



REVISTA ELETRÔNICA

Acervo  
MÉDICO

ISSN 2764-0485

## Conhecimento dos pacientes sobre Infarto Agudo do Miocárdio e seus impactos no tempo de espera

Patients' knowledge of Acute Myocardial Infarction and its impact on delay time

Conocimiento de los pacientes sobre el Infarto Agudo de Miocardio y sus impactos en el tiempo de espera

Samuel Oliveira Dumont Horta<sup>1</sup>, Milena Melo Gambogi<sup>1</sup>, Roberta Cíntia Sousa Coelho<sup>1</sup>, Lucas Moreira Burlamaqui de Mello<sup>1</sup>, Carlos Villegas Rifarachi<sup>2</sup>, Fernanda Silva Torres<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o conhecimento de 55 pacientes, de ambos os sexos, em um centro de saúde de uma cidade de Minas Gerais, Brasil, sobre o infarto agudo do miocárdio (IAM). **Métodos:** Foi aplicado um questionário estruturado contendo 20 questões, focando em fatores socioeconômicos e conhecimentos sobre IAM. Os dados foram analisados por meio de frequências absolutas e relativas. **Resultados:** A maioria dos pacientes eram mulheres acima de 60 anos, com escolaridade e renda limitadas. As comorbidades comuns incluíam diabetes, hipertensão e doenças cardíacas, que contribuem para um maior risco de doenças cardiovasculares. Em média, os pacientes reconheceram corretamente, 30,4%, dos 17 sintomas de IAM. Aproximadamente 78% dos entrevistados relataram que procurariam uma Unidade de Pronto Atendimento ou Hospital se deparassem com sintomas de IAM. Estilo de vida, como hábitos alimentares e atividade física, foram associados a principais fatores que previnem o IAM. **Conclusão:** Os resultados sugerem que a população possui algum conhecimento sobre o IAM. No entanto, eles não têm consciência de todos os sintomas e não conseguem relacionar os fatores de risco com a ocorrência do IAM. Assim, o material educativo foi eficaz, focando no aprimoramento do conhecimento e do autocuidado.

**Palavras-chave:** Infarto Agudo do Miocárdio, Educação médica, Cardiopatias, Sinais e sintomas, Assistência integral à saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** To assess the level of awareness among 55 patients, regardless of gender, at the Health Center in a city in Minas Gerais, Brazil regarding acute myocardial infarction (AMI). **Methods:** A structured questionnaire with 20 questions was administered, focusing on socioeconomic factors and AMI awareness. Data were analyzed using absolute and relative frequencies. **Results:** Most of the patients were women over 60 years old, with limited education and income. Common comorbidities included diabetes, hypertension, and heart disease, contributing to a higher risk of cardiovascular conditions. On average, patients correctly recognized 30.4% out of 17 AMI symptoms. Approximately 78% of respondents would seek assistance at an Emergency Care Unit or Hospital when confronted with AMI symptoms. Lifestyle factors such as dietary habits and physical activity were associated with higher factors that prevent AMI. **Conclusion:** The findings suggest that the population possesses some fundamental knowledge about AMI. However, they lack awareness of all symptoms and fail to connect risk factors with AMI occurrence. Thus, the educational material was effective, focusing on improving knowledge and self-care.

**Keywords:** Myocardial Infarction, Education medical, Heart diseases, Signs and symptoms, Comprehensive health care.

<sup>1</sup> Faculdade de Minas (Faminas-BH), Belo Horizonte - MG.

<sup>2</sup> Centro de Saúde da Cidade de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG.

SUBMETIDO EM: 11/2023

ACEITO EM: 7/2024

PUBLICADO EM: 10/2024

## RESUMEN

**Objetivo:** Avaluar lo conocimiento de 55 pacientes, de ambos géneros, del Centro de Salud de una ciudad de Minas Gerais, Brasil, acerca de infarto agudo de miocardio (IAM). **Métodos:** Fue aplicado un cuestionario estructurado con 20 cuestiones, centrado en factores socioeconómicos y conocimiento sobre el IAM. Se analizaron los datos mediante frecuencia absolutas y relativas. **Resultados:** La mayoría de los pacientes eran mujeres mayores de 60 años, con educación e ingresos limitados. Las comorbilidades comunes incluyen diabetes, hipertensión y cardiopatías. En promedio, los pacientes reconocieron correctamente 30,4% de los 17 síntomas del IAM. Aproximadamente el 78% de los entrevistados declararon que procurarían a una unidad de respuesta rápida o a un hospital en caso de presentar síntomas del IAM. Estilo de vida, como los hábitos alimentarios y la actividad física, se asociaron a los principales factores de prevención del IAM. **Conclusión:** Los resultados sugieren que la población tiene cierto conocimiento del IAM. Sin embargo, desconocen todos los síntomas y no relacionan los factores de riesgo con la aparición de un IAM. Entonces, el material educativo fue eficaz y se centró en mejorar los conocimientos y el autocuidado.

**Palabras clave:** Infarto Agudo de Miocardio, Educación médica, Cardiopatías, Señales y síntomas, Asistencia integral a la salud.

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) foram responsáveis por 31% das mortes globais em 2016, constituindo a maior causa de morbimortalidade. Nas Américas, as DCVs são as principais causas de morte e no Brasil ocupam a 16ª posição, com mais de 156 mortes/100.000 habit. em 2019. Além disso, de acordo com dados do DATASUS, essas doenças são responsáveis por mais de 500 milhões de reais/ano em gastos na rede pública em procedimentos como angioplastia e cateterismo (PAHO, 2021; WHO, 2019). Esse cenário se deve ao aumento da expectativa de vida da população, associada ao estresse crônico, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e as doenças coronarianas (DACs). Além de comorbidades como diabetes mellitus (DM), histórico de tabagismo, consumo excessivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e excesso de peso. Complementarmente, a classe social e condições de vida também influenciam na elevação do risco cardiovascular (RCV) por se associarem, na maioria das vezes, a comportamentos alimentares inadequados (BRASIL, 2022; ALVES L e POLANCZYK CA, 2020).

Nas entidades patológicas que compõem o grupo das DCV, destaca-se a síndrome coronariana aguda (SCA), especificamente as DACs. Essas consistem em alterações coronarianas, como a deposição de placas ateromatosas, com redução ou obstrução total do fluxo sanguíneo que diminui a irrigação da parede do coração. O infarto agudo do miocárdio (IAM), é um subtipo de SCA, e ocorre após uma obstrução permanente de no mínimo 70% das coronárias, causando isquemia e necrose do tecido cardíaco. Isso pode causar disfunção cardíaca e ser potencialmente fatal (KANG YP, et al., 2019; BETT MS, et al., 2022). O IAM é uma doença importante para a saúde pública, pela sua letalidade e morbidade, alta incidência e prevalência de fatores de risco nos brasileiros. Assim e frente a relevância médica do IAM, é importante um rápido e eficiente diagnóstico, com controle da expansão da área infartada, e um prognóstico favorável ao paciente, que depende principalmente das condutas iniciais assumidas na admissão do paciente.

Para tanto, o diagnóstico é feito, principalmente, pelo quadro clínico, alterações eletrocardiográficas e elevação dos marcadores bioquímicos para necrose miocárdica. Além disso, a realização de condutas imediatas como administração de trombolíticos ou, a angioplastia, favorecem a reperfusão da região (BETT MS, et al., 2022; ALEGRIA S, et al., 2021). Destaca-se então, a necessidade de atendimento rápido após suspeita de SCA. Entretanto, isso depende de fatores que vão além do preparo da equipe de saúde, mas do entendimento do paciente, ou do seu acompanhante, da gravidade e da necessidade de atendimento imediato. Um estudo transversal realizado no Rio Grande do Sul, constatou que a busca por atendimento em indivíduos com sintomas de IAM, que já haviam tido um quadro semelhante, seria mais rápida. Entretanto, aqueles que nunca haviam tido evento parecido ou mesmo presenciado algum, havia uma demora na procura por atendimento (SOUSA AR, et al., 2021). Dessa forma, é notório que caso o paciente, ou seu acompanhante possua conhecimento sobre as principais manifestações do IAM, isso pode mudar o curso da doença, pela busca urgente de atendimento. Assim, os objetivos deste trabalho foram traçar o perfil socioeconômico e de

saúde de uma população atendida em um Centro de Saúde de uma cidade de Minas Gerais, e avaliar o conhecimento dessa população sobre sinais e sintomas de IAM. Complementarmente, disponibilizou-se um material educativo (HORTA SOD, et al., 2022), sobre IAM, seus fatores desencadeantes e as condutas frente à suspeita de IAM.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo do conhecimento prévio sobre IAM de pacientes atendidos em um Centro de Saúde de uma cidade de Minas Gerais. O trabalho foi dividido em quatro etapas:

1) Seleção do público a partir dos critérios: Pacientes residentes na cidade de Vespasiano – MG, e atendidos no centro de saúde na especialidade de Cardiologia. 2) Aplicação do questionário sobre características socioeconômicas, de saúde e dos conhecimentos sobre o IAM. 3) Elaboração do material educativo. 4) Entrega de um e-book.

O questionário estruturado continha 20 questões, organizado em duas etapas: 1) Perfil socioeconômico (5 questões) e, 2) Perfil de saúde (15 questões), sendo essa dividida em duas partes - hábitos de vida e doenças pré-existent; e conhecimentos sobre o IAM. O questionário foi disponibilizado no Google Forms com equipamento necessário e um ambiente seguro. Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, CAAE nº 56017422.5.0000.5105, com Parecer de nº 5.329.285. As análises das respostas foram feitas pela determinação da fabs (frequência absoluta); f% (frequência relativa percentual ou proporção).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante este trabalho participaram 55 pacientes, do setor de cardiologia do Centro de Saúde. Os pacientes foram abordados no momento pré-consulta. Na primeira etapa do questionário foi possível obter-se uma caracterização socioeconômica dos pacientes, como apresentado na (**Tabela 1**).

**Tabela 1** - Caracterização socioeconômica dos pacientes atendidos no Centro de Saúde, 2022-2023, n=55.

Variável	N (fabs)	% (f)
<b>Gênero</b>		
Masculino	21	38,2
Feminino	33	60
Trans	0	0
Travesti	0	0
Não respondeu	1	1,8
<b>Idade</b>		
< 20 anos	0	0
20-40	0	0
41-60	14	25,5
> 61 anos	41	74,5
<b>Escolaridade</b>		
Não alfabetizado <sup>1</sup>	14	25,5
Ensino fundamental incompleto <sup>2</sup>	19	34,5
Ensino fundamental completo <sup>3</sup>	8	14,5
Ensino médio incompleto <sup>4</sup>	6	11
Ensino médio completo	4	7,3
Ensino superior incompleto	2	3,6
Ensino superior completo	2	3,6
Pós-graduação	0	0
<b>Etnia</b>		
Branca	21	38,2

Parda	19	34,5
Preta	13	23,7
Indígena	0	0
Amarela	0	0
Não declarado	2	3,6
<b>Renda mensal</b>		
Não possui renda	18	32,7
< 1 SM <sup>5</sup> (< R\$1.212,00)	19	34,5
1 - 3 SM (R\$1.212,00 - 3.636,00)	17	31
> 3 SM (> R\$ 3.636,00)	1	1,8
<b>Total de pacientes</b>	<b>55</b>	

**Nota:** <sup>1</sup>Frequentou menos de 1 ano ou não frequentou; <sup>2</sup>Frequentou no máximo até o 8º ano; <sup>3</sup>Frequentou os 9 anos do ensino fundamental; <sup>4</sup>Frequentou no máximo até o 2º ano; <sup>5</sup>Salário mínimo. **Legenda:** fabs: frequência absoluta; f: Frequência relativa.

**Fonte:** Horta SOD, et al., 2024.

A análise dos dados indica uma prevalência do sexo feminino (60%), contradizendo o sugerido pela OMS em relação ao perfil de maior RCV, de ocorrência no sexo masculino. Isso pode ser explicado pois as pessoas do sexo feminino buscam mais assistência médica, com acesso a informações sobre saúde e fatores de risco. Além disso, fatores hormonais, como produção de estrógeno, são associados a uma redução do RCV nessas pacientes. Porém, é importante considerar que a faixa etária dos pacientes foi predominantemente acima de 61 anos (74,5%), e as alterações hormonais do climatério (diminuição do estrógeno), podem justificar a maior ocorrência de DCV (PRECOMA DB, 2021; WENDT A, et al., 2021; MARTINS MVF, et al., 2021; SOUSA ELA, et al., 2020; LUZ TC, et al., 2020).

O resultado da maioria dos pacientes estarem acima de 61 anos, somado a mais de 74% apresentarem baixa escolaridade (não alfabetizados ou que frequentaram menos do que 9 anos), trouxe a reflexão da importância do cuidado com a elaboração do material educativo. Além disso, trouxe um entendimento da relevância do tema e da forma de apresentação do material, relacionado ainda com as informações sobre o nível de legibilidade alto. Quanto à renda, aproximadamente 67% dos pacientes apresentaram renda mensal menor ou igual a 1 SM, isso pode se interrelacionar com a baixa escolaridade, tendo influência direta no aumento da morbimortalidade por DCV. Isso se baseia na dificuldade de acesso aos serviços de saúde, acesso limitado a medicamentos mais eficazes, exames, adesão ao tratamento e condutas pré-hospitalares de emergências cardiovasculares. Além disso, estudos, demonstram que a população menos esclarecida geralmente apresenta mais fatores de risco, como tabagismo e consumo de álcool (ANDRADE VM, et al., 2021; WENDT A, et al., 2021; LUZ TC, et al., 2020).

Considerando a análise socioeconômica é evidente a necessidade de implementar ações educativas voltadas para essa população. Estratégias de prevenção e conscientização devem considerar as particularidades da população para a promoção de acesso igualitário aos serviços de saúde, a educação em saúde e a redução das desigualdades sociais, aspectos cruciais para melhorar a saúde cardiovascular. Na segunda etapa do questionário, os resultados do número de visitas ao médico no último ano, mostram que pouco mais da metade dos pacientes fez pelo menos 3 visitas (28/51%), e a maioria realizou exames de rotina (36/64%). Isso indica que os pacientes têm sido acompanhados com constância de atendimento e observação dos fatores de risco. Visitas regulares ao médico aumentam a garantia de prevenção e o diagnóstico de intercorrências cardiovasculares com sequelas permanentes, ou óbito precoce. Em relação à ingestão de bebida alcoólica e tabagismo, 72,7% (40) e 80% (44), respectivamente, relatam não terem esses hábitos.

Assim, e de acordo com estudos que associam ingestão de álcool e DCV, com aumentos exponenciais do risco cardiovascular e o tabagismo sendo associado a quase 50% dos óbitos por IAM, houve uma percepção de que na população estudada há uma tendência a exclusão destes fatores de risco (BIDDINGER KJ, et al., 2022; OLIVEIRA G, et al., 2019). Outro parâmetro abordado foi a qualidade do sono, e os resultados demonstraram que 41,8% (23) dos pacientes não têm problemas relacionados ao sono, e 58,2% (32) afirmam

ter problemas como insônia, dificuldade para dormir ou dormir menos do que 8h. É importante destacar que a má qualidade e os distúrbios do sono são considerados fatores de risco para DCVs. Isso porque o sono influencia na prevenção e recuperação de doenças e sua privação pode causar disfunção endotelial, distúrbio no controle autonômico cardiovascular, e dificuldade no controle da pressão arterial (SILVA CI, et al., 2023).

Quanto aos hábitos de vida, os resultados demonstraram que em relação à prática de atividade física apenas 20% (11), praticam de forma regular, e 80% (44), não tem esse hábito. Já, quanto aos hábitos alimentares, 83,6% (46) relataram que ingerem frutas, verduras, legumes e proteínas diariamente ou quase diariamente. Entretanto, relataram, ainda, em 45,4% (25) dos casos um consumo diário ou frequente de frituras. Esses resultados trazem um alerta da necessidade de práticas de atividades formativas, pela equipe de saúde da família, sobre os hábitos de vida, que irão auxiliar na saúde do sistema cardiovascular, prevenir ocorrências patológicas ou evoluções de ocorrências. Em outra parte do questionário os pacientes responderam sobre as principais condições patológicas pré-existentes. Os resultados estão apresentados na (Tabela 2).

**Tabela 2** - Principais comorbidades apresentadas pelos pacientes atendidos no Centro de Saúde, 2022-2023, n=55.

Comorbidade	N (fabs)	% (f)
Obesidade	17	31
Diabetes mellitus tipo 2 (DMT2)	30	54,5
Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	50	91
Dislipidemia	24	43,6
Doença renal	8	14,5
Doença cardíaca	21	38,2
Refluxo gastroesofágico (RGE)	7	12,7
Gastrite	8	14,5
Transtorno de ansiedade	31	56,4
Depressão	14	25,4
Síndrome do pânico	5	9,1
<b>Total de pacientes</b>	<b>55</b>	

**Legenda:** fabs: frequência absoluta; f: Frequência relativa.

**Fonte:** Horta SOD, et al., 2024.

Conforme observado, a HAS foi predominante, ocorrendo em 91% (50), sendo que a hipertensão constitui um dos fatores de risco para o IAM e o mecanismo relaciona-se com uma aterogênese acelerada, associada à resistência insulínica, risco genético e hiperatividade simpática. Além disso, a HAS crônica causa hipertrofia cardíaca, outro fator de risco para o IAM. Nesse caso, ocorre um aumento na demanda por oxigênio para manter a viabilidade das células cardíacas adaptadas, alterações hematológicas secundárias, como estado pró-trombótico, hiperviscosidade sanguínea e estresse oxidativo com vasculite, favorecendo a aterogênese e o IAM (NUNES PI, et al., 2022). A segunda comorbidade mais prevalente foi a DMT2, representando 54,5% (3) dos pacientes. O DMT2 é definido pela resistência à insulina e/ou falência das células beta pancreáticas, levando a hiperglicemia e hiperinsulinemia, contribuindo para processo inflamatório, formação de placa aterosclerótica.

Além disso, assim como a HAS, e a obesidade, ocorrente em 31% (17), dos pacientes, DMT2 associa-se a alterações sanguíneas, como atividade plaquetária acentuada, risco de trombose, obstrução de coronárias e do fluxo arterial cardíaco. Complementarmente, a obesidade central, pode prever o risco de IAM como um desfecho cardiovascular. Os mecanismos para isso são o processo inflamatório, disfunção endotelial, produção de ácidos graxos livres, e alterações na produção e função dos hormônios sintetizados pelos adipócitos. Pode-se relacionar com as ocorrências citadas a dislipidemia, em 43,6% (24) pacientes, que favorece à ocorrência de placas de ateromas, estreitamento dos vasos sanguíneos, trombose/embolia, arteriosclerose; e IAM (NUNES PI, et al., 2022; MARQUES MC, et al., 2022). Outras comorbidades foram a ansiedade (56,4%) e depressão (25,4%). Pesquisas recentes mostram que transtornos depressivos são

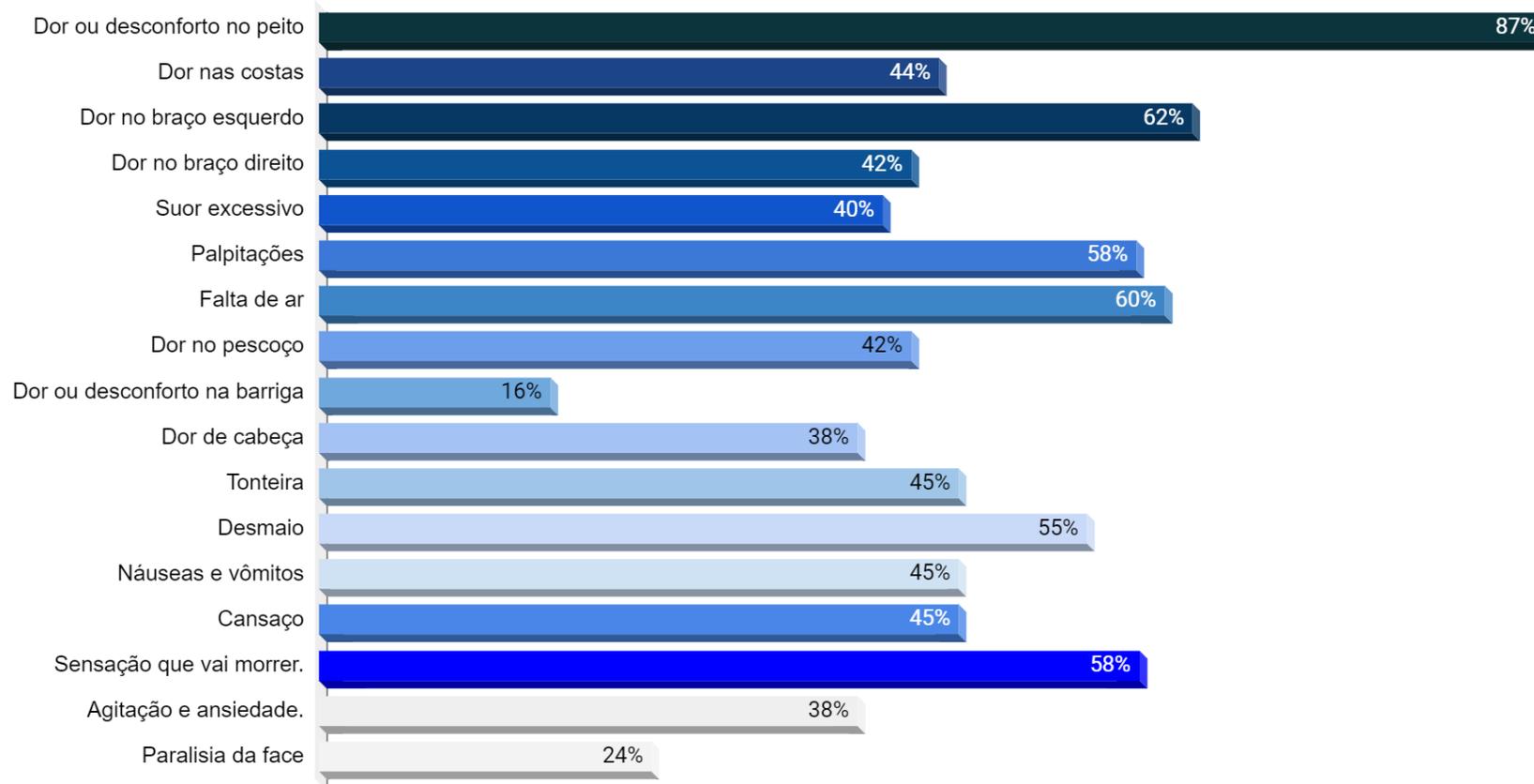
considerados fatores de risco, e de pior prognóstico para DCV. Os pacientes com sintomas depressivos têm dificuldade para realização de dietas, percepção distorcida do estado físico, baixa aderência ao tratamento, dificuldade de seguir orientações médicas, e de realização de atividade física. O estresse causado pelos sintomas ansiosos, gera inibição do estímulo parassimpático vagal e hiperativação do sistema simpático, contribuindo para o desenvolvimento de DAC por efeitos cardíacos, teciduais e plaquetários das catecolaminas. A depressão também foi associada à diminuição da variabilidade da frequência cardíaca, ao aumento da frequência de repouso e à resposta exagerada da frequência na posição ortostática (SOUZA BC, et al., 2023; VASCONCELOS ST, et al., 2023).

A última parte propunha determinar os conhecimentos prévios sobre o infarto. Sendo importante um diálogo esclarecedor da equipe de saúde com os pacientes, visando proposta de estratégias que visem o esclarecimento, prevenção de condições patológicas, e a evolução destas condições. Na população estudada, 27,3% (15) relataram já terem tido infarto e 56,6% (31) informaram que nenhum familiar teve infarto, 23,6% (13) que o pai teve, 25,5% (14) a mãe foi acometida por IAM e 16,4% (9) relataram que algum irmão teve infarto. Apesar de a maioria não apresentar histórico familiar, é importante que eles sejam esclarecidos sobre o tema, principalmente aqueles que apresentam mais de um fator de risco para DCV. Para a determinação dos conhecimentos prévios os pacientes responderam 8 perguntas. Em relação à pergunta: Você sabe o que é infarto agudo do miocárdio? A alternativa que mais se adequaria ao contexto patológico seria “É a morte de células do coração por entupimento de uma artéria”. Aqui, 51% (28) dos pacientes assinalaram o esperado, e 49% (27) não sabia ou nunca tinham ouvido falar, ou sabia, mas não conseguia explicar. Quando questionados “Você acha que esses sintomas são: ‘Uma emergência, sendo necessário procurar imediatamente atendimento médico’ ou ‘Não é emergência.

Posso procurar atendimento médico em outro momento”, a grande maioria, 94,5% (52) dos pacientes tinha consciência de ser uma emergência. Esses resultados nos mostram que mesmo alguns não sabendo o significado de IAM, a maioria entende que é necessário o atendimento rápido, pela gravidade do caso. Isso traz uma importante informação sobre a relação tempo de atendimento e o prognóstico. Sendo que, quanto mais rápido o paciente for atendido, menores as chances de aumento da extensão da área infartada, e de sequelas pós-infarto. Os pacientes foram questionados se frente a sintomas de infarto eles utilizaram algum medicamento e para qual serviço de saúde iriam. E 36,4% (20) relataram que não utilizariam nenhum medicamento, sem prescrição médica, 25,4% (14), utilizariam, e 38,2% (21) não souberam responder. Dados esses, que trazem preocupação frente à gravidade da ocorrência, e a não automedicação que pode mascarar sintomas e dificultar um diagnóstico. Já em relação a qual serviço seria procurado, 78,2% (43) afirmaram que procurariam uma Unidade de Pronto Atendimento ou um Hospital; 11% (6) um pronto socorro, 1,8% (1) o consultório médico e 9,1% (5) não souberam responder. O que demonstra que a maioria se deslocaria para centros de referência que possuem condições técnicas para um atendimento adequado e rápido.

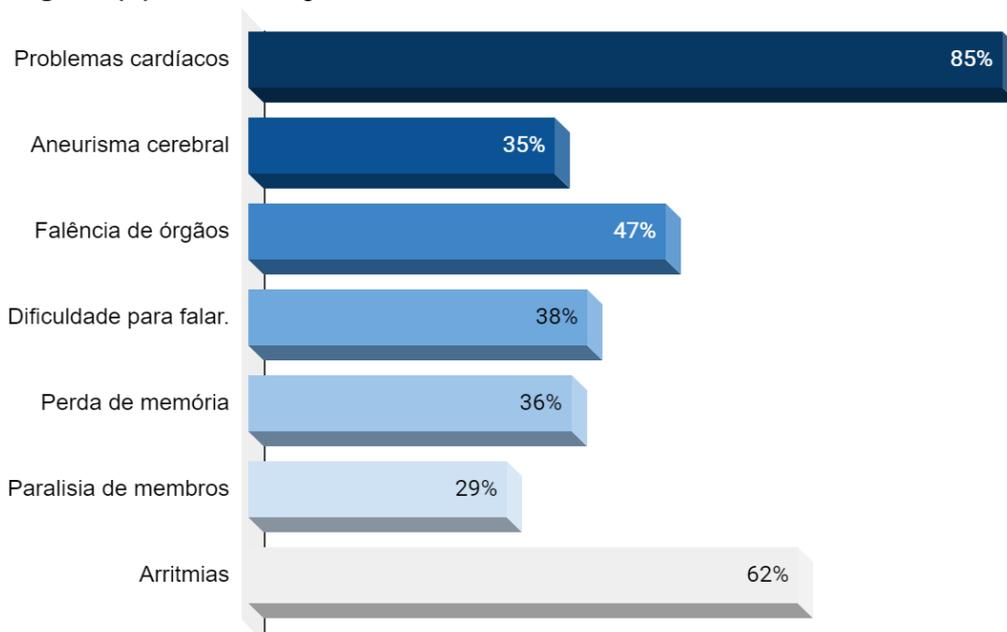
Duas das perguntas permitiram aos pacientes escolherem os sintomas e as complicações ou sequelas relacionadas ao IAM. A porcentagem das respostas estão apresentadas na figura 1A e B. Nos principais sintomas (1A), 87% (48) dos pacientes assinalaram dor ou desconforto no peito, 62% (34) dor no braço esquerdo, 60% (33) falta de ar, e 58% (33) palpitações e sensação que iria morrer. As respostas trouxeram a perspectiva de que os pacientes apresentavam alguma informação em relação aos sintomas, mas essas ainda estavam insuficientes, ao se observar respostas para sintomas que não ocorrem, ou não são frequentes. O **Gráfico 1B** traz o entendimento dos pacientes sobre as principais complicações do IAM, pode-se perceber que a maioria (85%/47) cita problemas cardíacos, arritmias (62%/34) e falência de órgãos (47%/26). Esse resultado, indica que os pacientes têm uma mínima noção das sequelas pós- infarto, entretanto, porcentagens relevantes (acima de 30%) ainda associam condições que não se relacionam diretamente ao prognóstico pós infarto (dificuldade de fala e perda de memória).

**Gráfico 1 - Principais sintomas e sequelas .**



**Fonte:** Horta SOD, et al., 2024.

**Figura 1(B)-** do infarto agudo do miocárdio.



**Fonte:** Horta SOD, et al., 2024.

Por último, na questão sobre comportamentos importantes para evitar o IAM, os resultados mostram que 92,7% (51) acredita que fazer exercícios físicos regularmente, traz benefícios para a saúde, 94,5% (52) que não consumir bebida alcoólica ou o consumo moderado. Além disso, caso o indivíduo tenha hábito tabágico, a interrupção desse hábito foi citada por 91% (50) dos pacientes. Complementarmente, consumir alimentos saudáveis, como legumes, verduras, carnes magras e pouco açúcar, e qualidade de sono, foram citadas por 94,5% e 85,4% (52 e 47) dos pacientes, respectivamente. Esses resultados indicam que os pacientes conhecem medidas adequadas para hábitos saudáveis favorecendo ao não desenvolvimento de doenças, e colaborar para prognósticos favoráveis, após condições patológicas. Após a análise dos dados foi entregue aos pacientes uma cartilha informativa na forma de e-book, contendo informações sobre o IAM, garantindo, em linguagem simples e adequada para o perfil observado, a oportunidade de esclarecimento das principais informações sobre esse tema.

A opção pela cartilha deu-se a partir da importância que estratégias de ensino em saúde, e o desenvolvimento de Materiais Educativos, têm na relação dos pacientes com os profissionais de saúde, na busca por informações sobre saúde e na autonomia relacionada à sua própria saúde. De acordo com o Glossário Temático do Ministério da Saúde (2013), a educação em saúde é um processo de construção de conhecimentos, e auxilia no entendimento pela população, favorecendo a autonomia das pessoas. A educação em saúde auxilia, então, no controle social, políticas e serviços favorecendo as necessidades da população. Ressalta-se o conceito de educação popular em saúde que com ações educativas promovem a inclusão social e autonomia, a capacidade de opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, da família e do coletivo (BRASIL, 2013). Destaca-se que no Sistema Único de Saúde é recorrente o uso de materiais educativos pelos resultados, que essa estratégia traz com informações objetivas, rápidas e esclarecedoras (SÃO PAULO, s.d).

## CONCLUSÃO

O IAM é uma importante causa de morbimortalidade, mas ainda existem informações a serem difundidas e reforçadas para a população sobre o tema, como suas manifestações, onde buscar atendimento e as sequelas, para evitar atrasos no atendimento. Dessa forma, a educação em saúde por meio de materiais elaborados em linguagem adequada e de fácil entendimento, constitui uma opção eficaz para ações de promoção de saúde.

## AGRADECIMENTOS

A Faminas BH pelo financiamento das bolsas dos alunos de iniciação científica, e ao Centro de Saúde, em especial a Sra Danielle Peixoto da Silva, diretora geral, por ceder o espaço e permitir a obtenção de dados.

## REFERÊNCIAS

1. ALEGRIA S, et al. Estratégias de Revascularização em Doentes com Infarto Agudo do Miocárdio em Choque Cardiogênico – Resultados do Registo Português de Síndromes Coronárias Agudas. *Arq Bras Cardiol*, 2021; 116(5): 867.
2. ALVES L e POLANCZYK CA. Hospitalização por Infarto Agudo do Miocárdio: Um Registro de Base Populacional. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2020; 115(5): 916.
3. ANDRADE VM, et al. Fatores socioeconômicos e mortalidade no infarto agudo do miocárdio. Socioeconomic factors and mortality in acute myocardial infarction. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7(7): 73734.
4. BETT MS, et al. Infarto agudo do miocárdio: Do diagnóstico à intervenção. *Research, Society and Development*, 2022; 11(3): 23811326447.
5. BIDDINGER KJ, et al. Association of Habitual Alcohol Intake With Risk of Cardiovascular Disease. *Jama Network Open*, 2022; 5(3): 223849.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário Temático: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Projeto de Terminologia da Saúde. 2013; 2.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde: instrutivo para profissionais e gestores [recurso eletrônico]. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. -Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
8. HORTA SOD, et al. Conheça o infarto do coração: cartilha informativa sobre o infarto agudo do Miocárdio. [recurso eletrônico] / . – Belo Horizonte : Faculdade de Minas Gerais – Curso de Medicina, 2022; 15: 150.
9. KANG YP, et al. Características Clínicas e Eventos Adversos em Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda e História de Doença Arterial Periférica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2019; 113: 367.
10. LUZ TC, et al. Fatores de risco cardiovascular em uma população rural brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020; 25: 3921.
11. MARQUES MC, et al. Prevalência do diabetes e da hiperglicemia de estresse no infarto agudo do miocárdio: análise em um serviço de emergência. *JBMEDE-Jornal Brasileiro de Medicina de Emergência*, 2022; 2(1): 22003.
12. MARTINS MVF, et al. Uso de Terapia de Reposição Hormonal para Prevenção de Doenças Cardiovasculares na Pós-menopausa: Uma Revisão Sistemática/Use of Hormone Replacement Therapy to Prevent Postmenopausal Cardiovascular Diseases: A Systematic Review. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7(6): 64276.
13. NUNES PI, et al. Hipertensão arterial e diabetes mellitus como fatores de risco para infarto agudo do miocárdio em idosos. *Brazilian Journal of Health Review*, 2022; 5(2): 7885.
14. OLIVEIRA G, et al. Agregação dos fatores de risco cardiovascular: álcool, fumo, excesso de peso e sono de curta duração em adolescentes do estudo ERICA. *Cadernos de Saúde Pública*, 2019; 35(12): 0022331.
15. PAHO. Pan American Health Organization. Cardiovascular disease burden in the Region of the Americas, 2000-2019. ENLACE data portal. 2021.
16. PRECOMA DB. A Educação como Determinante Social Associado ao Risco Cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2021; 117: 13.
17. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Cartilha de Prevenção Cardiovascular. 23 pp. s.d.
18. SILVA CI, et al. Análise da qualidade do sono em indivíduos com Síndrome Coronária Aguda. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2023; 32: 20220338.
19. SOUSA AR, et al. Vivências de homens idosos acerca do acometimento por infarto agudo do miocárdio. *Acta paul enferm*. 2021; 34(34): APE00902.

20. SOUSA ELA, et al. Avaliação do perfil socioeconômico de óbitos por doenças cardiovasculares em Palmas-TO, no período de 2014 a 2016. *Revista de Patologia do Tocantins*, 2020; 7(2): 17.
21. SOUZA BC, et al. Depressão e doenças cardiovasculares: dos mecanismos de associação às evidências sobre prognóstico e tratamento. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 2023; 15(5): 4039.
22. VASCONCELOS ST, et al. Efeitos dos transtornos de ansiedade nas doenças cardiovasculares: uma revisão integrativa. *REAMed [Internet]*. 2023, 1(1): 9014.
23. WENDT A, et al. Análise temporal da desigualdade em escolaridade no tabagismo e consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 2021; 37: 00050120.
24. WHO. World Health Organization. *Global Health Estimates 2019*.