

## Perfil epidemiológico de pacientes com infarto agudo do miocárdio na microrregião de Itajubá (Minas Gerais)

Epidemiological profile of patients with acute myocardial infarction in the Itajubá (Minas Gerais) microregion

Perfil epidemiológico de pacientes con infarto agudo de miocárdio en la microrregión de Itajubá (Minas Gerais)

Recebido: 25/10/2023 | Revisado: 01/11/2023 | Aceitado: 02/11/2023 | Publicado: 04/11/2023

**Pedro Rosa Blanco**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8841-8545>  
Faculdade de Medicina de Itajubá, Brasil  
E-mail: [pedroblanco\\_36@hotmail.com](mailto:pedroblanco_36@hotmail.com)

**Vincenzo Parreira Candioto**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5235-8050>  
Faculdade de Medicina de Itajubá, Brasil  
E-mail: [vince.pc@hotmail.com](mailto:vince.pc@hotmail.com)

**Paulo Cortez**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8590-5172>  
Faculdade de Medicina de Itajubá, Brasil  
E-mail: [paulo.cortez@fmit.edu.br](mailto:paulo.cortez@fmit.edu.br)

### Resumo

**Introdução:** Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é caracterizado como a morte celular e necrose no músculo cardíaco, resultante da evolução de uma isquemia aguda, sendo a maior causa de morte no mundo. **Objetivo:** Traçar o perfil dos pacientes internados com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no Hospital das Clínicas de Itajubá (HCI). **Métodos:** Realizou-se um estudo retrospectivo, transversal, com amostra definitiva de 48 pacientes com diagnóstico de IAM, internados na enfermaria de clínica médica no HCI, no período entre dezembro de 2020 a dezembro de 2021. Os dados foram coletados utilizando um formulário contendo: Parte I: dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa (idade, sexo, escolaridade); Parte II: Dados clínicos (antecedentes pessoais, comorbidades, patologias, fatores de risco e tratamentos realizados). **Resultados:** Os resultados obtidos e analisados, foram: 66,67% do sexo masculino; 37,5% na faixa 60 - 69 anos; 67,74% hipertensos; 12,9% dislipidêmicos; 35,48% diabéticos; Caracterização de escolaridade: 2,08% analfabetos, 47,92% com primeiro grau incompleto, 14,58% ensino médio completo, 6,25% ensino médio incompleto e 8% concluíram ensino superior; Estilo de vida: 9,68% obesidade; 47,92% tabagistas e 12,5% etilistas. **Conclusão:** Este estudo ampliou o conhecimento no campo da investigação científica acerca do infarto agudo do miocárdio na microrregião de Itajubá, identificando dados passíveis de serem utilizados como base para estratégias de prevenção e, conseqüentemente, melhora da qualidade e expectativa de vida.

**Palavras-chave:** Infarto agudo do miocárdio; Fatores de risco; Epidemiologia.

### Abstract

**Introduction:** Acute Myocardial Infarction (AMI) is characterized by cellular death and necrosis in the cardiac muscle, resulting from the progression of acute ischemia, making it the leading cause of death worldwide. **Objective:** To understand the profile of patients admitted with a diagnosis of AMI at the Clínicas de Itajubá hospital. **Methods:** A retrospective, cross-sectional study was carried out, with a definitive sample of 48 patients diagnosed with AMI, admitted to the medical clinic ward at the Hospital de Clínicas de Itajubá (HCI), between December 2020 and December 2021. **Results:** The results obtained and analyzed were: 66.67% male; 37.5% in the 60 - 69 age group; 67.74% hypertensive; 12.9% dyslipidemic; 35.48% diabetic; Characterization of education: 2.08% illiterate, 47.92% with incomplete primary education, 14.58% complete secondary education, 6.25% incomplete secondary education and 8% have completed higher education; Lifestyle: 9.68% obesity; 47.92% were smokers and 12.5% were alcoholics. **Conclusion:** This study expanded knowledge in the field of scientific research on acute myocardial infarction in the microregion of Itajubá, identifying data that can be used as a basis for prevention strategies and, consequently, improvements in quality of life and life expectancy.

**Keywords:** Acute myocardial infarction; Risk factors; Epidemiology.

## Resumen

**Introducción:** El Infarto Agudo de Miocardio (IAM) se caracteriza por la muerte celular y necrosis en el músculo cardíaco, resultante de la evolución de una isquemia aguda, siendo la mayor causa de muerte en el mundo. **Objetivo:** Delinear el perfil de los pacientes ingresados con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) en el Hospital das Clínicas de Itajubá (HCI). **Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, con una muestra definitiva de 48 pacientes con diagnóstico de IAM, ingresados en la sala de clínica médica del HCI, entre diciembre de 2020 y diciembre de 2021. Los datos se recolectaron mediante un formulario que contiene: Parte I : datos sociodemográficos de los participantes de la investigación (edad, sexo, educación); Parte II: Datos clínicos (antecedentes personales, comorbilidades, patologías, factores de riesgo y tratamientos realizados). **Resultados:** Los resultados obtenidos y analizados fueron: 66,67% hombres; el 37,5% en el grupo de 60 a 69 años; 67,74% hipertensos; 12,9% dislipidémico; 35,48% diabéticos; Caracterización de la educación: 2.08% analfabetos, 47.92% con educación primaria incompleta, 14.58% educación secundaria completa, 6.25% educación secundaria incompleta y 8% tiene educación superior completa; Estilo de vida: 9,68% obesidad; El 47,92% eran fumadores y el 12,5% eran alcohólicos. **Conclusión:** Este estudio amplió el conocimiento en el campo de la investigación científica sobre el infarto agudo de miocardio en la microrregión de Itajubá, identificando datos que podrían ser utilizados como base para estrategias de prevención y, en consecuencia, mejorar la calidad y la esperanza de vida.

**Palabras clave:** Infarto agudo de miocardio; Factores de riesgo; Epidemiología.

## 1. Introdução

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é definido universalmente como a morte celular miocárdica e necrose (de qualquer proporção) do músculo cardíaco, num cenário que representa a evolução de uma isquemia miocárdica aguda (Roffi et al., 2015). Os principais sintomas do IAM são: dor torácica de forte intensidade, com possível irradiação para o braço esquerdo, pescoço, mandíbula e costas; sudorese intensa, dispneia, palidez cutânea, náuseas e vômitos (Brasil, 2018).

A exposição as patologias e fatores de risco, como a hipertensão arterial sistêmica, obesidade, dislipidemia, etilismo, diabetes mellitus (DM), hipotireoidismo, tabagismo e etilismo aumentou com o processo de urbanização e industrialização, contribuindo para situar as doenças cardiovasculares em seu devido local de destaque (Précoma et al., 2019).

Na década de 50, o IAM já era considerado a maior causa de morte nos países desenvolvidos e um grande problema de saúde pública. De acordo com o estudo GBD, de 1990, as doenças cardíacas isquêmicas já estavam projetadas para assumirem destaque nos índices de mortalidade até 2020 (Christopher et al., 2017) Dado confirmado pela Organização Mundial da Saúde no ano previsto, que nomeou a doença isquêmica do coração como maior causa de morte no mundo, totalizando 16% do total de mortes no mundo e presente no país com média de 350 mil casos, atingindo cerca de 60.000 óbitos anuais (WHO, 2020).

O estudo foi realizado na cidade de Itajubá – MG, com uma população de 96.532 habitantes e cerca de 230.000 habitantes na microrregião circundante, o HCI atende uma porção significativa da população do Sul de Minas Gerais.

Quanto à previsão do estado do paciente, informações na literatura indicam que um significativo grupo de indivíduos afetados por Infarto Agudo do Miocárdio pode não estar sendo submetido de forma completa ao tratamento recomendado. Esse fenômeno pode estar associado às especificidades do sistema de saúde na localidade em que o paciente com infarto é tratado, assim como às peculiaridades do próprio indivíduo (Agustí et al., 1994).

Acredita-se que por meio desta pesquisa será viável oferecer subsídios para o planejamento da distribuição de recursos públicos e para a execução de políticas de saúde destinadas a ações de promoção e proteção, especialmente no âmbito da atenção primária à saúde. Estas medidas visam a diminuição da prevalência de enfermidades crônicas evitáveis, que surgem como fatores desencadeadores para a manifestação do IAM (Zornoff et al., 2002).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi traçar o perfil clínico epidemiológico dos pacientes internados com diagnóstico de IAM no Hospital das Clínicas de Itajubá, MG.

## 2. Metodologia

Realizou-se um estudo retrospectivo, transversal, com amostra definitiva de 48 pacientes com diagnóstico de IAM, internados na enfermaria de clínica médica no Hospital de Clínicas de Itajubá (HCI), no período entre dezembro de 2020 a dezembro de 2021 (Merchán-Hamann & Tauil, 2021).

Os prontuários foram obtidos no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). Os dados foram coletados utilizando um formulário contendo: Parte I: dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa (idade, sexo, escolaridade); Parte II: Dados clínicos (antecedentes pessoais, patologias, fatores de risco e tratamentos realizados).

Foi realizada análise descritiva a partir da utilização do Excel para o desenvolvimento de tabelas descritivas com valores absolutos e em porcentagem. Para análise estatística foi utilizado o teste Qui-quadrado de aderência de amostras esperadas iguais. Para respostas dicotômicas foi utilizada a correção de Yates, ambas utilizando o programa Bioestat 5.0.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Itajubá, parecer n. 4.418.634, CAAE: 39149020.4.0000.5559.

## 3. Resultados

A respeito da idade, 4,17 % dos pacientes tinham menos que 40 anos; 10,42% apresentaram idade entre 40 a 49 anos; 33,33 % entre 50 a 59 anos; 37,5 % entre 60 a 69 anos; 12,5 % entre 70 a 79 anos e 2,0% maior de 80 anos. A menor idade foi de 35 anos e a maior de 84 anos; dessa maneira, pode-se dizer assim, que o IAM acomete várias idades, sendo mais frequente em pacientes na faixa etária entre 60 a 69 anos de idade. Quanto ao sexo, observou-se maior incidência em pacientes do sexo masculino (66,67%) em relação ao sexo feminino (33,33%) (Tabela 1).

Leva-se em conta o patamar de escolaridade dos pacientes como um parâmetro para determinar a pertinência das diretrizes concernentes à prevenção, tratamento, reabilitação e demais aspectos do atendimento. Nesse contexto 6,25 % eram analfabetos; 2,08 % eram analfabetos funcional; 12,5 % tinham o ensino fundamental completo; 47,92 % tinham o ensino fundamental incompleto; 14,58 % o ensino médio completo; 6,25 % com ensino médio incompleto e 8,33 % concluíram o ensino superior. Dessa maneira, verificou-se que a faixa etária de maior incidência de 60 a 69 anos, com predominância do sexo masculino, com ensino fundamental incompleto (EFI) (Tabela 1).

**Tabela 1** – Dados sociodemográficos de pacientes internados com diagnóstico de IAM no Hospital das Clínicas de Itajubá, MG.

<b>Idade</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>Valor p</b>
30-39	2	4.17	< 0.0001
40-49	5	10.42	
50-59	16	33.33	
60-69	18	37.50	
70-79	6	12.50	
80-89	1	2.08	
<b>Sexo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	
F	16	33.33	0.0304
M	32	66.67	
<b>Escolaridade</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	
ANALF	3	6.25	< 0.0001
ANALF FUNCIONAL	1	2.08	
EFC	6	12.50	
EFI	23	47.92	
EMC	7	14.58	
EMI	3	6.25	
ESC	4	8.33	

Fonte: Autores (2023).

No que diz respeito sobre a recorrência e topografia do IAM, 73% foram diagnosticados IAM com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) e 27.00 % IAM sem Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMSSST); 4.00 % dos pacientes haviam sofrido um reinfarcto. A parede cardíaca mais afetada foi a anterior, com 45 %, seguida da parede inferior com 25, 81% (Tabela 2).

Em relação a parede afetada foram encontradas informações de 31 pacientes (64,58%); 17 pacientes (35,41%) com prontuários revisados não foram encontradas tais informações (Tabela 2).

**Tabela 2** - Recorrência e Topografia do Infarto Agudo do Miocárdio.

<b>Evento</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>Valor p</b>
<b>Recorrência de Infarto</b>			
N	46	95.83	< 0.0001
S	2	4.17	
<b>Infra</b>			
N	35	72.91	0.0035
S	13	27.09	
<b>Supra</b>			
N	13	27.09	0.0035
S	35	72.91	
<b>Parede Afetada</b>			
ANT	14	45.16	0.0015
ANT LATERAL	2	6.45	
ANT SEPTAL	6	19.35	
INF	8	25.81	
LATERAL	1	3.23	

Fonte: Autores (2023).

A análise das patologias entre os pacientes admitidos com IAM, oferece uma perspectiva crucial para compreender os elementos predisponentes dessa condição cardíaca grave. Ao retirar os pacientes com relato espontâneo ou sem exames complementares que indicassem doença prévia, tem-se o número revisado de 31 pacientes. Sabe-se que essa patologia está associada a fatores de risco, 64 % dos pacientes apresentavam algum fator determinante na ocorrência do evento de IAM. Os outros 31% não possuíam patologias e 4% não apresentavam dados em relação à doença (Tabela 3).

**Tabela 3** – Patologias apresentados pelos pacientes admitidos com Síndrome Coronariana no Hospital das Clínicas de Itajubá, MG.

Presença de patologia	F	%	Valor p
N	15	31.25	0.027
S	31	64.58	
NC	2	4.17	

\*N: não; S: sim e NC: Não consta. Fonte: Autores (2023).

A principal patologia encontrada nos pacientes que sofreram IAM foi a HAS, com 67,74%. Em relação a DM, observou-se que 35% dos pacientes eram portadores da doença. Acerca da dislipidemia 12,9 % eram dislipidêmicos e 9.68% eram obesos (Tabela 4).

**Tabela 4** – Patologias de pacientes internados com diagnóstico de IAM no Hospital das Clínicas de Itajubá, MG.

Patologias	Frequência	%	Valor p
HAS	21	67.74	< 0.0001
DM	11	35.48	
HIPOTIREOIDISMO	5	16.13	
DLP	4	12.90	
OBESIDADE	3	9.68	
DHEG	1	3.23	
DRC	1	3.23	
ARTRITE	1	3.23	
CA	1	3.23	
ICC	1	3.23	
LUPUS	1	3.23	
PRE DM	1	3.23	
ENFISEMA P	1	3.23	
IC	1	3.23	

Fonte: Autores (2023).

Os dados coletados a respeito dos hábitos que contribuem como fatores de risco, demonstraram que 47,92 % dos pacientes eram tabagistas; 12.50% dos pacientes eram etilistas. No entanto, 4,0% dos prontuários não apresentavam dados sobre o etilismo e 4,0% sobre o tabagismo (Tabela 5).

**Tabela 5** – Hábitos que contribuem como fatores de risco dos pacientes internados com diagnóstico de IAM no Hospital das Clínicas de Itajubá, MG.

<b>Tabagismo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>Valor p</b>
N	23	47.92	1
S	23	47.92	
Não respondeu	2	4.17	
<b>Etilismo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	
N	40	83.33	< 0.0001
S	6	12.50	
Não respondeu	2	4.17	
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100.00</b>	

Fonte: Autores (2023).

O intervalo de tempo, do início dos sintomas até o momento da primeira avaliação na sala de emergência é de extrema importância para o prognóstico do IAM. Sendo que 27,08 % dos pacientes obtiveram assistência médica em menos de 4 horas, 31,25 % de 5 a 9 horas, 16,65 % entre 10 e 14 horas, 6,25 % entre 15 a 19 horas, 16,67 % acima de 20 horas e 4% não apresentavam dados em relação ao tempo (Tabela 6).

**Tabela 6** – Intervalo de tempo entre início dos sintomas e atendimento e tipo de tratamento.

<b>Tempo até o atendimento (horas)</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>Valor p</b>
0-4	13	27.08	0.05
5-9	15	31.25	
10-14	8	16.67	
15-19	3	6.25	
20-25	8	16.67	
NC	1	2.08	

\*N: não; S: sim e NC: Não consta. Fonte: Autores (2023).

Estes resultados delineiam o perfil do paciente diagnosticado com Infarto Agudo do Miocárdio em procedimento de internação na enfermaria de clínica médica do Hospital de Clínicas de Itajubá (HCI), revelando suas necessidades e obstáculos em relação à sua condição de saúde. Auxiliando na identificação das lacunas nas ações preventivas, destacando deficiências nas orientações médicas voltadas para a promoção da saúde na comunidade.

#### 4. Discussão

Ao analisar a idade dos pacientes com IAM, foi visto que a faixa etária mais frequente está entre 60 e 69 anos, conforme observado em outros trabalhos, ligando diretamente as doenças crônicas no decorrer da vida adulta a essa patologia (Bordon et al., 2004; Matthew et al., 2003; Andrade et al., 2015).

Com relação ao sexo do paciente internado com diagnóstico de IAM, observou-se maior incidência do sexo masculino (66,67%), semelhante aos resultados do estudo de Soares et al. (Soares et al., 2009), que também identificou alta prevalência do sexo masculino (65,4%). Ao discutir o papel do fator sexo no desenvolvimento da doença isquêmica cardíaca, comumente o faz relacionando-o com a idade. Tal fato é decorrente das características peculiares a cada sexo e que fazem homens e mulheres envelhecerem de maneiras distintas.

O sexo masculino é considerado fator de risco para doença isquêmica cardíaca, principalmente, para os homens com idade inferior a 50 anos. Até essa idade, o homem tem um risco de sofrer um infarto cerca de três vezes maior que a mulher da mesma idade. Após os 50 anos a diferença na incidência da doença entre os dois sexos diminui e as mulheres, após a menopausa, tornam-se tão vulneráveis ao infarto quanto os homens da mesma faixa etária. Entre os fatores propostos para explicar essa situação, encontra-se a queda dos níveis de estrógenos após o climatério (Cotran et al., 2021). A vantagem da mulher sobre o homem, antes da menopausa, parece estar relacionada a alguns mecanismos da fisiologia reprodutiva, responsáveis por uma menor tendência trombolítica e uma proteção hormonal.

Os resultados obtidos no presente estudo indicaram que o nível de instrução dos pacientes era precário, sendo a maioria composta por indivíduos com ensino fundamental incompleto (47,92%). Tais dados são compatíveis com as peculiaridades de uma clientela atendida no Hospital das Clínicas de Itajubá (HCI), onde a maior parte dos pacientes atendidos não possuem condições socioeconômicas para custear seus gastos com a saúde.

O Ministério da Saúde aponta para a maior presença de um ou mais fatores de risco entre aqueles indivíduos com menor número de anos de estudo e que, mudanças no estilo de vida ficam mais evidentes naqueles com maior escolaridade, levando a crer que há uma associação inversa entre estrato social, nível educacional e doença cardíaca isquêmica, entre outras doenças cardiovasculares (Rizzoto & Campos, 2016).

Quanto à topografia do IAM, obteve-se, neste estudo, a incidência de 73 % de casos com IAMCSST, enquanto Silva et al.5 apresentaram 19,1% dos casos. Os dados revelaram a sua importância relativa ao prognóstico e tratamento dos casos, bem como a relevância das taxas de morbimortalidade da doença (Ferreira et al., 2019).

Segundo Bordon et al e Escosteguy et al, a parede cardíaca acometida mais frequentemente é a anterior, seguida da inferior, fato que quando comparado ao presente estudo, também se mostrou presente (Bordon et al., 2004; Escosteguy et al., 2003).

De acordo com Moreira et al, 2018, o desenvolvimento desta patologia está ligado a fatores como: sedentarismo, sobrepeso e obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS), histórico familiar, estresse emocional, tempo frio e úmido e exposição aguda a poluentes. Além disso, há outros fatores desencadeadores para as doenças isquêmicas coronarianas, como: consumo excessivo de álcool e drogas, dislipidemia, diabetes mellitus tipo II, tabagismo, etilismo, infartos prévios, hábitos alimentares inadequados, circunferência abdominal elevada, fatores socioeconômicos e culturais e idade.<sup>21</sup> Já em adultos jovens, com idade entre 35 e 45 anos, os principais fatores desencadeadores são: sedentarismo, uso abusivo de álcool, drogas e tabaco, mesmos fatores relatados por Soeiro et al. (2015).

A obesidade foi outro aspecto investigado por ser considerada fator de risco ou agravamento para várias doenças. A distribuição dos pacientes no presente estudo, mostra que a maioria dos entrevistados, 91,2%, não era obesa. Assim, o fator obesidade não foi frequente nos pacientes com IAM internados no HCI, de modo que tal comorbidade foi identificada em apenas três (3) pacientes (9,68%).

A HAS foi a mais prevalente, como antecedente pessoal, no grupo estudado, atingindo 21 pacientes (67,74%) dos entrevistados. Dado que merece destaque, uma vez que no estudo de Framingham a hipertensão dobrou o risco de doença isquêmica cardíaca (Kannel et al., 1976).

Quanto aos hábitos contribuintes aos fatores de risco, temos no tabagismo um dos maiores responsáveis por mortes prematuras por cardiopatia, sendo a causa mais importante de mortes por afecções das coronárias (Kannel, 1987). No atual estudo, foi observado que aproximadamente 50 % de todos os acometidos por essa patologia faziam uso regular de tabaco. Citando os dados da OPS, encontramos aqui uma possível comprovação para a população masculina sofrer mais IAM, uma vez que a prevalência do tabagismo é maior no homem (OMS, 1993).

A importância do tempo decorrido entre os primeiros sintomas do IAM até o seu atendimento em um serviço de emergência, justifica-se pela necessidade de intervenções imediatas de reperfusão, visando à restauração do fluxo sanguíneo coronário, colaborando assim para aumento da sobrevivência desses pacientes.

O principal benefício derivado do uso de fibrinolíticos é observado em pacientes que recebem tratamento nas primeiras horas após o Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST (IAMCST). Nesse sentido, quanto mais rápido se inicia o uso do fibrinolítico, maiores são os benefícios em termos da preservação da função ventricular e da redução da mortalidade. A administração da terapia de reperfusão deve ser iniciada o mais precocemente possível. Aguardar os resultados dos marcadores de necrose miocárdica para iniciar o tratamento é totalmente contraindicado, resultando em desfechos clínicos mais desfavoráveis. O estudo Grampian Region Early Anistreplase Trial (GREAT), já na década de 1990, evidenciava que a cada minuto de atraso na instituição da terapia de reperfusão, a expectativa de vida se reduz em 11 dias (SBC, 2014).

Ao se comparar com aos estudos de Franco, que apresentou um intervalo de tempo médio de  $2h55min \pm 3h59min$  e Muller de  $4h15min \pm 2h7min$  (Franco et al., 2008; Muller et al., 2008). O presente estudo demonstrou que apenas 27 % dos pacientes receberam tratamento em até 4 horas e 71 % receberam tratamento acima deste intervalo. Vale ressaltar, que 16 % dos acometidos por IAM foram tratados acima de 20 horas. Tal fato pode ser justificado pelo fato de que o HCI atende, além de toda sua territorialidade pacientes procedentes de outras cidades da sua microrregião.

Os benefícios do diagnóstico precoce do IAM são ímpares. Algumas ações como um serviço rápido de eletrocardiografia ou a melhor preparação das equipes de saúde da microrregião de Itajubá MG poderiam proporcionar um tratamento mais adequado. A adoção de uma conduta clínica baseada em estudos atuais, além da implementação de protocolos de atendimento em concordância com as diretrizes correntes poderiam reduzir o tempo de identificação e de tratamento do IAM. Essas ações, além do melhor aparelhamento dos serviços, disponibilidade de medicação e equipamentos preconizados poderiam reduzir as complicações e a mortalidade decorrentes dessa doença.

O presente estudo teve como limitações a ausência de variáveis que estão envolvidas no IAM, como por exemplo: drogadição, condições emocionais exacerbadas como transtornos de ansiedade e depressão, questões relacionadas ao controle de estresse, circunferência abdominal aumentada, fatores econômicos, culturais e fatores genéticos como histórico familiar de IAM, apneia obstrutiva do sono, sedentarismo, entre outros. Assim, ensejamos a realização de novos estudos para a melhor compreensão do fenômeno estudado.

## 5. Conclusão

O IAM sendo a principal causa de mortes no país, com alta morbimortalidade, causa grande impacto social e econômico requisitando uma especial atenção do sistema de saúde.

Diante das características apresentadas pelo grupo estudado e com base na bibliografia consultada, entendemos que existem diversos fatores que evidenciam suas possíveis contribuições no desencadeamento do infarto.

Assim, tivemos a presença de fatores de risco modificáveis (HAS, DM II, dislipidemias) e não modificáveis (sexo e idade); sobre os fatores ambientais constatamos um meio social precário, com indivíduos de baixo nível educacional; quanto aos hábitos que contribuem para o diagnóstico.

As informações levantadas pelo presente estudo nos indicam a importância de elaborarmos um programa de reabilitação educacional que respeite as limitações socioeconômicas, culturais e biológicas dos pacientes infartados, a partir do melhor conhecimento do perfil epidemiológico de pacientes com infarto agudo do miocárdio na microrregião de Itajubá. O conteúdo do programa deverá satisfazer às necessidades de informações relatadas pelos mesmos e, ao mesmo tempo, orienta-



los para a presença de fatores de risco em suas vidas, uma vez que poucos deles correlacionaram suas histórias clínicas e seus estilos de vida com a ocorrência do infarto.

Este estudo ampliou o conhecimento no campo da investigação científica acerca do IAM na microrregião de Itajubá, identificando dados passíveis de serem utilizados como base para estratégias de prevenção e, conseqüentemente, melhora da qualidade e expectativa de vida.

## Referências

- Agustí, A., Arnau, J. M., & Laporte, J. R. (1994). Clinical trials versus clinical practice in the secondary prevention of myocardial infarction. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 46(2), 95–99. <https://doi.org/10.1007/BF00199869>
- Andrade, P. B. de, Rinaldi, F. S., Bienert, I. R. de C., Barbosa, R. A., Bergonso, M. H., Matos, M. P. B. de, Souza, M. F. M. de, Nogueira, E. F., Kreimer, S., Esteves, V. C., Tebet, M. A., Mattos, L. A. P. e., & Labrunie, A. (2015). Perfil clínico e angiográfico de pacientes jovens submetidos à intervenção coronária percutânea primária. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva*, 23(2), 91–95. <https://doi.org/10.1016/j.rbc.2015.12.005>
- Barron, H. V., Michaels, A. D., Maynard, C., & Every, N. R. (1998). Use of angiotensin-converting enzyme inhibitors at discharge in patients with acute myocardial infarction in the United States: data from the National Registry of Myocardial Infarction 2. *Journal of the American College of Cardiology*, 32(2), 360–367. [https://doi.org/10.1016/s0735-1097\(98\)00225-3](https://doi.org/10.1016/s0735-1097(98)00225-3)
- Bordon, J. G., Paiva, S. A. R., Matsubara, L. S., Inoue, R. M. T., Matsui, M., Gut, A. L., Ferreira, A. L. A., & Zornoff, L. A. M. (2004). Redução da mortalidade após implementação de condutas consensuais em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 82, 370–373. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2004000400008>
- Brasil. (2018). Ataque cardíaco (Infarto). *Ministério da Saúde*. <http://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2779-ataque-cardiaco-infarto>.
- Christopher, M., Lopez, A. D., World Health Organization, Bank, W., & Harvard. (2017). The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 : summary. *Who.int*. <https://doi.org/0965546608>
- Mathew, T. (2003). Impact of pre-hospital care in patients with acute myocardial infarction compared with those first managed in-hospital. *European Heart Journal*, 24(2), 161–171. [https://doi.org/10.1016/s0195-668x\(02\)00521-3](https://doi.org/10.1016/s0195-668x(02)00521-3)
- Cotran, R. S., Kumar, V., & Robbins, S. L. (2021). Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease (10th ed.). *Saunders Elsevier*.
- Escosteguy, C. C., Portela, M. C., Medronho, R. de A., & Vasconcellos, M. T. L. de. (2003). Acute myocardial infarction: clinical and epidemiological profile and factors associated with in-hospital death in the municipality of Rio de Janeiro. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 80, 600–606. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2003000600003>
- Ferreira, R., Da, L., Ferreira Lisboa Da Silva, R., Lucas, E., Borges, M., Castilho, N., Christina, C., Madeira, A., Cláudio, M., Gomes, L., Rocha, M., Teixeira, M., & Araújo. (2009). Abordagem das Síndromes Coronarianas Agudas: aspectos epidemiológicos e análise da aplicação das diretrizes Acute Coronary Syndromes Approach: epidemiology aspects and guideline application analysis. [http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2009\\_06/a2009\\_v22\\_n06\\_02aorose.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2009_06/a2009_v22_n06_02aorose.pdf)
- Franco, B., Rabelo, E. R., Goldemeyer, S., & Souza, E. N. de. (2008). Patients with acute myocardial infarction and interfering factors when seeking emergency care: implications for health education. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 414–418. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000300013>
- Kannel, W. B., McGee, D., & Gordon, T. (1976). A general cardiovascular risk profile: The Framingham study. *The American Journal of Cardiology*, 38(1), 46–51. [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(76\)90061-8](https://doi.org/10.1016/0002-9149(76)90061-8)
- Kannel, W. B. (1987). New perspectives on cardiovascular risk factors. *American Heart Journal*, 114(1), 213–219. [https://doi.org/10.1016/0002-8703\(87\)90964-1](https://doi.org/10.1016/0002-8703(87)90964-1)
- Merchán-Hamann, E., & Tauil, P. L. (2021). Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. *Epidemiologia E Serviços de Saúde*, 30(1). <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100026>
- Moreira, M. A. D. M., Cunha, M. L. D. M. da, Cavalcanti Neto, F. de A., Souto, J. G., & Medeiros Júnior, I. J. A. (2018). Perfil dos pacientes atendidos por infarto agudo do miocárdio. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.*, 212–214. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1025797>
- Muller, L., Rabelo, E., Moraes, M., & Azzolin, K. (2008). *Rev Latino-am Enfermagem 2008 janeiro-fevereiro*. 16(1). <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ktTcsJdf5Bd6P48Df4rFhfc/?lang=pt&format=pdf>
- OMS. (1993). *Revista Do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 35(3), 246–246. <https://doi.org/10.1590/s0036-46651993000300019>
- Précoma, D. B., Oliveira, G. M. M. de, Simão, A. F., Dutra, O. P., Coelho, O. R., Izar, M. C. de O., Póvoa, R. M. dos S., Giuliano, I. de C. B., Alencar Filho, A. C. de, Machado, C. A., Scherr, C., Fonseca, F. A. H., Santos Filho, R. D. dos, Carvalho, T. de, Avezum Jr., Á., Esporcatte, R., Nascimento, B. R., Brasil, D. de P., Soares, G. P., & Villela, P. B. (2019). Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113(4), 787–891. <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>
- Rizzotto, M. L. F., & Campos, G. W. de S. (2016). O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde E Sociedade*, 25(2), 263–276. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016150960>

Roffi, M., Patrono, C., Collet, J.-P., Mueller, C., Valgimigli, M., Andreotti, F., Bax, J. J., Borger, M. A., Brotons, C., Chew, D. P., Gencer, B., Hasenfuss, G., Kjeldsen, K., Lancellotti, P., Landmesser, U., Mehilli, J., Mukherjee, D., Storey, R. F., & Windecker, S. (2015). 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 37(3), 267–315. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv320>

Soares, J. da S., Souza, N. R. M. de, Nogueira Filho, J., Cunha, C. C., Ribeiro, G. S., Peixoto, R. S., Soares, C. E. C., Soares, L. C., Reis, A. F., & Faria, C. A. C. de. (2009). Tratamento de uma coorte de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 92(6), 464–471. <https://doi.org/10.1590/s0066-782x2009000600009>

SBC. (2014). Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*. [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02\\_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf)

Soeiro, A. de M., Fernandes, F. L., Soeiro, M. C. F. de A., Serrano Jr, C. V., & Oliveira Jr, M. T. de. (2015). Clinical characteristics and long-term progression of young patients with acute coronary syndrome in Brazil. *Einstein*, 13(3), 370–375. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082015ao3381>

World Health Organization. (2020). The Top 10 Causes of Death. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Zornoff, L., Paiva, S., Assalin, V., Pola, L., Becker, M., Okoshi, L., Matsubara, R., Inoue, J., & Botucatu. (2002). Zornoff e cols Mortalidade após IAM Arq Bras Cardiol; 78: 396-400. *Arq Bras Cardiol*, 78(4), 396–400. <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2002/7804/78040007.pdf>