



Faculdade de Pindamonhangaba



Danielle de Souza Oliveira
Mariane Silva do Nascimento

**OCORRÊNCIA DE DOR TORÁCICA CARDÍACA EM UM
HOSPITAL DE GRANDE PORTE DO INTERIOR PAULISTA**

Pindamonhangaba-SP
2018



Faculdade de Pindamonhangaba



Danielle de Souza Oliveira
Mariane Silva do Nascimento

OCORRÊNCIA DE DOR TORÁCICA CARDÍACA EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DO INTERIOR PAULISTA

Artigo apresentado como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel em Enfermagem pelo Curso de Enfermagem da Fundação Universitária Vida Cristã – Faculdade de Pindamonhangaba.

Orientadora: Profa. Dra. Vania Maria de Araújo Giaretta

Pindamonhangaba-SP
2018

Souza, Danielle Oliveira; Nascimento, Mariane Silva.

Ocorrência de dor torácica cardíaca em um hospital de grande porte do interior paulista / Danielle de Souza Oliveira; Mariane Silva do Nascimento / Pindamonhangaba-SP : Fundação Universitária Vida Cristã, 2018. 20f.

Artigo (Graduação em Enfermagem) FUNVIC-SP.

Orientador: Profa. Dra. Vania Maria de Araújo Giaretta.

1 Dor torácica cardíaca. 2 Hospital de grande porte. 3 Saúde do homem.

I Ocorrência de dor torácica cardíaca em um hospital de grande porte do interior paulista II Danielle de Souza Oliveira; Mariane Silva do Nascimento.



Faculdade de Pindamonhangaba



**DANIELLE DE SOUZA OLIVEIRA
MARIANE SILVA DO NASCIMENTO**

**OCORRÊNCIA DE DOR TORÁCICA CARDÍACA EM UM HOSPITAL DE
GRANDE PORTE DO INTERIOR PAULISTA**

Artigo apresentado como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel em Enfermagem pelo Curso de Enfermagem da Fundação Universitária Vida Cristã – Faculdade de Pindamonhangaba.

Orientadora: Profa. Dra. Vania Maria de Araújo Giaretta

Data: 30/11/2018

Resultado: Aprovado

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Denise Pereira de Lima Carvalho- **Fundação Universitária Vida Cristã**

Assinatura _____

Profa. Ma. Ana Paula Fernandes Oliveira- **Fundação Universitária Vida Cristã**

Assinatura _____

Profa. Esp. Débora Laura França Costa e Silva- **Fundação Universitária Vida Cristã**

Assinatura _____

“Eu Danielle de Souza Oliveira dedico todo esforço que tive, para finalizar esse trabalho, ao meu querido marido Rodrigo Ventura (in memorian) que não pode vivenciar esse momento, mas que batalhou ao meu lado até a sua partida.”

“Eu Mariane Silva do Nascimento dedico este trabalho com muito amor aquela que lutou todos os dias pela minha educação, minha mãe Antonia Nazaré dos Santos Silva (in memorian) que estará sempre em meu coração.”

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus por ter nos fortalecido ao ponto de superarmos as dificuldades e também por toda saúde que nos deu, permitindo alcançar esta etapa tão importante da nossa vida. A Professora Vania Maria de Araújo Giaretta agradecemos a orientação incansável, o empenho e a confiança que ajudaram a tornar possível este sonho tão especial. À nossa família e amigos que nunca desistiram de nós e sempre nos ofereceram amor deixamos uma palavra e uma promessa de gratidão eterna. A todas as pessoas que de alguma forma fizeram parte do nosso percurso, agradecemos com todo nosso coração.

RESUMO

Ocorrência de dor torácica cardíaca em um hospital de grande porte do interior paulista

Introdução: Dor torácica é a queixa mais frequentes em emergências. **Objetivo:** Identificar a ocorrência de dor torácica, com o intuito de compreender os casos confirmados e possíveis causas que levaram a tal diagnóstico, identificando; sexo, etnia, idade, tabagismo, e período do ano com maior frequência de casos. **Método:** Estudo documental, descritivo, quantitativo, retrospectivo, no qual se consultou prontuário eletrônico de pacientes atendidos no pronto atendimento de um hospital de grande porte do interior paulista no período de janeiro a junho de 2017 com queixa de dor torácica. Os dados foram registrados em um instrumento de coleta elaborado para a pesquisa, contendo perguntas relacionadas ao perfil sócio demográfico, diagnóstico, comorbidades e hábitos de vida, e analisados por meio de estatística descritiva e discutidos descritivamente. **Resultado:** A maioria dos atendimentos ocorreu com indivíduos do sexo masculino, com idade entre 52 a 72 anos, de etnia branca, tendo como comorbidades HAS e DM, sendo junho o mês com de maior ocorrência de casos registrados. **Conclusão:** Os resultados apontaram que se deve fortalecer o planejamento de estratégias e intervenções que visem a prevenção das doenças cardíacas, à diminuição das comorbidades e o tratamento precoce, diminuindo os agravos e promovendo a saúde da população masculina.

Palavras-chave: Dor no peito. Fatores de risco. Saúde do homem.

ABSTRACT

Occurrence of chest pain in a large hospital in the state of São Paulo

Introduction: Chest pain is the most frequent complaint in emergencies. **Objective:** To identify the occurrence of chest pain, in order to understand the confirmed cases and the causes that led to the facial diagnosis, identifying; sex, ethnicity, age, smoking, and period of the year with greater frequency of cases. **Method:** A documentary, descriptive, quantitative, retrospective study of patients attended at a large hospital in the countryside of São Paulo, from January to June, 2017, with complaint of chest pain. The data were recorded in a data collection instrument prepared for research, containing questions related to sociodemographic profile, diagnostic, comorbidities and habits of life, and analysed through descriptive statistics and descriptively discussed. **Results:** The majority of the appointments occurred with male people, aged between 52 and 72 years, of white ethnicity, having as comorbidities HBP and DM, being June the month with the highest occurrence of registered cases. **Conclusion:** The results showed that the planning of strategies and actions must be strengthened in intention to prevent heart diseases, to the reduction of comorbidities and early treatment, reducing injuries and promoting the health of male population.

Keywords: Chest pain. Risk factors. Men's health.

Este trabalho foi escrito na forma de artigo científico a ser submetido à revista Enfermagem Brasil, cujas normas estão em anexo.

1. INTRODUÇÃO

A dor torácica é uma das queixas mais frequentes de paciente admitidos em grandes emergências. A deterioração do estilo de vida, a alimentação desequilibrada rica em gordura, carboidrato, sal, alimentos processados, o uso de álcool, de cigarro e outras drogas, ainda as situações recorrentes de estresse e o sedentarismo, são fatores que predispõe a doenças cardiovasculares[1].

Diante disso cabe ao enfermeiro identificar os sinais e sintomas que acompanham a dor torácica, e estar preparado para o atendimento imediato, aumentando as chances de sobrevida e uma recuperação com mínimo de sequelas. A maioria das dores torácicas está relacionada a problemas cardíacos graves, sendo um fator para atendimento de urgência em unidade de pronto atendimento[2].

A dor já é reconhecida como o 5º sinal vital, exigindo assim, avaliação e mensuração. A enfermagem realiza a avaliação da dor torácica durante a triagem com vários questionamentos, dentre eles é solicitado ao paciente que identifique a intensidade da dor, utilizando uma escala numérica verbal ou escala visual analógica (EVA) de 0 (ausência de dor) a 10 (maior dor imaginável), o paciente também descreve a natureza da dor e a localização, deve-se observar a ocorrência de irradiação e desconforto em outras áreas assimilando os sinais e sintomas[3,4].

Anualmente, milhares de indivíduos procuram os serviços de emergência por dor torácica, com o potencial risco de estarem desenvolvendo uma síndrome coronariana aguda (SCA)[5]. Estima-se que, no Brasil, ocorram quatro milhões de atendimentos anuais por dor torácica, as síndromes coronarianas agudas (SCA) representam menos de um quinto desses atendimentos, muitos pacientes são submetidos desnecessariamente a protocolos de SCA quando, na realidade, a abordagem mais apurada demonstraria a causa não isquêmica da dor. A discussão mais detalhada sobre esse tema pode contribuir para diagnósticos mais precisos e condutas mais adequadas, evitando-se o risco de iatrogênias[6].

O fato de o paciente com queixa de dor torácica dar entrada no serviço de pronto atendimento exige dos profissionais da área da saúde um diagnóstico preciso e uma conduta rápida. A triagem realizada pelo enfermeiro é baseada em protocolos, que identificam o grau de emergência daquele atendimento, o enfermeiro que aplica o protocolo devidamente e correlaciona as informações, garante a segurança do paciente[7]. Este questionamento encontra amparo nos autores[8], quando descrevem que o paciente com dor torácica ao entrar no pronto atendimento (PA) tem que ser identificado, diagnosticado e já internado para realização de procedimento correto em até 12h para reduzir a taxa de mortalidade.

A classificação de risco (CR) é uma ferramenta utilizada em serviços de emergência em diversos países para garantir agilidade ao atendimento às pessoas com risco elevado de óbito, entre os diferentes sistemas de classificação já aplicados, o sistema de triagem de Manchester (STM) é o mais utilizado. O STM é aplicado por enfermeiros, devido a sua formação generalista na área da saúde e sua capacidade de reconhecer e intervir sobre os problemas de saúde mais prevalentes[9].

A síndrome coronária aguda é uma emergência cardíaca, caracterizada principalmente por sintomas torácicos, refere se a obstrução total ou parcial coronariana decorrente da aterosclerose que se trata de um acúmulo anormal de lipídios na parede interna da artéria, ocorrendo o bloqueio e a diminuição do fluxo sanguíneo para o miocárdio. A arteriosclerose ocorre pelo depósito de cálcio nas paredes das artérias, diminuindo a sua elasticidade e causando enrijecimento das artérias e o aumento da pressão arterial. A SCA é classificada de

três formas: angina instável (AI), infarto agudo do miocárdio (IAM) sem elevação do segmento ST (IAMSEST), e IAM com elevação do segmento ST (IAMCESST)[10,11].

A angina instável caracteriza-se pela obstrução, de pelo menos, uma artéria coronária principal, e por episódios que aumentam a frequência e gravidade da sintomatologia, não apresentando alívio pelo repouso ou uso de nitroglicerina, sendo pacientes que necessitam de intervenção médica[10,11].

O infarto acontece quando o tecido cardíaco é acometido por uma isquemia prolongada devido a um distúrbio de circulação arterial. A isquemia se instala toda vez que a oferta de sangue é menor do que a necessidade básica do órgão, podendo ser parcial ou total, reduzindo ou parando o fluxo sanguíneo, causando a falta de aporte de nutrientes e oxigênio[10,12].

No IAMSEST, o paciente apresenta manifestações clínicas de isquemia coronária, porém, o ECG e os biomarcadores cardíacos não revelam nenhuma evidência de IAM agudo, o IAMCEST o paciente apresenta evidência de IAM agudo no ECG, com alterações características em duas derivações contíguas de um ECG com 12 derivações. Nesse tipo de IAM existe uma lesão significativa do miocárdio[10,12].

No tratamento inicial deve ser utilizadas medidas para restabelecer o fluxo sanguíneo e a oferta de oxigênio, por meio de fármacos, e métodos para reperfusão utilizando fibrinolíticos ou técnicas invasivas, o tratamento consiste em aliviar os sintomas, minimizar a lesão do miocárdio, reduzir os danos e preservar a função miocárdica, com intuito de evitar eventos adversos como a angina recorrente, reinfarto, e até mesmo a morte[10,12].

Neste contexto, o objetivo desta pesquisa é identificar a ocorrência de dor torácica cardíaca, para compreender os casos confirmados e possíveis causas que levaram a tal diagnóstico, identificando: sexo, etnia, idade, tabagismo, comorbidades e período do ano com maior ocorrência de casos.

2. MÉTODO

2.1 Tipos de estudo

Trata-se de um estudo documental, descritivo, quantitativo, retrospectivo[13,14].

2.2 Procedimentos para coleta de dados

O levantamento dos dados deu-se nos meses de março e abril de 2018, quando se realizou a coleta dos dados por meio de prontuários eletrônicos de pacientes atendidos no pronto atendimento de um hospital de grande porte do interior paulista no período de janeiro a junho de 2017 com queixa de dor torácica cardíaca. Os dados foram registrados em um instrumento de coleta elaborado para a pesquisa, contendo doze perguntas, sendo seis perguntas a fim de identificar dados sócio demográficos (etnia, sexo, idade, profissão), outras seis perguntas relacionadas com o diagnóstico, comorbidades e hábitos de vida.

2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: prontuários de paciente admitidos no pronto atendimento de um hospital de grande porte do interior paulista, com queixa inicial de dor torácica cardíaca, de ambos os sexos sem restrição de idade. E os de exclusão, foram: prontuários de pacientes admitidos no pronto atendimento com dor torácica não cardíaca.

2.4 Análise dos dados

O tratamento dos dados ocorreu por meio de análise estatística descritiva demonstrada por frequência absoluta e relativa. Os dados foram digitados em uma planilha do programa Microsoft Excel[®] 2007 sendo elaboradas tabelas descritivas de acordo com o resultado encontrado.

2.5 Aspectos legais da pesquisa

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Universitária Vida Cristã, sob o parecer nº 2.621.993.

3. RESULTADO

No primeiro semestre de 2017 passaram pelo pronto atendimento do hospital de grande porte do interior paulista 24.776 pessoas, desses atendimentos foram selecionados 291 (1,17%) de pacientes que deram entrada com dor torácica. Foram excluídos 248(85,22%) dos atendimentos por dor torácica não cardíaca, restando uma amostra de 43(14,78%) dos atendimentos de dor torácica cardíaca confirmada. Vieram a óbito após procedimento 3(6,97%) pacientes, 1(2,32%) paciente não aceitou tratamento médico, solicitando pedido de alta, e 1(2,32%) a família pediu transferência de instituição.

No que se refere ao perfil sociodemográfico a faixa etária mais acometida foi a de 52 a 72 anos, sendo 25(58,15%) com a média de idade de 61 anos. Os 36(83,73%) atendimentos que ocorreram deu se em pacientes do sexo masculino, e a hospitalização e o manejo terapêutico cardiológico foi menos intenso no sexo feminino.

Tabela 1: Frequência de pacientes que deram entrada pelo P.A por idade e sexo.

Idade	Masculino		Feminino	
	Fi	Fr(%)	Fi	Fr(%)
De 31 a 51 anos	4	9,30	2	4,65
De 52 a 72 anos	23	53,50	2	4,65
De 73 a 93 anos	9	20,93	3	6,97
Total:	36	83,73	7	16,27

Legenda: Fi- Frequência Absoluta; Fr- Frequência Relativa

No que concerne à etnia a tabela 2 demonstra que a maioria dos pacientes 40 (93,00%) eram brancos, seguido de pardos 2(5,00%), e negros 1(2,00%).

Tabela 2: Etnia mais acometida por dor torácica.

Etnia	Fi	Fr(%)
Branco	40	93,02
Pardo	2	4,65
Negro	1	2,33
Total:	43	100,00

Legenda: Fi-Frequência Absoluta; Frequência Relativa

O mês de maior frequência de casos de dor torácica cardíaca foi junho 11(25,58%) dos atendimentos.

Tabela 3: Mês com maior frequência de casos.

Mês	Nº Prontuários Fi	Fr(%)
Janeiro	7	16,28
Fevereiro	4	9,30
Março	7	16,28
Abril	8	18,60
Mai	6	13,95
Junho	11	25,58
Total:	43	100,00

Legenda: Fi- Frequência Absoluta; Fr- Frequência Relativa

Entre os prontuários analisados em 16 casos (37,21%) os pacientes eram portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), em 2(4,65%) os pacientes eram portadores de Diabetes Mellitus (DM), em 10(23,25%) eram portadores de ambas patologias HAS/DM, e em 9(20,93%) desconheciam ter alguma das comorbidade.

Tabela 4: Frequência por sexo que mais são acometidos por HAS e DM.

Comorbidades	Masculino Fi	Fr(%)	Feminino Fi	Fr(%)
HAS	13	35,13	3	8,11
DM	2	5,40	0	0,00
HAS/DM	9	24,32	1	2,70
DESCONHECE	9	24,32	0	0,00
Total:	33	89,19	4	10,81

Legenda: Fi- Frequência Absoluta; Fr- Frequência Relativa

Todos os pacientes foram submetidos a exames complementares e procedimentos cardíacos. Os procedimentos cardíacos mais realizados foram o cateterismo cardíaco, cateterismo cardíaco seguido de angioplastia com implante de stent, o implante de marcapasso, e a cardioversão. Os exames complementares mais realizados foram o eletrocardiograma que foi realizado em 100% da amostra, o eco cardiograma, e a tomografia.

Não foi possível analisar o escore de dor, o consumo do álcool e do tabaco, devido à falta de tais dados nos prontuários.

4. DISCUSSÃO

No presente estudo verificou que de 24.776 atendimentos realizados no primeiro semestre de 2017 em um pronto atendimento de um hospital de grande porte do interior paulista, 291(1,17%) buscaram o atendimento com sintomas de dor torácica, e destes pacientes 43(14,77%) foram mantidos no protocolo de dor torácica mediante confirmação diagnóstica. Números expressivos, visto que, este pronto atendimento atende apenas a convênios, ficando para o SUS somente os traumas, demonstrando a importância de se fazer prevenção e de se ter um protocolo de avaliação na entrada do hospital.

Evidenciou-se que 58,15% dos atendimentos a idade estava entre 52 a 72 anos, com média de 61 anos, ratificado pelo estudo de autores pesquisados[15,16] que demonstraram uma média de idade de 62 anos, atestando que os idosos são mais acometidos por Doença Arterial Coronariana (DAC), pertinente a fragilidade da saúde debilitada, em relação a dois estudos[17,18] que descrevem ainda uma média de idade de 58 anos, indicando o aparecimento

premature da doença. Vale nesse momento, remeter-se ao disposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS)[19] em que considera a idade idosa de acordo com nível socioeconômico de cada nação classificando o envelhecimento em quatro estágios: Meia-idade: 45 a 59 anos; Idoso(a): 60 a 74 anos; Ancião: 75 a 90 anos; Velhice extrema: 90 anos em diante, em concordância com a política nacional do idoso (PNI), Lei nº8. 842, de 4 de janeiro de 1994, e o estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que classifica o idoso, pessoas com 60 anos ou mais[20].

No que diz respeito ao sexo, o estudo demonstra uma diferença na ocorrência de dor torácica cardíaca entre o sexo masculino e feminino, sendo que 83,73% são do sexo masculino e 16,27% do sexo feminino, confirmando o explicitado nos estudos pesquisados que indicam o sexo masculino como o mais propenso a sofrer um IAM, visto ser o sexo masculino mais suscetíveis a doenças de causas evitáveis[15,21].

Os homens tendem a ter maior resistência em realizar manutenção à saúde, ou se negam a aceitar a necessidade de assistência ao aparecimento dos sintomas segundo os autores[22], o presente estudo demonstra que os homens tiveram maior frequência de dor torácica cardíaca, pode-se aventar estar relacionado ao fato de não fazerem o uso da prevenção da saúde.

Os fatores de riscos são divididos em dois níveis: os não modificáveis que abrangem idade, sexo e hereditariedade, e os modificáveis que englobam hipertensão arterial, diabetes mellitus, sedentarismo, tabagismo, etilismo, obesidade, dislipidemia[23]. Os problemas de saúde variam conforme o sexo, sendo que as mulheres tendem a procurar mais o serviço de saúde em busca do autocuidado, os homens parecem julgar que os cuidados com a saúde são de origem feminina, buscando somente o atendimento de emergência[24], pelo fato de sentirem medo da exposição do corpo, da descoberta de uma doença grave, estereótipos de sexo e gênero que dificulta o autocuidado, e por se estimarem saudáveis, declaram deixar o atendimento para os mais necessitados, de acordo com um estudo[25].

A etnia frequente no presente estudo foi a de origem branca 93,02%, corroborando com pesquisas de diversos autores[15,26], evidenciando que os brancos foram mais acometidos por SCA. Já outra investigação[17] diverge do resultado encontrado, pois a população estudada era de outro estado, podendo acarretar tal discordância, já que a miscigenação é muito frequente em nosso país.

O mês com maior ocorrência de casos de dor torácica cardíaca foi o de junho com 11 casos (25,58%), confirmado por um estudo[27], que demonstra a estação do outono como período em que ocorre o aumento dos casos de DAC.

De acordo com o estudo[27] o frio gera vasoconstrição podendo aumentar as chances de uma SCA. Essa condição diminui no verão, em temperaturas mais altas o coração exerce melhor sua atividade, as temperaturas mais frias exigem mais do coração, intensificando a atividade cardíaca e sobrecarregando o órgão[28]. Os resultados desta pesquisa estão em consonância com os autores anteriormente citados[27,28]. Em que a maior frequência de casos com SCA foram encontrados no mês de junho na estação do Outono, quando a temperatura é mais baixa, favorecendo a vasoconstrição aumentando as chances de SCA.

“A poluição do ar tem sido associada ao aumento da viscosidade sanguínea, de marcadores inflamatórios, com a progressão da arteriosclerose e instabilização das placas de ateroma, à alteração da coagulação, à redução da variabilidade da frequência cardíaca, à vasoconstrição e ao aumento da pressão arterial, todos fatores de risco para doenças cardiovasculares.”(Galvão, 2015, p.99)[27].

Para o desenvolvimento de uma doença cardiovascular são avaliados vários fatores como HAS, DM, sedentarismo, tabagismo e dislipidemia entre todos, esses fatores intensificam as chances do aparecimento e agravamento da doença.

A HAS é um dos fatores modificáveis que mais aparece nas pesquisas, sendo que um estudo[26] mostra uma totalidade de pacientes com HAS evidenciando a importância das políticas públicas voltadas para prevenção dessa doença. Estudos[29] tanto no Brasil como no exterior afirmam que os homens são mais acometidos pela HAS do que as mulheres, estes estudos corroboram com o resultado desta pesquisa que encontrou 35,13% de sua população masculina com HAS.

A DM tem uma enorme relevância na sobrecarga desse resultado, o impacto do diagnóstico da DM na morbidade cardiovascular foi confirmado definitivamente com publicações[30,31] ratificando esse impacto, mostrando a importância da realização de atividade física regular como procedimento não farmacológico como adjuvante no tratamento da HAS e DM[31]. O paciente portador de DM exige um acentuado trabalho de educação em saúde visando o autocuidado, buscando sempre manter níveis de glicose dentro da normalidade, devido à facilidade do desenvolvimento de cardiopatia isquêmica, visto que, o paciente diabético retrata a doença coronária mais extensa e com menor formação de colaterais, gerando uma isquemia com maior facilidade[32], o que foi descrito também nesta pesquisa quando fica demonstrado uma porcentagem de 5,40% de diabéticos.

O tabagismo por si só, é um fator de risco para desenvolver doenças cardiovasculares, que quando associado a outros fatores potencializa as chances da doença. É fundamental o encaminhamento desse paciente a programas de interrupção ao uso do tabaco, para que ele possa ser aconselhado e se necessário medicado[32]. Infelizmente os dados sobre o etilismo e tabagismo não puderam ser apurados por falta de tais registros em alguns dos prontuários.

Este estudo evidenciou que o escore de dor é avaliado na entrada do pronto atendimento, mas este dado não é veiculado no prontuário do paciente quando internado, não confirmando a real importância deste dado que deveria fazer parte do gráfico de sinais vitais e transferidos ao prontuário, por ser um dado de suma importância para a realização do diagnóstico e promoção de cuidados ao paciente. Estes dados são arquivados em SAME terceirizado, não estando disponíveis às pesquisadoras.

5. CONCLUSÃO

Quanto aos aspectos sociodemográficos esta amostra foi baseada em sua maioria pelo sexo masculino, e a faixa etária mais acometida pela SCA foi entre 52 a 72 anos. Com relação a etnia, a predominância foi de brancos, seguidos de pardos e negros. O mês com maior número de casos foi o de junho. Com relação as comorbidades a maioria dos pacientes eram portadores de HAS e DM.

Considera-se essencial a realização de novas pesquisas com pacientes que dão entrada em pronto atendimento, padecentes de SCA, em busca de correlacionar o perfil sócio demográfico com as comorbidades, que mais afetam o sexo masculino.

Já existe no Brasil desde 2009 políticas públicas voltadas a saúde do homem, e evidenciou-se que mesmo com programa voltado para saúde do homem, eles adoecem com maior frequência, mostrando a falta de adesão e a ineficiência do programa em atingir maior amplitude o seu público alvo.

Assim conclui-se que se deve fortalecer o planejamento de intervenções que visem a prevenção das doenças cardíacas, à diminuição das comorbidades, e ao tratamento precoce, por meio de políticas de estímulo a prevenção da saúde da população masculina.

REFERÊNCIA

1. Bernardo AFB, Rossi RC, Souza NM, Pastre CM, Vanderlei LM. Associação entre atividade física e fatores de risco cardiovasculares em indivíduos de um programa de reabilitação cardíaca. *Rev Bras Med Esporte*[Internet]. 2013 [acesso em 2017 ago 30];19(4):231-235. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922013000400001
2. Ferreira AMC, Madeira MZA. A dor torácica na sala de emergência: uma revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar Nova Fapi*[Internet]. 2011 [acesso em 2017 ago 28];5(1):50-6. Disponível em: http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n1/rev/rev2_v4n1.pdf
3. Leite ACS, Farias LGO, Nogueira AO, Chaves EMC. Intensidade da dor torácica aguda em unidade de emergência cardiopulmonar. *Rev Dor*. 2016;17(3):159-163.
4. Souza ABG, Chaves LD, Silva MCM, *Enfermagem em clínica médica e cirúrgica*. 1º ed. São Paulo: Martinari; 2015. A dor como o 5º sinal vital; p.347.
5. Souza J, Mamfroi WC, Polanczyk CA. Teste ergométrico imediato em pacientes com dor torácica na sala de emergência. *Arq Bras Cardiol*. 2002; 79(1):91-6.
6. Barbosa AN, Silva AS, Cordeiro AA, et al. Diagnóstico diferencial da dor torácica: ênfase em causas não coronarianas. *Ver Med Minas Gerais*. 2010;20(2):24-9.
7. Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(4):181-190.
8. Missaglia MT, Neris ES, Silva MLT. Uso do protocolo de dor torácica em pronto atendimento de hospital de referência em cardiologia. *Rev Bras Cardiol*. 2013;26(5):374-81.
9. Oliveira LPM, Assis AM, Silva MCM, Santana MLP, et al. Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(3):570-582.
10. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner&Suddarth- Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 12º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. p.769-81.
11. Oliveira AC, Silva ES, Martuchi SD. *Manual do socorrista*. 1º ed. São Paulo: Martinari; 2013. p.235-42.
12. Peixoto MSP, Oliveira DVR, Silva ABV, Cuidados de enfermagem com paciente portador da síndrome coronariana aguda. In: Souza ABG, Chaves LD, Silva MCM. *Enfermagem em clínica médica e cirúrgica*. 1º ed. São Paulo: Martinari; 2015. p.613-21.
13. Rampazzo L. *Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação*. 7ª ed. São Paulo: Editora Loyola, 2013; p.51-54.
14. Pereira MJ. *Manual de metodologia da pesquisa científica*. 3ª ed. São Paulo: Editora Atlas; 2012; p.196.
15. Teixeira CS, Sanches SB, Vivas IS. Prevalência de fatores de risco em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. *Rev Unisantia Health Science*. 2017;1(1):1-18.
16. Bastos AS, Beccaria LM, Contrin LM, Bernardi C. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. *Rev Bras Cir Cardiovas*. 2012; 27(3):411-8.

17. Gama GGG, Mussi FC, Mendes AS, Guimarães AC. (Des) controle de parâmetros clínicos e antropométricos em indivíduos com doença coronária. *RevEscEnferm USP*. 2011;45(3):624-31.
18. Graeff MS, Goldmeier S, Pellanda LC. Síndrome coronariana aguda em produtores de tabaco: fatores de risco prevalentes. *RevEnferm UFSM*. 2012;2(3):507-514.
19. WHO (2002) Active Ageing – A Police Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.
20. BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília-DF, 2005
21. Hemmi APA, Conceição JA, Santos DDM. Representações sociais de homens sobre saúde e doença: contribuições para o cuidado. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2015;5(1):1457-1468.
22. Vieira MB, Souza WS, Cavalcante PF, Carvalho IGM, Almeida RJ. Percepção de homens após infarto agudo do miocárdio. *RevBrasPromoç Saúde*. 2017;30(3):1-9.
23. Eyken EBBDO, Moraes CL. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(1):111-123.
24. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schawrz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da estratégia saúde da família. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2014;19(2):429-438.
25. Vieira KLD, Gomes VLO, Borba MR, Costa CFSC. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1):120-127.
26. Brunori EHFR, Lopes CT, Cavalcante AMRZ, Santos VB, Lopes JL, Barros ALBL. Associação de fatores de riscos cardiovasculares com as diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(4):538-46.
27. Galvão N, Leite ML, Filho JSV, Pontes CC. Relação entre fatores climáticos e doenças do aparelho cardiovascular no município de Ponta Grossa-PR. *Hygeia*. 2015;11(21):93-106.
28. Nogueira VBM, Nogueira RN, Cândido GA, Souza VC, Silva SSF. Efeitos das alterações climáticas e antrópicas na saúde do idoso. *RBCEH*. 2011;8(1):88-106.
29. Ribeiro BGA, Martins JT, Borbroff MCC, Montezeli JH, Gomes TZ. Perfil epidemiológico de pacientes com distúrbios cardiovasculares atendidos no pronto socorro de um hospital universitário. *Res [Internet]*. 2013;2(3):32-41.
30. Haffner SM, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with or without prior myocardio infarction. *N Eng J Med*. 1998;339(4):229-34.
31. Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(4):547-53.
32. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com supra desnível do SegmentoST. *ArqBrasCardiol*. 2015; 105(2):66-67.

ANEXO

Revista Enfermagem Brasil

Diretrizes para Autores

Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais com relação a aspectos experimentais ou observacionais, em estudos com animais ou humanos.

Formato: O texto dos Artigos originais é dividido em Resumo (inglês e português), Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (optativo) e Referências.

Texto: A totalidade do texto, incluindo as referências e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 30.000 caracteres (espaços incluídos). O texto deve ser apresentado em espaço simples, fonte Times New Roman tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas: Recomenda-se usar no máximo seis tabelas, no formato Excel ou Word.

Figuras: Máximo de 8 figuras, em formato .tif ou .gif, com resolução de 300 dpi.

Literatura citada: Máximo de 50 referências.

Revisões

São trabalhos que expõem criticamente o estado atual do conhecimento em alguma das áreas relacionadas à Fisioterapia. Revisões consistem necessariamente em análise, síntese, e avaliação de artigos originais já publicados em revistas científicas. Será dada preferência a revisões sistemáticas e, quando não realizadas, deve-se justificar o motivo pela escolha da metodologia empregada.

Formato: Embora tenham cunho histórico, Revisões não expõem necessariamente toda a história do seu tema, exceto quando a própria história da área for o objeto do artigo. O artigo deve conter resumo, introdução, metodologia, resultados (que podem ser subdivididos em tópicos), discussão, conclusão e referências.

Texto: A totalidade do texto, incluindo a literatura citada e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 30.000 caracteres, incluindo espaços.

Figuras e Tabelas: mesmas limitações dos Artigos originais.

Literatura citada: Máximo de 50 referências.

Relatos de caso

São artigos que apresentam dados descritivos de um ou mais casos clínicos ou terapêuticos com características semelhantes. Em princípio, só serão aceitos relatos de casos não usuais, ou seja, doenças raras ou evoluções não esperadas.

Formato: O texto deve ser subdividido em Introdução, Apresentação do caso, Discussão, Conclusão e Referências.

Texto: A totalidade do texto, incluindo a literatura citada e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 10.000 caracteres, incluindo espaços.

Figuras e Tabelas: máximo de duas tabelas e duas figuras.

Literatura citada: Máximo de 20 referências.

A primeira página do artigo traz as seguintes informações: - Título do trabalho em português e inglês; - Nome completo dos autores e titulação principal; - Local de trabalho dos autores; - Autor correspondente, com o respectivo endereço, telefone e E-mail de todos os autores. Resumo e palavras-chave

Os resumos do trabalho devem ser apresentados em português, inglês espanhol e cada versão não pode ultrapassar 200 palavras. Deve conter introdução, objetivo, metodologia, resultados e conclusão.

Abaixo do resumo, os autores deverão indicar 3 a 5 palavras-chave em português e em inglês para indexação do artigo. Recomenda-se empregar termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra em <http://decs.bvs.br>.

Agradecimentos

Agradecimentos a colaboradores, agências de fomento e técnicos devem ser inseridos no final do artigo, antes das Referências, em uma seção à parte.

Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver. As referências bibliográficas devem ser numeradas com algarismos arábicos, mencionadas no texto pelo número entre colchetes [], e relacionadas nas Referências na ordem em que aparecem no texto, seguindo as normas do ICMJE.

Os títulos das revistas são abreviados de acordo com a *List of Journals Indexed in Index Medicus* ou com a lista das revistas nacionais e latinoamericanas, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina et al.

Exemplos de referências na norma Vancouver:

citação de livro:

1. Phillips SJ, Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995.p.465-78.

citação de revista:

Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. *Cancer Res* 1994;54:5016-20.

Envio dos trabalhos

Seguindo a tendência atual na edição de revistas científicas, estamos usando um sistema de pagamento que divide os custos da edição entre assinantes e autores.

O autor deve pagar uma taxa de avaliação de seu artigo, junto com a submissão do mesmo, de R\$ 250,00, e, após aceitação e publicação eletrônica, uma taxa de publicação, igualmente de R\$ 250,00. Artigos relevantes ao critério do Editor podem ser aceitos com descontos e promoções (ver abaixo).

Etapa de avaliação

Para submeter o artigo, o autor abre a página www.portalatlanticaeditora.com.br, onde deve se cadastrar como “autor”. Receberá automaticamente login e senha. Pode então submeter o artigo, respeitando as normas que aparecem no decorrer da submissão. Deve também incluir nomes, e-mail e titulação de todos os co-autores.

A submissão do trabalho inclui os elementos seguintes:

1 - versão completa do artigo em Word respeitando as normas de publicação (ver no portal as “Diretrizes para Autores” na página “Sobre”), com todos os nomes e e-mails dos autores, titulações, endereços de contato, tabelas e figuras (no artigo e não no final), agradecimentos e fontes de financiamento. Caso as figuras e tabelas forem muito grandes, podem ser anexadas em documento separado.

2 - versão anônima do artigo, sem menção de autores (apenas título e texto), para avaliação.

3 - Imagens e vídeos podem ser incorporados para a versão eletrônica do periódico, e para tanto incluir autorização de uso de imagem tanto dos autores como de pacientes como exigido no item a seguir.

4 - Anexar documentos complementares em PDF (protocolo do comitê de ética, etc)

5 - Anexar comprovante de depósito da taxa de avaliação (R\$ 250,00) na conta seguinte:

Banco Bradesco

Agencia: 1414

Conta corrente: 52690-8

Titular: Guillermina Arias Fernandez

Por razões administrativas, o depósito das taxas de avaliação deve ser feito nesta conta bancária. A taxa de avaliação deve ser depositada junto com a submissão do artigo, e não após aceitação do mesmo.

Após a submissão o autor receberá um e-mail de comprovação e pode seguir a tramitação de seu artigo no site.

Para dirimir qualquer dúvida referente à taxa de publicação (isenção, desconto, etc) entrar em contato com Jean-Louis Peytavin pelo e-mail: jlpeytavin@gmail.com

A taxa de avaliação inclui emissão de parecer, revisão e correções do artigo, editoração e publicação no site.

Nota: O depósito da taxa de avaliação não significa aceitação automática do artigo. São recursos usados para avaliar, corrigir e editar seu artigo. A aceitação definitiva é uma decisão do editor e dos pareceristas.

Etapa de publicação

Após aceitação do artigo, o autor deve pagar uma taxa de publicação de R\$ 250,00 que será cobrada separadamente pela Atlântica Editora.

Em 2018, os assinantes da revista são isentos desta taxa de publicação para 2 artigos ou mais por ano. Informe-se com a editora (www.atlanticaeditora.com.br) sobre a validade dessas promoções, e os benefícios da assinatura.

Pagamento da taxa de publicação diretamente na conta da Editora: ATMC – Atlântica Multimídia Comunicações Ltda. CNPJ: 03.115.288/0001-38 Caixa Econômica Federal Agência – 0249 C/C: 2667-0 Operação: 003

Nota importante: A avaliação e a publicação são realizadas de maneira independente. A gestão dos artigos (edição) é sob a responsabilidade de Jean-Louis Peytavine Guillermina Arias, e a publicação sob a responsabilidade de Atlântica Editora (São Paulo). Em todos os casos as taxas de avaliação são devidas e não têm relação com as eventuais promoções propostas por Atlântica Editora, como a publicação gratuita de artigos.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ISSN: 2526-9720

Autorizo cópia total ou parcial desta obra, apenas para fins de estudo e pesquisa, sendo expressamente vedado qualquer tipo de reprodução para fins comerciais sem prévia autorização específica do autor. Autorizo também a divulgação do arquivo no formato PDF no banco de monografias da Biblioteca institucional.
Nome do autor: Danielle de Souza Oliveira, Mariane Silva do Nascimento.
Local: Pindamonhangaba, dezembro de 2018.