionados ao infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos: uma revisão integrativa. **Revista Uningá Review**, Guarapuava, v. 30, n. 03, p.83-88, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://34.233.57.254/index.php/uningareviews/article/view/2023/1616>. Acesso em: 14 nov. 2019.

PINTO, Cristiano José Mendes. **Redução do escore de risco de Framingham dos pais por meio de um programa de educação em saúde para os filhos em escola pública**. 80 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5167/tde->

14082018-093502/publico/CristianoJoseMendesPintoVersaoCorrigida.pdf. Acesso em: 30 jul. 2020.

REIS, Andréia Francesli Negri; CESARINO, Claudia Bernardi. Fatores de risco e complicações em usuários cadastrados no hiperdia de São José do Rio Preto. **Ciência, Cuidado e Saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 1, p.118-124, 7 jun. 2016. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24235/16986>. Acesso em: 20 fev. 2020.

REIS, Mary Lopes et al. Avaliação do trabalho multiprofissional do núcleo de Apoio à saúde da família (NASF). **Texto & Contexto - Enfermagem**, Goiânia, v. 25, n. 1, p. 1-9, jan. 2016. FapUNIFESP. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt\\_0104-0707-tce-25-01-2810014.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-2810014.pdf). Acesso em: 01 jul. 2020.

RIBEIRO, Kaiomax Renato Assunção; SILVA, Ludmila Pinheiro da; LIMA, Maria Luzia Silva. Conhecimento do Infarto agudo do miocárdio: implicações para assistência de enfermagem: **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 5, n. 4, p.63-68, 1 dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5546/pdf>. Acesso em: 02 dez. 2019.

RIBEIRO, Marieli Cristina et al. Prevenção de fatores de risco para doenças cardiovasculares: relato de experiência. **Revista Cidadania em Ação: Extensão e cultura**, Chapecó, v. 09, n. 01, p. 01-08, jan. 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/cidadaniaemacao/article/view/6248/4812>. Acesso em: 14 abr. 2020.

SANTOS, Felipe Gonçalves dos et al. Avaliação da qualidade do atendimento ao paciente com síndrome coronariana aguda no serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 01-09, dez. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/32692/20669>. Acesso em: 02 jan. 2020.

SANTOS, Fernando Ribeiro dos; MENDEZ, Roberto della Rosa. Estratificação de risco cardiovascular em hipertensos atendidos na atenção primária. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Três Lagoas, v. 05, n. 01, p. 2647-2658, out. 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5558866>. Acesso em: 07 jul. 2020.

SANTOS, Juliano dos et al. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 23, n. 5, p.1621-1634, maio 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n5/1621-1634/>. Acesso em: 25 dez. 2019.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Anatomia e fisiologia humana**. 02. ed. São Paulo: Érica/ Saraiva, 2014.

SANTOS, T.G. et al. Expressões de homens sobre a saúde e a assistência a partir de ações educativas em saúde. **Scientific Electronic Archives**, Sinop, v. 11, n. 1, p. 116-123, fev. 2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/8125/75b991f7ff5c5cc997ccb5a8323b314cb96f.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2020.

SERPYTIS, Pranas et al. Diferenças por Sexo na Ansiedade e Depressão após Infarto Agudo do Miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Lituânia, v. 05, n. 111, p.676-683, maio 2018. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/abc/v111n5/pt\\_0066-782X-abc-20180161.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v111n5/pt_0066-782X-abc-20180161.pdf). Acesso em: 01 mar. 2020.

SILVA, Elaine Andrade Leal et al. Promoção à saúde do homem na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **Revista de APS**, Santo Antônio de Jesus, v. 19, n. 04, p. 656-660, out./dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15850>. Acesso em: 12 abr. 2020.

SILVA, Keyla Sousa; SILVA, Priscila Sousa; LOPES, Graciana de Sousa. Infarto agudo do miocárdio: condutas de enfermagem sob a perspectiva da teoria de Callista Roy. **FAMETRO**, Manaus, v. 01, n. 01, p.01-04, 19 jun. 2019. Disponível em: <http://periodicos.fametro.edu.br/index.php/AE/article/view/95>. Acesso em: 02 dez. 2019.

SILVERTHORN, Dee Unglaub. **Fisiologia Humana: uma abordagem integrativa**. 07. ed. Porto Alegre: Artemed, 2017.

SOUSA, Ronaldo Dorneles de. **Cuidados de enfermagem no atendimento a pessoas com síndromes coronarianas agudas (SCA)**. 2014. 20 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/173510>. Acesso em: 05 abr. 2020.

SOUZA, Mariana Rocha de. **O papel do enfermeiro no combate à síndrome coronariana aguda: revisão de literatura**. 2019. 20 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/13629/1/21507104.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.

SPIESS, Maiko Rafael. **Doenças cardíacas e risco: o framingham heart study**. 2014. 312 f. Tese (Doutorado) - Curso de Política Científica e Tecnológica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/286598/1/Spiess\\_MaikoRafael\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/286598/1/Spiess_MaikoRafael_D.pdf). Acesso em: 08 jul. 2020.

TEIXEIRA, Caroline Simões; SANCHES, Sarita Barbosa; VIVAS, Ivan dos Santos. PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO EM PACIENTES PÓS-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO. **Unisanta Health Science**, Santos, v. 01, n. 01, p. 01-18, jan. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unisanta.br/index.php/hea/article/view/1031/977>. Acesso em: 19 jun. 2020.

TESTON, Elen F. et al. Fatores associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Revista FMRP. USP**, Ribeirão Preto, v. 02, n. 49, p.95-102, jun. 2016. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/2016/vol49n2/AO1-Fatores-associados-as-doencas-cardiovasculares-em-adultos.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2020.

TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Bryan. **Corpo Humano: fundamentos de anatomia e fisiologia**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 674 p.

TRILICO, Matheus Luis Castelan et al. Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.381-395, 20 mar. 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4067/406756980010.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2019.

TRONCOSO, Luiza T et al. Estudo epidemiológico da incidência do infarto agudo do miocárdio na população brasileira. **Revista Caderno de Medicina**, Teresópolis, v. 01, n. 01, p. 91-101, jan. 2018. Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/957/450>. Acesso em: 24 fev. 2020.

VIEIRA, Aline Costa et al. Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um Protocolo Para avaliação da dor torácica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 02-07, out. 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt\\_0104-0707-tce-25-01-1830014.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-1830014.pdf). Acesso em: 24 mar. 2020.

VIEIRA, Marina Belizário et al. Percepção de homens após infarto agudo do miocárdio. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 03, n. 30, p. 01-09, jul./set. 2017. Disponível em: [https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5833/pdf\\_1](https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5833/pdf_1). Acesso em: 15 jan. 2020.

WIDMAIER, Eric P.; RAFF, Hershel; STRANG, Kevin T. **Fisiologia humana: Os mecanismos das funções corporais**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

XAVIER, Sheila Quandt et al. Grupos de educação em saúde: aproximação da população masculina à unidade básica de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2372-2382, 1 abr. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750946016.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2020.

YOSHIDA, Valéria Cristina; ANDRADE, Maria da Graça Garcia. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 597-610, 1 mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2016.v20n58/597-610>. Acesso em: 28 mar. 2020.



## RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

**DISCENTE:** Guilherme Damascena Lima

**CURSO:** Enfermagem

**DATA DE ANÁLISE:** 14.08.2020

### RESULTADO DA ANÁLISE

#### Estadística

Suspeitas na Internet: 2,35%

Percentual do texto com expressões localizadas na internet às

Suspeitas confirmadas: **3,72%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados às

Texto analisado: **93,55%**

*Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).*

Sucesso da análise: **100%**

*Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.*

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.4.11  
sexta-feira, 14 de agosto de 2020 09:49

### PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho do discente **GUILHERME DAMASCENA LIMA**, n. de matrícula **15943**, do curso de Enfermagem, foi **APROVADO** na verificação de plágio, com percentagem conferida em 2,35%. Devendo o aluno fazer as correções que se fizerem necessárias.

(assinado eletronicamente)  
**HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO**  
Bibliotecária CRB 1114/11  
Biblioteca Júlio Bordignon  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente



