



MORTALIDADE POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

MORTALITY BY AN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

MORTALIDAD POR INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

Tatiana Laís Fonsêca de Medeiros¹, Paloma Cibelle Nascimento Silva de Andrade², Rejane Marie Barbosa Davim³, Nicelha Maria Guedes dos Santos⁴

RESUMO

Objetivo: descrever a mortalidade por infarto agudo do miocárdio. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, exploratório, ecológico de série temporal, com a população de 30 a 59 anos de idade nas regiões do Brasil, no período de 2008 a 2016, de acordo com dados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Resultados:** verificou-se elevadas taxas de mortalidade por infarto agudo do miocárdio em homens e mulheres entre 30 e 59 anos. A região Sudeste com maior percentual de óbitos (47,9%), a Nordeste vem em seguida (20,2%), a região Sul com 14,8%, Centro-Oeste 9,1% e a Norte com 8%. **Conclusão:** os resultados mostram elevadas taxas de mortalidade por infarto agudo do miocárdio em homens e mulheres nas faixas etárias entre 30 e 59 anos revelando a região Sudeste com maior percentual (47,9%), liderando todas as regiões e faixas etárias. Conclui-se que o infarto agudo do miocárdio é uma doença desencadeada por fatores intrínsecos e que estes fatores podem ser modificados a partir de programas e medidas preventivas. **Descritores:** Cardiopatias Congênitas; Infarto do Miocárdio; Cardiopatia Chagásica; Doença Crônica; Dor no Peito; Fibrilação Ventricular.

ABSTRACT

Objective: To describe mortality due to an acute myocardial infarction. **Method:** this is a quantitative, descriptive, exploratory, ecological, time series study with the population aged 30 to 59 years old in the Brazilian Region from 2008 to 2016 according to data from the Department of Information Technology of the Unified Health System. **Results:** high mortality rates due to acute myocardial infarction in men and women between 30 and 59 years old was verified. The Southeast Region had the highest percentage of deaths (47.9%), then the Northeast followed (20.2%), the South Region (14.8%), the Central West (9.1%) and the North (8%). **Conclusion:** the results show high mortality rates due to acute myocardial infarction in men and women in the age groups between 30 and 59 years old, revealing the Southeast Region with the highest percentage (47.9%), leading all regions and age groups. It is concluded that acute myocardial infarction is a disease triggered by intrinsic factors and these factors can be modified from preventive programs and measures. **Descriptors:** Hearth Congenital; Myocardial Infarction; Chagas Cardiomyopathy; Chronic Disease; Chest Pain; Ventricular Fibrillation.

RESUMEN

Objetivo: describir la mortalidad por infarto agudo del miocardio. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio, ecológico de serie temporal, con la población de 30 a 59 años de edad en las Regiones de Brasil en el período de 2008 a 2016 de acuerdo con datos en el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud. **Resultados:** se verificaron elevadas tasas de mortalidad por infarto agudo del miocardio en hombres y mujeres entre 30 y 59 años. La Región Sudeste tuvo la mayor porcentaje de óbitos (47,9%), el Nordeste viene en seguida (20,2%), Região Sur con 14,8%, Centro-Oeste 9,1% y Norte con 8%. **Conclusión:** los resultados muestran elevadas tasas de mortalidad por infarto agudo del miocardio en hombres y mujeres en las edades entre 30 y 59 años revelando la Región Sudeste con mayor porcentaje (47,9%), liderando todas las regiones y edades. Se concluye que el infarto agudo del miocardio es una enfermedad desencadenada por factores intrínsecos y estos factores pueden ser modificados a partir de programas y medidas preventivas. **Descritores:** Cardiopatias Congênitas; Infarto del Miocardio; Cardiomiopatia Chagásica; Enfermedad Crónica; Dolor del Pecho; Fibrilación Ventricular.

^{1,2}Enfermeiras (egressas), Universidade Potiguar/UnP. Natal (RN), Brasil. E-mails: tatiannalais@hotmail.com; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-3190-5262>; paloma_cibele@hotmail.com; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-2800-1788>; ³Doutora, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: rejanemb@uol.com.br; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-0399-0113>; ⁴Mestre, Universidade Potiguar/UnP. Natal (RN), Brasil. E-mail: nicelha@unp.br; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-4287-1659>

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) atingem grande parte da população brasileira, dentre elas o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é a principal causa. Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) de 2013 revelam que o IAM foi a principal causa de morte por doença cardíaca no Brasil, tendo sido observado aumento de 48% entre 1996 e 2011. “Se essa tendência persistir, a previsão é de que o IAM se torne a principal causa isolada de morte em 2020”.^{1:120}

Segundo a literatura, as DCV destacam-se, dentre as crônicas, como as principais que causam morte tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. O perfil epidemiológico mundial vem apresentando mudanças no decorrer dos anos e a partir da década de 1960 vem ocorrendo diminuição das doenças infecto-parasitárias (DIP) e aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) de forma acentuada, dentre elas merecendo destaque as do aparelho circulatório devido a sua grande magnitude. Foi observado em pesquisas que as DCNT são a causa em 80% dos óbitos que ocorrem em países de baixa renda por serem mais expostas a fatores de risco e têm menor acesso aos serviços de saúde do que nos países de alta renda *per capita*.²⁻³

As DCV são crônicas e se caracterizam por longo período de latência fazendo com que as vítimas só percebam os sintomas tardiamente em estágio avançado com lesões irreversíveis que acarretam grandes complicações, ocupando cada vez mais o espaço no perfil epidemiológico de morbimortalidade por cardiopatia.⁴

Nas últimas décadas, o cenário epidemiológico mundial revelou crescimento das DCV, das quais o IAM é a patologia que mais acomete e merece destaque devido a sua severidade. “Em 2011, cerca de 20 milhões de indivíduos sofreram de doenças do aparelho cardiovascular em todo mundo, dos quais, aproximadamente, 12 milhões foram vítimas fatais”.^{5:230}

As DCV são também os principais agentes de mortalidade no mundo com estimativas para que até 2020 sejam a causa de aproximadamente 25 milhões de óbitos com 19 milhões deles em países de baixa e média renda.⁶ A elevada taxa de mortalidade no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é atribuída, principalmente, às dificuldades de tratamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), métodos de reperfusão como também medidas terapêuticas estabelecidas para o IAM.⁷

Equivalente ao que vem ocorrendo mundialmente, o Brasil tem revelado alteração no perfil de morbimortalidade de sua população. O número de mortes por doenças do aparelho circulatório vem aumentando, embora acompanhado de progressiva queda nas taxas de mortalidade. No entanto, os dados epidemiológicos mostram que as DCV representam a principal causa de morte no Brasil, tendo sido responsáveis por cerca de 29% dos óbitos em 2009, representando a terceira maior causa de hospitalização no SUS com mais de 1 milhão de internações e gastos totais em torno de 1,9 bilhão de reais. Esses valores têm alto impacto financeiro sobre o sistema de saúde, constituindo aproximadamente 5% dos gastos com internação no início da década de 2000 até o momento atual.⁵

A população brasileira acompanha a tendência internacional no crescimento da taxa de envelhecimento impulsionada pela queda da fecundidade e mortalidade somada ao aumento da expectativa de vida. “Só no país, são mais de 15 milhões de idosos, sendo Porto Alegre a segunda capital brasileira com a maior proporção destes, atrás apenas do Rio de Janeiro”.⁸⁻²⁹¹ Essa transição demográfica proporciona aumento na prevalência de DCNT e, conseqüentemente, aumento da mortalidade relacionada a essas doenças.

A aterosclerose e estenose aórtica são as principais causas de isquemia miocárdica coronária e suas complicações, como espasmo e trombose, assumindo características clínicas específicas na angina do peito e no IAM. A dor retroesternal é típica da dor isquêmica miocárdica no lado esquerdo ou raramente no lado direito da linha esternal restringindo toda região ou uma pequena área anginosa. A dor anginosa é a sensação que alguma coisa aperta a região retroesternal e determinados pacientes relatam sensação de aperto na garganta. Na angina estável, a dor tem duração curta podendo variar de dois a três minutos e está associada com o esforço físico. Isso acontece porque a dor está relacionada à hipóxia miocárdica e não à necrose. Na angina instável, a dor é mais prolongada e intensa chegando a durar 20 minutos ou diversas horas, aparecendo mesmo em repouso causada pelas alterações necróticas sugerindo o IAM. Embora seja um dos sinais clínicos da doença, a duração da dor não é elemento suficiente para diagnosticar um infarto.⁹

A dor precordial também pode irradiar para mandíbula exclusivamente para o membro superior esquerdo na região epigástrica e com menos frequência na região dorsal. Além da

Medeiros TLF de, Andrade PCNS de, Davim RMB et al.

Mortalidade por infarto agudo do miocárdio.

dor, ocorrem outros sintomas como náuseas, mal-estar, sudorese, dispneia, taquicardia e até confusão mental.¹⁰

É de importância obter atendimento pré-hospitalar rápido e eficiente reduzindo o tempo entre o início do evento isquêmico e necrose até o tratamento. Pode-se também reduzir a mortalidade revertendo a fibrilação ventricular por meio da desfibrilação.¹¹

O diagnóstico do IAM dá-se com o Eletrocardiograma (ECG), história clínica e análise das enzimas cardíacas CK-MB, Mioglobina e Troponina. O cateterismo, outra forma de diagnóstico na possibilidade do IAM, é um exame percutâneo que detecta localização e gravidade obstrutiva nas artérias do coração. Detectar a doença precocemente é a melhor maneira de ajudar no tratamento, que acontece de vários ângulos: por meio de fibrinolíticos e antitrombóticos usados para dissolver o trombo que oclui a artéria por meio da reperfusão da angioplastia primária que é uma intervenção menos invasiva ou por implante de *stent* na parede do vaso tratando vários tipos de obstruções; outra forma de tratamento é a revascularização cirúrgica, indicada em caráter eletivo e de emergência quando os outros tipos de intervenções falham, ou seja, contraindicados, visto ser mais invasiva e oferece riscos ao paciente.¹²

Existem vários fatores que predispõem as DCV, tais como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus, dislipidemia e obesidade. Os fatores comportamentais dependem do estilo de vida e podem ser modificados, como o fumo, dieta pouco saudável, ingestão de bebidas alcoólicas em excesso e sedentarismo. Existem ainda fatores de hereditariedade, como sexo, idade e histórico familiar que não são modificáveis e, portanto, independe do paciente. O IAM é uma doença que, por depender de fatores extrínsecos, predomina nas faixas etárias mais elevadas, porém os intrínsecos são determinantes em alguns casos. Por isso, essa enfermidade não acomete apenas os idosos, todavia está cada vez mais atingindo a faixa etária de adultos jovens.¹³

Todo paciente com IAM necessariamente deve ser tratado em ambiente hospitalar, de preferência em UTI ou outras unidades específicas. Em média, nos primeiros três dias, monitorizado ininterruptamente a fim de que qualquer complicação como as arritmias sejam imediatamente identificadas e tratadas.¹⁴

A alimentação saudável desde a infância é essencial para a saúde e diminui os riscos de DCV no futuro. Os hábitos alimentares dos jovens mudaram significativamente nas

últimas décadas ingerindo alimentos com alto teor de gordura, colesterol e carboidrato. Consequentemente, essas pessoas têm maior risco em adquirir DCV na fase adulta.¹⁵

Atenta a essa situação e percebendo durante a prática hospitalar na graduação grande morbimortalidade por cardiopatias, além de familiares e amigos vítimas dessa moléstia, optou-se por estudar esta temática. Quando o problema atinge pessoas próximas, tem-se uma visão mais clara da problemática que é de fato muito preocupante.

Dessa forma, este estudo contribuirá para a enfermagem por meio de uma reflexão sobre a situação, conhecendo a realidade brasileira quanto à mortalidade pelo IAM, favorecendo a tomada de decisão diante dos pacientes e promovendo medidas preventivas com o intuito de diminuir sua incidência favorecendo melhorias aos pacientes, haja vista que ao serem esclarecidos sobre sua gravidade poderão buscar minimizar os fatores extrínsecos que dependem de cada pessoa e ainda contribuir para novas pesquisas. Sendo assim, questiona-se: qual a taxa de mortalidade por IAM no Brasil nos últimos nove anos?

OBJETIVO

- Descrever a mortalidade por infarto agudo do miocárdio.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, exploratório, ecológico de série temporal, com a população de 30 a 59 anos de idade nas regiões do Brasil, no período de 2008 a 2016, de acordo com os dados encontrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Grande parte dos estudos ecológicos se refere à análise de estatísticas oficiais divulgadas ou de dados disponíveis em órgãos responsáveis pelos sistemas de informação de uma dada população. É descritivo por pesquisar características gerais de determinada doença com relação às pessoas, distribuição geográfica e tempo de ocorrência. É de série temporal, caracterizado pelas variações na incidência/prevalência ou mortalidade/letalidade de doenças observadas por longo período de tempo, décadas ou, até mesmo, séculos.¹⁶

Foi empregado como banco de dados o *site* do DATASUS, utilizando como sustentação geográfica as cinco regiões do Brasil cujos sujeitos do estudo são de casos de mortalidade por IAM na população constituída por homens e mulheres de 30 a 59 anos no período de 2008 a 2016. No DATASUS, buscou-

Medeiros TLF de, Andrade PCNS de, Davim RMB et al.

Mortalidade por infarto agudo do miocárdio.

se o segmento estatístico de mortalidade hospitalar do SUS por local de internação no Brasil. Como critérios de inclusão foram considerados as cinco regiões geográficas, população de ambos os sexos e número de óbitos por IAM no período de nove anos em três grupos etários, sendo de 30 a 39, 40 a

49 e 50 a 59 anos. O DATASUS dispõe dados sobre a mortalidade por IAM somente a partir do ano de 2008, por isso a definição do período de nove anos neste estudo.

Os dados foram coletados de acordo com a Figura 1.

Banco de dados	Local de internação	de Região	Conteúdo	Período	IAM Faixa etária Sexo
DATASUS	SUS	Norte	Internações	2008/2016	30-39
		Sul	Gastos hospitalares		40-49
		Sudeste	Óbitos		50-59
		Centro-Oeste			Masculino
		Nordeste			Feminino

Figura 1. Fluxo da busca e extração dos dados no banco de dados do DATASUS. Natal (RN), Brasil, 2016

No DATASUS foi escolhida a página de morbidade hospitalar do SUS por local de internação no Brasil; em seguida, selecionada as cinco regiões geográficas: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste; o conteúdo que disponibiliza internações, gastos hospitalares, óbitos e outros, sendo óbito a opção selecionada nos períodos disponíveis de 2008 a 2016. As seleções disponíveis compostas da patologia, no caso deste estudo o IAM, com faixa etária entre 30 e 59 anos, fracionadas de 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos e ambos os sexos. Os dados foram coletados e posteriormente apresentados de forma descritiva. Em razão de o referido estudo ter como base de pesquisa o DATASUS com dados secundários e de acesso universal, não foi necessário encaminhamento para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa. Para embasamento teórico, utilizou-se a Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO, MEDLINE e LILACS, além de livros didáticos sobre a temática com os seguintes descritores: Cardiopatias Congênitas; Infarto do Miocárdio; Cardiopatia Chagásica; Doença Crônica; Dor no Peito; e Fibrilação Ventricular. O período de coleta dos dados foi de agosto de 2016 a maio de 2017.

RESULTADOS

Após análise no banco de dados, identificou-se no período de 2008 a 2016 notificações de 21.398 casos de óbitos por IAM ocorridos no Brasil entre homens e mulheres de 30 a 59 anos. Na maioria das regiões, o sexo masculino apresentou maior quantidade de mortes notificadas com 13.587 óbitos e 7.811 no sexo feminino. Entre esses óbitos, houve maior incidência na faixa etária de 50 a 59 anos, tanto no sexo masculino como feminino.

A região Sudeste lidera com o maior número de óbitos (47,9%), seguida pela

Nordeste (20,2%) e Sul (14,8%). As regiões Norte e Centro-Oeste se aproximam com 8,0% e 9,1% respectivamente, embora apresente alternância entre os anos de 2010, 2014 e 2015. O Sudeste também lidera em 46,6% dos óbitos no sexo feminino, a Nordeste com 23,5%, embora possa se identificar menor número de mortes em 2008, 2009 e 2015 em relação à região Sul que representa 15,9%. O Centro-Oeste com 9,2%, Norte 4,8% e alternância entre as regiões nos anos de 2011 e 2012. Identificou-se também mortalidade por IAM nas regiões do Brasil, por sexo, na faixa etária entre 40 e 49 anos.

A região Sudeste com maior número de mortes por IAM (47,8%), Nordeste (21,7%), Sul (19,6%), havendo discreta oscilação entre as regiões Sul e Nordeste nos anos de 2008 e 2015. As regiões Centro-Oeste e Norte, com 6,2% e 4,1%, respectivamente, e a mortalidade por IAM nas regiões do Brasil, por sexo, na faixa etária de 50 a 59 anos.

A mortalidade por IAM no sexo masculino na faixa etária de 50 a 59 anos foi de 53,5% na região Sudeste, Sul com 19,7% e Nordeste 16,7%. O Norte apresentou 4,7% e Centro-Oeste 7,2%, com menor número de mortes.

A mortalidade por IAM na faixa etária de 50 a 59 nas regiões do Brasil apresenta-se maior na Sudeste (50,8%), seguida pela Nordeste (20,6%), Sul (18,5%) e as regiões Centro-Oeste e Norte com 6,4% e 3,7%, respectivamente.

DISCUSSÃO

A análise nos dados permitiu observar que dos 21.938 óbitos ocorridos no período de 2008 a 2016 nas regiões do país houve predominância no sexo masculino com 13.587 mortes, representando 63,4% com 5.776 óbitos a mais do que entre as mulheres. Entre as faixas etárias avaliadas, a de maior número de óbitos foi de 50 a 59 anos (68,7%), seguida

Medeiros TLF de, Andrade PCNS de, Davim RMB et al.

pela faixa etária de 40 a 49 (24,9%) e 30 a 39 com 6,2%.

Fazendo um comparativo entre as regiões, a Sudeste foi a mais atingida com a mortalidade pelo IAM, mantendo prevalência em todas as faixas etárias e em ambos os sexos com 10.873 mortes, representando 50,8% em todo o período analisado.

Segundo a literatura, as DCV ocupam lugar de destaque na morbimortalidade no Brasil aparecendo em primeiro lugar entre as causas de morte. Para o MS, a região Sudeste tem maior coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (207 mortes/100 mil habitantes), haja vista que a média brasileira é de 169 mortes/100 mil habitantes. Diante deste fato, a genética e idade avançada são fatores de risco importantes, além dos hábitos relacionados ao estilo de vida que podem ser modificados.¹⁷

A região Sul atinge o patamar de segundo lugar com 19,1% dos óbitos por IAM e a Nordeste em terceiro (18,4%). Embora a região Sul ocupe o segundo lugar em número de óbitos por IAM, a Nordeste foi menor do que a Sul nas faixas etárias de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos nos pacientes do sexo masculino, ou seja, nesta região houve aumento significativo de óbitos do sexo masculino compreendido na faixa etária entre 40 e 59 anos. Das regiões menos afetadas na mortalidade pelo IAM, destacaram-se a Centro Oeste (7,1%) e Norte com 4,6%.

Corroborando com estes resultados, um estudo demonstrou na maior sala de emergência do Sul do país, onde foram avaliados 152 pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA), que 67,6% dos casos eram do sexo masculino e 32,4% feminino, com média de 61 anos.¹⁸ Outro estudo desenvolvido na cidade de Teresina (PI), no que se refere ao gênero, não mostrou diferenças significativas entre homens e mulheres, embora houvesse predominância de 56,2% no sexo masculino.¹⁹

Em relação ao diagnóstico o ECG, é deveras o exame mais importante para confirmar o IAM, o qual deve ser efetivado em menos de 10 minutos da apresentação à emergência, visto que é o centro do processo decisório inicial em pacientes com suspeita de isquemia.²⁰

Os resultados desta pesquisa sugerem progressivo aumento na mortalidade por IAM nas regiões brasileiras, principalmente na faixa etária entre 50 e 59 anos. No entanto, deve-se ter em mente que as regiões geográficas do Brasil e suas respectivas capitais por sua heterogeneidade cultural,

Mortalidade por infarto agudo do miocárdio.

demográfica, socioeconômica e política têm suas populações submetidas a fatores de risco diferentes.

Em pesquisa descritiva retrospectiva de coorte efetivada em um hospital de emergência cardiológica no município de São José (SC), no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2014, com coleta em 349 prontuários de pacientes internados neste período visando analisar o perfil e fatores associados ao óbito hospitalar nas internações por IAM, identificaram 16 óbitos no período com uma taxa de 4,58% dos casos. Referem os autores que o percentual reduzido de óbitos (4,58%) na realidade diminuiu a possibilidade, em algumas variáveis, de obter um resultado estatístico significativo, porém a taxa de mortalidade por IAM nos estudos prévios teve variância de 3,2 a 20,6% de letalidade.²¹

Quanto às comorbidades, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) aparece em outros estudos sobre prevalência no evento do IAM como o ocorrido em pesquisa desenvolvida no Pronto Atendimento do Hospital Universitário no município de Belo Horizonte (MG) constatando essa doença em 71% dos pacientes infartados.²² Esta comorbidade crônica representa um dos principais fatores de risco para as DCV contribuindo para um aumento de duas a três vezes mais chances de ocorrer o IAM quando comparado a indivíduos que não as apresentam.²³

Em estudo descritivo, retrospectivo, de análise documental, com abordagem quantitativa desenvolvida na unidade de Emergência do Hospital Geral Prado Valadares de Jequié (BA), Brasil, com objetivo de caracterizar o perfil da população acometida por IAM em uma amostra constituída de 106 prontuários, os resultados mostraram a HAS como o fator de risco mais prevalente, além de evidenciar índice expressivo de mortalidade hospitalar nos pacientes com diagnóstico definitivo.²⁴

São notáveis os múltiplos fatores que influenciam para o aparecimento da HAS, dentre aqueles que são modificáveis pelo alto índice na população e também serem a principal preocupação das políticas de saúde pública.²⁵ Esses fatores são influenciados por condições de vida da população e se propagam em suas ações de vida, nas inter-relações pessoais estabelecidas e no contexto sociocultural que se encontram.²⁶

Por ser tão diferente nas diversas regiões, a qualidade da assistência prestada, capacidade diagnóstica e qualidade das informações fornecidas se tornam importantes a fim de reduzir taxas de mortalidade, intensificação do controle dos fatores de risco e maior

Medeiros TLF de, Andrade PCNS de, Davim RMB et al.

Mortalidade por infarto agudo do miocárdio.

acesso da população aos serviços de saúde. Faz-se necessário também educar os indivíduos quanto aos fatores de risco, sinais e sintomas do IAM para que se identifique precocemente, haja vista que 40% a 60% dos óbitos ocorrem na primeira hora e aproximadamente 80% nas primeiras 24 horas.²⁷

Em estudo descritivo transversal de base populacional com foco na visita domiciliar, desenvolvido em três UBS e áreas de abrangência, com coleta de dados no período de junho de 2010 a julho de 2011, tendo como sujeitos 258 idosos acima de 60 anos de idade cadastrados em Programas de Hiperdia, na cidade de Guarapuava/PR - Brasil, constatou-se que a maioria dos idosos era fumante, fazia uso de bebidas alcoólicas e alimentos hipercalóricos associados ao sedentarismo. O estudo revelou ação não efetiva no controle dos fatores de risco entre os idosos pesquisados. Concluíram, assim, que atividades apenas centradas em distribuição de medicamentos sem atuarem de forma integral na proposta do Programa Hiperdia não são efetivas para o sucesso na prevenção do IAM.²⁸

É necessário identificar o perfil da população acometida pelo IAM, haja vista que cada indivíduo apresenta limitações e características próprias, influenciado pelo *habitat* em que coabita, contribuindo na implementação de políticas em saúde que visem à prevenção dos fatores de risco e redução da incidência dessa doença na cidade e região.

CONCLUSÃO

Os resultados mostraram elevadas taxas de mortalidade por IAM em homens e mulheres na faixa etária compreendida entre 30 e 59 anos. A região Sudeste com maior percentual (50,8%) liderando todas as regiões e faixas etárias, sendo a de 50 a 59 anos a que apresenta maior número de óbitos; em seguida, a região Sul (19,1%), Nordeste (18,4%), Centro-Oeste (7,1%) e Norte com 4,6%. Relevante frisar que a frequência de mortalidade por IAM foi maior para a população de 50 a 59 anos de idade atingindo principalmente pessoas do sexo masculino.

Sobre as implicações teóricas e/ou práticas dos resultados é de importância frisar que o IAM é uma doença desencadeada por fatores intrínsecos e extrínsecos, podendo-se modificar esse panorama a partir de medidas preventivas com programas de prevenção dos fatores de risco, incluindo abordagens economicamente atrativas, intervenções

factíveis e custo-efetivo para redução da mortalidade.

O estudo pode contribuir de certa forma para direcionar políticas em cardiologia preventiva visando à redução na incidência pelo IAM e sua mortalidade por meio do controle efetivo dos fatores de risco identificados, estratégias de promoção à saúde, mudanças de hábitos de vida da população, abandono de rotinas, como alimentação inadequada, sedentarismo, obesidade, estresse da vida moderna, abuso de drogas ilícitas, consumo de tabaco e álcool.

REFERÊNCIAS

- Schmidt MM, Quadros AS, Martinelli ES, Gottschall CAM. Prevalência, etiologia e características dos pacientes com infarto agudo do miocárdio tipo 2. Rev Bras Cardiol Inv [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 10];23(2):119-23. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104184315000429>
- Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Benson IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. J public health [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 10];46(supl.1):126-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 15]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
- Martins LN, Souza LS, Silva CF, Machado RS, Silva CEF, Vilagra MM et al. Prevalência dos fatores de risco cardiovascular em adultos admitidos na unidade de dor torácica em Vassouras, RJ. Rev Bras Cardiol [Internet]. 2011 [cited 2017 Oct 15];24(5):299-307. Available from: <http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/r5-04-AO-LMartins.pdf>
- Huguenin FM, Pinheiro RS, Almeida RMVR, Infantsi AFC. Characterization of the variation of health care taking into account the costs of hospital admissions for acute myocardial infarction in Brazilian Unified Health System. Rev bra epidemiol [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 15];19(2):229-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000200229&script=sci_arttext&tlng=en
- Servinc S, Akyol AD. Cardiac risk factors and quality of life in patients with coronary

Medeiros TLF de, Andrade PCNS de, Davim RMB et al.

Mortalidade por infarto agudo do miocárdio.

artery disease. *J Clin Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2017 Oct 15];19(9-10):1315-25. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03220.x/abstract>

7. Ribeiro AL. The two Brazils and the treatment of acute myocardial infarction. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2009 [cited 2017 Oct 15];93(2):83-4. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n2/en_v93n2a03.pdf

8. Espinosa G, Porto F, Gurgel JL. Influência do exercício físico em Indicadores antropométricos de risco cardiovascular em idosos. *Int J Cardiovasc Sci* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 15];28(4):290-7. Available from: <http://pesquisa.bvs.br/riipsa/resource/pt/lil-776153>

9. Porto CC. Exame clínico Porto & Porto. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2013.

10. Siervuli MTF, Silva AS, Silva AC, Muzzi RAL, Santos GAB. Infarto do miocárdio: alterações morfológicas e breve abordagem da influência do exercício físico. *Rev Bras Cardiol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 18];27(5):349-55. Available from: <http://www.rbconline.org.br/artigo/infarto-do-miocardio-alteracoes-morfologicas-e-breve-abordagem-da-influencia-do-exercicio-fisico/>

11. Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 18];105(2):1-121. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001400001

12. Gonzales MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R, Polanstri TF, Canesin MF, Schmidt A, et al. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 18];101(2):1-221. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000200001

13. Pereira NR, Agapito NC, Anatos CRF, Souza JC, Oliveira URS. Análise da prevalência de infarto agudo do miocárdio em Montes Claros, MG. *Rev Elet Mult* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 18];1(1). Available from: <http://clinicamedica2017.com.br/evento/2017/trabalhosaprovados/naintegra/1236>

14. Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM, Timerman A, et al.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2009 [cited 2017 Oct 18];93(6supl.2):e179-e264. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_iam.pdf

15. Pinasco GC, Silva JP, Almeida CDA, Silva VR, Arruda BF, Lopes BP, et al. Associação entre consumo alimentar de risco cardiovascular e aumento de circunferência abdominal em adolescentes. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 20];25(3):319-24. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822015000300011&script=sci_arttext&tlng=pt

16. Rouquayrol MZ, Gurgel M. Epidemiologia & Saúde. 7ª ed. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica Ltda, 2013.

17. Ferreira AIS, Ferreira G. Prevalência de mortalidade por doenças cardiovasculares em uma cidade do sul de Minas Gerais nos anos de 1999 a 2008. *Rev ciênc saúde* [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 20];2(2):57-66. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/309000503_Prevalencia_de_mortalidade_por_doencas_cardiovasculares_em_uma_cidade_do_sul_de_Minhas_Gerais_nos_anos_de_1999_a_2008Prevalence_of_cardiovascular_mortality_in_a_southern_city_of_Minhas_Gerais_in_the_year

18. 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 2017 Oct 20];31(1):129-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000100018&script=sci_arttext

19. 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 2017 Oct 20];6(1):25-33. Available from: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/8/pdf_2

20. 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 2017 Oct 20];83:1-86. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2004/DirIII_TratAM.pdf

21. Mattos LAIP, Berwanger O, Santos ES, Reis HJL, Romano ER, Petriz JLF, et al. Clinical

Medeiros TLF de, Andrade PCNS de, Davim RMB et al.

Mortalidade por infarto agudo do miocárdio.

outcomes at 30 days in the Brazilian Registry of Acute Coronary Syndromes (ACCEPT). *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 20];100(1):6-13. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000100003

22. Luz AR, Corrêa AR, Silqueira SMF. Características do atendimento inicial a pessoas com Síndrome Coronariana Aguda. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 22];9 (11):9763-70. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6726/pdf_8838

23. Polanczyk CA. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2005 [cited 2017 Oct 22];84(3):199-201. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n3/a01v84n3.pdf>

24. Araújo IFM, Santos ISC, Longuiniere ACFL, Valença Neto PF, Franklin TA. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 22];10(7):2302-9. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11284/12934>

25. Ministério da Saúde (BR). 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 2017 Oct 22]. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab15>

26. Silva FM, Budó MLD, Garcia RP, Sehnem GD, Schimith MD. Práticas de vida de portadores de hipertensão arterial. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 22];21(1):54-9. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a09.pdf>

27. Sampaio E, Mussi F. Cuidado de Enfermagem: evitando o retardo pré-hospital face o infarto agudo do miocárdio. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2009 [cited 2017 Oct 22];17(3):442-6. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a25.pdf>

28. Pinheiro RHO, Vieira MCU, Pereira MEMB. Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos cadastrados no Programa Hiperdia. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 22];18(1):78-83. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/File/26366/20017>

Submissão: 05/11/2017

Aceito: 15/12/2017

Publicado: 01/02/2018

Correspondência

Rejane Marie Barbosa Davim
Avenida Amintas Barros, 3735

Medeiros TLF de, Andrade PCNS de, Davim RMB et al.

Mortalidade por infarto agudo do miocárdio.

Condomínio Terra Brasília, Bloco A, Ap. 601
Bairro Lagoa Nova
CEP: 59056-215 – Natal (RN), Brasil