



PERFIL DA POPULAÇÃO ACOMETIDA POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

PROFILE OF THE POPULATION AFFECTED BY ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

EL PERFIL DE LA POBLACIÓN AFECTADA POR EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Isabella Félix Meira Araújo¹, Isleide Santana Cardoso Santos², Agnes Claudine Fontes de La Longuinere³, Paulo da Fonsêca Valença Neto⁴, Thainara Araujo Franklin⁵

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil da população acometida por infarto agudo. **Método:** estudo descritivo, retrospectivo, de análise documental, com abordagem quantitativa, realizada na unidade de Emergência do Hospital Geral Prado Valadares de Jequié (BA), Brasil. A amostra foi constituída de 106 prontuários. Utilizou-se o programa Microsoft® Excel2010 para análise de dados, apresentados em forma de tabelas. **Resultados:** 66% dos infartados eram do sexo masculino e 34% do sexo feminino, com média de 65,3 anos, sendo a predominância de 34% autodeclarados pardos, 33% casados, 7,5% apresentaram-se sem escolaridade, 47,2% tinham hipertensão arterial sistêmica e 31,2% eram fumantes. O índice de mortalidade chegou a 20,8%. **Conclusão:** evidenciou-se a hipertensão arterial como o fator de risco mais prevalente no evento do infarto agudo, além de evidenciar um índice expressivo de mortalidade hospitalar, demonstrado igualmente em outras literaturas. **Descritores:** infarto do miocárdio; doenças cardiovasculares; urgência; mortalidade.

ABSTRACT

Objective: to characterize the profile of the population affected by acute infarction **Method:** descriptive study, retrospective, with documentary analysis and quantitative approach, conducted at the Emergency Unit of the General Hospital Prado Valadares de Jequié (BA), Brazil. The sample consisted of 106 medical records. The software Microsoft® Excel2010 was used for data analysis, and the results were organized in tables. **Results:** from the people affected by the infarction, 66% were men and 34%, women, with an average of 65.3 years old; 34% self-reported brown, 33% were married, 7.5% had no education, 47.2% had systemic arterial hypertension, and 31.2% were smokers. The mortality rate achieved 20.8%. **Conclusion:** one highlighted the arterial hypertension as the main factor for the acute infarction, besides enhancing a significant rate of hospital mortality, equally reported by other authors. **Descriptors:** Myocardial Infarction; Cardiovascular Diseases; Urgency; Mortality.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil de la población afectada por el infarto agudo. **Método:** estudio descriptivo, retrospectivo, con análisis de documento y un enfoque cuantitativo, realizado en la Unidad de Urgencias del Hospital General Prado Valadares Jequié (BA), Brasil. La muestra consistió de 106 registros. El programa Microsoft® Excel2010 fué usado para el análisis de los datos, presentados en tablas. **Resultados:** 66% de infartado eran hombres y 34%, mujeres, con una edad media de 65,3 años, 34% marrones autodeclarados, 33% casadas, 7,5% sin escolaridad, 47,2% tenía hipertensión, y el 31,2% eran fumadores. La tasa de mortalidad alcanzó el 20,8%. **Conclusión:** se evidenció la hipertensión arterial como el factor principal de riesgo en el infarto agudo, y una tasa significativa de la mortalidad hospitalaria, también demostrado en otras literaturas. **Descritores:** Infarto del Miocardio; Enfermedades Cardiovasculares; Urgencias; Mortalidad.

¹Enfermeira, Pós-graduanda, em Enfermagem na Urgência, Emergência e Terapia Intensiva, Centro de Formação Profissional/iProfit, Graduada em Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: isabellafelixmeira@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Mestre, Em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia/UFBA, Doutoranda em Enfermagem, Pós-graduação em Enfermagem/Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: isleide71@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Professora Mestranda, Pós-Graduação em Enfermagem/Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: agnesfontes@yahoo.com.br; ⁴Educador Físico, Mestre em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB, Doutorando, Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia/ISC/UFBA. Jequié, (BA), Brasil. E-mail: paulonetofonseca@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Mestranda, Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: thainarafranklin@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) destacam-se, dentre as doenças crônicas, como as principais causas de morte tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento.¹ O cenário epidemiológico mundial vem apresentando mudanças no decorrer dos anos. Foi a partir da década de 1960 que a diminuição das doenças infecto-parasitárias (DIP) e o aumento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) vem se acentuando, dentre elas merecendo destaque as doenças do aparelho circulatório, devido à sua grande magnitude.²

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS),² a cada ano 17,1 milhões de indivíduos morrem devido a doenças cardiovasculares. Dentre os 20 milhões de indivíduos que sofrem dessas doenças cardíacas, aproximadamente 12 milhões são vítimas fatais do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Baseado nos atuais padrões avalia-se que em 2030 a estimativa chegue a cerca de 23 milhões de óbitos por doenças cardiovasculares no mundo.² A taxa de mortalidade por essa doença no Brasil também é considerada extremamente alta, sendo responsável por 6 a 10% dos óbitos, o que significa 300 a 400 mil casos anuais.³ Na Bahia, no ano de 2011, esse índice atingiu 4.649 mil indivíduos.⁴

O termo *infarto agudo do miocárdio* significa basicamente a morte de cardiomiócitos, causada por isquemia prolongada. Em geral, essa isquemia é causada por trombose e/ou vasoespasmos sobre uma placa aterosclerótica. Na maioria das vezes há formação de trombo sobre placas vulneráveis, inflamadas, ricas em lipídios e com capa fibrosa delgada, e, numa pequena parcela, está relacionada à erosão dessa placa aterosclerótica.⁵

O IAM ainda é uma das maiores causas de morbidade, mortalidade e incapacitação entre os países ocidentais desenvolvidos, sendo um grande problema de saúde pública mundial.⁶ Logo, por ser uma doença de grande impacto, deve ser considerada como um importante indicador de padrões de qualidade de políticas em saúde coletiva.

Os estudos epidemiológicos mostram taxas de mortalidade do IAM de aproximadamente 30%, sendo que metade desses óbitos ocorre nas primeiras duas horas do evento e 14% dos indivíduos morrem antes de receber atendimento médico.⁷ Pesquisa mostra que apenas 80% dos pacientes com dor torácica aguda procuram o setor de emergência, isso porque a consequente interpretação errônea e o desconhecimento dos sintomas da doença

são fatores associados à demora na busca pela ajuda, o que dificulta o diagnóstico precoce, o tratamento e acarreta no aumento da incidência de complicações e até mesmo de óbitos, motivos estes que justificam nosso estudo ser realizado nesse setor.⁸⁻⁹ Apesar desses números, os pacientes que precocemente foram admitidos no serviço de emergência hospitalar se beneficiaram com os avanços terapêuticos no decorrer das últimas décadas.⁶

Diante dos dados, surgiu o questionamento que norteou o delinear da pesquisa: Qual o perfil dos pacientes acometidos pelo IAM no Hospital Geral do município de Jequié (BA)?

Ressalta-se a grande importância de traçar, com esse estudo, o perfil dos pacientes que sofreram o evento do IAM para que se possa agir de forma mais incisiva na formulação de políticas públicas capazes de reduzir as taxas de morbimortalidade, através da prevenção e controle dos fatores de risco para essa doença. Assim, este estudo tem como objetivo:

- Caracterizar o perfil da população acometida por infarto agudo.

MÉTODO

Estudo descritivo, retrospectivo, de análise documental, com abordagem quantitativa, desenvolvido na unidade de Emergência do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), um dos principais hospitais de referência regional do interior do Estado da Bahia, abrangendo aproximadamente 30 municípios e uma população de 600 a 900 mil habitantes, localizado no polo regional de saúde na cidade de Jequié (BA), Brasil.¹¹ Os dados foram coletados, no mês de agosto de 2013, através de prontuários dos pacientes, arquivados no setor do Serviço de Arquivo Médico (SAME) do referido Hospital. Do total de 2.424 internações registradas no ano de 2012, a população de pacientes com diagnóstico principal de IAM constituiu-se de 106 prontuários.

O estudo incluiu variáveis de acordo com categorização de caráter sociodemográficas, como: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e município de residência; informações sobre doenças de base: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e *Diabetes Mellitus* (DM); informações sobre os hábitos de vida: tabagismo e etilismo e os achados clínicos: eletrocardiograma do infarto, enzimas cardíacas (creatinoquinase MB (CK-MB), troponina cardíaca T (TnTc) e troponina cardíaca I (TnIc)) e colesterol/triglicérides.

Algumas variáveis citadas se fizeram ausentes ou tiveram informações subnotificadas nos prontuários, no entanto, constituiu parte do estudo visto sua importância primordial no evento do IAM. Os dados resgatados foram analisados e apresentados em tabelas para apreciação, e aqueles que não constaram no prontuário foram citados na pesquisa e classificados como variáveis ignoradas.

Para a análise dos dados da presente pesquisa foi utilizado o programa Microsoft® Excel2010, através do qual também se procedeu a caracterização das variáveis do estudo em frequências relativas e absoluta, a média e desvio padrão de cada categoria de variáveis.

No que se refere aos aspectos éticos e legais, este estudo obedeceu à Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde-CNS e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob nº CAAE 15052613.2.0000.0055, sendo aprovado e liberado para a coleta de dados.¹²

RESULTADOS

Da população estudada de 106 prontuários, 66% eram do sexo masculino e 34% do sexo feminino, com média de 65,3 ($\pm 13,8$) anos, evidenciando uma notável porcentagem de 35 (33,0%) de casados, conforme demonstrado na Tabela 1.

Com relação à escolaridade, e a partir dos dados que estavam preenchidos nos prontuários, a maioria dos sujeitos apresentou-se sem escolaridade (7,5%). Quanto a variável raça/cor autodeclarada dos pacientes houve predominância da parda, representando 36 (34%) dos indivíduos.

Tabela 1. Perfil clínico, sociodemográfico e de mortalidade da população diagnosticada com Infarto Agudo do Miocárdio no Hospital Geral Prado Valadares, no ano de 2012. Jequié (BA), 2013.

Variáveis (n)	n	%
Feminino	36	34,0
Masculino	70	66,0
Sexo (106)		
Escolaridade (106)		
Sem Escolaridade	08	7,5
Até 8 anos	05	4,7
Acima de 8 anos	05	4,7
Em branco	88	83,0
Situação conjugal (106)		
Solteiro	26	24,5
Casado	35	33,0
Divorciado	01	0,9
Viúvo	03	2,8
Em branco	41	38,7
Raça/Cor (106)		
Pardo	36	34,0
Negro	01	0,9
Branco	03	2,8
Em branco	66	62,3
Hipertensão/Diabetes (106)		
HAS	50	47,2
DM	04	3,8
HAS + DM	38	35,8
Nenhum	11	10,4
Dado Ignorado	03	2,8
Alta Hospitalar (106)		
Óbito	22	20,8
Transferência	01	0,9
Melhorado	83	78,3
Tabagismo/Etilismo (106)		
Tabagista	27	25,5
Etilista	2	1,9
Tab+ Eti	6	5,7
Nenhum	4	3,8
Dado ignorado	67	63,2
Diagnostico ECG (106) ²		
IAM sem SST ³	34	32,1
IAM com SST	72	67,9

1 Variável contínua expressa como média + desvio padrão; 2ECG: Eletrocardiograma; 3 IAM: Infarto Agudo do Miocárdio; SST: Supradesnível do segmento ST.

No que concerne as variáveis de comorbidades a maior prevalência foi de IAM com 50 (47,2%), seguido do DM com 42 (39,6%) sujeitos. Os valores da Pressão Arterial (Sistólica -PAS e Diastólica- PAD) e os valores glicêmicos tiveram média de 155,4 (\pm 32,59) e 92,63 (\pm 17,89), seguido de 189,5 mg/dL (\pm 113,23), respectivamente, considerando os primeiros dados colhidos dos prontuários dos pacientes após admissão (tabela 3).

Além dessas variáveis, os fatores de risco independentes como o tabagismo esteve presente no histórico dos prontuários em cerca de 33 (31,2%) indivíduos, sendo que, isoladamente e concomitante com o etilismo, chegou a 27 (25,5%) e 6 (5,7%) sujeitos, respectivamente. Ressaltamos que o etilismo esteve presente neste estudo em uma amostra de 8 (7,6%) indivíduos.

O mais evidente e incidente diagnóstico encontrado em nossa pesquisa, a partir do exame Eletrocardiograma (ECG), foi do IAM com SST, com 72 (67,9%) sujeitos.

Em relação ao número de óbitos da população estudada, a prevalência foi de 20,8%. Na tabela 2 está exposta a procedência dos pacientes admitidos com diagnóstico principal de IAM, sendo estes municípios os que fazem parte da abrangência do HGPV. A cidade de Jequié-BA apresentou a maior prevalência, com 63,8% de indivíduos.

Tabela 2. Municípios de procedência da população diagnosticada com Infarto Agudo do Miocárdio, atendidos no Hospital Geral Prado Valadares, no ano de 2012. Jequié (BA), 2013.

Cidade	n	%
Jequié	67	63,8
Itagiba	3	2,9
Brejões	1	1,0
Santa Inês	1	1,0
Ibirataia	2	1,9
Lafaiete Coutinho	1	1,0
Ipiaú	7	6,7
Itamari	1	1,0
Boa nova	1	1,0
Apuarema	2	1,9
Jitauna	6	5,7
Maracás	5	4,8
Nova Itarana	1	1,0
Itagi	3	2,9
Planaltino	2	1,9
Itaquara	2	1,9
Total	106	100,0

Conforme o tempo de permanência dos pacientes vítimas do infarto agudo na instituição teve uma média de 6,6 ($\pm 5,47$) dias de internamento.

Utilizou além do exame ECG para confirmação do diagnóstico IAM os marcadores bioquímicos realizados na instituição, encontrando a média dos valores de Isoenzima MB da creatinoquinase (CKMB), CKMB total e Troponina T de 82,95 ($\pm 92,69$), 914,84 ($\pm 1203,62$) e 760,59 ($\pm 853,67$),

respectivamente.

Tabela 3. Perfil clínico-laboratorial da população diagnosticada com Infarto Agudo do Miocárdio, atendidos no Hospital Geral Prado Valadares, no ano de 2012. Jequié (BA), 2013.

Variáveis	MÉDIA (DP)
Dias de internação	6,6 + 5,47
Pressão sistólica	155,4 + 32,59
Pressão diastólica	92,63 + 17,89
Glicemia	189,5 + 113,23
CKMB1	82,95 + 92,69
CKMB_Total	914,84 + 1203,62
Troponina T	760,59 + 853,67

1 CKMB : isoenzima MB da creatinoquinase.

DISCUSSÃO

A definição de um fator de risco é qualquer elemento clínico ou laboratorial associado à probabilidade de a doença ocorrer e sua progressão durante um período de tempo variável. A associação dos fatores de risco que se observa entre as populações não serão necessariamente os mesmos, até porque o processo aterosclerótico é influenciado pelos fatores ambientais e a suscetibilidade genética.¹³

No presente estudo o sexo masculino foi predominante. O resultado encontra-se em consonância com a literatura.¹⁴⁻⁵ Estudo realizado na maior sala de emergência do Sul do país, onde foram avaliados 152 pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA), verificou que 67,6% dos casos foram do sexo masculino e 32,4% do sexo feminino, com

média de 61 anos ($\pm 10,3$).¹⁴ Ainda no que se refere ao gênero, em outro estudo realizado em Teresina - PI não mostrou diferenças significativas entre homens e mulheres, embora houvesse predominância de 56,2% no sexo masculino.¹⁵

Avaliando os fatores de risco para o IAM, estudos reiteram que o nível de educação apresenta-se inversamente proporcional à doença.¹³

Dentre as variáveis analisadas a que apresentou discrepância entre outros estudos foi a raça/cor autodeclarada dos pacientes. A literatura evidencia a incidência maior de IAM em indivíduos brancos¹⁶, pesquisa semelhante concluiu que os pacientes da raça branca apresentaram IAM de oito a dez anos a mais que os da raça negra.¹⁷

Quanto às comorbidades, a hipertensão arterial aparece como a mais frequente,

Meira IF, Santos ISC, La Longuiniere ACF de et al.

semelhança estatística ocorrida em outros estudos sobre prevalência da HAS no evento do IAM¹⁸. Pesquisa realizada no Pronto Atendimento do Hospital Universitário no Município de Belo Horizonte/MG constatou essa doença em 27 (71%) dos pacientes infartados.¹⁹ Os valores limítrofes para adulto hipertensos são definidos pela pressão arterial sistólica (PAS) entre 130 e 139mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) entre 85 e 89mmHg.²⁰ Vale salientar que esta comorbidade crônica representa um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, contribuindo para um aumento de duas a três vezes mais chances de ocorrer o IAM quando comparado a indivíduos que a não apresentam.²¹

Entre os múltiplos fatores que influenciam no curso da HAS, destacam-se aqueles que são modificáveis, pelo seu alto índice na população e por ser a principal preocupação das políticas de saúde pública.²² Expõe-se que esses fatores são influenciados pelas condições de vida da população e se expressam em suas ações de vida, nas inter-relações pessoais estabelecidas e no contexto sociocultural que se encontram.²³

O evento do IAM ocorre com mais de 10 anos de antecedência nos fumantes comparado aos não fumantes, contribuindo para a diminuição do acúmulo de outros fatores de risco relacionados à doença.³ Estudo demonstrou que essa doença esteve presente em 61 (40,1%) dos indivíduos, aproximando-se dos dados desse estudo.¹⁵

Evidenciou-se, no presente estudo, o tabagismo como o fator de risco independente mais importante para IAM. Em consonância à nossa pesquisa, outra análise realizada em Porto Alegre, o tabagismo foi o fator de risco prevalente (76,3%).²⁴

Em relação ao diagnóstico, o ECG é o exame mais importante na confirmação do IAM, devendo ser realizado idealmente em menos de 10 minutos da apresentação à emergência, visto que é o centro do processo decisório inicial em pacientes com suspeita de isquemia.^{6,3} No presente estudo demonstrou a maior prevalência de IAM com SST, contudo em uma pesquisa em Porto Alegre relatou maior prevalência do IAM sem SST, no qual obteve 50,7%, no diagnóstico dos sujeitos da sua análise.¹⁴

Pôde-se observar que a taxa de mortalidade desse estudo foi em consonância com uma pesquisa efetivada no Rio de Janeiro, visando a analisar o perfil e fatores associados ao óbito hospitalar nas internações por IAM no município, onde chegou a letalidade de 20,6% em uma amostra aleatória

Perfil da população acometida por infarto agudo...

estratificada de 391 prontuários.²⁵

Ressaltam-se os valores expressivos de dados ignorados na população estudada nesta pesquisa. Algumas variáveis foram prejudicadas devido à incompleta informação prestada no prontuário do paciente. A importância do preenchimento adequado deste documento contribui tanto para a melhoria da assistência prestada ao indivíduo quanto para o planejamento de ações em saúde coletiva que visem à alimentação saudável, a prática regular de atividade física, o lazer, a participação social, e a qualidade de vida toda a população.

Ainda no que concerne o diagnóstico e prognóstico dos pacientes foram utilizados os marcadores bioquímicos. Estes marcadores de lesão miocárdica são macromoléculas intracelulares liberadas após lesão da membrana do sarcolema dos miócitos decorrente de necrose.^{26,27}

A creatinofosfoquinase-MB (CK-MB) é uma enzima que catalisa a constituição de moléculas de alta energia e com isso evidentemente é encontrada em tecidos que as consomem, a exemplo dos músculos cardíaco, esquelético e tecido nervoso. Já as troponinas cardíacas são proteínas do complexo miofibrilar localizadas somente no músculo cardíaco. Elas obtêm alta sensibilidade, por isso mínimas elevações são compatíveis com pequenos (micro) infartos, mesmo em ausência de elevação da CK-MB.²⁸

Nessa perspectiva faz-se necessário educar os indivíduos quanto aos fatores de risco, sinais e sintomas do IAM para que se identifique precocemente, sendo que 40 a 60% dos óbitos ocorrem na primeira hora e aproximadamente 80% nas primeiras 24 horas.²⁹ A SBC destaca a importância da adesão à comunidade às ações em prevenção em saúde, e, por parte das equipes de saúde, o desenvolvimento de políticas e programas que permitam a educação em saúde em escolas, igrejas, empresas, associações esportivas para reduzir o índice de mortalidade por IAM.^{3,30}

CONCLUSÃO

Os resultados dessa pesquisa mostram a HAS como o fator de risco mais prevalente no evento do IAM, além de evidenciar um índice expressivo de mortalidade hospitalar nos pacientes com diagnóstico definitivo, demonstrado igualmente em outras literaturas. A maior limitação do estudo foi relacionada à incompletude dos dados, portanto é de notória importância o preenchimento correto e completo do prontuário, favorecendo a continuidade e

Meira IF, Santos ISC, La Longuiniere ACF de et al.

qualidade da assistência prestada aos pacientes pela equipe multiprofissional.

São necessárias estratégias de promoção à saúde como aliados à mudança de hábitos de vida da população, abrangendo o abandono de rotinas como alimentação inadequada, o sedentarismo, a obesidade, o estresse da vida moderna, o abuso de drogas ilícitas, o consumo de tabaco e o uso nocivo do álcool. Faz-se necessário identificar o perfil que caracteriza a população acometida pelo IAM, visto que cada indivíduo apresenta suas limitações e características próprias, influenciado pelo meio inserido, contribuindo deste modo na implementação de políticas em saúde que visem à prevenção dos fatores de risco e redução da incidência da doença na cidade e região.

REFERÊNCIAS

1. Cesse EAP, Carvalho EF, Souza WV, Luna CF. Tendência da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no Brasil: 1950 a 2000. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2009 [cited 2015 June 05];93(5):490-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n5/a09v93n5.pdf>
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2011 [cited 2015 June 05]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.
3. Piegas LS, Timerman A, Nicolau JC, Mattos LA, Rossi Neto JM, Feitosa GS. III Diretriz Sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio - Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2004 [cited 2015 June 05];83:1-86. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2004/DirIII_TratIAM.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de Saúde: DATASUS. Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório. Bahia: Ministério da Saúde [Internet]. 2001 [cited 2015 Dec 05]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.def>
5. Davies MJ. The pathophysiology of acute coronary syndromes. Heart [Internet]. 2000 [cited 2015 June 05];83(3):361-6. Available from: <http://heart.bmj.com/content/83/3/361.full.pdf+html>
6. Pesaro AEP, Serrano CVJ, Nicolau JC. Infarto agudo do miocárdio-síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2004 [cited 2015 June 05];50(2):214-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20786.pdf>
7. Van de Werf F, Ardissino D, Betriu A, Cokkino DV, Falk E, Fox KA, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European heart journal

Perfil da população acometida por infarto agudo...

- [Internet]. 2003 [cited 2015 June 05];24(1):28-66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12559937>
8. Franco B, Rabelo E, Goldemeyer S, Souza E. Pacientes com infarto agudo do miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviço de emergência: implicações para educação em saúde. Rev Latinoam Enferm. [Internet]. 2008 [cited 2015 June 05];16(3):416-8. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421890013>
 9. Momeni M, Salari A, Shafighnia S, Ghanbari A, Mirbolouk F. Factors influencing pre-hospital delay among patients with acute myocardial infarction in Iran. Chin Med J [Internet]. 2012 [cited 2015 June 05];125(19):3404-9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/232222535_Factors_influencing_pre-hospital_delay_among_patients_with_acute_myocardial_infarction_in_Iran
 10. Bielemann RM, Knuth AG, Hallal PRC. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. [Internet]. 2010 [cited 2015 June 05];15(1):9-1. Available from: <http://observatorio.esportes.mg.gov.br/wp-content/uploads/2012/07/Reducao-de-custos.pdf>
 11. Bahia, Secretaria Estadual de Saúde [Internet]. [cited 2015 June 05]. Available from: <http://www2.saude.ba.gov.br/hgpv/>.
 12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196 [site de Internet]. Diário Oficial da União [Internet]. 2012 [cited 2015 June 05]; Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
 13. Piegas LS, Avezum A, Pereira JCR, Rossi Neto JM, Hoepfner C, Farran JA, et al. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. Am Heart J [Internet]. 2003 [cited 2015 June 05];146(2):331-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12891204>
 14. Lemos KF, Davis R, Moraes MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2010 [cited 2015 June 05];31(1):129-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000100018&script=sci_arttext
 15. Jesus AV, Campelo V, Silva MJS. Perfil dos pacientes admitidos com Infarto Agudo do Miocárdio em Hospital de Urgência de Teresina-PI. Rev Interd [Internet]. 2013 [cited 2015 June 05];6(1):25-33. Available from: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/8/pdf_2
 16. Zornoff LA, Paiva SA, Assalin VM, Pola PM, Becker LE, Okoshi MP, et al. Perfil clínico, preditores de mortalidade e tratamento de pacientes após infarto agudo do miocárdio, em hospital terciário universitário. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2002 [cited 2015 June 05];78(4):396-405. Available from:

Meira IF, Santos ISC, La Longuiniere ACF de et al.

Perfil da população acometida por infarto agudo...

<http://www.scielo.br/pdf/abc/v78n4/p07v78n4.pdf>

17.Santos JJ, Pellanda LC, Castro I. A dor torácica em mulheres no atendimento de emergência: Conduta e evolução. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2005 [cited 2015 June 05];51(1): 29-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n1/a16v51n1.pdf>

18.Lanas F, Avezum A, Bautista LE, Diaz R, Luna M, Islam S, et al. Risk Factors for Acute Myocardial Infarction in Latin America The Interheart Latin American Study. Heart Disease in Latin America [Internet]. 2007 [cited 2015 Sep 05];115(9):1067-74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17339564>

19.Luz AR, Corrêa AR, Silqueira SMF. Características do atendimento inicial a pessoas com Síndrome Coronariana Aguda. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2015 [cited 2015 Dec 05];9(11):9763-70. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6726/pdf_8838

20.Berardinelli LMM, Figueiredo TDFL, Oliveira SA, Santos I, Giron MN, Ramos JP. Hipertensão arterial e conhecimento popular: potencializando o cuidado [Arterial hypertension and popular knowledge: strengthening care]. Rev enferm UERJ [Internet]. 2014 [cited 2015 Sept 05];21(4):446-51. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9990>

21.Polanczyk CA. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2005 [cited 2015 Sept 05];84(3):199-201. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n3/a01v84n3.pdf>

22.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde: Cadernos de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica, n. 15) [Internet]. 2006 [cited 2015 Sept 05]. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab15>

23.Silva FM, Budó MLD, Garcia RP, Sehnem GD, Schimith MD. Práticas de vida de portadores de hipertensão arterial. Rev enferm UERJ [Internet]. 2013 [cited 2015 Sep 05];21(1):54-9. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a09.pdf>

24.Graeff MS, Goldmeier S, Pellanda LC. Síndrome Coronariana Aguda em produtores de tabaco: Fatores de risco prevalentes. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2012 [cited 2015 Sep 05]; 2(3): 507-14. Available from: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5876>

25.Escosteguy CC, Portela MC, Medronho RA, Vasconcellos MTL. Infarto agudo do miocárdio: perfil clínico-epidemiológico e fatores associados ao óbito hospitalar no município do Rio de Janeiro. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2003 [cited 2015 Sept

05];80(6):593-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v80n6/16043.pdf>

26.Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007) - Atualização 2013/2014. Arq Bras Cardiol. [Internet]. 2014 [cited 2015 Sept 05]; 102(3):1-61. Available from: <http://www.cadiol.br>.

27.Avezum Á, Carvalho ACC, Mansur ADP, Timerman A, Guimarães AC, Bozza AEZ et al. III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2004 [cited 2015 Sept 05];83:1-86. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2004/DirIII_TratAM.pdf

28.Volschan A, Polanczyk C, Clare C, Silva Júnior DG, Mesquita ET, Abreu, FB et al. I Diretriz de dor torácica na sala de emergência. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2002 [cited 2015 Sep 05];79:1-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2002001700001&script=sci_arttext

29.Sampaio E, Mussi F. Cuidado de Enfermagem: evitando o retardo pré-hospital face o infarto agudo do miocárdio. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2009 [cited 2015 Sep 05];17(3):442-6. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a25.pdf>

30.Gil GP, Dessotte CAM, Schmidt A, Rossi LA, Dantas RAS. Evolução clínica de pacientes internados em decorrência do primeiro episódio da Síndrome Coronariana Aguda. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 05];20(5):830-7. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281424796003>

Submissão: 15/12/2015

Aceito: 05/05/2016

Publicado: 01/07/2016

Correspondência

Isabella Félix Meira Araújo
Rua Filó Galvão
Bairro Jequiezinho, 241
CEP 45208-121 – Jequié (BA), Brasil