



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

AYRLANE ELOÁ LUSTOSA

**INCIDÊNCIA DE CASOS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM
SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB**

**CAMPINA GRANDE
2023**

AYRLANE ELOÁ LUSTOSA

**INCIDÊNCIA DE CASOS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM
SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde do Adulto.

Orientador: Prof^a Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida

**CAMPINA GRANDE
2023**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L972i Lustosa, Ayrlane Eloa.
Incidência de casos de infarto agudo do miocárdio em um serviço de referência do município de Campina Grande - PB [manuscrito] / Ayrlane Eloa Lustosa. - 2023.
29 p. : il. colorido.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2023.
"Orientação : Profa. Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."

1. Infarto. 2. Miocárdio. 3. Campina Grande. I. Título
21. ed. CDD 616.123 7

Elaborada por Geovani S. de Oliveira - CRB - 15/1009

Biblioteca
Central
BC/UEPB

AYRLANE ELOÁ LUSTOSA


INCIDÊNCIA DE CASOS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM SERVIÇO
DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB

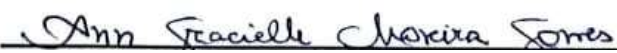
Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado ao Departamento do curso de
Enfermagem da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Enfermagem.

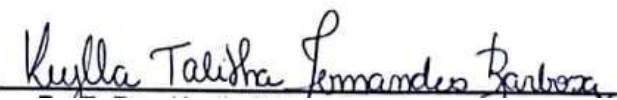
Área de concentração: Saúde do Adulto.

Aprovada em: 14/11/2023.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Esp. Ann Gracielle Moreira Gomes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Profa. Dra. Keylla Talitha Fernandes Barbosa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes de acordo com idade.....	13
Tabela 2 – Número de dias de internação dos pacientes com IAM	14
Tabela 3 – Principais medicamentos utilizados no tratamento.....	14
Tabela 4 – Intercorrências durante Internação.....	15
Tabela 5 – Principais comorbidades associadas.....	16
Tabela 6 – Tipo de alta identificado.....	17

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BNP	Pepitídeo Natriurético Cerebral
CK	Creatinoquinase
cTn	Troponinas Cardíacas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCV	Doenças Cardiovasculares
ECG	Eletrocardiograma
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
LDL	Desidrogenase Láctica
LMR	Limite Máximo de Referência
LSR	Limite Superior de Referência
MIO	Mioglobina
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
2.1	Infarto Agudo do Miocárdio	8
2.2	Fisiopatologia do IAM	9
2.3	Diagnóstico	10
2.4	Intervenções e Tratamentos Adotados	11
3	METODOLOGIA	11
3.1	Tipo de pesquisa	11
3.2	Cenário de pesquisa	11
3.3	População e Amostra	12
3.4	Crterios de inclusão e exclusão	12
3.5	Coleta e análise de dados	12
3.6	Aspectos éticos da pesquisa	12
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
5	CONCLUSÃO	17
	REFERÊNCIAS	18
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	24
	ANEXO A – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA	25
	ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI)	26
	ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE ARQUIVO OU PRONTUÁRIO (TCDA)	27
	ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	28
	AGRADECIMENTO	29

INCIDÊNCIA DE CASOS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB

Ayrlane Eloá Lustosa¹

RESUMO

Objetivo da pesquisa foi investigar as características sociodemográficas e clínicas de pacientes acometidos por IAM em um serviço de referência do município de Campina Grande-PB. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa transversal e exploratório documental. A coleta de dados ocorreu durante os meses de agosto e setembro de 2023, onde foram verificados 600 prontuários, e destes, 230 foram utilizados, por estarem dentro dos critérios de inclusão deste estudo. **Resultados:** Verificou-se prevalência de 69 (30%) de pacientes da faixa etária entre 61 a 70 anos, 135 (58,7%) do sexo masculino e 31 (13,5%) que ficaram internados durante 5 dias, cujas medicações mais utilizadas para tratamento foram o ASS em 172 (74,8%), clopidogrel 166 (72,2%) e sinvastatina em 131 (56,9%) dos casos. Além disso, foi percebido a parada cardiorrespiratória enquanto intercorrência mais prevalente, visto que ocorreu em 29 (12,6%), e no tocante as comorbidades associadas, verificou-se a hipertensão arterial em 170 (73,9%) e a diabetes mellitus 71 (30,9%) dos casos. **Conclusão:** Mediante os achados, foi possível perceber a alta incidência do IAM no serviço e como é necessário o acesso a informações que fundamentam a tomada de decisão e as medidas preventivas pré e pós IAM.

Palavras-Chave: infarto agudo do miocárdio; doenças cardiovasculares; hospital.

ABSTRACT

Objective of the research was to investigate the sociodemographic and clinical characteristics of patients affected by AMI in a reference service in the city of Campina Grande-PB. **Methodology:** This is a cross-sectional and exploratory documentary research. Data collection took place during the months of August and September 2023, where 600 medical records were checked, and of these, 230 were used, as they met the inclusion criteria of this study. **Results:** There was a prevalence of 69 (30%) patients aged between 61 and 70 years, 135 (58.7%) male and 31 (13.5%) who were hospitalized for 5 days, whose medications Most commonly used for treatment were ASS in 172 (74.8%), clopidogrel in 166 (72.2%) and simvastatin in 131 (56.9%) of cases. Furthermore, cardiorespiratory arrest was perceived as the most prevalent complication, as it occurred in 29 (12.6%), and regarding associated comorbidities, arterial hypertension was found in 170 (73.9%) and diabetes mellitus 71 (30.9%) of cases. **Conclusion:** Based on the findings, it was possible to perceive the high incidence of AMI in the service and how necessary access to information is necessary to support decision-making and preventive measures before and after AMI.

Keywords: acute myocardial infarction; cardiovascular diseases; hospital.

¹Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
E-mail: eloalustosa70@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são identificadas como uma das principais causas de morte a nível mundial. De acordo com a Organização Mundial (OMS) cerca de 17,9 milhões de pessoas morrem em decorrência destas doenças. No Brasil, cerca de 400 mil pessoas morrem devido a DCV, o que representa um total de 30% de todos os óbitos. Na Paraíba, por sua vez, ocorreu em 2021 um total de 8.023 óbitos ocasionados por DCV (presentes no capítulo IX do CID-10) (WHO, 2019; Oliveira et al., 2020; BVS, 2022; DATASUS, 2021).

Sabe-se que as DCV podem atingir o coração e os vasos sanguíneos, sendo desencadeadas por uma diversidade de fatores de risco, dos quais os mais prevalentes são a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes, o sedentarismo, excesso de peso e o estresse, fatores que quando prevenidos são capazes de reduzir os índices de ocorrência das doenças (Barbosa et al., 2021; Brasil, 2022; Figueiredo et al., 2020).

Dentre as DCV, destaca-se que o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), fibrilação atrial e insuficiência cardíaca geram um maior impacto econômico, sendo o IAM uma das principais causas de morte no Brasil, responsável por cerca de 30% do número de óbitos. O IAM é caracterizado como uma doença cardiovascular que atinge as artérias coronárias, reduzindo e interrompendo o fornecimento de sangue ao miocárdio, o que ocasiona a isquemia do tecido cardíaco e se não identificado e tratado de forma eficaz e rápida, ocasiona a morte do indivíduo (Gomes; Pagan; Okoshi, 2019; Hilario; Hilario, 2022; Costa et al., 2018; Sweis, 2020).

Os principais sinais e sintomas que caracterizam o IAM referem-se a dor ou desconforto na região torácica, associada a sensação de peso ou aperto nessa região que pode irradiar para os membros superiores; sudorese; diaforese; palidez; náuseas; vômitos; ansiedade; agitação; falta de ar e sensação de desmaio. Vale salientar que o agravo pode se manifestar sem a presença destes sinais, ocorrendo apenas o mal súbito (Brasil, 2018; Rocha et al., 2020; Lopes; Brasileiro; Silva, 2019).

No tocante a fisiopatologia, observa-se a ocorrência da morte dos cardiomiócitos, que decorre do processo de isquemia prolongada. Além disso, evidencia-se que na maioria dos casos a isquemia acontece devido a trombose e/ou vasoespasmos, causada pela placa aterosclerótica. Diante disso, ocorre a necrose do tecido do coração, porém o corpo continua tentando impedir a morte desse tecido através de uma circulação colateral (Batista et al., 2021).

Dentre as modalidades diagnósticas encontra-se o eletrocardiograma (ECG), que se caracteriza como um exame complementar para análise cardiológica, que avalia o funcionamento das células cardiomiocíticas e as marca-passos, ambas responsáveis pelos estímulos elétricos do órgão. Além disso, é de fundamental importância a avaliação dos biomarcadores, dentre os quais destacam-se a troponina (I ou T), e caso as dosagens não estejam disponíveis, pode-se avaliar os níveis de CKMB. Vale salientar que a investigação por meio desses marcadores pode embasar a tomada de decisão nas medidas terapêuticas adotadas (Wang et al., 2017; Hilario; Hilario, 2022; Nicolau et al., 2021).

Destaca-se que a MIO retrata um marcador precoce da lesão e sua variação se eleva com o passar das horas, atingindo o limite máximo até 12h após a ocorrência da lesão. As cTn e a CK sinalizam a lesão no miocárdio, sendo que as cTn correlacionam a lesão com a extensão e a análise do seu resultado deve ser baseada no limite máximo de referência (LMR); já a BNP apresenta dupla especificidade, pois

além de sinalizar a sobrecarga na pressão cardíaca, desempenha uma função de cardioprotetor (Moreira; Ticli, 2022; Ibanez, 2018; Pereira; Souza; Alves, 2022).

Diante disso, as intervenções adotadas durante a assistência prestada ao indivíduo com IAM devem ser realizadas de forma imediata, a fim de reduzir os riscos de danos mais severos e irreversíveis ao músculo cardíaco (Oliveira, 2019).

Nesse sentido, os cuidados pré-hospitalares contemplam a disponibilização de oxigênio, aspirina, nitratos e encaminhamento para o atendimento médico urgente. Após internação, deve-se realizar a avaliação da evolução dos sinais e sintomas, controle da dor, sistematização da assistência, realização do ECG, glicemia capilar, monitorização cardíaca e demais exames (Sweis, 2020; Barros et al., 2021).

Quanto ao tratamento medicamentoso, há a utilização de fármacos antiplaquetários, antianginosos, anticoagulantes, e dependendo do caso, associados a outros fármacos. Além disso, é aplicada terapia de reperfusão, através da utilização de fibrinolíticos ou angiografia com intervenção coronária (Sweis, 2020).

Sabe-se que o IAM é um importante agravo à saúde do indivíduo, o qual é caracterizado como uma das principais causas de morte. Diante disso, a elaboração do presente estudo surgiu a partir da seguinte questão norteadora: Qual a incidência de casos de IAM no período de janeiro de 2022 a maio de 2023 em um hospital de referência na cidade de Campina Grande-PB? Para isto, objetivou-se investigar as características sociodemográficas e clínicas de pacientes acometidos por IAM em um serviço de referência do município de Campina Grande-PB.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Infarto Agudo do Miocárdio

De acordo com a OMS, as DCV contemplam as doenças do coração e dos vasos sanguíneos e são consideradas a principal causa de morte no Brasil e no mundo. Percebe-se que mais de três quartos dos casos de morte acontecem com pessoas de baixa e média renda e que na maioria dos casos tem atingido pessoas com menos de 70 anos (WHO, 2019).

De acordo com dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), verifica-se que durante o período de 2022 a 2023 houve no Brasil ocorrência de um número total de 275.861 internações decorrentes do IAM sendo 52.640 destes na região Nordeste. Além disso, verificou-se a ocorrência de 3.472 casos na Paraíba, sendo 617 destes na cidade de Campina Grande (DATASUS, 2023).

Diante do acentuado número de casos de IAM no país e a relevância da adoção de medidas preventivas, além de intervenções oportunas diante de sua ocorrência, percebe-se que a doença pode desencadear a morte de um segmento da musculatura cardíaca, em decorrência da falta de irrigação sanguínea, a qual é influenciada pela limitação na oferta e demanda de oxigênio (Almeida et al., 2018).

Incluído nas DCV, o IAM é um importante problema de saúde pública, visto que é uma das principais causas de morte no mundo e no Brasil, com ocorrência de 65% de óbito na primeira hora e 80% nas primeiras 24 horas após presença dos sintomas. Estima-se no Brasil um número de 300 mil a 400 mil casos da doença, dentre os quais, a cada 5 a 7 casos ocorre um óbito (Ribeiro et al., 2016; Abreu et al., 2021; Brasil, 2023).

O coração apresenta dois tipos de células específicas, as musculares também conhecidas como cardiomiócitos e as marcapasso, ambas promovem a geração e

condução dos estímulos elétricos através dos átrios (câmaras superiores) e dos ventrículos (câmaras inferiores), visto que as câmaras são isoladas eletricamente entre si (Mulai, 2019).

Considera-se que uma diversidade de fatores de risco pode expor os indivíduos ao desenvolvimento de alguma DCV, dentre estes destacam-se: os sociais, ambientais, comportamentais e metabólicos. Porém, vale salientar que os fatores com maior carga de risco são os modificáveis, a exemplo da pressão arterial, índices glicêmicos, alto índice de massa corpórea, disfunção renal e níveis de colesterol LDL, os quais se associam a fatores comportamentais relacionadas ao tabagismo, dieta e baixa atividade física (Brant et al., 2022; Vaduganathan, 2022).

Quanto aos sintomas, a dor torácica ou precordial é caracterizada como o principal sintoma associado a ocorrência do IAM. A dor inicia de forma súbita e tem característica constritiva, podendo se irradiar para a região das costas, pescoço e braço esquerdo, além disso, pode haver falta de ar, tontura, fadiga, sudorese fria e fraqueza (Passinho et al., 2018).

No tocante a sua classificação, o IAM é definido de acordo com a possível causa que desencadeou a isquemia miocárdica persistente. Diante disso, classifica-se em:

- Tipo 1, onde a provável causa é a aterosclerose;
- tipo 2 que advém de uma provável incompatibilidade entre o consumo e oferta de oxigênio;
- tipo 3 que é evidenciado pela morte súbita do indivíduo e suspeita de ocorrência de isquemia aguda do miocárdio, mesmo que não tenha sido realizado avaliação dos biomarcadores ou ECG, sendo fechado o diagnóstico durante autópsia;
- tipo 4 que ocorre devido a procedimentos hemodinâmicos; e
- tipo 5 associado a cirurgia de revascularização miocárdica (Denmark et al., 2019).

Considera-se que a ocorrência do IAM provoca uma diversidade de consequências à vida do indivíduo, expondo-o à outras DCV, como insuficiência cardíaca, arritmias, dentre outras. Além dos impactos sistêmicos produzidos, são notáveis as limitações que afetam os aspectos cognitivo, social e laboral (Nammur et al., 2021).

2.2 Fisiopatologia do IAM

O IAM é caracterizado pela presença de lesão miocárdica associada as seguintes evidências clínicas: isquemia miocárdica aguda e elevação ou redução do valor do biomarcador com ao menos um valor acima do percentil 99 do limite superior de referência (LSR), além disso, essa alteração deve ocorrer concomitantemente com ao menos um dos seguintes critérios: sintomas de isquemia miocárdica, alterações no eletrocardiograma, presença de ondas Q patológicas, evidências de lesão no exame de imagem e identificação de trombo coronariano, através da angiografia ou autópsia (Fakhri et al., 2018; Sweis; Jivan, 2022).

De acordo com Fernandes, Cavalcante e Amarantes (2020) ocorre uma série de eventos no IAM, a saber: alteração súbita em uma placa aterosclerótica, formação de micro trombos por conta da exposição ao colágeno subepitelial e material necrosado da placa, vasoespasmo que decorrem de mediadores liberados pelas plaquetas, aumento do trombo e evolução do trombo para oclusão do vaso.

Nesse contexto, percebe-se que o IAM causa a morte dos cardiomiócitos, advinda da isquemia prolongada, a qual ocorre por conta da trombose e/ou vasoespasmos, ambos causados pela presença da placa aterosclerótica. A formação da placa de ateroma ocorre devido a irritação causada no endotélio, o qual funciona como uma espécie de barreira da luz do vaso (Batista et al., 2021; Abbas; Aster; Kumar, 2013).

Diante da isquemia do miocárdio, considera-se que a consequência bioquímica imediata diz respeito a interrupção do metabolismo aeróbico, o que por sua vez, causa a produção inadequada de fosfatos de alta energia e o acúmulo acentuado de produtos considerados como nocivos, a exemplo do ácido láctico. Vale ressaltar que a necrose completa dos cardiomiócitos geralmente ocorre em 6 horas (Siervuli et al., 2014).

Geralmente o infarto ocorre com maior prevalência no ventrículo esquerdo, porém a lesão pode se estender até o ventrículo direito e aos átrios. Diante disso, verifica-se algumas particularidades do infarto e sua ocorrência, no tocante a extensão, verifica-se que o infarto pode ser caracterizado como transmural, que engloba toda a espessura do miocárdio, epicárdio e endocárdio, se expressando através de anormalidade nas ondas Q no eletrocardiograma; e o não transmural, que não transpassa a parede ventricular e provoca modificações no segmento ST e na onda T (Sweis; Jivan, 2021).

2.3 Diagnóstico

O diagnóstico do IAM deve ser realizado precocemente para colaborar com a efetividade do tratamento, envolve em seu escopo a análise da história clínica, do quadro clínico do indivíduo, realização da anamnese, avaliação de alterações no eletrocardiograma e observação da elevação dos marcadores bioquímicos (Vidal et al., 2020).

É de extrema importância a análise do quadro clínico do indivíduo, contemplando as características referentes a localização, tipo, duração, fatores de intensificação ou redução da dor. Além disso, é essencial a avaliação da história clínica, visto que oportuniza a estratificação de risco (Nicolau et al., 2021).

A leitura dos resultados do ECG, expressa a apresentação gráfica da atividade elétrica desenvolvida no coração, sendo mensurado através da colocação de eletrodos em pontos específicos. O exame sinaliza a variação clínica e extensão do infarto, a qual pode ser com ou sem supra desnivelamento de seguimento ST. Nesse sentido, é essencial que seja adotado o protocolo para avaliação precoce de dor torácica, que orienta a interpretação do ECG em até 10 minutos da chegada do paciente a unidade (Dotta et al., 2019; Ribeiro et al., 2016, SBC, 2015a).

Os índices do intervalo QT sinalizam a ocorrência de heterogeneidade da repolarização. Percebe-se que no IAM, há uma variação do QTcD que depende da localização do infarto, além disso, essa variação apresenta elevação nas primeiras horas e redução com o passar dos dias, principalmente após utilização da terapia fibrinolítica ou de terapêuticas para revascularização. Os autores enfatizam que a partir das derivações do ECG e a área infartada, é possível verificar a repolarização da área da lesão (Dotta et al., 2019).

Além disso, para análise diagnóstica, devem ser avaliadas alterações nos marcadores bioquímicos, sendo contempladas principalmente as troponinas que participam da regulação miofibrilar, destaca-se a existência de três subunidades, a

saber: Troponina T (TnTc), Troponina I (TnIc) e Troponina C. Além dessas, deve ser avaliada a CKMB (Nicolau et al., 2021).

2.4 Intervenções e Tratamentos Adotados

É essencial que sejam implementadas terapias, como por exemplo: administração de oxigênio, sendo indicado para indivíduos que apresentem saturação menor que 90%, com sinais de desconforto respiratório; tratamento da dor; monitorização da pressão arterial; administração de analgésicos; administração de nitratos; ácido acetilsalicílico; anticoagulantes; betabloqueadores; antiarrítmicos (Nicolau, 2021; SBC, 2015b).

Percebe-se que a reperfusão precoce com manutenção da permeabilidade arterial é uma das estratégias utilizadas como terapia nos casos de infartos do miocárdio que apresentam elevação do segmento-ST. Além disso, pode ser utilizada para reperfusão a estratégia fármaco-invasiva que é constituída de fibrinólise intravenosa. Para utilização dessa estratégia de reperfusão é necessário avaliar os critérios relacionados a redução da intensidade ou alívio dos sintomas isquêmicos e diminuição da elevação do segmento-ST. Evidencia-se que a terapia de reperfusão repercute de forma positiva no tratamento do IAM, pois promove a minimização do dano miocárdico (Dotta et al., 2019; Teixeira et al., 2022).

Diante disso, duas propostas de intervenção de urgência são elencadas, sendo a fibrinólise, mediante utilização de fármacos que colaboram com a desobstrução dos vasos; ou a angioplastia primária, realizada a partir da utilização de um cateter para recanalizar de forma mecânica a artéria. Vale salientar que ambas as modalidades de tratamento visam o reestabelecimento do fluxo sanguíneo, diminuição da morte celular e melhora no prognóstico (Oliveira et al., 2021).

É preconizado o tratamento antiplaquetário, realizado através da administração da aspirina ou inibidores da glicoproteína 2b3a, além da utilização da recanalização, que contribui para a ocorrência do fluxo sanguíneo (Vidal et al., 2020).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo do tipo transversal e exploratório documental, baseado em dados presentes nos prontuários de clientes com diagnóstico de IAM atendidos em um serviço de referência do município de Campina Grande, Paraíba. A pesquisa documental favorece a aproximação do pesquisador a informações já existentes, as quais se tornam importantes fontes de consulta e de dados (Prodanov; Freitas, 2013).

3.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital João XXIII, serviço de referência localizado na cidade de Campina Grande-PB. O hospital é considerado uma empresa de saúde, criada em 23 de março de 1984, que conta com a prestação de serviços de emergência, urgência, ambulatorial e de internação, sendo no Município referência para atendimento cardíaco (João XXIII, 2023). Os arquivos para coleta das informações estão disponíveis no serviço e os dados foram coletados durante o mês de agosto do ano de 2023. Foi apresentado e solicitado a assinatura do representante

da instituição, sendo um termo de autorização da instituição (ANEXO B) e um termo de compromisso para utilização dos dados em arquivos (ANEXO C).

3.3 População e Amostra

A população foi composta por 600 clientes admitidos no serviço para tratamento clínico durante o período de janeiro de 2022 a maio de 2023 pelo SUS, visto que o período estabelecido retrata dados mais recentes da ocorrência dos casos.

Nesse contexto, a amostra foi composta por um total de 230 prontuários de clientes diagnosticados com IAM e atendidos no referido serviço, independente de sexo e idade.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

No tocante aos critérios de inclusão foram adotados os seguintes: prontuários de usuários que haviam recebido diagnóstico de IAM no período de janeiro de 2022 a maio de 2023, de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos os prontuários que corresponderam a outras patologias e com informações incompletas.

3.5 Coleta e Análise de Dados

Inicialmente foi apresentado o projeto para o responsável no serviço de referência e assinado o termo de Autorização Institucional (Anexo B), após isso, o projeto foi enviado para apreciação pelo Comitê de Ética. Após aprovação, os dados foram coletados em sala apropriada e reservada, mediante leitura dos prontuários e aplicação do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A), sendo contempladas informações relacionadas as características sociodemográficas, a data de ocorrência do caso, comorbidades associadas, tempo de internação, intercorrências e tipo de tratamento recebido.

Para tratamento e análise, os dados foram inseridos em bancos de dados no Microsoft Office Excel e apresentados em gráficos e tabelas. Foi utilizado método estatístico, a partir do cálculo de média e percentual, o que possibilita a apresentação de dados numéricos coletados nos prontuários (Gil, 2002).

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo está de acordo com a resolução nº466/2012 do CNS que orienta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos, de forma direta ou indireta, e que garante a privacidade dos sujeitos e preservação dos seus direitos (Brasil, 2012). Além disso, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética, mediante número de protocolo do CAAE: 70871923.7.0000.5187.

Reitera-se que foi garantido o sigilo e a privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa, mediante a não identificação dos mesmos (Brasil, 2012).

A fim de garantir o sigilo, a coleta dos dados foi realizada em uma sala apropriada e os prontuários selecionados foram apresentados nos resultados a partir da utilização das siglas Pront. 1, Pront. 2, Pront. 3 sendo realizada em ordem crescente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de promover um melhor entendimento sobre a construção da pesquisa, os resultados e discussão foram apresentados de forma simultânea. Nesse contexto foram explanados inicialmente dados referentes a idade e sexo dos pacientes diagnosticados com IAM no serviço, posteriormente foram trabalhadas as informações concernentes ao tempo de internação, principais formas de tratamento adotadas, intercorrências, comorbidades associadas, mês de alta e tipo de alta.

Mediante os achados apresentados na tabela 1, percebe-se que os pacientes diagnosticados com IAM e admitidos no serviço foram predominantemente da faixa etária entre 61 a 70 anos, a qual contou com 69 (30%) dos pacientes. Vale salientar a evidência de que a partir dos 41 anos houve aumento dos números.

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes de acordo com idade e sexo. Campina Grande, Paraíba, 2023. (n=230).

IDADE	Nº	%
20-30 anos	3	1,3
31-40 anos	5	2,2
41-50 anos	17	7,4
51-60 anos	48	20,9
61-70 anos	69	30
71-80 anos	53	23
81-90 anos	30	13
Acima de 90 anos	5	2,2
SEXO		
Feminino	95	41,3
Masculino	135	58,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Corroborando com os achados, a pesquisa desenvolvida por Ribeiro et al. (2021) que buscou investigar 150 prontuários de pacientes diagnosticados com IAM em uma UPA no município de João Pessoa-PB, verificou que 42,7% dos pacientes apresentavam 70 anos ou mais.

A pesquisa bibliográfica realizada por Troncoso et al. (2018) encontrou dados semelhantes, visto que identificou que a maior ocorrência de IAM no Brasil ocorre na faixa etária entre 60 e 80 anos, sendo mais prevalente em pessoas do sexo masculino.

Fiorin et al. (2022) Consideram que essa prevalência do IAM na pessoa idosa, decorre do próprio processo de envelhecimento associado a um estilo de vida inadequado. Sabe-se que esse segundo fator pode ser alterado a partir da inserção de hábitos mais saudáveis na rotina diária, a exemplo da alimentação e atividade física regular.

Verifica-se também a prevalência do sexo masculino 135 (58,7%) entre os pacientes diagnosticados com IAM no período, enquanto o sexo feminino correspondeu a 95 (41,3%).

Dados semelhantes foram encontrados nas pesquisas de Silva; Melo; Neves (2019), que foi realizada com 64 pacientes internados por IAM na Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (SCMG), dos quais 62,50% eram do sexo masculino e na de Melo et al. (2023) que analisou 917 internações por IAM no período de 2017 a 2022 no município de Palmas, sendo a maioria 640 dos casos também do sexo masculino.

Evidencia-se que a prevalência elevada de ocorrência da doença entre os homens, ocorre principalmente devido ao distanciamento destes dos serviços de

saúde, afastamento das práticas de autocuidado, dependência química, hábitos alimentares e de vida inadequados (Brasil, 2023b).

No tocante ao período de internação, a tabela 2 expressa a prevalência do número de pacientes por dias de internação.

Tabela 2 - Número de dias de internação dos pacientes com IAM.

Número de dias de internação	Número de pacientes
3 dias	8
4 dias	20
5 dias	31
6 dias	26
7 dias	19
8 dias	20
9 dias	23
10 dias	9
11 dias	11
14 dias	10
16 dias	6

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Diante dos dados, identificou-se uma prevalência de cinco e seis dias de internação, os quais contou com 31 (13,5%) e 26 (11,3%) dos pacientes atendidos, além disso, considera-se uma média de 8,45 dias. Vale salientar que os dados destacados na tabela 2 referem-se ao número de dias de internação mais prevalentes, visto que nos prontuários que compuseram a amostra houve um número diversificado de dias de internação, os quais em sua maioria contava com apenas um paciente.

Corroborando com a pesquisa desenvolvida por Alves e Polanczyk (2020), que buscou descrever a incidência, manejo terapêutico, desfechos clínicos hospitalares em pacientes hospitalizados em decorrência do IAM em uma cidade do Sul do Brasil, constatou-se que os dias de internação variou entre 6 e 10 dias, com uma média de 7 dias. No estudo realizado por Braga (2019) que utilizou informações acerca das internações por IAM em hospitais brasileiros presentes no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), também foi evidenciada uma prevalência de dias de internação entre 6 e 7 dias e meio.

Outro achado relevante nos prontuários analisados, correspondeu ao tratamento adotado diante dos casos de IAM no serviço, sendo utilizados a associação de uma diversidade de medicamentos, dos quais os mais prevalentes são apresentados na tabela 3:

Tabela 3 - Principais medicamentos utilizados no tratamento

Medicamento	Número de pacientes	%
ASS	172	74,8
Clopidogrel	166	72,2
Sinvastatina	131	56,9
Losartana	67	29,1
Clexane	66	28,7
Enalapril	53	23
Liquemine	48	20,9
Sustrate	45	19,5
Dipirona	44	19,1
Furosemida	43	18,7
Anlodipino	39	16,9
Caverdilo	37	16

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Diante dos dados apresentados na tabela 3, evidencia-se que os principais medicamentos utilizados no tratamento do IAM correspondeu ao ácido acetilsalicílico (ASS), o qual foi utilizado em 172 (74,8%) dos casos, seguido do clopidogrel em 166 (72,2%), e a sinvastatina em 131 (56,9%) dos casos.

Bett et al. (2022) referem que o tratamento instituído para pacientes com IAM contempla a utilização de analgésicos, anti-agregantes plaquetários, nitratos, reperfusão coronariana, intervenção coronariana percutânea, terapia de reperfusão química.

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e IAM, percebe-se que dentre os medicamentos mais utilizados para tratamento do IAM, encontram-se o betabloqueador, ácido acetilsalicílico (AAS), anticoagulante e hipolipemiante (Nicolau et al., 2021).

Na pesquisa desenvolvida por Alves (2020) em uma cidade do Sul do Brasil no período de 2011 e 2014, cujo objetivo foi descrever incidência, manejo terapêutico, desfechos clínicos hospitalares e eventos cardiovasculares do primeiro ano de seguimento dos indivíduos hospitalizados por STEMI, evidenciou-se que a terapia de reperfusão foi utilizada em 80,9% dos pacientes, e quase todos receberam dupla antiagregação plaquetária.

Concernente as principais intercorrências que ocorreram durante internação dos pacientes, identificou-se as que estão expostas na tabela 4 a seguir:

Tabela 4 - Intercorrências durante internação

Intercorrência	Número de pacientes
Parada Cardiorrespiratória	29
Rebaixamento dos níveis de consciência	7
Desconforto respiratório	4
Dor torácica	4
Cianose	4
Hipotensão	3
Desorientação	3
Picos hipertensivos	3
Instabilidade hemodinâmica	2
Aumento da Creatinina	2

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Percebe-se que a principal intercorrência durante o período de internação de pacientes com IAM, correspondeu a parada cardiorrespiratória (PCR) que atingiu 29 (12,6%) dos pacientes, seguida de rebaixamento do nível de consciência 7 (3%). Cabe destacar que destes, o desfecho de 28 foi a óbito e um usuário foi transferido para outro serviço.

Assemelha-se aos dados, os achados do estudo de Oliveira (2021), que ao avaliar 675 prontuários de pacientes internados no Hospital do Coração de Franca no período de julho de 2017 a junho de 2019, percebeu que as principais complicações durante a internação corresponderam a insuficiência renal, parada cardíaca e choque cardiogênico.

Além disso, verificou-se as comorbidades associadas, destacando-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus, como descrito na tabela 5 a seguir:

Tabela 5 - Principais comorbidades associadas

Comorbidade associada	Número de pacientes	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	170	73,9
Diabetes Mellitus	71	30,9
Tabagismo	30	13
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	16	7
Insuficiência Cardíaca Crônica	16	7
Infecção do Trato Urinário	7	3
Etilismo	6	2,6
Angina	6	2,6
Alzheimer	4	1,7
IAM prévio	4	1,7
Choque cardiogênico	4	1,7
Obesidade	4	1,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

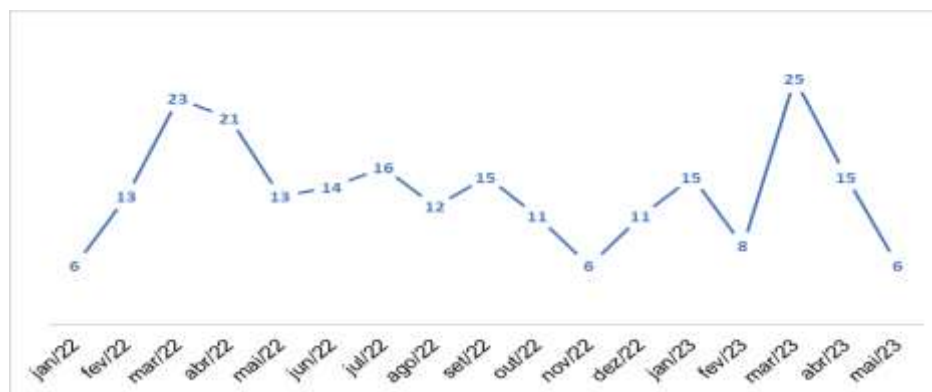
Tais dados foram evidenciados na revisão de literatura realizada por Freitas et al. (2022), que analisou artigos publicados entre os anos de 2016 a 2020 e expressou a predominância da hipertensão arterial e diabetes mellitus enquanto principais patologias associadas ao IAM, além disso, foi referido pelos autores que o tabagismo também se caracteriza como um fator para desenvolvimento e agravamento da doença.

Em concordância, Mussi e Teixeira (2018) relatam que a hipertensão arterial, o diabetes mellitus tipo 2 e o tabagismo se apresentam como principais comorbidades que se associam com a mortalidade por IAM sendo o número mais prevalente em homens, quando comparado as mulheres.

Outro estudo, desenvolvido por Fernandes et al. (2022) no Hospital Geral do Estado em Maceió/AL durante o período de 2017 a 2019, e que buscou analisar a incidência de casos de infarto agudo do miocárdio em pacientes com idade entre 18 e 40 anos, foi percebido que a prevalência da hipertensão, tabagismo e diabetes mellitus enquanto comorbidades estavam diretamente associadas ao IAM.

Posteriormente, no gráfico 2 são apresentadas informações pertinentes a alta dos pacientes, contemplando o número de altas no período entre janeiro de 2022 a maio de 2023, sendo percebida a prevalência de 25 altas durante o mês de março de 2023.

Gráfico 2- Prevalência de alta no período de 2022-2023



Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

A partir dos dados encontrados na revisão bibliográfica realizada por Costa et al. (2018) que analisou publicações no período de 2013 a 2017, e cujo objetivo foi

traçar o perfil demográfico de pacientes com IAM por meio de pesquisa bibliográfica e descritiva à luz da literatura brasileira, constatou-se que houve melhoria na qualidade da assistência e aumento da sobrevivência de pacientes diagnosticados e internados com IAM, o que por sua vez influencia nos dados relacionados a alta hospitalar.

Quanto ao tipo de alta, verifica-se 180 (78,3) dos pacientes foram liberados devido a melhora do quadro clínico, como evidenciado na tabela 6 a seguir:

Tabela 6 - Tipo de alta identificado.

Tipo de alta	Nº	%
Por melhora do quadro clínico	180	78,3
Óbito	39	17
Transferência	8	3,5
Alta a pedido	2	0,8
Não informado	1	0,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Semelhante ao presente estudo, a pesquisa de Alves (2020) realizada no hospital de Cardiologia no Rio Grande do Sul que avaliou prontuários do período de 2011 a 2014, verificou-se que as taxas de mortalidade entre os pacientes atendidos com IAM no serviço corresponderam a 8,9%, sendo a maioria liberados após alta hospitalar.

O estudo de Zeferino et al. (2023) que avaliou 445 prontuários clínicos em um hospital terciário do extremo Sul entre os anos de 2017 e 2018, evidenciou-se que o número de óbitos intra-hospitalar correspondeu a 41 (9,2%).

Em outro estudo realizado por Oliveira (2021), que avaliou 675 prontuários eletrônicos de pacientes internados em uma Unidade Coronariana do Hospital do Coração de Franca entre julho de 2017 e junho de 2019, foi percebido que em 616 dos prontuários os pacientes foram liberados por alta ou transferência, o que demonstra a eficácia das intervenções adotadas.

Diante disso, reitera-se a importância do enfermeiro frente ao paciente diagnosticado com IAM, visto que o profissional promove o acolhimento inicial, elabora a assistência de enfermagem, implementa um plano de cuidados que atenda as necessidades de cada paciente e colabore com o processo de reabilitação, além de ser responsável por promover a avaliação e reavaliação das intervenções adotadas e dos resultados alcançados (Aguiar et al., 2022).

5 CONCLUSÃO

Mediante os achados, percebe-se que o Infarto Agudo do Miocárdio se caracteriza como uma importante comorbidade cardiovascular que atinge um número considerável de indivíduos, o que o torna um importante problema de saúde pública.

A partir dos dados coletados nos prontuários analisados, evidenciou-se a prevalência da ocorrência do IAM em pacientes da faixa etária entre 61 a 70 anos e do sexo masculino, sendo o tempo de internação mais recorrente de 5 dias. Além disso, os medicamentos mais utilizados durante o tratamento foram o ASS, clopidogrel e sinvastatina. No tocante as intercorrências durante o tempo de internação, houve prevalência da parada cardiorrespiratória e rebaixamento do nível de consciência; e foi identificada a presença da hipertensão arterial sistêmica e da diabetes mellitus enquanto comorbidades associadas. Quanto as informações relacionadas a alta hospitalar, verificou-se um maior número em março de 2023 e que o principal tipo de alta correspondeu a alta por melhora do quadro clínico.

Considera-se que os dados alcançados através da pesquisa oportunizam o acesso a informações capazes de direcionar a tomada de decisão quanto as intervenções que devem ser adotadas durante a internação hospitalar, fator necessário para o alcance da alta. Além disso, tais achados orientam a implementação de práticas preventivas pré e pós ocorrência do IAM.

Quanto as limitações para execução da pesquisa, foram identificadas barreiras relacionadas ao acesso dos prontuários, visto que estes não eram eletrônicos, como também o acesso incompleto em decorrência de estar disponível apenas os do SUS. Outro fator limitante foi a não disponibilização de prontuários até o mês de julho de 2023, pois os do SUS encontravam-se no setor financeiro.

Além disso, percebeu-se que o número reduzido de produções acerca das internações decorrentes de IAM, foi um dos fatores que influenciou no acesso a dados que corroborassem com os achados da pesquisa. Por fim, evidencia-se a necessidade de novas pesquisas acerca da temática e realizadas em territórios diversos do Brasil.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A. K.; ASTER, J. C.; KUMAR, V. **Patologia Básica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

ABREU, S. L. L. *et al.* Óbitos intra e extra-hospitalares por infarto agudo do miocárdio nas capitais brasileiras. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 117, n. 2, p. 319-326, 2021.

AGUIAR, A. L. C. *et al.* Assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. 1-15, 2022.

ALMEIDA, M. A. *et al.* Aterosclerose como fator predisponente para a ocorrência do infarto agudo do miocárdio: uma revisão bibliográfica. **Revista Amazônica Science & Health**, v. 6, n. 2, p. 6-10, 2018. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/1777/pdf>. Acesso em: 11 jun. 2023.

ALVES, L.; POLANCZYK, C. A. Hospitalização por infarto agudo do miocárdio: um registro de base populacional. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 115, n. 5, p. 916-924, 2020.

ALVES, L. **Epidemiologia do infarto do miocárdio**: registro em uma cidade do Sul do Brasil e revisão sistemática contemporânea da letalidade hospitalar na América Latina e Caribe. 2020. Tese (Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Ataque cardíaco** (infarto). 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/ataque-cardiaco-infarto/>. Acesso em 30 abr. 2023.

_____. **Doenças cardiovasculares**: principal causa de morte no mundo pode ser prevenida. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/pt->

br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/09/doencas-cardiovasculares-principal-
causa-de-morte-no-mundo-pode-ser-prevenida. Acesso em: 30 abr. 2023.

_____. **Infarto Agudo do Miocárdio**. 2023a. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/infarto>. Acesso em: 19 jul.
2023.

_____. **Dados apontam maior risco de mortalidade por doenças crônicas na
população masculina**. 2023b. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-
br/assuntos/noticias/2022/julho/dados-apontam-maior-risco-de-mortalidade-por-
doencas-cronicas-na-populacao-masculina](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/julho/dados-apontam-maior-risco-de-mortalidade-por-doencas-cronicas-na-populacao-masculina). Acesso em: 07 out. 2023.

BARBOSA, N. K. G. da S. *et al.* Perfil de pacientes adultos com doenças
cardiovasculares no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Eletrônica Estácio Recife**,
v. 6, n. 2, p. 1-13, mar. 2021.

BARROS, E. de J. S. *et al.* Cuidados de enfermagem ao paciente acometido por
infarto agudo do miocárdio. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, p. 1-11, 2021.

BATISTA, T. dos S. *et al.* Assistência de enfermagem ao idoso em unidade de
terapia intensiva cardiológica: percepções do cuidar. **Revista Eletrônica Acervo
Saúde**, v. 13, n. 6, 2021.

BETT, M. S. *et al.* Infarto agudo do miocárdio: do diagnóstico à intervenção.
Research, Society and Development, v. 11, n. 3, p. 1-12, 2022.

BRAGA, L. L. **Análise da relação entre hospitais de alto e baixo volume com a
qualidade do serviço**: o caso de infarto agudo do miocárdio no Brasil, 2017. 2019.
Monografia (Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, 2019.

BRANT, L. C. C. *et al.* Burden of cardiovascular diseases attributable to risco factors
in Brazil: data from the “Global Burden of Disease 2019” study. **Rev. Soc. Bras.
Med. Trop**, v. 55, suppl. 1, p. 1-11, 2022. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/6gp6NLp9CHvVjmjQ4sQmpVv/>. Acesso em: 12 jun.
2023.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. **Usar o coração para cada
coração**: 29/9 – Dia Mundial do Coração. 2022. Disponível em:
[https://bvsmis.saude.gov.br/usar-o-coracao-para-cada-coracao-29-9-dia-mundial-do-
coracao/#:~:text=No%20Brasil%2C%20cerca%20de%2014,todos%20os%20%C3%
B3bitos%20no%20pa%C3%ADs](https://bvsmis.saude.gov.br/usar-o-coracao-para-cada-coracao-29-9-dia-mundial-do-coracao/#:~:text=No%20Brasil%2C%20cerca%20de%2014,todos%20os%20%C3%B3bitos%20no%20pa%C3%ADs). Acesso em: 10 out. 2023.

COSTA, F. A. S. *et al.* Perfil demográfico de pacientes com Infarto Agudo do
Miocárdio no Brasil: revisão integrativa. **SANARE**, Sobral, v. 17, n. 2, p. 66-73,
jul./dez. 2018.

DATASUS. **Internações segundo município**. 2023. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nipb.def>. Acesso em: 20 jul. 2023.

_____. **Óbitos por ocorrência segundo região**. 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 10 out. 2023.

DENMARK, K. T. *et al.* Fourth universal definition of myocardial infarction. **European Heart Journal**, v. 40, n. 3, p. 237-269, jan. 2019.

DOTTA, G. *et al.* Regional QT interval dispersion as an early predictor of reperfusion in patients with acute myocardial infarction after fibrinolytic therapy. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.112, n. 1, p. 20-29, 2019.

FAKHIRI, Y. *et al.* Automatic electrocardiographic algorithm for assessing severity of ischemia in ST-segment elevation myocardial infarction. **Internacional Journal of Cardiology**, v. 268, p. 18-22, out. 2018.

FERNANDES, L. T.; CAVALCANTE, D. A. L.; AMARANTES, W. A. Infarto agudo do miocárdio e suas características fisiopatológicas. **Renovare**, v. 1, a. 7, p. 203-215, mai. 2020.

FERNANDES, C. C. B. S. *et al.* Incidência de infarto agudo do miocárdio em pacientes adultos jovens em um hospital de Maceió/AL. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 495-506, jan./fev. 2022.

FIGUEIREDO, F. S. F. *et al.* Distribuição e autocorrelação espacial das internações por doenças cardiovasculares em adultos no Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 41, p. 1-10, 2020.

FIORIN, B. H. *et al.* Infarto agudo do miocárdio piora a dependência, atividade física e o estado emocional em idosos. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 24, n. 3 p. 7-13, jul./set. 2022.

FREITAS, M. A. R. de *et al.* Assistência médica no infarto agudo do miocárdio: revisão da literatura. **Rev. Corpus Hippocraticum**, v. 2, n. 1, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/603>. Acesso em: 20 out. 2023.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, M. J.; PAGAN, L. U.; OKOSHI, M. P. Tratamento não medicamentoso das doenças cardiovasculares/importância do exercício físico. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 113, n. 1, jul. 2019.

HILARIO, W. F.; HILARIO, L. S. de M. Aspectos bioquímicos e laboratoriais dos marcadores do infarto agudo do miocárdio (IAM). **PECIBES**, v. 8, n. 2, p. 6-10, dez. 2022.

IBANEZ, B. *et al.* Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. **European heart journal**, v. 39, n. 2, p. 119-111, 2018.

JOÃO XXIII. **O Hospital João XXIII**. 2023. Disponível em: <https://hospitaljoao23.com.br/>. Acesso em: 19 jul. 2023.

LOPES, D. M.; BRASILEIRO, M. A.; SILVA, Y. D. O. O papel do enfermeiro no atendimento de pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio: uma revisão integrativa. **Rev. Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 2, p. 84-93, 2019.

MELO, R. R. M. *et al.* Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio no município de Palmas-TO de 2019 a 2022. **Rev. De Patologia do Tocantins**, v. 10, n. 2, p. 155-160.

MOREIRA, V. C.; TICLI, F. K. Biomarcadores do infarto agudo do miocárdio: biomarcadores atuais e perspectivas de novos marcadores. **Rev. Saúde em Foco**, n. 14, p. 21-30, 2022.

MULAI, E. M. Q. **Anatofisiologia Cardíaca**. 2019. Dissertação (Ciências Biomédicas) – Universidade da Beira Interior, 2019.

MUSSI, F. C.; TEIXEIRA, J. R. B. Doenças isquêmicas do coração e masculinidade como fatores de risco cardiovascular. **Rev. Cubana Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 370-383, 2018.

NAMMUR, A. C. D. *et al.* Limitações no pós-infarto agudo do miocárdio e repercussões na qualidade de vida do paciente. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. 1-19.

NICOLAU, J. C. *et al.* Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST-2021. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 117, n. 1, jul. 2021.

OLIVEIRA, L. W. de. **Protocolo de assistência do paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência**. 2019. Graduação (Enfermagem) – Faculdade Doctum de Serra, 2019.

OLIVEIRA, G. M. M. de *et al.* Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 115, n. 3, p. 308-439, 2020.

OLIVEIRA, R. P. C. de. **Caracterização dos fatores de risco para infarto agudo do miocárdio em pacientes internados no interior do Estado de São Paulo: subsídios para estratégias de promoção de saúde**. 2021. Dissertação (Promoção de Saúde) – Universidade Franca. 2021.

OLIVEIRA, L. P. L. *et al.* Análise dos casos de infarto agudo do miocárdio e dos seus índices de mortalidade na região Pireneus em Goiás. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 12129-12139, mai./jun. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/30714>. Acesso em: 09 jun. 2023.

PASSINHO, R. S. *et al.* Sinais, sintomas e complicações do infarto agudo do miocárdio. **Rev. De Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 1, p. 247-64, jan. 2018.

PEREIRA, C. W. S.; SOUZA, B. S. B.; ALVES, G. L. **Utilização dos marcadores bioquímicos troponina e peptídeo natriurético cerebral no diagnóstico do infarto agudo do miocárdio**: evidências da literatura. 2022. Graduação (Biomedicina) – Universidade Ânima, 2022.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RIBEIRO, K. R. A. *et al.* Knowledge of acute myocardial infarction: implications for nursing care. **Rev. Enferm UFPI**, v. 5, n. 4, p. 63-8, out./dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5546>. Acesso em: 10 jun. 2023.

RIBEIRO, H. P. B. *et al.* Infarto agudo do miocárdio: perfil clínico e fatores associados ao óbito em pacientes atendidos em uma unidade de pronto atendimento. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 3, p. 32319-32330, mar. 2021.

ROCHA, G. A. *et al.* **Panorama sobre a identificação dos sinais e sintomas do infarto agudo do miocárdio pela população da cidade de Anápolis, Goiás**. 2020. Graduação (Medicina) – UniEvangélica, 2020.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do Segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 15, n. 2, ago. 2015b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/VPF5J5cmYSyFFfM8Xfd7dkf/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

_____. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de telecardiologia no cuidado de pacientes com síndrome coronariana aguda e outras doenças cardíacas. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 104, n. 5, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/BrfX5fR9gf9Xsxr4RHphrFd/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2023.

SIERVULI, M. T. F. *et al.* Infarto do miocárdio: alterações morfológicas e breve abordagem da influência do exercício físico. **Rev. Brasileira de Cardiologia**, v. 27, n. 5, p. 349-355, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-742406>. Acesso em: 12 jun. 2023.

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. **Rev. Brasileira Militar de Ciências**, v. 5, n. 13, p. 8-14, 2019.

SWEIS, R. N. **Visão geral das síndromes coronarianas agudas (SCA)**. Manual MSD, EUA, jul. de 2020. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-cardiovasculares/doen%C3%A7a->

coronariana/vis%C3%A3o-geral-das-s%C3%ADndromes-coronarianas-agudas-sca. Acesso em: 18 de abr. de 2023.

SWEIS, R.; JIVAN, A. **Infarto agudo do miocárdio (IAM)**. Manual MSD, EUA, jun. 2022. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-cardiovasculares/doen%C3%A7a-coronariana/infarto-agudo-do-mioc%C3%A1rdio-iam>. Acesso em: 10 jun. 2023.

TEIXEIRA, A. B. *et al.* Otimização da terapia de reperfusão no infarto agudo do miocárdio com supradesnível do Segmento ST por meio de telemedicina baseada no WhatsApp. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 118, n. 3, p. 556-564, 2022.

TRONCOSO, L. T. *et al.* Estudo epidemiológico da incidência do infarto agudo do miocárdio na população brasileira. **Rev. Caderno de Medicina**, n. 1, p. 91-101, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/denny/Downloads/957-3470-1-PB.pdf>. Acesso em: 08 out. 2023.

VADUGANATHAN, M. *et al.* A carga global de doenças e riscos cardiovasculares: uma bússola para a saúde futura. **JACC Journals**, v. 80, n. 25, p. 2361-2371, 2022. Disponível em: <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2022.11.005>. Acesso em: 13 jun. 2023.

VIDAL, V. S. *et al.* Infarto agudo do miocárdio: revisão sistemática sobre uma das maiores causas de mortalidade no mundo e dados sobre a doença. **Ciências da Saúde**, n. 6, 2020. Disponível em: <https://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/view/2070>. Acesso em: 10 jun. 2023.

ZEFERINO, H. T. *et al.* Incidência e fatores de risco associados ao infarto agudo do miocárdio sem obstrução coronariana. **Journal Health NPEPS**, v. 8, n. 1, p. 1-14, jan./jun. 2023. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/10656/7666>. Acesso em: 09 out. 2023.

WANG, G. *et al.* Electrocardiogram: His bundle potentials can be recorded noninvasively beat by beat on surface electrocardiogram. **BCM Cardiovascular Disorders**, v. 17, n. 1, p. 1-8. Disponível em: <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-017-0516-3>. Acesso em: 20 abr. 2023.

WHO. World Health Organization. **Cardiovascular diseases**. 2019. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1. Acesso em: 19 abr. 2023.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Prontuário: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Tempo de internação: _____

Tipo de tratamento: _____

Intercorrências: _____

Comorbidades associadas: _____

Data da alta: ____/____/____

Tipo de alta: () alta por melhora do quadro clínico

() transferência

() óbito

ANEXO A - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA

TÍTULO DA PESQUISA: INCIDÊNCIA DE CASOS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB

Eu, Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida, portadora do CPF 272 613 364-91 professora orientadora, vinculada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, declaro que estou ciente do referido projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que possam cumprir integralmente as Diretrizes da Resolução 466/2012 e a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Ca



Prof. Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida (Orientadora)



Ayrlané Eloá Lustosa (Orientanda)

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI)

Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI)**

Sistema de Assistência Social e de Saúde
CNPJ 07.678.950/0001-19
Rua Nilo Peçanha, 83, Prata

Estamos cientes da intenção e autorizamos a realização do projeto intitulado "Incidência de casos de infarto agudo do miocárdio em um serviço de referência do município de Campina Grande-PB" desenvolvida pela aluna Ayrlane Eloá Lustosa do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida.

CAMPINA GRANDE, 24 de julho de 2023

Hadassa Gouveia
Administração Hospitalar
CRC/PB 12696/O-5

Nome e Assinatura do responsável da Instituição/Entidade

NOTA: A Instituição cedente poderá ter seu próprio modelo de autorização, portanto, checar os dados acima se constam no TAI da Instituição

ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE ARQUIVO OU PRONTUÁRIO (TCDA)

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE ARQUIVO OU PRONTUÁRIOS (TCDA)

Título do Projeto: Incidência de casos de infarto agudo do miocárdio em um serviço de referência do município de Campina Grande-PB

Pesquisador responsável: Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida

Nome dos Pesquisadores participantes: Ayrlane Eloá Lustosa

Instituição e setor onde serão coletados os dados: Hospital João XXII no setor administrativo com busca de fichamentos, livros de registros e outras variáveis clínicas, para registro e análise de dados, na elaboração e conclusão deste estudo.


O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- I Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o participante da pesquisa.

De modo que, tais compromissos estão em conformidade com as Diretrizes previstas na Resolução nº 466 de 2012 e / ou na Resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 29 de julho de 2023...

Assinar o nome legível de todos os pesquisadores:



Orientador (a)



Orientando (a)

ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO nº 466 de 2012 e / ou RESOLUÇÃO nº 510 de 2016 DO CONEP/CNS/MS (TCPR)

Título da Pesquisa: Incidência de casos de infarto agudo do miocárdio em um serviço de referência do município de Campina Grande-PB

Eu, Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida, Professora do Curso de Enfermagem, da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 685.945 SSP/PB e CPF: 272.613.364-91 - comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução nº. 466 de 2012 e / ou Resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Campina Grande, 31 julho 2023



Assinatura do(a) Pesquisador responsável Orientador(a)

AGRADECIMENTOS

“Porque dele, e por meio dele, e para ele são todas as coisas, a ele, pois, a glória eternamente.” Romanos 11:36. Primeiramente gostaria de agradecer a Deus pela sua bondade e fidelidade em minha vida, por me sustentar em momentos difíceis e me guiar em toda trajetória da graduação.

Agradeço a minha amada mãe Eliane por ser meu alicerce, meu incentivo e minha maior inspiração para correr em busca dos meus sonhos. Obrigada por tudo e sempre serei grata pelo seu amor.

Ao meu noivo, que não mediu esforços para me ajudar, por estar sempre ao meu lado, por ser companheiro mesmo em momentos de estresses, e por compreender meus momentos de ausência. Te amo muito!

Aos meus amigos de curso, em especial Carol e Thalyta, que se tornaram parte de minha família, trazendo alegria e leveza, além de contribuírem em todo meu processo de formação.

À minha orientadora Sueli, gratidão pelo acolhimento, por ter aceitado ser minha orientadora nesse momento tão importante da minha vida acadêmica e pela total atenção e orientações valiosas. Sou imensamente grata a Deus ter colocado a senhora em minha trajetória.

A minha banca examinadora Ann e Keylla por ter aceitado o convite e pelas importantes contribuições no aprimoramento deste trabalho.

Ademais, agradeço as pessoas que passaram em minha vida e contribuíram direta ou indiretamente para que esse sonho pudesse estar tornando realidade.

E Por fim, a Universidade Estadual da Paraíba e seu corpo docente, administração e coordenação por terem se dedicado para acrescentar conhecimento e me moldar na prática de enfermagem e em ser um humano melhor. Gratidão sempre!