

# COINTER PDVS 2020

II CONGRESSO INTERNACIONAL DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Edição 100% virtual | 02 a 05 de dezembro

## ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE ÓBITOS POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM URGÊNCIA

## ANÁLISIS DE PREVALENCIA DE MUERTES POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN SERVICIO DE REFERENCIA EM EMERGENCIAS

## ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF DEATHS FROM ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN EMERGENCY REFERENCE SERVICE

Apresentação: Pôster

Shirley Sayonara Bezerra de Melo Torres<sup>1</sup>; Vinnicius César Torres dos Santos<sup>2</sup>; Welton Flávio de Lima Serafim<sup>3</sup>; Angélica de Godoy Torres Lima<sup>4</sup>

### INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) destacam-se, dentre as doenças crônicas, como as principais causas de morte tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Foi a partir da década de 1960 que a diminuição das doenças infectoparasitárias (DIP) e o aumento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) vem se acentuando, dentre elas merecendo destaque as doenças do aparelho circulatório, devido à sua grande magnitude (CESSE et al., 2019; OMS, 2015).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano 17,1 milhões de indivíduos morrem devido a doenças cardiovasculares. Dentre os 20 milhões de indivíduos que sofrem dessas doenças cardíacas, aproximadamente 12 milhões são vítimas fatais do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). A taxa de mortalidade por essa doença no Brasil também é considerada extremamente alta, sendo responsável por 6 a 10% dos óbitos, o que significa 300 a 400 mil casos anuais. Na Bahia, no ano de 2011, esse índice atingiu 4.649 mil indivíduos (OMS, 2015; PIEGAS et al., 2014; BRASIL, 2015).

A produção deste tema nos permite compreender o funcionamento do sistema

<sup>1</sup> Enfermeira especialista em Urgência e Emergência-CEFFAPP, Centro de ensino Grau Técnico, [shirley\\_sayonara@hotmail.com](mailto:shirley_sayonara@hotmail.com)

<sup>2</sup> Médico especialista em Saúde da Família-UFPE, Hospital Regional do Agreste-HRA, [vinniciustorres@yahoo.com.br](mailto:vinniciustorres@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Médico com residência em Cardiologia-PROCAPE/UPE, Hospital Universitário Alcides Carneiro-HUAC, [weltonserafim@gmail.com](mailto:weltonserafim@gmail.com)

<sup>4</sup> Mestre em Ciências da Saúde-UPE, Instituto Federal de Pernambuco – IFPE *campus* Belo Jardim, [angelica.godoy@belojardim.ifpe.edu.br](mailto:angelica.godoy@belojardim.ifpe.edu.br)

## ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE ÓBITOS POR IAM

organização do fluxo na rede de urgência e emergência dos serviços de saúde. Portanto, diante deste cenário questiona-se: qual a prevalência de óbitos por IAM no serviço de referência de urgência no município de Pernambuco.

Este trabalho teve como objetivo analisar a prevalência de óbitos por infarto agudo do miocárdio no serviço de referência de urgência no município de Caruaru Pernambuco no período de 2014 a 2018.

### FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O termo infarto agudo do miocárdio significa basicamente a morte de cardiomiócitos, causada por isquemia prolongada. Em geral, essa isquemia é causada por trombose e/ou vaso espasmo sobre uma placa aterosclerótica. Na maioria das vezes há formação de trombo sobre placas vulneráveis, inflamadas, ricas em lipídios e com capa fibrosa delgada, e, numa pequena parcela, está relacionada à erosão dessa placa aterosclerótica (DAVIES, 2015).

O IAM ainda é uma das maiores causas de morbidade, mortalidade e incapacitação entre os países ocidentais desenvolvidos, sendo um grande problema de saúde pública mundial. Logo, por ser uma doença de grande impacto, deve ser considerada como um importante indicador de padrões de qualidade de políticas em saúde coletiva. Os estudos epidemiológicos mostram taxas de mortalidade do IAM de aproximadamente 30%, sendo que metade desses óbitos ocorre nas primeiras duas horas do evento e 14% dos indivíduos morrem antes de receber atendimento médico (PESARO et al, 2004; VAN et al., 2013).

Pesquisa mostra que apenas 80% dos pacientes com dor torácica aguda procuram o setor de emergência, isso porque a consequente interpretação errônea e o desconhecimento dos sintomas da doença são fatores associados à demora na busca pela ajuda, o que dificulta o diagnóstico precoce, o tratamento e acarreta no aumento da incidência de complicações e até mesmo de óbitos (FRANCO et al., 2018; MOMENI et al., 2012).

Apesar desses números, os pacientes que precocemente foram admitidos no serviço de emergência hospitalar se beneficiaram com os avanços terapêuticos no decorrer das últimas décadas (PESARO et al., 2004). Ressalta-se a importância de traçar, com esse estudo, o perfil dos pacientes que sofreram o evento do IAM para que se possa agir de forma mais incisiva na formulação de políticas públicas capazes de reduzir as taxas de morbimortalidade.

### METODOLOGIA

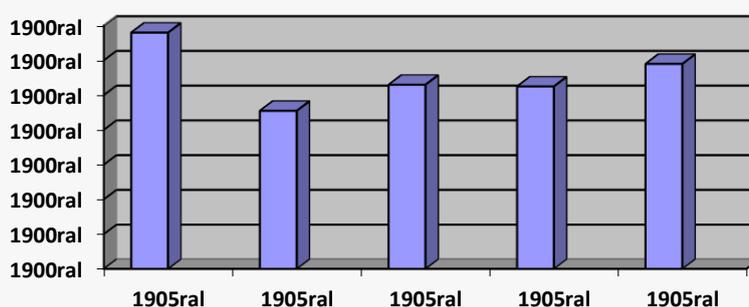
Trata-se de uma coletada de dados de caráter descritivo e abordagem qualitativa. Os dados foram extraídos do DATASUS no TABNET no período de 2014 a 2018, sendo dados

consolidados até 30.12.2018. Coletou-se os dados dos óbitos dos pacientes com IAM do município de Caruaru-PE. Essas informações são de domínio público. Foram analisados os óbitos decorrentes de doenças do aparelho circulatório e especificamente de IAM, em homens de 40 a 59 anos e 60 a 69 anos. Os dados foram obtidos a partir dos seguintes sistemas: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Por se tratar de dados públicos, a pesquisa dispensa a autorização de Comitê de Ética e Pesquisa. Os dados foram analisados de maneira absoluta e percentual, apresentados descritivamente em forma de gráficos, armazenados no Programa Microsoft Excel®, o que possibilita uma fácil compreensão dos resultados encontrados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como mostra o quadro 1 a faixa etária de 50 a 59, no período de 2014 apresentou 136 casos, em 2015 apresentou 91 casos, em 2016 apresentou 106 casos, em 2017 apresentou 105 casos, 2018 apresentou 118 casos como mostra detalhado o gráfico 1.

**Gráfico 1:** Dados dos números de óbitos de Infarto agudo do miocárdio com faixa etária de 50 a 59 anos no período de 2014-2018- Município de Caruaru-PE.



Fonte: DATASUS (2020)

Como mostra o quadro 2 a faixa etária de 60 a 59, no período de 2014 apresentou 159 casos, em 2015 apresentou 172 casos, em 2016 apresentou 195 casos, em 2017 apresentou 170 casos, 2018 apresentou 198 casos como mostra detalhado o gráfico 2.

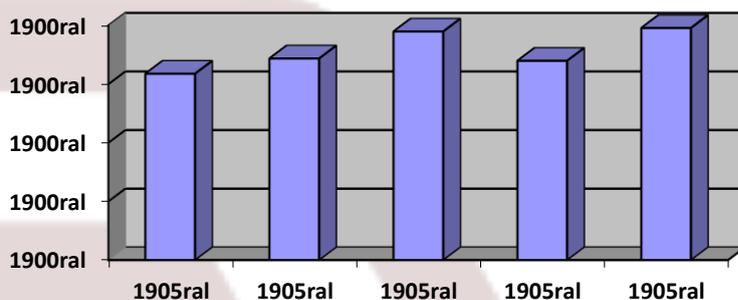
A mortalidade hospitalar por infarto agudo do miocárdio (IAM) situava-se ao redor de 30% na década de 50. Com o advento, na década seguinte, das Unidades de Tratamento Intensivo e, em seguida, das Unidades Coronarianas, essa mortalidade caiu quase que pela metade, fundamentalmente por conta do melhor controle das arritmias.

A partir da década de 80, houve plena confirmação de evidências demonstradas experimentalmente, apontando para os benefícios da recanalização da artéria coronária relacionada ao IAM, basicamente com o uso dos fibrinolíticos e dos novos processos de

## ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE ÓBITOS POR IAM

intervenção percutânea. Com essa abordagem, a incidência de óbitos em pacientes com IAM atingiu os atuais 6% a 10%. Apesar disso, o IAM continua sendo causa líder de mortalidade no Mundo Ocidental, pela alta prevalência e pela mortalidade pré-hospitalar e urgência (MELO, 2015).

**Gráfico 2 :** Dados dos números de óbitos de Infarto agudo do miocárdio com faixa etária de 60 a 69 anos no período de 2014-2018- Município de Caruaru-PE.



Fonte: DATASUS (2020)

Conceitualmente, a proposta mais recente considera os pacientes com IAM basicamente de dois tipos: aqueles que chegam ao hospital com ou sem supra desnivelamento tratamento a ser instituído. Pelo fato de a conduta terapêutica no IAM sem supra desnivelamento do segmento ST, de maneira geral, se aproximar muito daquela adotada na angina instável, estas recomendações vão se ater aos infartos com supra desnivelamento do segmento ST (EVANGELISTA et al., 2015).

O IAM acontece pela diminuição e/ou ausência do fluxo sanguíneo, em decorrência de uma aterosclerose ou por outras causas que incluem vaso espasmos, suprimento de oxigênio diminuído nos casos de perda sanguínea aguda, hipertensão arterial, anemia, ou até mesmo pelo oxigênio aumentado no uso de substâncias ilícitas como: cocaína, tendo como consequência a necrose do músculo cardíaco (DAMASCENO et al., 2012).

Aspectos como utilização de novas tecnologias de reconhecida eficácia, admissão em uma unidade de terapia intensiva, tempo decorrido entre o início dos sintomas e o primeiro atendimento têm mostrado importante impacto na redução da letalidade por IAM. A discussão do tempo tem papel de destaque na assistência ao paciente infartado, geralmente exposto a um maior risco de morte na primeira hora após o início dos sintomas, portanto, antes da chegada ao hospital (MULLER et al., 2008).

O IAM pode ser diagnosticado através de alguns fatores que podem ser observados como histórico do paciente, exame físico, análise do eletrocardiograma, ou seja, o traçado no momento da admissão do paciente e exames laboratoriais. No histórico do paciente existem

alguns fatores de risco como: obesidade, tabagismo, hipertensão arterial, sedentarismo, stress, nível elevado de colesterol, antecedentes familiares, idade e diabetes mellitus (PESARO et al., 2014).

No Brasil a principal causa de mortalidade, responsável por 29% dos óbitos, são as doenças cardiovasculares, sendo o infarto agudo do miocárdio a segunda causa de morte mais frequente. Estima-se que atualmente cerca de 20 milhões de indivíduos sofram de doenças do aparelho cardiovascular em todo mundo, dos quais, aproximadamente, 12 milhões são vítimas fatais de IAM (POSSAMAI, 2007).

O estudo teve como objetivos a realização do levantamento dos dados epidemiológicos da prevalência de óbitos por IAM no município de Caruaru do Agreste Pernambucano e a construção do perfil dos pacientes portadores de IAM utilizando dados da faixa etária. Dados disponibilizados pelo DATASUS (Departamento de informática do Sistema Único de Saúde), no TABNET (Informações de Saúde) contabilizam o total de 1.181.166 óbitos em todo o território nacional no ano de 2012, destes 152.900 (12,94%).

O IAM trata-se de uma patologia de alta mortalidade, como avaliou a Sociedade brasileira de cardiologia, pois a cada 5 a 7 casos de IAM ocorre um óbito. Contudo graças ao aprimoramento da terapêutica farmacológica e intervencionista essas taxas vêm diminuindo como demonstrado <sup>21</sup> que quantificou a mortalidade de 12% dos pacientes admitidos com diagnóstico de IAM em 1994, em 2002 o percentual foi de 7%.

Considerando os números apresentados com maior incidência de IAM de 40 a 59 anos, tratando-se de população economicamente ativa e a escassez de trabalhos traçando um perfil dos óbitos por IAM, este estudo tem por objetivo apresentar as taxas de óbitos da população alvo, assim como a rede hospitalar e a quantidade de especialistas por região de saúde.

## CONCLUSÃO

Os resultados dessa pesquisa mostram a HAS como o fator de risco mais prevalente no evento do IAM, além de evidenciar um índice expressivo de mortalidade hospitalar nos pacientes com diagnóstico definitivo, demonstrado igualmente em outras literaturas. São necessárias estratégias de promoção à saúde como aliados à mudança de hábitos de vida da população. Faz-se necessário identificar o perfil que caracteriza a população acometida pelo IAM, visto que cada indivíduo apresenta suas limitações e características próprias, influenciado pelo meio inserido, contribuindo deste modo na implementação de políticas em saúde que visem à prevenção dos fatores de risco e redução da incidência da doença na cidade e região.

# ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE ÓBITOS POR IAM

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de Saúde: DATASUS. Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório.** Bahia: Ministério da Saúde, 2015.

CESSE, E.A.P. et al. Tendência da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no Brasil: 1950 a 2000. **Arq. Bras Cardiol.**, v.14, n. 2, p. 38-47, 2019.

DAMASCENO, C.A. et al. Fatores associados à decisão para procura de serviço de saúde no infarto do miocárdio: diferenças entre gêneros. **Rev. enferm. USP**, v.46, n.6, p.1362-1370, 2012.

DAVIES, M.J. The pathophysiology of acute coronary syndromes. **Rev.Heart.** v. 2, n. 1, p.03-06, 2015.

EVANGELISTA, P.A., et al. Hospital admissions and hospital death associated to ischemic heart diseases at the National Health System (SUS). **Rev. Brasileiros de Cardiologia**, v. 90, n. 2, pp. 130-138, 2015.

FRANCO, B. et al. Pacientes com infarto agudo do miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviço de emergência: implicações para educação em saúde. **Rev. Latino am Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 416-8, 2018.

MELO, E.C.P. Infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevida e distribuição espacial. **Rev. Saúde**, v. 01, n. 3, p. 01-02, 2015.

MOMENI M. et al. Factors influencing pre-hospital delay among patients with acute myocardial infarction in Iran. **Rev. Chin Mad J.**, v. 05, n. 125, p. 416-8, 2012.

MULLER, L.A. et al. Fatores que retardam a administração de trombolítico em pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio atendidos em um hospital geral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 1, P. 52-56, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Global status report on non-communicable diseases**, 2015.

PESARO, A.E.P. et al. Infarto Agudo Miocárdio – Síndrome Coronariana Aguda com supradesnível do segmento ST. **Rev Assc Med Bras**, v. 50, n. 2, p. 214-220, 2004.

PIEGAS, L.S. et al. III Diretriz Sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio – Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Rev. Brás Cardiol.** v. 11, n. 1, p. 151-7, 2014.

POSSAMAI, FP. Lixões inativos na região carbonífera de Santa Catarina: análise dos riscos à saúde pública e ao meio ambiente. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 1, P. 171-179, 2007.

VAN, F. et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. **Rev. European hertz journal**, v. 24, n. 1, p. 28-66, 2013.