

**HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**  
**HECI**  
**ENFERMAGEM**

GABRIEL PACHECO RAMOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS**  
**COM DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**  
**EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO NO SUL DO ESTADO**  
**DO ESPIRITO SANTO**

Cachoeiro de Itapemirim-ES

Janeiro/2022

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS COM DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO NO SUL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

## EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS HOSPITALIZED WITH A DIAGNOSIS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN A PHILANTHROPIC HOSPITAL IN THE SOUTH OF THE STATE OF ESPIRITO SANTO

RAMOS, Gabriel Pacheco<sup>1</sup>  
RIBEIRO, Gustavo Zigoni de Oliveira<sup>2</sup>

### RESUMO

Doenças cardíacas são as principais causas de morte no mundo, entre elas destaca-se o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), resultando da oclusão das artérias coronárias que prejudica o fluxo sanguíneo para o coração causando morte do tecido cardíaco. A incidência de doenças isquêmicas do coração é influenciada por fatores modificáveis e não modificáveis, sendo essencial conhecer e controlar estes riscos para reduzir sua manifestação. Com isso, o objetivo do proposto estudo foi traçar o perfil epidemiológico dos pacientes internados com diagnóstico de IAM ponderando os fatores de risco, características clínicas e tratamento realizado. Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, descritiva com abordagem quantitativa, utilizando prontuários de pacientes diagnosticados com IAM (Classificação Internacional de Doenças (CID) I21), no período de janeiro a dezembro de 2020. Foram incluídos 209 prontuários, sendo 71,77% do sexo masculino, média de idade de 64,02±12,44 anos e tempo médio de internação de 8,3 dias. A hipertensão arterial sistêmica e o tabagismo foram os fatores de risco de maior prevalência, representando respectivamente 73,21% e 49,28% dos casos. O diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do ST ocorreu em 64,59% da amostra e o Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento de ST em 34,41%. O tratamento mais empregado foi a angioplastia percutânea em 55,44% dos indivíduos. Conclui-se que o perfil da população estudada foi de homens, com faixa etária de 60 a 69 anos, de cor branca, casados, aposentados, com escolaridade até o ensino fundamental com predominância de hipertensão arterial sistêmica, tabagismo e etilismo nos homens e nas mulheres predominância de obesidade e dislipidemia. Compreender o perfil desses pacientes auxilia a equipe multiprofissional em tomadas de decisões para intervenções precoces, conduta clínica e assistência integral à saúde.

**Palavras-chave:** Epidemiologia; Infarto Agudo do Miocárdio; Internação Hospitalar.

### ABSTRACT

---

<sup>1</sup> Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência/Intensivismo do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, gabriel.pr19@hotmail.com.

<sup>2</sup> Orientador, Enfermeiro Mestre em Administração, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, gustavo.zigoni@gmail.com.

Heart diseases are the main causes of death in the world, among them stands out the Acute Myocardial Infarction (AMI), which is the occlusion of coronary arteries that prevents blood flow to the heart causing death of cardiac tissue. The incidence of ischemic heart disease is influenced by modifiable and non-modifiable factors, and it is essential to know and control these risks to reduce their manifestation. Thus, the objective of the proposed study is to trace the epidemiological profile of hospitalized patients diagnosed with acute myocardial infarction, considering the risk factors, clinical characteristics and treatment performed. This is a retrospective, descriptive research with a quantitative approach, using medical records of patients diagnosed with AMI (International Classification of Diseases (ICD) I21), from January to December 2020. 209 records were included, 71.77% of which male, mean age of  $64.02 \pm 12.44$  years and mean length of stay of 8.3 days. Systemic arterial hypertension and smoking were the most prevalent risk factors, representing respectively 73.21% and 49.28% of cases. The diagnosis of Acute Myocardial Infarction with ST elevation occurred in 64.59% of the sample and Acute Myocardial Infarction without ST elevation occurred in 34.41%. The most used treatment was percutaneous angioplasty in 55.44% of individuals. It is concluded that the profile of the studied population was of men, aged 60 to 69 years, white, married, retired, with education up to elementary school with a predominance of Systemic Arterial Hypertension (SAH), smoking and alcoholism in men and women predominate obesity and dyslipidemia. Understanding the profile of these patients helps the multidisciplinary team in decision-making for early interventions, clinical management and comprehensive health care.

**Keywords:** Epidemiology; Myocardial Infarction; Hospitalization.

## INTRODUÇÃO

As transformações sociais e econômicas vivenciadas nas últimas décadas e suas conseqüentes alterações no estilo de vida da sociedade como a mudança dos hábitos alimentares, aumento do sedentarismo, aumento do estresse e a maior expectativa de vida da população colaboraram para o aumento da incidência de doenças crônicas tais como as doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias (SILVA, FRANÇA, BENETTI, 2018).

A principal causa de morte a nível global, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019), são as doenças cardíacas, aumentando o número de mortes de 2 milhões desde 2000 para quase 9 milhões em 2019. No Brasil, segundo o DATASUS, no ano de 2019, foram cerca de 364 mil mortes por doenças do aparelho cardiovascular (BRASIL, 2020).

Dentre as doenças cardiovasculares destaca-se o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), definido como uma oclusão de artérias coronárias que impede o fluxo sanguíneo de chegar ao coração causando morte do tecido cardíaco (PIEGAS et al, 2015; OMS, 2017). Segundo relatório de mortalidade de 2019 do DATASUS, no Brasil o IAM foi responsável por mais de 95 mil mortes (BRASIL, 2020).

Certas condições aumentam o risco de ocorrência de IAM e podem estar atribuídas a fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Os modificáveis são: dislipidemia, diabetes mellitus, tabagismo, sedentarismo, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), obesidade; e os não modificáveis são: sexo, idade, raça, história familiar positiva de doença arterial coronariana. Conhecer e controlar os fatores de risco para doenças cardiovasculares é essencial para reduzir a incidência de doenças isquêmicas (MERTINS et al, 2016; SILVA et al, 2019).

Diante do exposto o presente estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes internados com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, ponderando os fatores de risco, características clínicas e tratamento realizado.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Este estudo trata-se de uma pesquisa retrospectiva, descritiva, com abordagem quantitativa, utilizando prontuários de pacientes diagnosticados com IAM (Classificação Internacional de Doenças (CID) I21), no período de janeiro a dezembro de 2020 no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, estado do Espírito Santo.

O Hospital Evangélico fica localizado no município de Cachoeiro de Itapemirim, que faz parte da Região de Saúde Sul, formada por 26 municípios com população estimada em 685.601 habitantes (ESPÍRITO SANTO, 2017). É o hospital referência no setor de Cardiologia, especializado em doenças cardiovasculares em neonatos, pediátricos e em adultos, contando com serviço de hemodinâmica, cirurgias cardíacas e Unidade Coronariana.

O instrumento para coleta de dados foi um formulário próprio elaborado baseando-se nas características sociodemográficas (idade, gênero, raça, estado

civil, ocupação, escolaridade, dia da internação, dia da alta ou do óbito), fatores de risco, doenças relacionadas e diagnóstico médico. Como critério de inclusão dos pacientes foi utilizado: pacientes de ambos os sexos; com idade superior a 18 anos; internados entre os meses de janeiro a dezembro de 2020; com CID na categoria I21 e suas subcategorias (I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9). Para exclusão foi adotado os seguintes critérios: pacientes com atendimento ambulatorial; pacientes sem diagnóstico de IAM confirmado até sua alta/óbito.

Através do Software para gestão hospitalar MV2000i foi realizada consulta de relatório para obtenção da relação de prontuários dos pacientes, com resultado de 231 atendimentos que tinham o CID-10 de IAM no período determinado. Dispondo dessa listagem, foi feita a análise das informações e realizado preenchimento referente a cada atendimento através do formulário de coleta de dados já citado anteriormente.

Para o levantamento dos dados e estruturação referentes a revisão da literatura foram pesquisados artigos publicados e indexados nas bases de dados de SCIELO (Scientific Eletronic Library online), Google Acadêmico e BVS. Para busca desses artigos foram empregados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Epidemiologia, Infarto Agudo do Miocárdio e Internação Hospitalar. Para os critérios de inclusão foram considerados trabalhos científicos no idioma português publicados entre os anos de 2010 a 2020. Como critérios de exclusão foram os trabalhos de estudos divergentes do tema referido e que não pertence a uma plataforma de dados confiáveis.

Os dados coletados nos prontuários dos pacientes foram organizados e tabulados em planilha de Excel 2020 e a análise estatística utilizando o software Epi Info™ para Windows versão 7. Os dados foram expressos em média, desvio padrão e frequências. Para averiguação dos níveis de significância foi utilizado tabulação cruzada e teste qui-quadrado levando em consideração o teste de Mantel-Haenszel ou teste exato de Fisher e para comparar médias foi empregado o T-teste ou teste de Mann Whitney considerando valor de  $p < 0,05$  para indicar diferença estatisticamente significativa.

Os aspectos éticos do estudo vêm de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Por se tratar de uma pesquisa retrospectiva baseada em análise de prontuário foi solicitado a dispensa do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (TCLE). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) do Centro Universitário São Camilo - São Paulo, sob parecer nº 4.652.696. Todos os cuidados foram adotados visando garantir o sigilo e a confidencialidade das informações.

## RESULTADOS

No total, foram analisados 231 prontuários de pacientes com CID de internação referente ao IAM, porém, 22 (9,5%) foram excluídos por não apresentarem diagnóstico de IAM confirmado. Com isso, a população deste estudo foi caracterizada por 209 (90,5%) prontuários.

Dos pacientes analisados, 150 eram do sexo masculino (71,77%) e 59 eram do sexo feminino (28,23%), com média de idade de 64,02 anos (desvio padrão – DP  $\pm$  12,44, idade mínima de 31 e máxima de 92), dos quais a maioria, 65,07%, apresenta idade superior a 60 anos, 29,67% de cor branca, 55,02% eram casados, 37,22% de escolaridade até o ensino fundamental, 44,50% eram aposentados, 99,04% com moradia no Espírito Santo (Tabela 1).

**Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes com diagnóstico de IAM internados em um Hospital Filantrópico do sul do Estado do Espírito Santo, 2020.**

Variáveis	N (209)	%
<b>SEXO</b>		
Masculino	150	71,77
Feminino	59	28,23
<b>IDADE</b>		
Até 60 anos	73	34,93
Superior a 60 anos	136	65,07
<b>COR</b>		
Não informado	91	43,54
Branco	62	29,67
Pardo	52	24,88
Amarelo	2	0,96
Preto	2	0,96
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casado	115	55,02

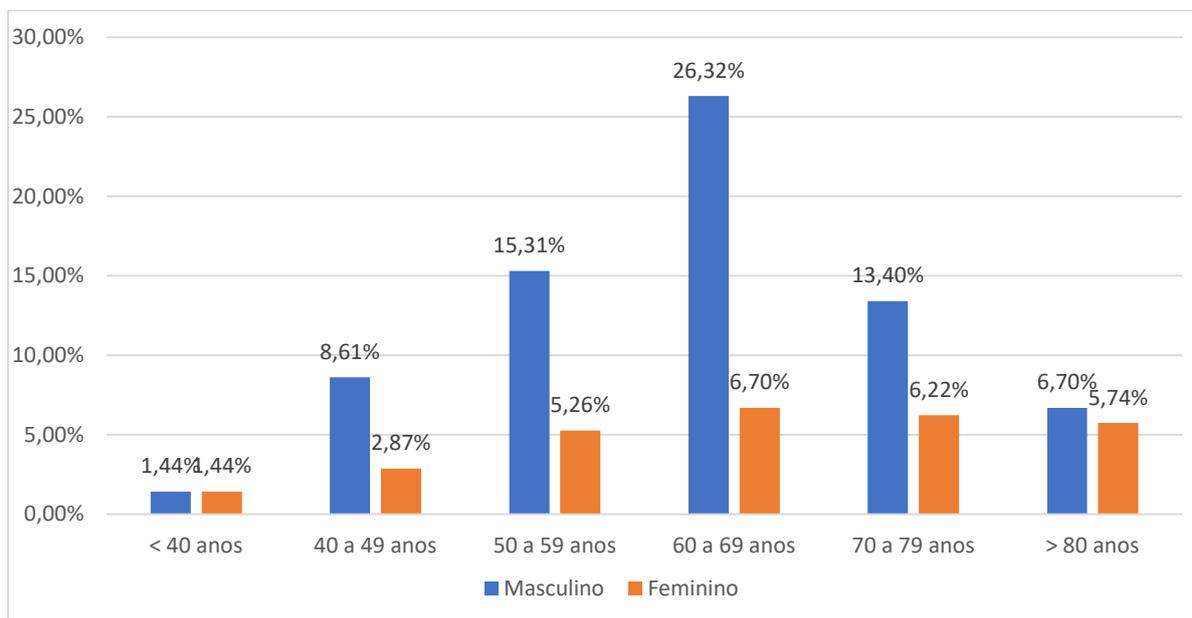
Solteiro	59	28,23
Divorciado	19	9,09
Viúvo	13	6,22
Não informado	3	1,44
<b>PROFISSÃO</b>		
Aposentado	93	44,50
Do lar	7	3,35
Pedreiro	6	2,87
Motorista	5	2,39
Outros	45	21,53
Não informado	53	25,36
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Sem informação	60	28,71
Ensino fundamental	78	37,32
Ensino médio	48	22,97
Ensino superior	13	6,22
Analfabeto	10	4,78
<b>CIDADE</b>		
Cachoeiro de Itapemirim/ES	77	36,84
Castelo/ES	14	6,70
Alegre/ES	13	6,22
Outros/ES	103	49,28
Bom Jesus do Itabapoana/RJ	1	0,48
Itaperuna/RJ	1	0,48

Fonte: O Autor, 2021.

Em relação a cor, escolaridade, profissão e estado civil, alguns prontuários não constavam tais informações, sendo 43,54%, 28,71%, 25,36% e 1,44%, respectivamente, sem registro.

Analisando a distribuição dos pacientes entre o gênero e a faixa etária, conforme mostra o gráfico 1, foi possível perceber uma maior frequência entre 60 e 69 anos tanto para homens quanto para mulheres, com 26,23% e 6,70%, respectivamente. A diferença da ocorrência de IAM aumentou com o passar da idade até os 69 anos, diminuindo a sua diferença após os 70 anos.

**Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com o sexo e faixa etária dos pacientes com diagnóstico de IAM internados em um Hospital Filantrópico do sul do Estado do Espírito Santo, 2020.**



Fonte: O Autor, 2021.

Foram registrados 12 óbitos (5,74%), sendo que todos eles tinham idade superior a 60 anos. Quando realizado teste-t, para comprar as médias entre as idades, foi obtido uma média de idade maior no grupo que evoluiu a óbito em relação ao grupo que sobreviveu, sendo  $76,5 \pm 9,1$  e  $63,2 \pm 12,2$  anos, respectivamente, com diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ). Em associação da idade com o tipo de IAM e sexo dos pacientes não houve diferença estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

O tempo de internação variou de 1 a 119 dias, apresentando média de  $8,3 \pm 10,1$  dias. Na tabela 2, onde está disposto o tempo médio de internação conforme algumas variáveis, podemos observar que quando comparado a população idosa há diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,01$ ), podendo então concluir que idosos tem um maior tempo médio de internação (média=8,6; DP=7,3) em relação a população abaixo dos 60 anos (média=7,8; DP=14,0).

**Tabela 2 – Média de dias de internação dos pacientes com diagnóstico de IAM internados em um Hospital Filantrópico do sul do Estado do Espírito Santo, 2020.**

Variáveis	TOTAL	DIAS INTERNADOS	p-valor
	N (%)	MÉDIA ± DP	
<b>SEXO</b>			
Masculino	52 (24,88)	8,1 ± 15,5	0,80
Feminino	157 (75,12)	9,1 ± 7,1	
<b>TIPO DE IAM</b>			
IAMCSST	135 (64,59)	8,1 ± 7,1	0,35
IAMSSST	74 (34,41)	8,8 ± 14,2	
<b>IDADE</b>			
< 60 anos	73 (34,93)	7,8 ± 14,0	0,01
> 60 anos	136 (65,07)	8,6 ± 7,3	
<b>ÓBITO</b>			
Sim	12 (5,74)	9,6 ± 9,0	0,62
Não	197 (94,26)	8,3 ± 10,2	

Fonte: O Autor, 2021.

Com relação aos fatores de riscos analisados, observou-se que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a mais prevalente (73,21%), seguida em ordem decrescente por tabagismo (49,28%), etilismo (33,97%), diabetes mellitus (DM) (24,88%), histórico familiar positivo para doença arterial crônica (22,97%), história prévia de IAM (11,96%), obesidade (11%), dislipidemia (9,57%), história de Acidente Vascular Cerebral (AVC) (3,35%) e sedentarismo (2,39%). De acordo com a tabela 3, encontra-se correlação significativa entre o sexo masculino com HAS ( $p < 0,01$ ), tabagismo ( $p < 0,01$ ), etilismo ( $p < 0,01$ ) e em relação ao sexo feminino encontra-se correlação significativa entre a obesidade ( $p = 0,02$ ) e a dislipidemia ( $p < 0,01$ ).

**Tabela 3 - Fatores de risco e doenças associadas em relação ao gênero dos pacientes com diagnóstico de IAM internados em um Hospital Filantrópico do sul do Estado do Espírito Santo, 2020.**

Variáveis	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	p-valor
	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>DM</b>				
Sim	52 (24,88)	32 (61,54)	20 (38,46)	0,05
Não	157 (75,12)	118 (75,16)	39 (24,84)	
<b>HAS</b>				
Sim	153 (73,21)	102 (66,67)	51 (33,33)	<0,01
Não	56 (26,79)	48 (85,71)	8 (14,29)	
<b>OBESIDADE</b>				
Sim	23 (11)	12 (52,17)	11 (47,83)	0,02

Não	186 (89)	138 (74,19)	48 (25,81)	
<b>DISLIPIDEMIA</b>				
Sim	20 (9,57)	9 (45)	11 (55)	<0,01
Não	189 (90,43)	141 (74,60)	48 (25,40)	
<b>SEDENTARISMO</b>				
Sim	5 (2,39)	5 (100)	0 (0)	0,32
Não	204 (97,61)	145 (71,08)	59 (28,92)	
<b>IAM PRÉVIO</b>				
Sim	25 (11,96)	19 (76)	6 (24)	0,61
Não	184 (88,04)	131 (71,20)	53 (28,80)	
<b>AVC PRÉVIO</b>				
Sim	7 (3,35)	7 (100)	0 (0)	0,19
Não	202 (96,65)	143 (70,79)	59 (29,21)	
<b>HF +</b>				
Sim	48 (22,97)	34 (70,83)	14 (29,17)	0,86
Não	161 (77,03)	116 (72,05)	45 (27,95)	
<b>TABAGISMO</b>				
Sim / Ex-tabagista	103 (49,28)	87 (84,47)	16 (15,53)	<0,01
Não	106 (50,72)	63 (59,43)	43 (40,57)	
<b>ETILISMO</b>				
Sim / Ex-etilista	71 (33,97)	63 (88,73)	8 (11,27)	<0,01
Não	138 (66,03)	87 (63,04)	51 (36,96)	

Fonte: O Autor, 2021.

Quando comparado os fatores de risco com o tipo de IAM, pode-se observar uma maior ocorrência dos seguintes fatores nos pacientes com IAM com supradesnivelamento de segmento ST (IAMCSST): HAS – 61,44%; DM – 63,46%; obesidade – 52,17%; dislipidemia – 55%; sedentarismo – 60%; IAM prévio – 52%; HF+ – 68,75%; tabagismo – 66,02%; etilismo – 60,56%. Apenas o AVC prévio teve maior ocorrência nos pacientes com IAM sem supradesnivelamento de segmento ST (IAMSSST), representado em 71,43% dos casos. Apesar desses dados, quando realizado teste de associação, não houve diferença estatisticamente significativa entre eles ( $p > 0,05$ ).

O tratamento realizado na maioria dos pacientes foi angioplastia percutânea (54,55%), seguido pelo tratamento clínico (36,36%), tratamento com cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) (5,26%) e trombólise seguida de angioplastia (3,83%). Quando comparado o tipo de tratamento, levando em consideração o agrupamento entre tratamento clínico versus o tratamento com angioplastia,

trombólise e CRVM em relação ao tipo de IAM acometido ao paciente, houve diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ), concluindo que os pacientes com IAMCSST foram submetidos a tratamento mais complexo e invasivo do que aqueles acometidos com IAMSSST, conforme apresentado na tabela 4.

**Tabela 4 - Tratamento realizado em relação ao tipo de IAM nos pacientes internados em um Hospital Filantrópico do sul do Estado do Espírito Santo, 2020.**

<b>Variáveis</b>	<b>TOTAL</b>	<b>IAMCSST</b>	<b>IAMSSST</b>	<b>p-valor</b>
	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>TRATAMENTO</b>				
Angioplastia/Trombólise/CRVM	133 (63,64)	95 (71,43)	38 (28,57)	<0,01
Clínico	76 (36,36)	40 (52,63)	36 (47,37)	

Fonte: O Autor, 2021.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, constatou-se predominância do sexo masculino, indo de encontro com outros estudos. Lopes et al (2012), em seu estudo com 187 pacientes, 70,05% eram do sexo masculino. Silva et al (2016) obteve incidência de 57,9% de homens dentre os 261 pacientes estudados. Dados do DATASUS (BRASIL, 2020) corroboram com esses achados, onde de um total de 130.441 internações por IAM, 64% eram do sexo masculino.

Segundo Maia (2012) e Mertins et al (2016) as mulheres são protegidas contra o IAM durante o período reprodutivo e, após a menopausa, pode ocorrer rápido desenvolvimento de doença coronariana com a redução brusca dos níveis estrogênicos, estando associada a um risco aumentado de doenças cardiovasculares.

Para Soriano et al (2015) um fator que pode favorecer o adoecimento nos homens e que contribui para os elevados índices de morbimortalidade nesta população, é o fato que os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades e rejeitam a possibilidade de adoecer. Maia (2012) afirma que os

homens apresentam maior risco de infarto que as mulheres, porém essa diferença minimiza com o avanço da idade.

No presente estudo, em relação à idade, houve maior frequência das pessoas acima de 60 anos, com 65,07% das ocorrências, com média de idade de  $64,02 \pm 12,44$  anos. Na literatura há alguns estudos com resultados semelhantes, como o de Jesus, Campelo e Silva (2013), por exemplo, em um estudo com 240 pacientes, registrou aproximadamente 60% dos pacientes acima de 60 anos (média de  $61,9 \pm 10,6$  anos), igualmente Coelho e Resende (2010), registrou 65% representando a população idosa com o IAM mais frequente na faixa etária de 60 a 80 com diminuição da diferença entre os gêneros diminuindo após os 70 anos, o que também foi encontrado no estudo de Silva, Melo e Neves (2019). Assis et al (2019), no estudo com 60 pacientes, obteve média de idade semelhante, com  $61,77 \pm 12,7$  anos.

Outros estudos, porém, obtiveram resultados diferentes, como por exemplo Soriano et al (2015), onde a população idosa representa menos da metade da amostra (43%) de um total de 158 indivíduos estudados. Resultado esse semelhante ao de Mertins et al (2016), com uma população total de 48 pacientes, onde apenas 45,9% apresentava idade superior a 60 anos (média de  $59,9 \pm 11,55$  anos).

Apesar dos dados divergentes desses autores, o resultado obtido neste estudo vai de encontro com o registro nacional no ano de 2020 do DATASUS, onde 61% das internações hospitalares por IAM foram da população idosa. Segundo Maia (2012), o IAM pode ocorrer praticamente em qualquer fase da vida, sendo mais frequente com o avançar da idade, o que pode estar atribuído ao fato que idosos possuem maior incidência de fatores de risco predisponentes à aterosclerose.

Em alguns dados sociodemográficos dessa pesquisa pode ser observado uma subnotificação, trazendo prejuízo na análise fidedigna dessas informações. Baggio et al. (2011) afirmam que é razoável questionar por que esses dados do prontuário do paciente não estão preenchidos, pois essas informações são exclusivas do indivíduo, portanto, é importante que os profissionais entendam essas informações, não apenas no em termos de estatísticas, mas também no sentido de focar nas características únicas dessa existência.

Em termos de características étnicas e padrão de classificação da população, muitas vezes é marcado por imprecisão, subjetividade e dependência do contexto

individual em sua aplicação, tornando difícil a tentativa de classificar a população (SORIANO et al, 2015). De acordo com Janssen et al (2015), no que se refere à situação conjugal, estudos apontam que a união estável está associada à maior apoio social, sendo um importante fator a ser considerado no cenário da saúde.

Quando analisados os dias de internação, o tempo de internação médio geral foi de  $8,3 \pm 10,1$  dias. No estudo de Silva et al (2016), mostrou tempo médio de internação de 8,3 dias para IAMCSST e 7,8 dias para IAMSSST e nos pacientes que foram a óbito e sobreviveram foram de 6 e 1,5 dias, respectivamente. Coelho e Resende (2010) e Lopes et al (2012), nos estudos com pacientes com IAM, encontraram tempo médio, respectivamente, de  $14,1 \pm 9,2$  e 4,84 dias. No DATASUS (2020) é possível verificar um tempo de internação médio dos pacientes com IAM de 6,7 dias entre as mulheres e 6,6 dias entre os homens.

Dos 209 pacientes estudados, 12 foram a óbito (5,74%) sendo uma taxa menor que a descrita por alguns autores. No estudo de Silva et al (2016), dos 261 pacientes, 20 foram a óbito (7,7%), e no DATASUS (2020) com uma mortalidade de 9,52%, Silva, Melo e Neves (2019) com cerca de 10% na taxa de óbito. Alguns trabalhos registaram ainda uma mortalidade superior, como no de Lopes et al (2012) e no de Coelho e Resende (2010) com taxa de 14,97% e 15,6%, respectivamente.

Todos os óbitos dessa pesquisa foram em pacientes acima de 60 anos indicando associação de mortalidade por IAM e idade mais avançada, resultado semelhante com o estudo de Lopes et al (2012), onde explicam que os idosos geralmente apresentam manifestações clínicas diferentes e com maior número de comorbidades, dificultando o diagnóstico e o tratamento.

O presente estudo mostrou um maior índice de hipertensão, tabagismo, diabetes, etilismo e história familiar positiva para DAC. Secundário a estes, mas não menos expressivos, estão a ocorrência de IAM prévio, obesidade, dislipidemia, ocorrência de AVC prévio e sedentarismo. No estudo de Jesus Campelo e Silva (2013), a hipertensão também ocorreu na maioria dos pacientes (84,6%), seguido por tabagismo (35,4%) e diabetes (29,6%). Silva, Melo e Neves (2019) também mostraram maior índice de hipertensão, história familiar positiva, diabetes e tabagismo. Lopes et al (2012) apresenta resultado com prevalência de 66,85% com hipertensão, 27,49% com diabetes e 46,38% com dislipidemia.

Mertins et al (2016) apresenta dados superiores no que diz respeito a taxa de prevalência de sedentarismo e alteração da circunferência abdominal, com 91,7% e 50%, respectivamente, sendo que no presente estudo obtivemos a porcentagem de 2,29% para sedentarismo e 11% para obesidade. Porém, na comparação do consumo de álcool, os mesmos autores, descrevem uma taxa menor (12,5%) do que a encontrada neste estudo (33,97%).

Manter a pressão arterial em níveis elevados representa, para o sistema cardiovascular, um risco de estresse hemodinâmico decorrente de altos regimes pressóricos que, se mantido, pode levar a doenças cardíacas, além de ser um dos principais fatores de risco para doenças ateroscleróticas (LOPES et al, 2012). Na avaliação do desfecho clínico em pacientes hipertensos, com 1227 indivíduos, Guimarães Filho et al (2015), aponta que o IAM é um dos desfechos cardiovasculares mais comuns da HAS.

Segundo Lopes et al (2012) pacientes diabéticos tem como as principais causas de morte o AVC e o IAM, além disso, apresenta um risco duas a três vezes maior de desenvolver uma doença coronariana, que um paciente não diabético. A DM é um fator de risco muito presente em pacientes infartados e com comorbidades associadas como HAS, obesidade, insuficiência renal crônica e dislipidemia (SOEIRO et al, 2018).

Piegas et al (2015) afirmam que os homens com menos de 60 anos que continuaram a fumar apresentam um risco de morte mais elevado por todos os tipos de causas 5,4 vezes maior daqueles que pararam de fumar. Lopes et al (2012), diz que um dos mecanismos pelo qual o tabagismo influencia na prevalência de IAM, estão o aumento da agregação plaquetária, o aumento dos níveis das moléculas de adesão e fibrinogênio, a lesão aterosclerótica e a vasoconstrição.

O consumo de álcool é um fator de risco para doenças tanto em países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos, e seus desfechos podem ser em danos físicos, mas também em patologias crônicas e uma das principais são as doenças cardiovasculares (SILVA et al, 2019). Para Assis et al (2019), ingerir álcool mais de três vezes na semana em comparação ao uso esporádico ou a ausência do consumo não representa proteção quanto a ocorrência de IAM.

Segundo Mertins et al (2016) é considerada história familiar positiva para doença arterial coronariana quando o paciente refere ter um familiar direto (pais ou

irmãos) que apresentaram cardiopatia isquêmica. Maia (2012) afirma que o histórico familiar é um fator importante para a doença cardíaca coronária, pois estudos mostram que quanto mais parentes portadores de cardiopatias, maior a chance de desenvolver doenças do coração.

O sedentarismo e a obesidade também são fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, uma vez que quando se tem a prática de exercícios físicos com regularidade, tem-se um papel importante na prevenção da ocorrência de doenças do aparelho cardiovascular. A obesidade é estabelecida com o excesso de gordura, resultante do desequilíbrio entre o consumo e o gasto energético, está relacionado ao surgimento de doenças cardiovasculares (SILVA et al, 2019). Segundo Piegas et al (2015) existem correlações diretas com aumento de peso e incremento de processos de calcificação arterial coronariana.

Segundo Xavier et al (2013) a dislipidemia possui evidências que, com base em estudos de tipo caso-controle, observacionais, de base genética ou de tratamento é considerado o principal fator de risco modificável para causa de morte por DAC. Para Faludi et al (2017) a dislipidemia está diretamente relacionada a desfechos cardiovasculares, como infarto e morte por doença coronariana.

Referente ao tratamento empregado, os pacientes desta pesquisa, em sua maioria, foram submetidos intervenção coronariana percutânea primária (ICP) com a angioplastia (54,55%), conforme observado no estudo de Silva, Melo e Neves (2019) sendo realizado também o tratamento coronariano percutâneo na maioria dos participantes (51,56%).

Segundo Maia (2012) para reduzir os danos causados pela obstrução coronariana, podem ser adotados procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos. De acordo com Feres et al (2017) a reperfusão coronária de emergência está indicada nas primeiras horas após o diagnóstico de IAMCSST, uma vez que impacta significativamente a sobrevida do paciente.

A utilização de agentes fibrinolíticos para a recanalização da artéria relacionada ao infarto em pacientes com IAM foi incorporada na prática clínica há aproximadamente 30 anos e trata-se de uma estratégia de reperfusão muito importante, particularmente em situações nas quais a angioplastia não está disponível em tempo hábil e, no cenário pré-hospitalar, nas primeiras horas dos sintomas (PIEGAS et al, 2015).

Feres et al (2017) afirma que na vigência do IAMCSST, a ICP é a estratégia de reperfusão primária preferida em comparação à abordagem de terapia trombolítica não invasiva, uma vez que o tratamento invasivo está associado a uma taxa mais alta de recanalização do vaso-alvo e taxas mais baixas de re-oclusão e sangramento, melhorando a função ventricular e prolongando a sobrevida, tanto na fase inicial como na tardia.

## **CONCLUSÃO**

O infarto do miocárdio apresenta alta prevalência no Brasil sendo necessário o conhecimento dos profissionais da saúde sobre seus fatores de risco para redução da morbimortalidade dessa doença.

Verificou-se que o perfil epidemiológico dos pacientes internados com IAM no hospital estudado foi: homens, com faixa etária entre 60 a 69 anos, de cor branca, casados, aposentados, com escolaridade até o ensino fundamental, prevalecendo o diagnóstico de IAMCSST, com tempo médio de internação de 8 dias.

Em relação aos fatores de risco observou-se no sexo masculino em maior frequência de HAS, tabagismo e etilismo, enquanto no sexo feminino predominou a obesidade e a dislipidemia. No que diz respeito ao tratamento realizado, a angioplastia foi a terapia predominante seguido pelo tratamento clínico.

O desenvolvimento do estudo teve limitações na coleta e análise dos dados devido a incongruência das informações contidas nos prontuários dos pacientes. Portanto, salienta-se a importância do registro adequado e completo dos dados dos indivíduos por parte dos profissionais de saúde.

Compreender o perfil dos pacientes acometidos com IAM e seus fatores de risco associados auxilia a equipe multiprofissional em tomadas de decisões para intervenções precoces, conduta clínica e assistência integral à saúde, com objetivo de reduzir a morbimortalidade das doenças cardiovasculares.

## **REFERÊNCIAS**

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**, v. 4, n. 1, p. 160-168, 15 jun. 2019. Disponível em: <<http://revista.domalberto.edu.br/index.php/revistadesaudedomalberto/article/view/419>>. Acesso em 28 jun 2021.

BAGGIO, Maria Aparecida et al. Incidência e características sociodemográficas de pacientes internados com coronariopatia. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 5, p. 73-81, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserllln5/serllln5a08.pdf>>. Acesso em 05 jul 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). [<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>] Informações de Saúde (TABNET). Sistema de Informações sobre Mortalidade. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em 08 dez 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012

COELHO, Letícia Maria; RESENDE, Elmiro Santos. Perfil dos pacientes com infarto do miocárdio, em um hospital universitário. **Rev Med Minas Gerais**, 20(3), p. 323-328, 2010. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/362>>. Acesso em 06 jul 2021.

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. 2020. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: <<http://decs.bvsalud.org>>. Acesso em 08 de dez 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Subsecretaria de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde. Gerência de Recursos Humanos. Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde / Espírito Santo: NUEDRH. 2017. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-ES.pdf>>. Acesso em 09 de dez 2020

FALUDI, André Arpad et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 2 suppl 1, p. 1-76, jul. 2017. Disponível em <<https://abccardiol.org/article/atualizacao-da-diretriz-brasileira-de-dislipidemias-e-prevencao-daaterosclerose-2017/>>. Acesso em 13 de jul 2021.

FERES, Fausto et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista sobre Intervenção Coronária Percutânea. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2017, v. 109, n. 1 Suppl 1, pp. 1-81. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abc/a/fSDVnDqyZVkyFz7gbGWh6Kg/?lang=pt#ModalArticles>>. Acesso em 13 de jul 2021.

GUIMARÃES FILHO, Gilberto Campos et al. Evolução da pressão arterial e desfechos cardiovasculares de hipertensos em um Centro de Referência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2015, v. 104, n. 04, pp. 292-298. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abc/a/VpRpGVjSGZcLXxYHDKTVMNt/>>. Acesso em 12 de jul de 2021.

JESUS, A. V.; CAMPELO, V.; SILVA, M. J. S. Perfil dos pacientes admitidos com Infarto Agudo do Miocárdio em Hospital de Urgência de Teresina-PI. **Revista Interdisciplinar**. v. 6, n. 1, p. 25-33, jan. fev. mar. 2013. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/8>>. Acesso em 28 jun 2021.

JANSSEN, Alana Michelle da Silva et al. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Pacientes Submetidos à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 1, p. 29-33, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicoselétronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4073/2155>>. Acesso em 05 de jul 2021.

LOPES, G. F.; DUCA, T. A.; BUISSA, T.; YANO, W. K.; BARACHO, N. C. DO V. Fatores de Risco Associados à Morte por Infarto Agudo do Miocárdio na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital do Sul de Minas Gerais. **Revista Ciências em Saúde**, v. 2, n. 1, p. 35-47, 2012. Disponível em: <[http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit\\_zero/article/view/71](http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/71)>. Acesso em 07 jul 2021.

MAIA, Luiz Faustino dos Santos. Infarto Agudo do Miocárdio: o perfil de pacientes atendidos na UTI de um hospital público de São Paulo. São Paulo: **Revista Recien**. v. 1, n. 4, p. 10-15, 2012. Disponível em: <<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/31>>. Acesso em 28 jun 2021.

MERTINS, Simone Mathioni et al. Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Av. Enferm.**, Bogotá v. 34, n. 1, p. 30-38, jan. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002016000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002016000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 dez 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: OMS. **Doenças cardiovasculares (DCVs)**

OMS.int. Disponível em: <[https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))>. Acesso em 19 dez 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: OMS. **A OMS revela as principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo: 2000-2019**. OMS. int. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>>. Acesso em 18 dez 2020.

PIEGAS, Leopoldo Soares et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol.** 2015; 105(2):1-105. Disponível em <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02\\_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf)>. Acesso em 22 de dez 2020.

SILVA, Maria Stefânia Pereira da et al. Fatores de risco associados ao infarto agudo do miocárdio. **Revista interdisciplinar em saúde**, v. 6, n. 1, p. 29–43, 2019. Disponível em <[https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume\\_23/Trabalho\\_03.pdf](https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_23/Trabalho_03.pdf)>. Acesso em 26 dez 2020.

SILVA, A. P. L.; FRANÇA, A. A. F; BENETTI, C. F. A. Enfermagem em cardiologia intervencionista. **Editora dos Editores**, São Paulo, 280 p., 2018.

SILVA, F. L.; MELO, M. A. B. DE; NEVES, R. A. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados por infarto agudo do miocárdio em hospital de Goiás. **Revista Brasileira Militar De Ciências**, v. 5, n. 13, 11 nov. 2019. Disponível em <<https://rbmc.emnuvens.com.br/rbmc/article/view/15>>. Acesso em 28 de jun de 2021.

SILVA, Rafael Beppler da et al. Perfil dos pacientes com síndromes coronarianas agudas em um hospital da Região Sul do Brasil. **Rev Soc Bras Clin Med.** v. 14 n. 1, 2016. Disponível em: <<http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/190>>. Acesso em 07 jul 2021.

SOEIRO, Alexandre de Matos et al. Tratamento da SCA no paciente diabético: o que mostram as evidências. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.** v. 28, n.2, p. 161-166, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-909214>>. Acesso em 12 de jul de 2021.

SORIANO, Kenya da Silva et al. Perfil de pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio internados em uma unidade coronariana de Belo Horizonte. **Enfermagem Revista,** v. 19, n. 1, 2016. Disponível em:

<<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11632>>.  
Acesso em 28 jun 2021.

XAVIER, H. T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** [online]. 2013, v. 101, n. 4, pp. 1-20. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abc/a/GGYvjtdbVFRQS4JQJCWg4fH/?lang=pt#ModalArticles>>. Acesso em 13 de jul de 2021.