

Prevalência e perfil dos pacientes com diagnóstico de IAM atendidos em um pronto atendimento privado

Prevalence and profile of patients diagnosed with AMI attended in a private emergency service

Prevalencia y perfil de pacientes diagnósticos de IAM atendidos en un servicio de emergencia privado

Recebido: 20/11/2024 | Revisado: 26/11/2024 | Aceitado: 27/11/2024 | Publicado: 30/11/2024

Ester Freitas Duarte Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6010-6790>

Hospital Israelita Albert Einstein, Brasil

E-mail: ester.freitas.duarte@gmail.com

Bruna Esteves de Morais

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9037-1396>

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Brasil

E-mail: brunaesteves07@yahoo.com.br

Maria de Fátima Correa Paula

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1819-4002>

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Brasil

E-mail: maria.fpaula@einstein.br

Fernanda dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9153-665X>

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Brasil

E-mail: drenffernanda@gmail.com

Resumo

O objetivo dessa pesquisa é descrever a prevalência e o perfil dos pacientes com diagnóstico de IAM atendidos em um pronto atendimento privado. Tratou-se de um estudo transversal e retrospectivo, com dados secundários provenientes de prontuários de pacientes com diagnóstico de IAM em uma unidade de pronto atendimento privado de um hospital, no município de São Paulo/SP, Brasil. Os dados foram coletados por meio do Microsoft Forms. Após foi realizada a análise descritiva e analítica destes pacientes. A amostra da pesquisa foi composta por 31 pacientes. A prevalência de pacientes com o diagnóstico de IAM na instituição foi de 0,001%. O gênero masculino, idade acima de 60 anos e raça branca foram apontados como predominantes. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e cardiopatias foram os antecedentes apresentados pela maioria dos indivíduos, que por sua vez, não praticavam exercícios, tinham histórico de tabagismo, e aproximadamente 29% consumiam álcool, sendo 33% em excesso. A dor torácica em aperto, irradiando para membros superiores, foi o sintoma predominante, iniciando em até uma hora da chegada ao serviço. Houve um óbito sem abordagem de tratamento por evolução de parada cardiorrespiratória antes da intervenção, os outros 30 trinta receberam tratamento voltado para o IAM. A taxa de óbito foi de 19%. Concluiu-se que este estudo ampliou o conhecimento no campo da investigação científica referente ao infarto agudo do miocárdio, identificando dados passíveis de serem utilizados como base para adaptação e/ou criação de protocolos institucionais voltados para um aprimoramento da abordagem clínica no primeiro atendimento e segmentos destes pacientes.

Palavras-chave: Infarto do Miocárdio; Perfil de Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Sinais e Sintomas.

Abstract

The objective of this study is to describe the prevalence and profile of patients diagnosed with AMI treated at a private emergency care unit. This was a cross-sectional and retrospective study, with secondary data from medical records of patients diagnosed with AMI at a private emergency care unit of a hospital in the city of São Paulo/SP, Brazil. Data were collected using Microsoft Forms. Descriptive and analytical analysis of these patients was then performed. The study sample consisted of 31 patients. The prevalence of patients diagnosed with AMI at the institution was 0.001%. Males, age over 60 years, and white race were predominant. Systemic Arterial Hypertension (SAH) and heart disease were the antecedents presented by most individuals, who in turn did not exercise, had a history of smoking, and approximately 29% consumed alcohol, 33% of which consumed alcohol excessively. Chest pain, radiating to the upper limbs, was the predominant symptom, beginning within one hour of arrival at the service. There was one death without treatment due to cardiopulmonary arrest before the intervention, the other 30 received treatment aimed at AMI. The death rate was 19%. It was concluded that this study expanded knowledge in the field of scientific research regarding

acute myocardial infarction, identifying data that can be used as a basis for adaptation and/or creation of institutional protocols aimed at improving the clinical approach in the first care and segments of these patients.

Keywords: Infarto del Miocardio; Perfil de Salud; Servicios Médicos de Urgencia; Signos y Síntomas.

Resumen

El objetivo de esta investigación es describir la prevalencia y perfil de los pacientes diagnosticados de IAM atendidos en un servicio de urgencias privado. Se trata de un estudio transversal, retrospectivo, con datos secundarios de historias clínicas de pacientes diagnosticados con IAM en una unidad de urgencia privada de un hospital de la ciudad de São Paulo/SP, Brasil. Los datos se recopilaron utilizando Microsoft Forms. Posteriormente se realizó un análisis descriptivo y analítico de estos pacientes. La muestra de la investigación estuvo compuesta por 31 pacientes. La prevalencia de pacientes diagnosticados de IAM en la institución fue del 0,001%. Se identificaron como predominantes el género masculino, la edad mayor de 60 años y la raza blanca. La hipertensión arterial sistémica (HAS) y la enfermedad cardíaca fueron los antecedentes presentados por la mayoría de los individuos, quienes, a su vez, no hacían ejercicio, tenían antecedentes de tabaquismo y aproximadamente el 29% consumía alcohol, el 33% en exceso. El dolor opresivo en el pecho, irradiado a los miembros superiores, fue el síntoma predominante, que comenzó dentro de la hora siguiente a la llegada al servicio. Hubo un fallecimiento sin abordaje terapéutico por parada cardiorrespiratoria antes de la intervención, los otros 30 treinta recibieron tratamiento dirigido al IAM. La tasa de mortalidad fue del 19%. Se concluyó que este estudio amplió el conocimiento en el campo de la investigación científica sobre el infarto agudo de miocardio, identificando datos que podrían ser utilizados como base para la adaptación y/o creación de protocolos institucionales encaminados a mejorar el abordaje clínico en la primera atención y segmentos de estos pacientes.

Palabras clave: Infarto del Miocardio; Perfil de Salud; Servicios Médicos de Urgencia; Signos y Síntomas.

1. Introdução

O sistema de saúde brasileiro, nos últimos anos, tem apresentado inúmeros avanços em relação a definição de conceitos e incorporação de novas tecnologias visando à organização do atendimento às urgências e emergências. Primando, dessa forma, com que a população acometida por agravos agudos seja acolhida de forma integral e assertiva em todos os níveis de atenção à saúde e em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Todavia, a atenção às urgências tem ocorrido, predominantemente, nos serviços hospitalares e nas unidades de pronto atendimento, públicos ou privados, abertos 24 horas.

Nesse sentido, destaca-se aqui os serviços de Pronto Atendimento, que tem como papel fundamental, garantir o atendimento de pacientes em tempo hábil, de acordo com a sua gravidade. Existe um sistema de fluxo de pacientes na chegada nestas unidades, podendo ser de demanda espontânea pela principal porta de entrada ou por uma entrada destinada à urgências, advindas de serviços de atendimentos pré- hospitalares móveis, sendo particulares ou não, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou Corpo de Bombeiros (Brasil, 2002).

A partir deste cenário, todo paciente admitido em um Pronto Atendimento, seja ele público ou privado, precisa ser avaliado inicialmente no acolhimento por um enfermeiro que o classifica quanto ao grau de urgência das suas queixas, sinais e sintomas, estabelecendo uma ordem de prioridade para o atendimento. Assim como trata a Portaria 2.048 de 5 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde, que determina que esta triagem deve ser classificatória e exige que seja realizada por um profissional de nível superior, treinado e capacitado, com raciocínio clínico bem preformado (Medeiros et al., 2019).

Paralelamente, dentre as ferramentas empregadas para esta finalidade, tem-se o Protocolo de Manchester, que é frequentemente utilizado nos estabelecimentos de saúde no Brasil desde 2008, que tem a premissa de estratificar os usuários por níveis de cores, de forma que estas representam a gravidade do quadro clínico daquele indivíduo, bem como estabelece o tempo de espera necessário para o atendimento. Existem também escalas que classificam os usuários segundo números que discriminam-os por níveis, um exemplo é o Índice da Gravidade de Emergência (ESI- Emergency Severity Index), uma escala Norte Americana, porém menos utilizada em nosso país. Nesse sentido, essa abordagem se torna eficaz, pois avalia os pacientes de forma equânime, consolidando um processo de trabalho com vistas a um melhor atendimento tendo como prioridade sua gravidade e não chegada no serviço (Jiang et al., 2017).

No que concerne aos tipos de atendimentos destes serviços, salienta-se que são variados, como dor torácica inespecífica, dor abdominal, lombalgia, traumas, entre outros. Em consonância, um estudo feito em uma Unidade de Emergência Referenciada

(UER) de um hospital de ensino, no interior do Estado de São Paulo, em 2008, apontou como as queixas mais recorrentes: cefaléia, lombalgia, dor abdominal e dor torácica inespecífica (Novelli et al., 2011). Outra pesquisa, realizada em um Pronto Socorro de Minas Gerais, em 2015, levantou como os sintomas mais frequentes: mal estar geral, dor abdominal e dispneia (Mota et al., 2015). Por outro lado, segundo um levantamento realizado em Porto Alegre (RS) apresentou como os motivos mais comuns em uma unidade de pronto socorro: dor torácica inespecífica, dor muscular e cefaléia (Quintana & Dias, 2017). Em síntese, ao agrupar estas pesquisas e levantamentos, tem-se como principais queixas, sinais e sintomas em uma Unidade de Pronto Atendimento: cefaléia, dor abdominal e dor torácica inespecífica, evidenciando que em diferentes regiões do Brasil, tem-se uma similaridade nos tipos de atendimentos nestes serviços (Mota et al., 2015; Novelli et al., 2011).

Compreende-se que a dor torácica inespecífica é um sintoma clássico dos atendimentos nestes serviços, e destaca-se aqui as síndromes coronarianas, das quais incluem o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), com supra ou sem supra e a angina instável. (Souza & Rampellotti, 2019). Sendo definido como “morte das células de uma região do músculo do coração por conta da formação de um coágulo que interrompe o fluxo sanguíneo de forma súbita e intensa”, o IAM mostra-se como importante causa de mortalidade no Brasil, sendo responsável por 21.398 casos de óbitos entre homens e mulheres de 30 a 59 anos, conforme pesquisa em banco de dados DATASUS no período de 2008 à 2016 (Medeiros et al., 2018).

A partir desse cenário, é necessário ressaltar as principais causas e fatores de risco que influenciam para o risco deste evento, os quais podem ser classificados tanto em modificáveis e não modificáveis (Ribeiro et al., 2021). Dentre os fatores de risco modificáveis tem-se a alimentação, presença de Diabetes Mellitus, uso excessivo de álcool, sedentarismo, tabagismo, dislipidemia, situações frequentes de estresse e presença de Hipertensão Arterial Sistêmica. Já, no que concerne aos fatores de risco não modificáveis enquadram-se a raça negra, idade (para homens > 55 anos e para mulheres > 65 anos) e histórico familiar de doença cardiovascular (Correa et al., 2013). Identificar esses fatores de risco, bem como o perfil dos pacientes com essas queixas e agravos torna-se necessário no sentido de prevenção na população geral e elaboração de protocolos assertivos e potentes no atendimento desses pacientes, respectivamente.

Ainda no que concerne sobre os sinais e sintomas do IAM, estudo realizado em uma Unidade de Emergência de um Hospital Universitário de Porto Alegre, com amostra de pacientes diagnosticados com IAM, evidenciou a prevalência de dor torácica persistente, de início súbito e de forte intensidade, caracterizada em aperto ou opressão, com localização sobre a região esternal, irradiando para o Membro Superior Esquerdo (MSE) e mandíbula. Além disso, a pesquisa mostrou que esta dor vinha acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos, palidez, acompanhada ou não de episódio de síncope (Figueiredo et al., 2013). Por outro lado, de acordo com a literatura, alguns casos podem apresentar os sintomas citados anteriormente, caracterizados como sintomas típicos ou clássicos do IAM, no entanto podem ser acompanhados de sinais caracterizados como atípicos, dentre eles: dispneia, hipotensão arterial e até mesmo, confusão mental em alguns casos (Porto, 2017).

Em relação ao tratamento do IAM, existem duas formas de terapia e ambas visam desobstruir as coronárias, sendo levado em consideração o nível de comprometimento dessas artérias. Neste sentido, tem-se a desobstrução mecânica (angioplastia coronária), no qual é inserido um cateter-balão por meio de uma punção arterial e o levam até onde há o entupimento da artéria, em seguida pode ser colocado um stent (um dispositivo semelhante a uma mola) nesta artéria para mantê-la livre para circulação novamente, e a desobstrução medicamentosa (fibrinolíticos), que por sua vez, se dá por meio das ações de drogas anticoagulantes (Bacelar 2012).

Percebe-se que o IAM é uma importante doença cardiovascular com fatores de risco modificáveis e não modificáveis, gerando sinais e sintomas que devem ser avaliados de forma equânime e atenta pelos profissionais da saúde no primeiro atendimento. Espera-se que, com este estudo, obter resultados que possam colaborar para a educação em saúde, promovendo pontos de melhoria no atendimento dos pacientes acometidos pelo IAM. Dessa maneira, essa pesquisa teve como objetivo descrever a prevalência e o perfil dos pacientes com diagnóstico de IAM atendidos em um pronto atendimento privado.

2. Metodologia

Pesquisa transversal, quantitativa, com dados secundários, retrospectivos, e documental de fonte direta provenientes de prontuários eletrônicos de pacientes com diagnóstico de IAM (Pereira et al., 2018; Toassi & Petri, 2021). Utilizou-se de estatística descritiva (Shitsuka et al., 2014; Vieira, 2021). O estudo com dados secundários tem a premissa de que o pesquisador não terá contato direto com a população amostral a ser analisada, mas sim, pela coleta e observação agrupadas por meio de informações extraídas de uma plataforma eletrônica, e sendo retrospectivo, por se tratar de dados do passado, neste caso, do ano de 2022.

Por pesquisa transversal entende-se que tem como objetivo apresentar uma análise epidemiológica de determinado grupo de pessoas (Bordalo, 2006). A pesquisa quantitativa é caracterizada por ser um método de pesquisa utilizada para quantificar um problema de maneira objetiva, a partir de opiniões, comportamentos e/ou atitudes, por meio de questionários, entrevistas, estudos longitudinais ou observações sistemáticas, que resultarão em dados numéricos padronizados e que por fim, poderão ser transformados em estatística, com a finalidade de generalizar os resultados obtidos de uma determinada população (Turato, 2005). Nesta perspectiva, o método quantitativo aplica-se nesta pesquisa com o objetivo de mensurar os dados coletados, atribuindo-os variáveis, realizando análises descritivas e inferenciais no âmbito da estatística (Turato, 2005).

O presente estudo foi realizado em uma unidade de pronto atendimento de um hospital privado de grande porte localizado na zona sul do município de São Paulo, no Estado de São Paulo/Brasil.

O campo utilizado para o presente estudo oferece atendimento 24 horas e sua estrutura é composta por: medicina diagnóstica, centros cirúrgicos, consultórios médicos, vacinação, maternidade, um centro para o tratamento do câncer, banco de sangue, centro de reabilitação, pronto atendimento, leitos de internação etc. Desta maneira, para a análise de dados secundários, foram avaliados os pacientes da Unidade de Pronto Atendimento do hospital mencionado acima, que também presta assistência 24 horas, a unidade é dividida em dois andares, do qual dispõe de: no primeiro andar, três consultórios para Triage Inicial, recepção, sete consultórios para especialidade de Clínica Médica com um Posto de Enfermagem, uma Sala de Medicação ao lado com 17 poltronas, uma Farmácia à disposição, duas Observações que juntas somam dez leitos, Sala de Emergência com cinco leitos e três ambulâncias próprias da instituição, além de uma Farmácia.

Também tem à disposição, três consultórios para especialidade de Ortopedia, um consultório para Gesso, dois consultórios para especialidade de Cirurgia; ainda no primeiro andar, há a especialidade de Pediatria, com dois consultórios para Triage Inicial, recepção, quatro consultórios Médicos Pediátricos, uma Sala de Medicação ao lado, uma Observação Pediátrica com quatro leitos e um Posto de Enfermagem; ademais, possui uma Sala de Raio X, uma Sala de Tomografia e uma Sala de Ultrassonografia.

No segundo andar, onde são destinados os pacientes considerados com sintomas de doenças infectocontagiosas, em que os pacientes são triados no primeiro andar e classificados para se dirigirem à este local, que dispõe de: um Posto de Enfermagem, cinco consultórios destinados à especialidade de Clínica Médica, cinco consultórios com três poltronas em cada para efetuar medicações e coletas; logo após, são divididas duas Observações, a primeira para pacientes com sintomas infectocontagiosos, onde estão disponíveis cinco leitos e um Posto de Enfermagem; em seguida, outra Observação, destinada à pacientes críticos, que apresentam seis leitos e um Posto de Enfermagem.

No que se refere ao fluxo dos pacientes, salienta-se que aqueles que chegam por meios próprios, apenas para avaliação de casos de urgência, são admitidos no Pronto Atendimento a partir da retirada de senha para ser chamado para Triage Inicial, onde o cliente será avaliado e designado à uma classificação de risco para ordenar a prioridade de atendimento. Em seguida, o indivíduo será chamado para atendimento médico em consultório da especialidade necessária e, se for preciso, será encaminhado para os cuidados da equipe de enfermagem, como: medicação, coleta laboratorial, entre outros. Além da principal porta de entrada da unidade referente, o paciente poderá adentrar por meio da Sala de Emergência, também por meios próprios ou por

meio de unidades móveis de atendimento de emergência, como: ambulâncias privadas, Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Corpo de Bombeiros. No entanto, o enfermeiro que encontra-se na Triagem pode avaliar a necessidade do paciente ser encaminhado diretamente para a Sala de Emergência e então, será avaliado pelo corpo clínico e será definida a conduta a ser tomada, por exemplo: realização de exames de imagem e administração de medicamentos, além disso, a equipe de enfermagem coletará exames laboratoriais que poderão definir o prognóstico do paciente. A partir disso, assim que o quadro do indivíduo for estabilizado, ele poderá ser acomodado em um leito de observação ou então, receber alta médica.

Prontuários de pacientes, com 18 anos ou mais, que foram atendidos no pronto atendimento privado e diagnosticados com IAM no ano de 2022. Foram analisadas as seguintes variáveis: como variável dependente desfecho: diagnóstico de IAM; e variáveis independentes: gênero, faixa etária, raça, hábitos comportamentais, sinais e sintomas de IAM, início dos sintomas, caracterização e descrição da dor e o tipo de tratamento aplicado.

Como critérios de inclusão teve-se pacientes atendidos no serviço com diagnóstico de IAM no ano de 2022 maiores de 18 anos e que autorizem o acesso do prontuário por meio da assinatura do TCLE digital, e critérios de exclusão pacientes menores de 18 anos.

O instrumento para coleta de dados foi construído com questões fechadas que contemple a variável dependente e independentes do estudo, sendo compiladas na plataforma digital Microsoft Forms.

Foi utilizado como variável dependente diagnóstico de IAM. Salienta-se que os critérios para o estabelecimento do diagnóstico de IAM estão de acordo com a avaliação clínica dos sinais e sintomas desta situação, além da realização do Eletrocardiograma (ECG) para a avaliação das ondas cardíacas e também, a coleta laboratorial dos marcadores cardíacos, sendo o padrão ouro a Troponina, enzima liberada pelo miocárdio (Zaratian et al., s.d.).

Como variável independente, o gênero (feminino/masculino), faixa etária (em anos), raça (definida segundo o IBGE), hábitos comportamentais (tabaco e álcool), sinais e sintomas (sudorese, palidez, dor torácica, síncope, dispneia, precordialgia, palpitações, náuseas, confusão, vômitos, lipotímia, epigastria, mal estar geral, queda do estado geral), início dos sintomas (em minutos), tipo de dor (em pontada, em aperto, em queimação, dor aguda, intermitente, constante e outra), localização da dor (no peito, epigástrica, com irradiação para mandíbula, com irradiação para membro superior esquerdo, com irradiação para membros superiores, com irradiação para face, com irradiação para dorso, com irradiação para cervical, com irradiação retroesternal e outra parte), intensidade da dor (leve, moderada, intensa, segundo Escala Verbal Numérica de Dor), tipo de tratamento (cineangiografia (CATE), angioplastia- balão, angioplastia- stent farmacológico, angioplastia- stent mecânico, fibrinolíticos, anticoagulante, antiagregante plaquetário, vasodilatador, betabloqueador, diurético, anti- hipertensivo).

Os dados foram coletados entre Outubro e Novembro do ano de 2023, após a análise e aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão Científica da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Israelita Albert Einstein, com número de Certificado de Apresentação de Apreciação Científica (CAAE) de 70574723.2.0000.0071, bem como após autorização do gestor da instituição onde os dados foram coletados, segundo assinatura da Carta de Anuência Institucional. Além da autorização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Digital pelos pacientes para a utilização de seus prontuários para as coletas de dados, sendo de forma online e digital. Ademais, a Declaração de Responsabilidade do Pesquisador Responsável e o Termo de Comprometimento de Utilização de Dados - TCUD.

Foi realizada uma análise descritiva da variável dependente (IAM) e independentes (gênero, faixa etária, raça, hábitos comportamentais, sinais e sintomas, início dos sintomas, caracterização e descrição da dor e o tipo de tratamento aplicado), compilando esses dados (que foram extraídos dos prontuários eletrônicos) na plataforma Microsoft Forms, por meio de questionário, para quantificar as respostas obtidas.

O projeto de pesquisa seguiu todas as diretrizes propostas na Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Mesmo sendo pesquisa com dados

secundários se faz necessário do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digital devido a autorização do participante para acessar seu prontuário e coletar seus dados referentes ao objetivo da pesquisa.

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP, a pesquisadora acessou a lista dos pacientes que tiveram IAM no ano de 2022, em que cada participante elencado para a pesquisa recebeu, via e-mail, o TCLE digital para assinatura, sendo seu consentimento aceito ao clicar na opção “concordo”.

Porém, após inúmeras tentativas de contato com pacientes e responsáveis para assinatura do TCLE sem sucesso, ou seja, mais de três vezes contato via e-mail e telefônico com os pacientes ou responsáveis enviando o TCLE e informando sobre a pesquisa, em que os mesmos não deram retorno, foi encaminhado ao CEP uma emenda solicitando a isenção do TCLE. Esta necessidade também se aplicou aos óbitos.

Após a autorização do CEP, acessou-se os prontuários dos pacientes que não haviam respondido as várias formas de contato e tentativas.

Neste sentido, cabe pontuar que dos 98 pacientes elegíveis para a pesquisa, ou seja, que tiveram diagnóstico de IAM no ano de 2022, menos de 10% retornaram com o aceite do TCLE. Do restante, tem-se os óbitos e aqueles que não retornaram com o aceite do termo, resultando numa amostra de 31 prontuários acessados.

Reitera-se que, em detrimento da entrega do Trabalho de Conclusão de Curso estar em curto prazo, se fez necessário finalizar a coleta de dados com a amostra atingida até o momento, e poder iniciar a discussão dos dados.

A análise dos dados desta pesquisa foi realizada em etapas descritas a seguir. Primeiramente organizou-se a apresentação dos dados coletados de forma descritiva, incluindo o tamanho da amostra, em que descreveu-se as variáveis, incluindo o cálculo de prevalência, médias e frequências relativa e absoluta, salienta-se que essas medidas resumem e descrevem a distribuição dos dados. Por meio de gráficos e tabelas representou-se visualmente os dados. Após esta parte inicial, realizou-se a análise dos dados e interpretação, com destaque para as descobertas importantes e relacionadas com os objetivos da pesquisa. Também pontuaram-se as limitações da pesquisa.

3. Resultados

A prevalência de IAM encontrada no presente estudo foi de 0,001% no volume total de atendimento de pacientes maiores de 18 anos em um Pronto Atendimento privado no município de São Paulo, ou seja, tamanho amostral de 98 pacientes. No entanto, a amostra do estudo para as variáveis independentes foi de 31 pacientes.

Os resultados da pesquisa demonstram que a maioria dos pacientes que tiveram IAM são do gênero masculino, na faixa etária acima dos 60 anos e pertencentes à raça branca. Importante salientar que a variável raça só pôde ser avaliada em apenas 45% (quarenta e cinco por cento) dos prontuários, haja vista que os demais prontuários não continham essa informação. A mesma situação se deu nas variáveis escolaridade e profissão, havendo dados incompletos e, desta forma, não serão apresentados nos resultados.

Os antecedentes prévios dos pacientes evidenciaram que os mais relevantes quando trata-se de IAM são: HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), DM (Diabetes Mellitus) e DLP (Dislipidemia). Além destes, foram trazidas algumas comorbidades relevantes para tal diagnóstico: cardiopatias, IRC (Insuficiência Renal Crônica), DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), AVC (Acidente Vascular Cerebral), Alzheimer, câncer, hipotireoidismo, ansiedade, depressão e síndrome do pânico. Conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Dados sociodemográficos, hábitos de vida e antecedentes prévios dos pacientes com IAM atendidos em um pronto atendimento privado no município de São Paulo/SP, Brasil, 2023. (N=31).

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Gênero		
Masculino	26	84%
Femino	5	16%
Faixa Etária		
Faixa etária 48- 52 anos	3	10%
Faixa etária 53- 57 anos	1	3%
Faixa etária 58- 60 anos	1	3%
Faixa etária > 60 anos	25	81%
Raça		
Branca	12	86%
Parda	1	7%
Amarela	1	7%
Antecedentes Prévios		
Hipertensão Arterial Sistêmica	21	68%
Diabetes Mellitus	13	42%
Dislipidemia	15	48%
Obesidade	1	3%
Cardiopatias	16	52%
Insuficiência Renal Crônica	5	16%
Alzheimer	4	13%
Câncer	3	10%
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	2	6%
Hipotireodismo	2	6%
Acidente Vascular Encefálico	1	3%
Ansiedade	1	3%
Depressão	1	3%
Sd. do pânico	1	3%
Total	31	100%

Fonte: Elaborado pelos autores (novembro 2023).

No que concerne aos hábitos de vida da amostra, evidenciou-se que a maioria dos pacientes apresentaram consumo médio de álcool, não tabagistas e não realizam atividade física, Quadro 2.

Quadro 2 - Hábitos de vida dos pacientes com IAM atendidos em um pronto atendimento privado no município de São Paulo/SP, Brasil, 2023. (N=31).

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Faz consumo de álcool	9	29%
Baixo (menos de 1 copo de álcool por dia, 1 vez na semana)	1	11%
Médio (até 2 copos de álcool por dia, até 2 vezes na semana)	5	56%
Alto (mais de 2 copos de álcool por dia, mais de 2 vezes na semana)	3	33%
Não faz consumo de álcool	22	71%
Tabagismo		
É tabagista	11	35%
Não é tabagista	14	45%
Ex- tabagista	6	19%
Prática de exercícios físicos		
Sim	4	14%
Não	25	86%
Total	31	100%

Fonte: Elaborado pelos autores (novembro 2023).

Em relação aos sinais e sintomas dos pacientes com IAM, teve-se que o sintoma mais presente nestes indivíduos foi a dor torácica, seguida por dispnéia. Já entre os sinais apresentados, observamos que a sudorese foi reportada em apenas três casos, conforme descrito no Quadro 3.

Quadro 3 - Sinais e sintomas dos pacientes com IAM atendidos em um pronto atendimento privado no município de São Paulo/SP, Brasil, 2023. (N=31).

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Sinais		
Sudorese	3	10%
Palidez	1	3%
Sintomas		
Dor torácica	18	58%
Síncope	1	3%
Dispneia	8	26%
Precordialgia	4	13%
Palpitação	1	3%
Náuseas	3	10%
Confusão	1	3%
Vômitos	1	3%
Lipotimia	0	0

Epigastralgia	1	3%
Mal estar geral	2	6%
Queda do estado geral	1	3%
Início dos sinais e sintomas		
Em até 1 hora da chegada	14	45%
Em até 8 horas da chegada	3	10%
Há 24 horas	3	10%
Há 1 semana da chegada	1	3%
Mais que 1 semana da chegada	3	10%
Total	31	100%

Fonte: Elaborado pelos autores (novembro 2023).

No Quadro 4 abaixo, é apresentado a variável independente dor, demonstrando que o escore um a três, considerada leve, foi a mais apresentada pelos pacientes avaliados, sendo alguns, relatados como sem dor apresentada. Para a intensidade da dor foi utilizada a Escala Verbal Numérica de Dor.

Quadro 4 - Escore da dor dos pacientes com IAM atendidos em um pronto atendimento privado no município de São Paulo/SP, Brasil, 2023. (N=31)

Variável- Escore de Dor	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Sem dor	5	16%
1 à 3- Leve	15	48%
4 à 6- Moderada	7	23%
7 à 10- Intensa	4	13%
Total	31	100%

Fonte: Elaborado pelos autores (novembro 2023).

A partir dos pacientes que relataram dor, um total de 26 (vinte e seis) indivíduos, foram avaliadas o tipo de dor, localização e irradiação da mesma, todavia ressalta-se que a dor pode ser sentida em diversos lugares simultaneamente. Por essa razão, um paciente pôde apresentar mais de uma localização ou irradiação desta, representadas no Quadro 5.

Quadro 5 - Tipo e localização da dor apresentada pelos pacientes com IAM atendidos em um pronto atendimento privado no município de São Paulo/SP, Brasil, 2023. (N=26).

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Tipo de dor		
Em aperto	16	61%
Em pontada	1	4%
Em queimação	2	8%
Dor aguda	6	23%

Intermitente	1	4%
Constante	0	0
Localização da dor		
No peito	13	50%
Epigástrica	3	12%
Irradiação para mandíbula	1	4%
Irradiação para MSE	1	4%
Irradiação para MMSS	5	19%
Irradiação para face	1	4%
Irradiação para dorso	3	12%
Irradiação para cervical	1	4%
Irradiação retroesternal	5	19%
Total	26	100%

Fonte: Elaborado pelos autores (novembro 2023).

No que concerne ao tipo de IAM, evidenciou-se que houve uma divisão quase equitativa: IAM com supradesnivelamento de segmento ST, em que 16 (dezesesseis) pacientes foram acometidos e sem supradesnivelamento de segmento ST, foram 15 (quinze).

Já em relação ao tipo de tratamento realizado, apenas um paciente não obteve nenhum tipo de abordagem, por evoluir à PCR (Parada Cardiorrespiratória), e ao final à óbito, sem a chance de um tratamento acerca do IAM. Assim, o número de pacientes avaliados para a abordagem de tratamento no presente estudo foi de 30 (trinta) pacientes. em que a maioria foi submetida à Cineangiografia (CATE- Cateterismo), sendo 28 (vinte e oito) indivíduos, dos quais 82% (oitenta e dois por cento) destes foram submetidos à angioplastia (colocação de stent farmacológico, mecânico ou cateter balão), seguido pelo uso de Antiagregante plaquetário, com a mesma porcentagem de pacientes aderentes e, por fim, sendo menos utilizados o Anticoagulante (32%) e Vasodilatador (21%).

No que concerne ao desfecho do diagnóstico de IAM, 31 (trinta e um) casos foram analisados, em que somente seis resultaram em óbito durante o atendimento de emergência voltado para IAM. Lembrando que, apenas um deles evoluiu à esse resultado sem uma abordagem de tratamento realizada.

4. Discussão

A prevalência de IAM deste estudo foi mais baixa em relação à uma pesquisa transversal que avaliou 7.260 pacientes, feita pela May Measure Month (realizada pela Sociedade Internacional de Hipertensão) no ano de 2017, em diferentes regiões do Brasil, em que apontou que apenas 4% da amostra apresentou como diagnóstico Infarto Agudo do Miocárdio (Barbosa et al., 2019).

No que diz respeito ao gênero, esta pesquisa foi condizente com um estudo quantitativo realizado em um hospital de referência no Oeste da Fronteira do Rio Grande do Sul no ano de 2018, do qual foram avaliados 27 pacientes com o mesmo diagnóstico, entre o período de janeiro de 2014 à outubro de 2015, em que 70% pertenciam ao gênero masculino (Nogueira, 2018). Ademais, este fato pode estar associado ao fato de que homens, culturalmente, procuram menos por serviços de saúde no Brasil, assim como aponta um estudo realizado no ano de 2007, onde foram realizadas entrevistas com 28 homens, que apontou

justamente que pessoas do gênero masculino, buscam menos por cuidar de si por uma questão de como a sociedade pode visualizar o homem ao procurar por prevenção em saúde que poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança, ou quando a dor torna-se insuportável, impossibilitando-os de trabalhar (Gomes et al., 2007). Percebe-se, que os homens estariam mais propensos, justamente pela baixa adesão ao cuidado e prevenção de sua saúde, a evoluir a certas patologias, como o IAM.

Todavia, salienta-se que essa é uma percepção comum, mas o cenário é um pouco mais complexo do que apenas afirmar que os homens têm mais infartos do que as mulheres. Historicamente, os homens tiveram taxas de doenças cardiovasculares, incluindo infarto, mais altas do que as mulheres em algumas faixas etárias. No entanto, a diferença tem diminuído ao longo do tempo. Outros fatores podem estar atrelados a esta condição, como questões hormonais, estilo de vida, genética e fatores biológicos e a idade.

Segundo uma publicação na Revista Nursing, com um estudo descritivo com delineamento transversal, realizado em um Pronto Socorro em Ceilândia, situado no Distrito Federal, em que foram avaliados os pacientes com diagnóstico de IAM no intervalo entre junho à dezembro de 2019, apresenta que a faixa etária com maior predominância foi entre 50 a 59 anos, dado que é próximo do presente estudo, que por sua vez apresentou como majoritariamente, na faixa etária maior que 60 anos (Nascimento et al., 2022). Esta informação pode estar diretamente ligada ao fato de que, segundo um estudo realizado com embasamento nas projeções da ONU (Organização das Nações Unidas) no ano de 2019, o Brasil tem apresentado um aumento no envelhecimento da população nacional, apresentando 29,9 milhões de idosos em 2020, mais intenso que o cenário global (Alves, 2019).

O risco de infarto aumenta com a idade segundo alguns fatores, como por exemplo, acúmulo de placas nas artérias, rigidez arterial, doenças crônicas, bem como o desgaste natural do coração, como qualquer outro órgão, sofre um desgaste natural ao longo dos anos. Isso pode afetar sua capacidade de bombear sangue de forma eficiente (Leite, 2021). Dessa forma, embora a idade seja um fator de risco importante para o infarto, adotar um estilo de vida saudável e realizar exames médicos regulares para controlar fatores de risco pode ajudar a reduzir significativamente esse risco, mesmo à medida que envelhecemos. Medidas como dieta balanceada, exercícios regulares, controle do peso, não fumar e gerenciamento do estresse são essenciais para manter a saúde cardiovascular, independentemente da idade.

No que concerne à raça, descrita segundo IBGE, teve-se um predomínio da branca, justificado, talvez, pelo público que procura atendimento nesta instituição. Todavia, vale ressaltar que, esta variável nem sempre foi respondida no prontuário do paciente, gerando apenas treze prontuários com esta informação, de um total de 31. Tal avaliação condiz com uma pesquisa realizada em um Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco no ano de 2021, da qual a mesma relata que predominou-se pacientes de etnia branca (Leite, 2021).

A avaliação dos antecedentes prévios dos doentes acometidos por IAM nesta pesquisa evidenciou que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e as cardiopatias, afetam um número significativo de pacientes. Em um estudo observacional do tipo transversal, em que foram avaliados 104 pessoas com o mesmo diagnóstico, realizada na Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, no Estado de São Paulo, também constatou que majoritariamente dos indivíduos avaliados possuíam HAS com 68%, seguido por DLP (32%) e DM (29%) (Teixeira et al, 2017).

Além dos antecedentes prévios, se faz necessário avaliar os hábitos de vida dos pacientes, haja vista que estão interligados. Dessa forma, quando os dados da atual pesquisa é confrontados com a literatura, tem-se um estudo de revisão literária realizada no ano de 2021, onde foram considerados 17 (dezessete) prontuários de pacientes com diagnóstico de IAM (Freitas, Padilha, 2020), apontando que os principais fatores de risco associados aos hábitos de vida deram-se pelo consumo de álcool e tabaco, indo de encontro apenas com o fato de que os pacientes não realizavam exercícios físicos (Freitas, Padilha, 2020). Desta maneira, pode-se dizer que estas condições são fatores modificáveis, ou seja, a partir da mudança de rotina, alimentação e cuidados específicos, poderiam ser evitados pelo indivíduo, assim como aponta uma pesquisa de método paralelo

convergente misto, realizada em unidades de APS (Atenção Primária à Saúde) no interior do Rio Grande do Sul no ano de 2022, em que os hábitos saudáveis são provenientes de mudanças no estilo de vida das pessoas (Oliveira et al., 2022).

Esta pesquisa também avaliou os sinais e sintomas dos pacientes acometidos com IAM, obtendo dados semelhantes com uma revisão integrativa realizada a partir de 122 publicações no período de 2010 a 2014, que levou em consideração os sinais, sintomas e complicações dos pacientes acometidos pelo Infarto Agudo do Miocárdio. Tal revisão apontou que o principal sintoma referido por estes indivíduos foi a dor torácica em 75 (setenta e cinco) casos, agrupando à ela a precordialgia, assimilando-se ao presente estudo que foi prevalente o mesmo sintoma em 18 pacientes (Passinho et al., 2018). Além disso, outra análise elaborada a partir da avaliação de doentes com o diagnóstico de IAM na Santa Casa da cidade de São Paulo, evidenciou como principal sinal a sudorese com 79% dos indivíduos, o que vai de contrapartida com a presente pesquisa, que apontou essa manifestação em apenas 10% dos pacientes avaliados (Franken et al., 1985).

Outro fator importante a ser considerado referente ao IAM é o tempo de início dos sinais e sintomas, evidenciando qual será o prognóstico deste paciente. Neste sentido, uma pesquisa do tipo transversal, realizada em um Hospital Cardiológico no Rio Grande do Sul, determinou que o tempo médio de início dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes com diagnóstico de IAM foi de até quatro horas, enquanto no presente estudo, o início destes deu-se em até uma hora da chegada ao serviço de emergência (Franco et al., 2008). Um estudo prospectivo realizado na China, onde fora avaliado o tempo até a chegada ao hospital de pacientes com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio, enfatizou a importância do reconhecimento dos sinais e sintomas do IAM se comparado ao desfecho e resultados de qualidade, evitando maiores sequelas ou óbitos (Guan et al., 2019).

Quando fala-se em IAM, a literatura é assertiva em denominar o tipo de dor sentida pelo paciente, a qual pode apresentar uma variabilidade, haja vista que em alguns pacientes ela pode ser inespecífica, principalmente entre os idosos. Na instituição da coleta de dados, a dor é avaliada a partir da Escala Verbal Numérica de Dor no momento da triagem, ou seja, em seguida que o paciente entra no serviço. Os dados referentes à intensidade da dor estão discordantes com um estudo publicado pela Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, realizado em um pronto socorro, que também utilizou a mesma escala para avaliação, evidenciando a prevalência de dor intensa, caracterizada pela variação de um a sete (Paiva et al., 2017). Já a respeito do tipo de dor, resultou na maioria de dor caracterizada em aperto, predominante em 61% dos pacientes, assemelhando-se às Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio, publicado no ano de 2021 (Santos et al., 2015). Por outro lado, a “localização” deu-se em sua maioria, no peito com irradiação retroesternal e para MMSS (membros superiores), indo de encontro com uma pesquisa publicada pela Revista Gaúcha de Enfermagem que aponta que a localização e irradiação dão-se para os mesmos encontrados neste estudo (Nicolau et al., 2021). A dor no peito retroesternal em aperto é um sintoma clássico do infarto no coração (Santos et al., 2015).

Em relação à fisiopatologia do IAM, esta pode ser dar de duas formas, evidenciando um supradesnivelamento de segmento ST (IAMCSST), quando há elevação deste representado no ECG (eletrocardiograma), indicando neste caso, que uma artéria que fornece sangue arterial ao músculo cardíaco está completamente obstruída por um coágulo. Por outro lado, o IAM sem supradesnivelamento de segmento ST (IAMSSST) no ECG, da-se pela caracterização de dor torácica, semelhante à presente em casos de Angina Instável (esta por sua vez não fora avaliada nesta pesquisa), diferenciando-se por fim, através dos marcadores cardíacos, principalmente pela curvatura da Troponina (da Consolação et al., 2015). Em vista disso, quanto à caracterização do Infarto Agudo do Miocárdio, sendo IAMCSST ou IAMSSST, uma pesquisa descritiva retrospectiva, realizada na unidade de Emergência do Hospital Geral Prado Valadares de Jequié (BA), aponta que houve predominância de IAM com SST, abrangendo 68% dos pacientes avaliados (Araújo et al., 2016), o que vai de desencontro com o presente estudo, que apresentou um resultado quase que equitativo de ambos os tipos de Infarto Agudo do Miocárdio.

Ao avaliar a abordagem de tratamento optado em cada caso dos pacientes desta amostra, foi possível concluir a prioridade do Cateterismo (CATE), em que foi realizado em sua maioria a angioplastia, seguido pelo uso de antiagregantes

plaquetários e anticoagulantes. Em um estudo realizado em um Hospital Universitário do interior de São Paulo, avaliando o perfil clínico preditores de mortalidade e tratamento de pacientes após infarto agudo do miocárdio (Zornoff et al., 2002), constatou-se a mesma predominância de abordagem realizada, com exceção do CATE e, conseqüentemente, da angioplastia (Zornoff et al., 2002). O que vai ao encontro às diretrizes de práticas médicas e protocolo assistencial de cardiologia do Hospital Israelita Albert Einstein, uma vez que o mesmo divide-se em dois tipos de abordagens de tratamento quando refere-se ao Infarto Agudo do Miocárdio: protocolo de Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem SST (Mendes et al., 2021) e protocolo de Infarto Agudo do Miocárdio com SST (Caixeta et al., 2021). Avaliando os dois em conjunto, como foi realizado no presente estudo, conclui-se que, a abordagem de tratamento adequada seria: uso de antiagregantes plaquetários, anticoagulantes e por fim, a realização de cateterismo para definição de conduta de tratamento como a angioplastia ou, conservador (com medicamentos ao longo da vida).

Segundo o desfecho clínico dos pacientes avaliados nesta pesquisa, foi capaz de avaliar que 19% dos indivíduos evoluíram à óbito ainda em caráter de atendimento de emergência na instituição. Este dado é ainda menor se comparado à um estudo descritivo e retrospectivo, realizado por meio do acesso ao banco de dados de domínio público do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Sistema de Informações do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) (Lopes et al., 2022), que aponta que no período entre 2018 a 2020, houve 33% de óbitos dos pacientes com acometidos por Infarto Agudo do Miocárdio para cada ano.

As limitações deste estudo incluem a tentativa de contato com os pacientes para assinatura do TCLE sem sucesso por mais de três vezes, evidenciando uma redução importante na amostra final analisada. O período de coleta de dados restrito após aprovação do CEP e a focalização exclusiva numa única unidade de atendimento, o que dificulta a aplicação generalizada dos resultados, também foram viés nesta pesquisa. Outro ponto importante a ser mencionado é a falta de completude no registro das informações no prontuário do paciente que, por sua vez, implica em inúmeros prejuízos e, no presente estudo, pode representar uma limitação na análise dos sinais e sintomas, fatores de risco e comorbidades. Evidenciou-se um alto percentual de prontuários que não apresentou registros sobre a presença de fatores de risco para o IAM, escolaridade, e outras variáveis relacionadas a esta patologia. Ademais, a falha nos registros do prontuário implica na segurança dos pacientes atendidos no serviço, e nos processos administrativos que implicam nos custos, no faturamento e financiamento das intervenções hemodinâmicas.

Portanto, recomenda-se a realização de pesquisas adicionais, especialmente estudos prospectivos, visando identificar como os pacientes se preparam e cuidam de si mesmos, além de explorar os fatores que influenciam as complicações clínicas e a busca por serviços de pronto-socorro.

5. Conclusão

O presente estudo apresentou uma prevalência baixa de IAM em pacientes atendidos em um Pronto Atendimento Privado no município de São Paulo e maiores que 18 (dezoito) anos, bem como o gênero masculino, a faixa etária superior à 60 anos, a raça branca foram a maioria dos pacientes. Nas variáveis referentes aos antecedentes prévios HAS (hipertensão arterial sistêmica) e cardiopatias foram os mais incidentes. Além disso, como hábitos de vida, a maioria dos indivíduos não praticam exercícios físicos, são ou foram tabagistas e pelo menos 29% fazem consumo de álcool, dos quais 33% consomem de forma elevada segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde).

Na avaliação de sinais e sintomas, o que prevaleceu foi a dor torácica em aperto, com irradiação para membros superiores (MMSS), de característica leve. O início das manifestações clínicas foi predominante em até 1 (uma) hora da chegada ao serviço em questão. Fora a análise da abordagem realizada, onde 30 (trinta) pacientes receberam tratamento, que consta que 93% realizaram Cateterismo (CATE). No que diz respeito ao tipo de IAM, foi avaliado um resultado quase equitativo entre eles. Além disso, houve apenas 19% de óbitos, em que apenas 1 (um), não realizou nenhum tipo de abordagem de tratamento por

evoluir antes à PCR.

Nesse sentido, percebe-se a importância de avaliar e traçar o perfil dos pacientes acometidos pelo Infarto Agudo do Miocárdio para o ajuste e elaboração adequada de protocolos institucionais que podem garantir uma assistência de saúde de qualidade e segura com base naqueles indivíduos que estão procurando o serviço de atendimento. Do mesmo modo, visando ampliar o olhar clínico e capacitar os profissionais da área da enfermagem para gerenciar o cuidado com esta população. Vale ressaltar a importância do papel do enfermeiro frente a este diagnóstico, uma vez que o mesmo está na linha de frente do atendimento, na triagem ou em sala de emergência, sendo, muitas vezes o primeiro a receber o paciente com os sinais e sintomas sugestivos de IAM. Esta identificação precoce, pode ser crucial para o encaminhamento e diagnóstico rápido e correto, além da possibilidade de impactar no desfecho clínico do doente, evitando maiores complicações ou evolução à óbito.

Finalizando, cabe ressaltar que os resultados demonstram a importância de desenvolver planos de intervenção direcionados à prevenção de doenças cardíacas, redução de condições médicas associadas e implementação precoce de tratamentos. Essas medidas são fundamentais para reduzir complicações, promover a saúde e, conseqüentemente, aprimorar a qualidade de vida da comunidade. Espera-se que essa abordagem contribua para a diminuição da taxa de mortalidade e dos custos relacionados à saúde.

Limitações do estudo

A falta de completude no registro das informações no prontuário do paciente implica em inúmeros prejuízos e, no presente estudo, pode representar uma limitação na análise dos sinais e sintomas, fatores de risco e comorbidades. Evidenciou-se um alto percentual de prontuários que não apresentou registros sobre a presença de fatores de risco para o IAM, escolaridade, e outras variáveis.

Ademais, a falha nos registros do prontuário implica na segurança dos pacientes atendidos no serviço, e nos processos administrativos que implicam nos custos, no faturamento e financiamento das intervenções hemodinâmicas. Também se considera uma limitação do estudo a baixa adesão dos pacientes na leitura e aceite do TCLE para acesso ao prontuário, evidenciado pela redução no número da amostra final analisada.

Referências

- Alves, J. E. D. (2019). Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. *Revista Longevidade*.
- Araújo, I. F. M., Santos, I. S. C., Longuiniere, A. C. F. de L., Valença Neto, P. da F., & Franklin, T. A. (2016). Perfil da população acometida por infarto agudo do miocárdio. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 2302–2309. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1367375>
- Bacelar, D. A. (2012, abril 26). Infarto do miocárdio. Hospital Israelita Albert Einstein.
- Barbosa, E., Eibel, B., Brandão, A. A., Feitosa, A. D. M., Miranda, R. D., Kobeissi, E., Beaney, T., Poulter, N. R., Mota-Gomes, M. A., & Barroso, W. K. S. (2019). May Measurement Month 2017: Brazilian Results - Americas. *European Heart Journal Supplements*, 21(Suppl D), 25-27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31043869/>
- Bordalo, A. A. (2006). Estudo transversal e/ou longitudinal. *Revista Paraense de Medicina*, 20(4), 5.
- Brasil. (2002). Portaria n° 2048, de 5 de novembro de 2002. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
- Caixeta, M., et al. (2021, maio). Protocolo gerenciado de infarto agudo do miocárdio com elevação de segmento ST do Hospital Israelita Albert Einstein. https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Paginas/diretrizes_assistenciais.aspx?busca=&Especialidade=Urg%C3%A2ncias%20e%20Emerg%C3%A2ncias
- da Consolação Vieira Moreira, M., Tavares Montenegro, S., & Amato de Paola, A. (Eds.). (2015). Livro-texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Cardiologia.
- Correa Filho, H., Simão, A. F., Bertolim Précoma, D., Moraes de Oliveira, G. M., Pinheiro de Andrade, J., de Carvalho Sposito, A., Kerr Saraiva, J. F., & Pereira Dutra, O. (2013). *Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular* (101a ed.). Sociedade Brasileira de Cardiologia.

- Figueiredo, A. E., Siebel, A. L., Cappelletti Luce, D., & Schneider, I. (2013). Determinação do tempo de apresentação a emergência de pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 3(1), 93-101.
- Franco, B., Rabelo, E. R., Goldemeyer, S., & Souza, E. N. de. (2008, junho 1). 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://www.scielo.br/j/rlae/a/pLckwGcy9pT6XHFHq56nkWC/abstract/?lang=en>
- Franken, R. A., Souza, A. B., Hungria, V. T., & Golin, W. (1985). Infarto do miocárdio: A chegada do paciente ao hospital. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 323-325. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-1563>
- Freitas, R. B., & Padilha, J. C. (2020, junho 30). Perfil epidemiológico do paciente com infarto agudo do miocárdio no Brasil. *RSDA*, 8(1), 100-127. <https://revista.domalberto.edu.br/revistadesaudeomalberto/article/view/668>
- Gomes, R., Nascimento, E. F. do, & Araújo, F. C. de. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 565-574. <https://www.scielo.br/j/csp/a/rQC6QzHKh9RCH5C7zLWNMvJ/?lang=pt>
- Guan, W., Venkatesh, A. K., Bai, X., Xuan, S., Li, J., Li, X., et al. (2019, janeiro 1). Time to hospital arrival among patients with acute myocardial infarction in China: A report from China PEACE prospective study. *European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes*, 5(1), 63-71. http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf
- Jiang, H. J., Weiss, A., & Barrett, M. (2017, fevereiro 28). HCUP-US Home Page. Healthcare Cost and Utilization Project. <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb221-Super-Utilizer-ED-Visits-Payer-2014.pdf>
- Leite, D. H. B., Santos, S. M. J., Dantas, G. H. de O., Nascimento, A. C. L. do, Arruda, A. J. C. G. de, & Santos, T. S. R. (2021, junho 2). Risk factors for acute myocardial infarction evidenced in hospitalized patients in the coronary care unit. *Revista de Pesquisa (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Online)*, 13, 1032-1036.
- Lopes Dias, J., et al. (2022, março 16). Análise epidemiológica de infarto agudo do miocárdio e outras doenças isquêmicas do coração no Brasil nos últimos 10 anos. *Revista de Saúde*, 13(1), 7377.
- Medeiros, A. K., Medeiros, A. N., Silva, P., Leal, A., & Barros, V. (2019). Caracterização do acolhimento com classificação de risco em um hospital. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(5), 1541-1422. <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/1541/1422>
- Medeiros, T. L., Silva de Andrade, P. C., Davim, R. M., & Santos, N. M. (2018). Mortalidade por infarto agudo do miocárdio. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12(2), 565. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a230729p565-572-2018>
- Mendes Caixeta, A., et al. (2021, maio). Angina instável e infarto agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST do Hospital Israelita Albert Einstein. <https://medicallsuite.einstein.br/pratica-medica/Paginas/diretrizes-assistenciais.aspx?busca=&Especialidade=Urg%C3%A2ncias%20e%20Emerg%C3%A2ncias>
- Mota Guedes, H., Meiriele Souza, K., de Oliveira Lima, P., Amado Martins, J. C., & Couto Machado Chianca, T. (2015). Relação entre queixas apresentadas por pacientes na urgência e o desfecho final. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4). <https://www.scielo.br/j/rlae/a/vWyHXQrdeJjVWWP4XvgQFPv/?lang=pt&format=pdf>
- Nascimento, L. L., Oliveira, T. F. de, Ferreira, C. C. G. L., Lisboa, N. da S., Pereira, M. W. de M., & Queiroz, S. S. de. (2022). Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio em um pronto socorro do Distrito Federal. *Nursing (São Paulo)*, 25(287), 7516-7527.
- Nicolau, J. C., Filho, G. S. F., Petriz, J. L., Furtado, R. H. de M., Précoma, D. B., Lemke, W., et al. (2021, fevereiro 26). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST – 2021. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021*, 00(00). <https://abccardiologia.org/article/diretrizes-da-sociedade-brasileira-de-cardiologia-sobre-angina-instavel-e-infarto-agudo-do-miocardio-sem-supradesnível-do-segmento-st-2021/>
- Nogueira, T. (2018). Fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio: Percepção de pacientes hospitalizados. In M. Bittencourt C., S. Cardoso L., M. G. Moreira C., F. da Silva V., & J. Busanello (Eds.), *SIEPE - Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão*. <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/issue/archive>
- Novelli Oliveira, G., de Freitas Neves Silva, M., Esmenia Muglia Araujo, I., & Carvalho Filho, M. A. (2011). Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 09. [https://www.scielo.br/j/rlae/a/SbDTqPVSmPsDtNnwjGjHvFG/format=pdf&lang=pt#:~:text=O%20conhecimento%20das%20caracter%C3%ADsticas%20da,de%20emerg%C3%A2ncia%20referenciada%20\(UER\).](https://www.scielo.br/j/rlae/a/SbDTqPVSmPsDtNnwjGjHvFG/format=pdf&lang=pt#:~:text=O%20conhecimento%20das%20caracter%C3%ADsticas%20da,de%20emerg%C3%A2ncia%20referenciada%20(UER).)
- Oliveira, G., Schimith, M. D., Silva, L. M. C. da, Cezar-Vaz, M. R., Cabral, F. B., Silveira, V. do N., et al. (2022). Fatores de risco cardiovascular, saberes e práticas de cuidado de mulheres: Possibilidade para rever hábitos. *Escola Anna Nery*, 26. <https://www.scielo.br/j/ean/a/B8CzTYV7WQNTZHSHWQrNgJb/abstract/?lang=pt>
- Paiva, B. C., Brançam, A. F., Kurogi, É. M., Xavier, S. de O., Ferretti-Rebustini, R. E. de L., & Santos, E. S. (2017, junho 1). Caracterização clínica da dor anginosa no infarto agudo do miocárdio em idosos: Subsídios para a assistência. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 27(2), 66-70.
- Passinho, R. S., Sipolatti, W. G. R., Fiorelli, M., & Primo, C. C. (2018). Sinais, sintomas e complicações do infarto agudo do miocárdio. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 247-64.
- Pereira A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free e-book]. Santa Maria/RS. Ed. UAB/NTE/UFSM.
- Porto, C. C. (2017). Exame clínico: Bases para a prática médica (8ª ed.). Guanabara Koogan.

- Quintana Marques, G., & Dias da Silva Lima, M. A. (2017). Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1). <https://www.scielo.br/j/rlae/a/j6JmS8m58xkJePtffhF3bwk/?format=pdf&lang=pt>
- Ribeiro, H. P., Rodrigues, M. M., Silva, A. P., Holanda, R. M., Silva, B. F., Silva, G. D., Silva, M. A., & Vasconcelos, J. D. (2021). Infarto agudo do miocárdio: Perfil clínico e fatores associados ao óbito em pacientes atendidos em uma unidade de pronto atendimento / Myocardial infarction: Clinical profile and factors associated with death in patients seen at an emergency care unit. *Brazilian Journal of Development*, 7(3), 32319-32330. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n3-786>
- Santos, S. M. J. dos, Araújo, T. L. de, Cavalcante, T. F., & Galindo Neto, N. M. (2015, setembro). Acute pain in myocardial infarction: Analysis of concept. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(3), 102–108.
- Shitsuka, R. et al. (2014). *Matemática fundamental para tecnologia*. (2ed.). Editora Erica.
- Souza Miranda, A. V., & Rampellotti, L. F. (2019). Incidência da queixa de dor torácica como sintoma de infarto agudo do miocárdio em uma unidade de pronto-atendimento. *Brazilian Journal of Pain*, 1(2). <https://www.scielo.br/j/brjp/a/YN33Ck6kcjXDJLG4rfwk7Ww/?format=pdf&lang=pt>
- Teixeira, C. S., Sanches, S. B., & Ivan. (2017). Prevalência de fatores de risco em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. *Unisantia Health Science*, 1(1), 1–17. <https://periodicos.unisantia.br/index.php/hea/article/view/1031/977>
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102005000300025>
- Vieira, S. (2021). *Introdução à bioestatística*. Ed. GEN/Guanabara Koogan.
- Zaratian, M., Braga Aguiar, A., & Borja, A. (s.d.). Aspectos clínicos e laboratoriais no diagnóstico do infarto agudo do miocárdio.
- Zornoff, L. A. M., Paiva, S. A. R., Assalin, V. M., Pola, P. M. S., Becker, L. E., Okoshi, M. P., et al. (2002). Perfil clínico, preditores de mortalidade e tratamento de pacientes após infarto agudo do miocárdio, em Hospital Terciário Universitário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 396–405 <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-306444>