

**Perfil epidemiológico dos óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio em homens  
por região de Santa Catarina**

**Epidemiological profile of deaths from and myocardial infarction in men by  
region of Santa Catarina**

**Autora: Roberta A. R. F. Tateiva**

Enfermeira. Pós – graduanda em assistência de urgência e emergência. E-mail:  
[roberta\\_arf@unochapeco.edu.br](mailto:roberta_arf@unochapeco.edu.br)

**Orientadora: Lucimare Ferraz**

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Docente do Mestrado em Ciência da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) e da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc). E-mail: [lferraz@unochapeco.edu.br](mailto:lferraz@unochapeco.edu.br)

**Resumo**

O objetivo desse estudo foi conhecer o perfil epidemiológico de óbitos por infarto agudo do miocárdio em homens com idade entre 40 e 59 anos no ano de 2012 e conhecer o número de hospitais e cardiologistas por região de Santa Catarina. Estudo descritivo, exploratório e quantitativo; os dados foram obtidos no TABNET do DATASUS. A região Carbonífera teve 31,42% dos óbitos por doenças do aparelho circulatório, desses 20,49% foram por infarto agudo do miocárdio, a menor taxa encontrada foi na Serra Catarinense com 14,61% por doenças do aparelho circulatório, desses 5,02% infarto agudo miocárdio. A Grande Florianópolis possui o maior número de hospitais, 23, e também o maior número de cardiologistas, 141. Observou-se a necessidade de novos estudos para justificar essas diferenças entre as regiões e posterior elaboração de políticas de saúde.

Palavras-chave: Epidemiologia. Infarto Agudo do Miocárdio. Óbitos. Masculino

## **Abstract**

The aim of this study was to determine the epidemiological profile of deaths from acute myocardial infarction in men aged between 40 and 59 years in 2012 and know the number of hospitals and cardiologists by region of Santa Catarina. Descriptive, exploratory and quantitative study; the data were obtained in TABNET DATASUS. The Carbonífera area had 31.42% of deaths from cardiovascular diseases, these 20.49% were due to acute myocardial infarction, the lowest rate was found in the Sierra Catarinense with 14.61% for cardiovascular diseases, these 5.02% acute myocardial infarction. The Florianópolis has the largest number of hospitals, 23, and also the largest number of cardiologists, 141. There was a need for further studies to justify these differences between regions and further development of health policies.

## **Introdução**

Segundo Smeltzer et al (2009) o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é caracterizado pela obstrução completa de uma artéria coronária por um trombo aterosclerótico provoca isquemia e assim a morte de células do miocárdio; quando essa obstrução é parcial ocorre a Angina Instável; ambas compõem a Síndrome Coronária Aguda (SCA). O IAM também ocorre quando a oferta e as necessidades de oxigênio do miocárdio são desproporcionais, causadas por vasoespasmos, hipóxia, ou necessidade de uma quantidade maior de oxigênio (SMELTZER, S C, et al, 2009).

Tratando desse tema, Mattos *et al* (2005) encontrou os seguintes fatores de risco para o IAM: hipertensão arterial sistêmica (60,8%), história familiar (40,5%), tabagismo (38,4%), dislipidemia (31,6%) e diabetes mellitus (22,4%). Para Kaiser (2004 *apud* Demasceno et al., 2012) estar inserido em um meio social e econômico desfavorecido torna-se fator de risco para doenças cardiovasculares.

Os homens acabam justificando sua desatenção com a prevenção da saúde através da maneira como a sociedade define os gêneros e como os próprios homens se caracterizam, como autossuficientes, provedores da família e “durões”; para os mesmos a mulher como geradora de uma vida é estimulada a procurar cuidados preventivos com antecedência (TONELI, SOUZA, MULLER, 2010).

Dados disponibilizados pelo DATASUS (Departamento de informática do Sistema Único de Saúde), no TABNET (Informações de Saúde) contabilizam o total de 1.181.166 óbitos em todo o território nacional no ano de 2012, destes 152.900 (12,94%) são homens e 85.998 (7,28%) são mulheres na faixa etária de 40 à 59 anos. O IAM foi a causa da morte de 84.121 habitantes, 13.745 homens (16,33%) e 6.185 (7,35%) mulheres ambos de 40 à 59 anos.

Estudo realizado por Vieira (et al., 2012) na cidade de Ribeirão Preto (SP) em adultos maiores de 20 anos, em ambulatório de cardiologia, constatou-se 155 óbitos, 75 mulheres, 48,1%, e 80 homens, 51,3%, sendo a principal causa de morte o IAM em 12,9% dos casos. Em Porto Alegre, Figueiredo et al (2013) também verificou maior porcentagem masculina, 56,3 %, e com média de 64,7 anos, variando para mais ou menos 13,2 anos, estando na faixa etária deste estudo e justificando a escolha da mesma tratando-se de população não idosa, acarretando em prejuízos socioeconômicos ao país, retirando do mercado de trabalho uma população ativa (DAMASCENO, C. A. *et al*, 2012).

O IAM trata-se de uma patologia de alta mortalidade, como avaliou a Sociedade brasileira de cardiologia (2004), pois a cada 5 a 7 casos de IAM ocorre um óbito. Com tudo graças ao aprimoramento da terapêutica farmacológica e intervencionista essas taxas vêm diminuindo como demonstrado por Mattos *et al*

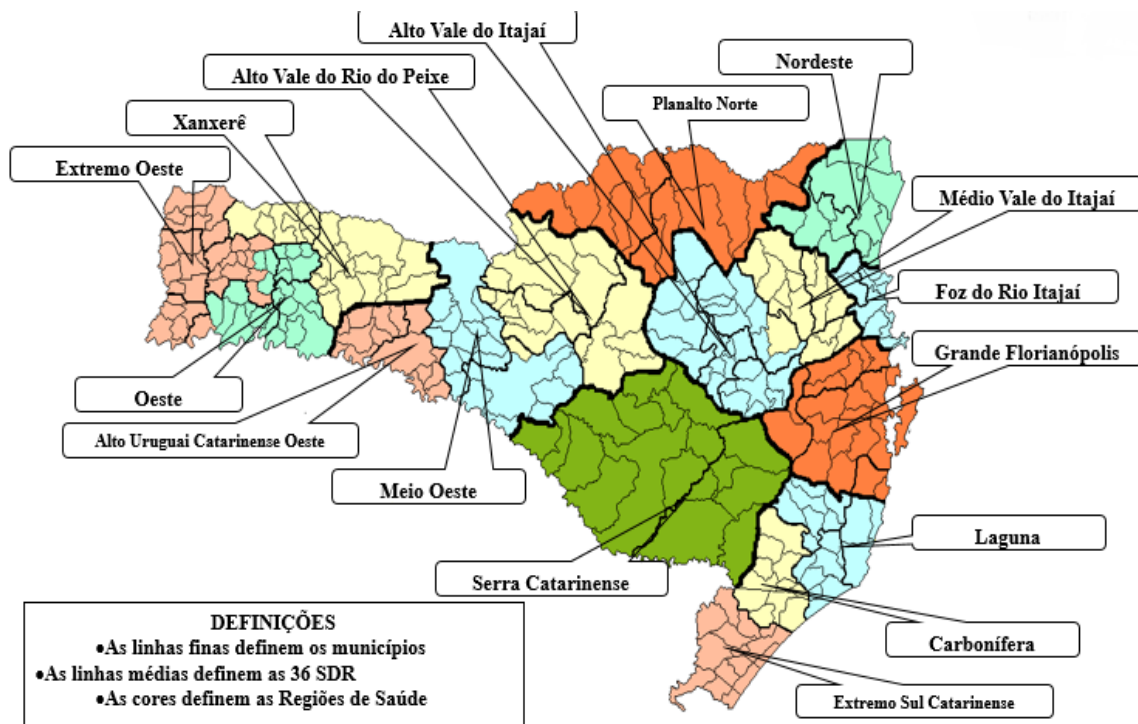
(2005) que quantificou a mortalidade de 12% dos pacientes admitidos com diagnóstico de IAM em 1994, em 2002 o percentual foi de 7.

Considerando os números apresentados com maior incidência de IAM em homens de 40 a 59 anos do que em mulheres, tratando-se de população economicamente ativa e a escassez de trabalhos traçando um perfil dos óbitos por IAM em Santa Catarina, este estudo tem por objetivo apresentar as taxas de óbitos da população alvo, assim como a rede hospitalar e a quantidade de especialistas por região de saúde.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de natureza quantitativa. Os dados foram extraídos do DATATUS no TABNET. Essas informações são de domínio público.

Foram analisados os óbitos decorrentes de doenças do aparelho circulatório e especificamente de IAM, em homens de 40 a 59 anos, por tratarem-se de uma parcela da população economicamente ativa, no ano de 2012. Também foi levantado a quantidade de hospitais gerais e especializados e de médicos cardiologistas. O levantamento foi realizado nas 16 regiões de saúde do estado e/ou Comissões Intergestores Regionais (CIR), são elas: Extremo Oeste, Oeste, Xanxerê, Alto Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Médio Vale de Itajaí, Grande Florianópolis, Meio Oeste, Alto Vale Rio do Peixe, Alto Uruguai Catarinense, Nordeste, Planalto Norte, Serra Catarinense, Extremo Sul Catarinense, Carbonífera e Laguna.



Fonte: Deliberação 457/ CIB/12

Para mensuração dos resultados os dados foram transferidos para tabelas no programa Microsoft Office Excel®, e após foram feitos cálculos de porcentagem sobre o total de óbitos na população de estudo e incidência sobre 100.000, tanto para doenças do aparelho circulatório com para IAM.

## Resultados e Discussão

A seguir apresenta-se e discute-se os resultados desse estudo.

**Tabela 1-** Apresentação dos óbitos por doenças do aparelho circulatório e IAM, em homens de 40-59 anos, segundo regiões no estado de Santa Catarina, em 2012.

| Região                   | Aparelho circulatório | IAM    |
|--------------------------|-----------------------|--------|
| Carbonífera              | 31,42%                | 20,49% |
| Alto Vale Do Itajaí      | 23,30%                | 13,10% |
| Laguna                   | 21,49%                | 9,55%  |
| Alto Vale do Peixe       | 21,52%                | 9,41%  |
| Alto Uruguai Catarinense | 26,74%                | 9,30%  |
| Extremo Sul Catarinense  | 21,85%                | 9,27%  |
| Médio Vale de Itajaí     | 18,62%                | 8,75%  |
| Planalto Norte           | 20,32%                | 8,06%  |
| Foz do Rio Itajaí        | 22,93%                | 7,64%  |
| Extremo Oeste            | 18,40%                | 7,20%  |
| Xanxerê                  | 18,60%                | 6,97%  |
| Grande Florianópolis     | 25,95%                | 6,92%  |
| Meio Oeste               | 18,62%                | 6,20%  |
| Nordeste                 | 24,39%                | 6,02%  |
| Oeste                    | 17,51%                | 5,52%  |
| Serra Catarinense        | 14,61%                | 5,02%  |

Os dados demonstraram que na região carbonífera as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 31,42% e o IAM por 20,49% do total de óbitos na faixa etária do estudo, as menores taxas são da Serra Catarinense com 14,61% e 5,02% respectivamente.

O Extremo Oeste apresentou 18,40% de óbitos por doenças do aparelho circulatório e 7,20% por IAM, em levantamento realizado por De Sá et al (2014) na mesma região, dos homens com média de 51 anos, 34,6% dos indivíduos hipertensos apresentaram sobrepeso e 56,9% eram obesos, houve também discreto aumento entre aqueles pertencentes a classe média e baixa. Ambos os fatores –

hipertensão arterial e condição socioeconômica – são predisponentes para doenças do aparelho circulatório.

Estudo realizado em um hospital do interior do Rio Grande do Sul com dados de prontuários de Janeiro de 2002 a dezembro de 2004, por Muller et al (2008) apontou média de idade de 57,5 anos e maior porcentagem de internações masculinas 64,4%.

Em amostra de um hospital de Salvador, Bahia, com 97 participantes também verificou-se predomínio de homens, 54, com idade média de 55,3 anos, e 43 mulheres com idade mediana de 61,5 anos (MUSSI, F. C. *et al*, 2007). Na mesma cidade DAMASCENO *et al* (2012) também encontrou maioria masculina 71%, com média de 58,7 anos.

Análise de 1.055 prontuários de pacientes com diagnóstico de IAM entre 1994 e 2003 revelou que 67,4% dos pacientes eram homens com média de idade de 60,93 anos e 32,4% eram mulheres com 64,84 anos. (MATTOS *et al*, 2005).

**Tabela 2-** Apresentação do coeficiente de óbitos por 100.000 habitantes por doenças do aparelho circulatório, em homens de 40-59 anos, segundo regiões no estado de Santa Catarina, em 2012.

| Região                    | Nº de Óbitos | Taxa (100.000) |
|---------------------------|--------------|----------------|
| Carbonífera               | 115          | 31.420,76      |
| Alto Uruguai Catarinense  | 23           | 26.744,18      |
| Grande Florianópolis      | 191          | 25.032,76      |
| Nordeste                  | 162          | 24.397,59      |
| Alto Vale do Itajaí       | 48           | 23.300,97      |
| Foz do Rio Itajaí         | 111          | 22.933,88      |
| Extremo Sul Catarinense   | 33           | 21.854,30      |
| Alto Vale do Rio do Peixe | 48           | 21.524,66      |
| Laguna                    | 72           | 21.492,53      |
| Planalto Norte            | 63           | 20.322,58      |
| Médio Vale do Itajaí      | 100          | 18.624,97      |
| Meio Oeste                | 27           | 18.620,68      |
| Xanxerê                   | 24           | 18.604,65      |
| Extremo Oeste             | 23           | 18.400,00      |
| Oeste                     | 38           | 17.511,52      |
| Serra Catarinense         | 32           | 14.611,87      |

A região Carbonífera apresentou um total de 115 óbitos por doenças do aparelho circulatório, representando uma taxa de 31.420,76/100.000 habitantes. A Serra Catarinense e o Oeste registram 32 e 38 sucessivamente, e uma taxa de 14.611,87/100.000 habitantes e 17.511,52/100.000 habitantes.

Por tratar-se de uma região onde o extrativismo do carvão ocorreu com enfoque econômico, subestimando os impactos sociais e ambientais, atualmente a região Carbonífera, possui dois terços dos seus recursos hídricos superficiais contaminados com metais pesados, alguns teratogênicos e cancerígenos, e argilas sulfurosas. Inviabilizando o cultivo de culturas como o arroz que necessitam de irrigação, a pesca e o abastecimento de água das cidades, acarretando prejuízos econômicos e sociais, e como citado anteriormente essas características tornam-se fator de risco para doenças cardiovasculares (POSSAMAI *et al*, 2007).



**Tabela 3-** Apresentação do coeficiente de óbitos por 100.000 habitantes por IAM, em homens de 40-59 anos, segundo regiões no estado de Santa Catarina, em 2012.

| Região                    | Nº de Óbitos | Taxa (100.000) |
|---------------------------|--------------|----------------|
| Carbonífera               | 75           | 20.491,8       |
| Alto Vale do Itajaí       | 27           | 13.106,79      |
| Laguna                    | 32           | 9.552,23       |
| Alto Vale do Rio do Peixe | 21           | 9.417,04       |
| Alto Uruguai Catarinense  | 8            | 9.302,32       |
| Extremo Sul Catarinense   | 14           | 9.271,52       |
| Médio Vale do Itajaí      | 47           | 8.752,32       |
| Planalto Norte            | 25           | 8.064,51       |
| Foz do Rio Itajaí         | 37           | 7.644,62       |
| Extremo Oeste             | 9            | 7.200          |
| Xanxerê                   | 9            | 6.976,74       |
| Grande Florianópolis      | 51           | 6.929,34       |
| Meio Oeste                | 9            | 6.206,89       |
| Nordeste                  | 40           | 6.024,09       |
| Oeste                     | 12           | 5.529,95       |
| Serra Catarinense         | 11           | 5.022,83       |

Tratando-se de IAM a região carbonífera teve 75 óbitos e o Alto Vale do Itajaí 27, com taxa de 20.491,8/1000.000 habitantes e 13.106,79/100.000 habitantes respectivamente. A Serra Catarinense teve 11 óbitos e uma incidência de 5.022,83/100.000 habitantes.

**Tabela 4-** Apresentação do número de médicos cardiologista intervencionista, cardiologista, segundo regiões no estado de Santa Catarina, em 2012.

| Região                    | Nº de médicos |
|---------------------------|---------------|
| Grande Florianópolis      | 141           |
| Médio Vale do Itajaí      | 67            |
| Nordeste                  | 62            |
| Foz do Rio Itajaí         | 45            |
| Carbonífera               | 30            |
| Laguna                    | 28            |
| Serra Catarinense         | 22            |
| Planalto Norte            | 17            |
| Alto Vale do Itajaí       | 16            |
| Oeste                     | 14            |
| Xanxerê                   | 12            |
| Alto Vale do Rio do Peixe | 11            |
| Meio Oeste                | 9             |
| Extremo Sul Catarinense   | 7             |
| Extremo Oeste             | 7             |
| Alto Uruguai Catarinense  | 5             |
| Total                     | 493           |

A Grande Florianópolis possui o maior número de médicos especialistas, 141, a região Carbonífera aparece na 5ª posição com 30, e o Alto Uruguai Catarinense em último lugar com 5 cardiologistas.

Médicos especialistas, nesse caso cardiologistas, representam melhor prognóstico ao paciente, otimizando o tempo para escolha de tratamento adequado como relatado no estudo de Muller et al (2008), onde o tempo de porta-agulha foi menor quando os pacientes foram atendidos por cardiologista comparados com não-cardiologistas.

**Tabela 5-** Apresentação do número de hospitais gerais e especializados, segundo regiões no estado de Santa Catarina, em 2012.

| Região                    | Nº de hospitais |
|---------------------------|-----------------|
| Grande Florianópolis      | 23              |
| Extremo Oeste             | 16              |
| Alto Vale do Itajaí       | 14              |
| Planalto Norte            | 12              |
| Alto Vale do Rio do Peixe | 11              |
| Médio Vale do Itajaí      | 10              |
| Nordeste                  | 10              |
| Laguna                    | 10              |
| Serra Catarinense         | 10              |
| Alto Uruguai Catarinense  | 10              |
| Carbonífera               | 9               |
| Oeste                     | 9               |
| Meio Oeste                | 8               |
| Foz do Rio Itajaí         | 7               |
| Extremo Sul Catarinense   | 6               |
| Xanxerê                   | 5               |
| Total                     | 170             |

Referente a quantidade de hospitais a Grande Florianópolis possui 23, Extremo Oeste na segunda posição com 16, Carbonífera em 11º com 9 e Xanxerê o último colocado com 5 hospitais.

Acessar a um hospital precocemente possibilita efetividade em tratamentos como na reperfusão coronariana, aumenta a possibilidade de uma boa evolução do paciente (PESARO, JUNIOR SERRANO e NICOLAU, 2004).

Estudo realizado por Muller et al (2008) demonstra uma média de 4 horas para admissão hospitalar desde o início dos sintomas, corroborando com dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2004) que ainda aponta que em somente 20% dos casos os pacientes chegam a emergência com até 2 horas.

Após o início dos sintomas mulheres esperaram cerca de 1,5h e homens 1h para decidirem procurar atendimento, sem contar o tempo de deslocamento até a

instituição de saúde, sendo que grande parte não associou os mesmos com problemas cardíacos, aguardou melhora e/ ou auto medicou-se. Observando-se a importância de programas de educação em saúde que visem o esclarecimento da doença e as medidas a serem adotadas logo após o início das queixas (DAMASCENO *et al* 2012).

Alguns dados demonstram que apesar do hospital ser geralmente a primeira instituição a ser procurada em casos de IAM, menos da metade (33%) foi internada, o restante (67%) buscaram atendimento em mais dois até 5 serviços de saúde. Os motivos encontrados para transferência ou encaminhamento foram: falta de vaga ou recursos, não cobertura do plano de saúde (MUSSI, F. C. *et al* ,2007).

Em estudo temporal (1994-2003) que houve queda da letalidade por IAM, evidenciou que medidas farmacológicas e intervencionistas possibilitaram prognósticos favoráveis. Observou-se aumento do uso de aspirina, 78% - 100%, betabloqueadores 33% para 76%, cateterismos cardíacos, 14% - 51%, angioplastia após 24h de IAM, 2% - 33%, na revascularização do miocárdio, 4% - 7% e na angioplastia primária, 4% - 11% (MATTOS *et al*, 2005).

A implantação de uma linha de cuidados em Belo Horizonte envolvendo uma equipe multiprofissional em Minas Gerais, em 2011, representou redução na mortalidade hospitalar que em 2009 era de 12,3% para 7,1% (MARCOLINO *et al*, 2013).

## **Conclusão**

Com essa pesquisa averiguou-se que as doenças do aparelho circulatório e mais especificamente o IAM são responsáveis por expressiva parcela de óbitos em homens em idade ativa. A região Carbonífera (31,42% e 20,49%) e o Alto Vale do Itajaí (23,30% e 13,10%) apresentaram as maiores porcentagens de óbitos, enquanto a Serra Catarinense (14,62% e 5,02%) e o Oeste (17,51% e 5,52%) as menores. A Maior incidência de óbitos por doenças do aparelho circulatório e IAM foi na região Carbonífera e a menor na Serra Catarinense. A quantidade de hospitais e médicos cardiologista nessa região foi semelhante, e não justifica essas diferenças.

Em relação a quantidade de hospitais e médicos cardiologistas, trabalhos realizados em outras regiões do Brasil evidenciaram que quando existem recursos materiais e humanos, uma equipe multiprofissional treinada, houve queda da mortalidade e melhor prognóstico para os pacientes.

Ressalta-se que houve dificuldade para encontrar materiais que pudessem apontar os motivos para as diferenças estatísticas entre as regiões, assim evidencia-se a necessidade de estudos nessa área para que estratégias de prevenção e tratamento possam ser implantadas em todo o estado levando em consideração as particularidades de cada região.

## Referências

BRASIL. Lei n. 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm). Acesso em: 17 set. 2015.

DAMASCENO, C. A. *et al.* Fatores associados à decisão para procura de serviço de saúde no infarto do miocárdio: diferenças entre gêneros. **Rev. esc. enferm. USP.**, v.46, n.6, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000600012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600012). Acesso em: 24 set 2015.

DATASUS. Informações de saúde. Brasília, DF. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 22 jul. 2015.

DE SÁ, C. A *et al.* Obesidade, condições socioeconômicas e hipertensão no Extremo Oeste de Santa Catarina. **Rev. salud pública**, v. 16, n. 2, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v16n2/v16n2a03.pdf>. Acesso em: 08 out. 2015.

FIGUEIREDO, A. I. *et al.* Determinação do tempo de apresentação a emergência de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio. **Rev Enferm UFSM**, v. 3, n. 1, 2013. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/7422/pdf>. Acesso em: 16 set. 2015.

MARCOLINO, M. S. *et al.* Implantação da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio no município de Belo Horizonte. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 100, n. 4, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2013000400001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000400001). Acesso em: 28 set 2015.

MATTOS, M. A. *et al.* Tendência temporal de letalidade hospitalar por infarto agudo do miocárdio: 1994-2003. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 84, n. 5, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2005000500012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005000500012). Acesso em 27 set. 2015.

MULLER, L. A. *et al.* Fatores que retardam a administração de trombolítico em pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio atendidos em um hospital geral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 1, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_08.pdf). Acesso em: 16 set. 2015.

MUSSI, F. C. *et al.* Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. **Rev. Assoc. Med. Bras**, vol. 53, n. 3, 2007. Disponível

em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302007000300021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000300021). Acesso em: 25 set. 2015.

PESARO, A.E.P.; JUNIOR SERRANO, C.C.; NICOLAU, J.C. Infarto Agudo Miocárdio – Síndrome Coronariana Aguda com supradesnível do segmento ST. **Rev Assc Med Bras**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 214-220, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20786.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2015.

POSSAMAI, F. P. *et al.* Lixões inativos na região carbonífera de Santa Catarina: análise dos riscos à saúde pública e ao meio ambiente. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 1, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232007000100020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232007000100020). Acesso em: 07 out. 2015.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado da Saúde: Comissões Intergestores Bipartite. **Deliberação 457/CIB/12**. Disponível em: [http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2820:-coap-contrato-organizativo-da-acao-publica-da-saude&catid=936:coap&Itemid=494](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2820:-coap-contrato-organizativo-da-acao-publica-da-saude&catid=936:coap&Itemid=494). Acesso em: 29 set. 2015.

SMELTZER, S. C. *et al.* Cuidados aos pacientes com distúrbios vasculares coronarianos. In:\_\_\_\_\_. **Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Cap. 28, p. 726-772.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **III Diretriz sobre o tratamento do infarto agudo do miocárdio**. Arq Bras Cardiol., Rio de Janeiro, v.83, suplemente IV, 2004. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2004/DirIII\\_TratalAM.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2004/DirIII_TratalAM.pdf). Acesso em: 16/09/2015.

TONELI, M. J. F.; SOUZA, M. G. C.; MULLER, R. C. F. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. **Physis**, v. 20, n. 3, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300015). Acesso em 10 out. 2015.

VIEIRA.C. P. *et al.* Análise da mortalidade de pacientes hipertensos de unidade pública e especializada na cidade de Ribeirão Preto (SP). **Rev Bras Cardiol**, v. 25, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/wp-content/Archives/v25n4/v25n04a02.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

