



## Perfil dos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio em um hospital da capital alagoana

Profile of patients with Acute Myocardial Infarction in a hospital in the capital of Alagoas

Perfil de pacientes con Infarto Agudo de Miocardio en un hospital de la capital de Alagoas

Maysa Diniz Santos Gonçalves<sup>1</sup>, Wanessa Guimarães Rodrigues<sup>1</sup>, Laura Angelita Silva Carvalho<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Determinar o perfil da população assistida com Infarto Agudo do Miocárdio em hospital de Maceió no período de 2017 a 2021. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e retrospectivo, realizado no serviço de Cardiologia de um hospital da capital alagoana. Coletados dados em 1046 prontuários eletrônicos de pacientes internados por infarto agudo do miocárdio - CID 10 I21, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2021. Incluídos maiores de 18 anos com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Os dados foram catalogados no Excel®, expostos em gráficos e analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** O perfil dos pacientes diagnosticados com isquemia miocárdica durante os cinco anos analisados foi sexo masculino, oriundos da cidade de Maceió, na faixa etária de 52 a 71 anos de idade, hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos, apresentando predominantemente infarto do miocárdio sem supra de ST. A taxa de mortalidade encontrada foi de 9,85%. **Conclusão:** O estudo evidenciou a influência dos fatores de risco modificáveis na incidência de isquemia miocárdica. Assim, torna-se importante o adequado controle das doenças crônicas e melhor articulação na rede de emergência para diminuir a mortalidade por essa doença.

**Palavras-chave:** Síndrome Coronariana Aguda, Infarto do Miocárdio, Doenças Cardiovasculares, Fatores de Risco de Doenças Cardíacas.

### ABSTRACT

**Objective:** To determine the profile of the assisted population with Acute Myocardial Infarction in a hospital in Maceió from 2017 to 2021. **Methods:** Cross-sectional, descriptive and retrospective study, carried out in the Cardiology service of a hospital in the capital of Alagoas. Data were collected from 1046 electronic medical records of patients hospitalized for acute myocardial infarction - CID 10 I21, from January 2017 to December 2021. Those over 18 years of age with a diagnosis of acute myocardial infarction were included. Data were cataloged in Excel®, displayed in graphs and analyzed using descriptive statistics. **Results:** The profile of patients diagnosed with myocardial ischemia during the five years analyzed was male, from the city of Maceió, aged between 52 and 71 years old, hypertensive, diabetic and dyslipidemic, with predominantly non-ST elevation myocardial infarction. The mortality rate found was 9.85%. **Conclusion:** The study showed the

<sup>1</sup> Centro Universitário Tiradentes (Unit), Maceió - AL.

influence of modifiable risk factors on the incidence of myocardial ischemia. Thus, adequate control of chronic diseases and better articulation in the emergency network are important to reduce mortality from this disease.

**Keywords:** Acute Coronary Syndrome, Myocardial Infarction, Cardiovascular Diseases, Heart Disease Risk Factors.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el perfil de la población asistida con Infarto Agudo de Miocardio en un hospital de Maceió de 2017 a 2021. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo, realizado en el servicio de Cardiología de un hospital de la capital de Alagoas. Se recolectaron datos de 1046 historias clínicas electrónicas de pacientes internados por infarto agudo de miocardio - CID 10 I21, desde enero de 2017 hasta diciembre de 2021. Se incluyeron mayores de 18 años con diagnóstico de infarto agudo de miocardio. Los datos fueron catalogados en Excel®, presentados en gráficos y analizados mediante estadística descriptiva. **Resultados:** El perfil de los pacientes diagnosticados de isquemia miocárdica durante los cinco años analizados fue del sexo masculino, de la ciudad de Maceió, con edad de 52 a 71 años, hipertensos, diabéticos y dislipidémicos, presentando predominantemente infarto de miocardio sin elevación del ST. La tasa de mortalidad encontrada fue del 9,85%. **Conclusión:** El estudio mostró la influencia de los factores de riesgo modificables en la incidencia de isquemia miocárdica. Por lo tanto, un control adecuado de las enfermedades crónicas y una mejor articulación en la red de emergencia son importantes para reducir la mortalidad por esta enfermedad.

**Palabras clave:** Síndrome Coronario Agudo, Infarto de Miocardio, Enfermedades Cardiovasculares, Factores de Riesgo de Enfermedades del Corazón.

---

## INTRODUÇÃO

As Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) são classificadas em três formas: Angina Instável, Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAM SSST) e Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAM CSST). O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é definido como a insuficiência de aporte sanguíneo para o músculo cardíaco (VARGAS RA de, 2017). É considerado a principal causa isolada de morte no Brasil e representa 12,1% das mortes por doenças cardiovasculares (DCV) (MAIER SRO, et al., 2020; SILVA KSC, et al., 2020).

Pelas diretrizes, nacionais e internacionais, o IAM pode ser diagnosticado através de curva de troponina com pelo menos um dos critérios: sintomas isquêmicos, alterações no ECG de isquemia, desenvolvimento de onda Q patológica no ECG ou evidência de perda de viabilidade miocárdica ou contratilidade segmentar ao exame de imagem (NICOLAU JC, et al., 2021).

Segundo o eletrocardiograma (ECG), pode ser classificado em IAM sem supradesnivelamento do segmento ST e IAM com supradesnivelamento do segmento ST (VELASCO IT, et al., 2021; PIEGAS LS, et al., 2015).

O manejo tem por objetivo diminuir as consequências da isquemia miocárdica. A cineangiocoronariografia é primordial para definir a terapêutica, pois avalia a anatomia e a oclusão arterial coronariana. O tempo ideal de submissão depende da apresentação do infarto (NICOLAU JC, et al., 2021; VELASCO IT, et al., 2021).

No IAM CSST, o tratamento padrão-ouro é a angioplastia primária em até 90 minutos ou reperfusão química com fibrinolítico em até 30 minutos, caso não haja hemodinâmica no local de atendimento e o tempo de transferência seja maior que 120 minutos (PIEGAS LS, et al., 2015; LIMA MLNM, et al., 2019). Nos casos de IAM SSST, com estabilidade hemodinâmica, o tempo ideal depende da estratificação de risco, podendo ser realizada de 24h até 72h. Já os pacientes com instabilidade hemodinâmica, têm abordagem invasiva imediata com angioplastia primária (FERES F, et al., 2017).

Sabe-se que a síndrome coronariana aguda está intimamente ligada a presença de fatores de risco, seja não modificáveis (idade, sexo, história familiar) ou modificáveis (sedentarismo, obesidade, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica - HAS, diabetes mellitus tipo 2 – DM2, dislipidemia) (VELASCO IT, et al., 2021). Assim, são preconizadas as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco modificáveis para diminuição de sua ocorrência.

Nesse contexto, este estudo objetivou determinar o perfil da população assistida com Infarto Agudo do Miocárdio em hospital da capital alagoana.

## MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo e retrospectivo, realizado no serviço de cardiologia de um hospital na cidade de Maceió, a partir da coleta de dados em prontuário eletrônico. Os pacientes selecionados foram os internados com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio e catalogados com o Código Internacional de Doença CID 10 I21, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2021.

O local da pesquisa é um hospital terciário de assistência à saúde para pacientes particulares, de convênios e do Sistema Único de Saúde (SUS). O setor de cardiologia dispõe de 26 leitos de enfermaria e 10 leitos de UTI; além de serviços de ambulatório, hemodinâmica e cirurgia cardiovascular.

A pesquisa teve uma amostra de 1046 pacientes. O critério de inclusão adotado foi a confirmação do diagnóstico de IAM em pessoas maiores de 18 anos. Foram excluídas da amostra prontuários não apresentaram dados clínicos ou laboratoriais suficientes para a análise diagnóstica, com informações inconclusivas sobre medidas terapêuticas, indivíduos com diagnósticos diferenciais (miocardite, angina, estenose aórtica, dissecação de aorta, insuficiência cardíaca, tromboembolismo pulmonar).

Pela alteração do ECG, o infarto foi classificado em IAM com supra de ST e IAM sem supra de ST. Outras variáveis estudadas foram idade, sexo, tempo de internação, procedência, convênio de saúde, fatores de risco (HAS, DM2, dislipidemia, tabagismo e infarto prévio), a realização de cineangiocoronariografia, a terapêutica adotada (fibrinólise, angioplastia, cirurgia de revascularização miocárdica ou tratamento clínico), além do óbito.

O estudo foi precedido pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tiradentes de Alagoas sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 60197022.3.0000.5641, com parecer número 5.548.162, atendendo aos critérios da Resolução nº 466/2012. Os dados obtidos foram analisados por meio de estatística descritiva e expostos em tabelas e gráficos utilizando as planilhas eletrônicas.

As variáveis numéricas foram expressas como média  $\pm$  desvio padrão (DP). Na análise descritiva, as variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas (n) e relativas (%). Toda a análise estatística foi realizada utilizando os programas Excel® e R Studio.

## RESULTADOS

Foram analisados 1195 prontuários com diagnóstico de IAM, destes, 1046 obedeciam aos critérios de inclusão. Houve predomínio do sexo masculino com 653 (62,43%) casos. Os dados gerais da amostra estão expressos na **Tabela 1**.

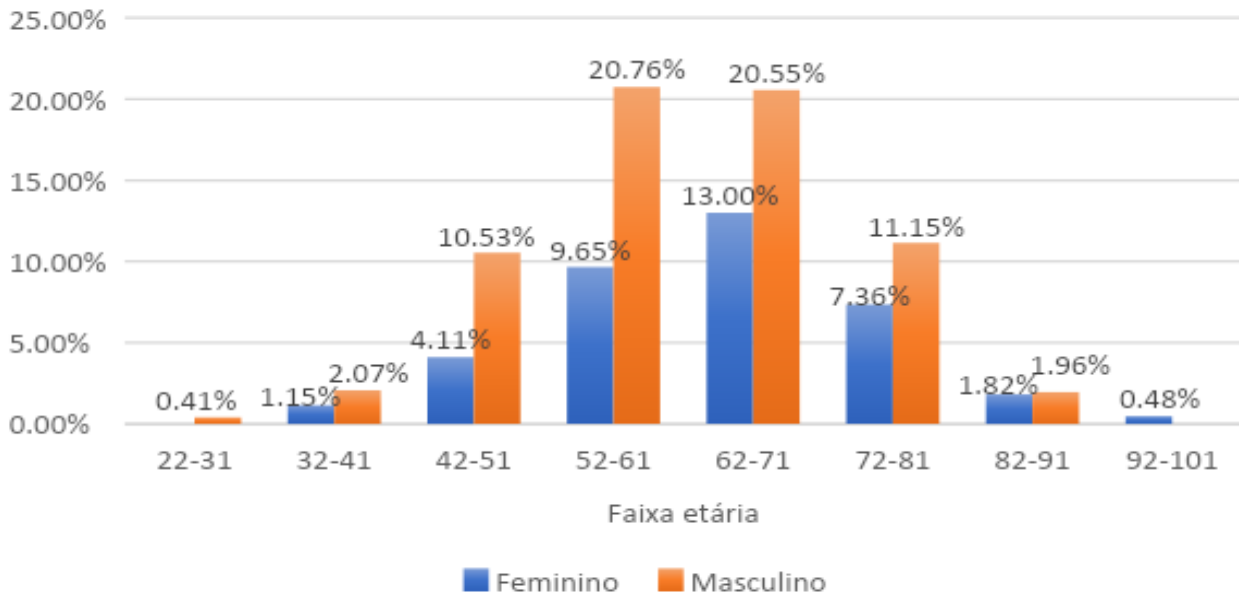
**Tabela 1** - Características gerais da amostra.

Variáveis	Resultados
<b>Idade (anos)</b>	62,51 ± 11,26 *
<b>Dias Internados</b>	14,99 ± 2,42 *
<b>Sexo</b>	
Masculino	653 (62,43%)
Feminino	393 (37,57%)
<b>Procedências</b>	
Maceió	664 (63,48%)
Rio Largo	31 (2,97%)
Outros (AL e PE)	351 (33,55%)
<b>Convênios de Saúde</b>	
SUS	844 (80,69%)
Particular	146 (13,96%)
Outros	56 (5,35%)
<b>Fatores de risco</b>	
HAS	1010 (96,56%)
Diabetes Mellitus	685 (65,49%)
Dislipidemia	850 (81,26%)
Tabagismo	320 (30,60%)
Infarto prévio	211 (20,17%)
<b>Tipo de Infarto</b>	
Infarto com Supra ST	205 (19,60%)
Infarto sem Supra ST	841 (80,40%)
<b>Cateterismo</b>	980 (93,69%)
<b>Tratamento</b>	
Cirurgia	459 (43,88%)
Tratamento Clínico	337 (32,22%)
Angioplastia	277 (26,38%)
Fibrinólise	4 (0,38%)

**Fonte:** Rodrigues WG, et al., 2023. Resultados expressos com média ± desvio padrão (\*) ou número absoluto e porcentagem.

A idade mínima foi de 22 anos e a máxima de 99 anos. A média de idade encontrada foi de 62,51 ± 11,26 anos. A maioria dos homens tinha faixa etária entre 52-61 anos e as mulheres entre 62-71. O **gráfico 1** apresenta a distribuição da amostra de acordo com o sexo e a faixa etária.

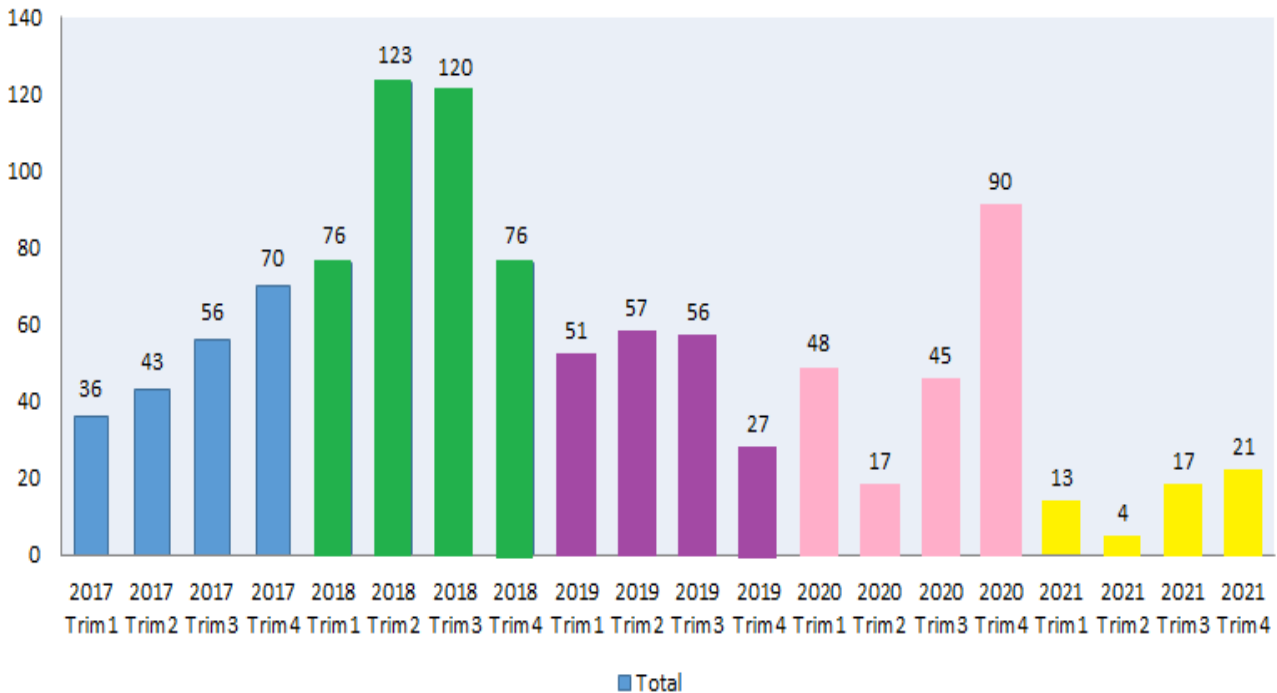
**Gráfico 1 -** Distribuição da amostra por sexo e faixa etária.



**Fonte:** Rodrigues WG, et al., 2023.

Foram registrados 205 (19,59%) pacientes no ano de 2017; 395 (37,76%) em 2018; 191 (18,26%) em 2019; 200 (19,12%) em 2020 e 55 (5,25%) no ano de 2021. A maior quantidade de internamentos ocorreu no ano de 2018 e a menor em 2021. O tempo médio de internação foi de  $14,99 \pm 2,42$  dias. O **gráfico 2** apresenta a distribuição dos pacientes ao longo dos trimestres avaliados.

**Gráfico 2 -** Distribuição da quantidade dos pacientes de 2017 a 2021.

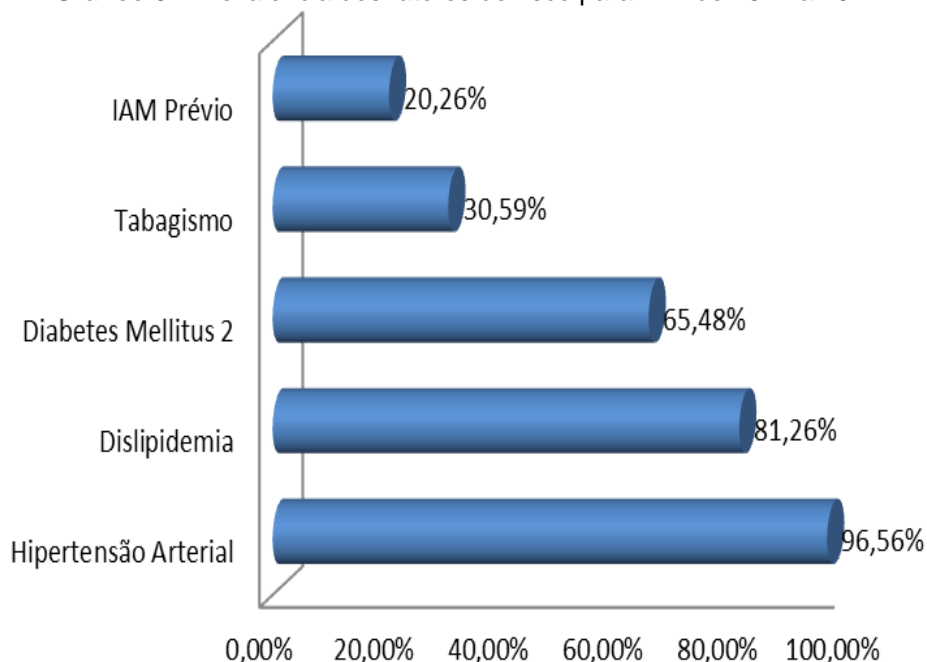


**Fonte:** Rodrigues WG, et al., 2023.

Em relação à procedência dos pacientes, 664 (63,48%) eram de Maceió, seguidos de 31 (2,97%) de Rio Largo, 348 (33,27%) de outros municípios alagoanos, além de 3 (0,29%) pessoas do Estado de Pernambuco.

Os pacientes foram internados por diversos convênios de saúde, sendo 844 (80,69%) do SUS, 146 (13,96%) particulares e 56 (5,35%) por planos privados de saúde. A prevalência de fatores de risco foi 96,56% de hipertensão arterial sistêmica, 81,26% dislipidemia, 65,48% diabetes mellitus tipo 2, 30,59% tabagismo e 20,26% IAM prévio, como apresentados no **Gráfico 3**.

**Gráfico 3** - Prevalência dos fatores de risco para IAM de 2017 a 2021.



**Fonte:** Rodrigues WG, et al., 2023.

Entre os pacientes com HAS, 385 (36,81%) eram mulheres e 625 (59,75%) homens; nos pacientes com dislipidemias 315 (30,11%) foram mulheres e 535 (51,14%) homens, nos que tinham diabetes 274 (36,80%) constituíam as mulheres e 411 (39,29%) homens, dentre os tabagistas 105 (10,03%) eram mulheres e 215 (20,55%) homens, nos pacientes com IAM prévio 87 (8,31%) foram mulheres e 124 (11,85%) homens.

Quanto à classificação do infarto, 80,40% apresentaram IAM SSST e 19,60% IAM CSST. O grupo de indivíduos de IAM sem supra ST teve tempo de internamento de  $14.45 \pm 10.04$  dias; 517 (49,43%) eram homens e 324 (30,98%) mulheres; 810 (77,44%) casos de HAS; 552 (52,77%) de DM2; 683 (65,30%) de dislipidemia; 180 (17,21%) tiveram IAM prévio e 146 (13,96%) eram tabagistas.

Já entre os pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST encontrou-se 136 (13%) homens e 69 (6,60%) mulheres; uma média de  $17.22 \pm 11.5$  dias de internamento, 200 pessoas (19,12%) com HAS, 133 (12,72%) com DM2; 167 (15,97%) com dislipidemia, 31 (2,96%) com IAM prévio, 59 (5,64%) com tabagismo. A **tabela 2** mostra a distribuição de variáveis de acordo com a classificação do infarto.

**Tabela 2** - Distribuição das variáveis quanto ao tipo de infarto.

Variáveis	IAM com SST	IAM sem SST
<b>Idade (anos)</b>	61.65 ± 9.87	62.58 ± 11.58
<b>Dias internados</b>	17.22 ± 11.5	14.45 ± 10.04
<b>Sexo</b>		
Masculino	136 (13.00%)	517 (49.43%)
Feminino	69 (6.60%)	324 (30.98%)
<b>Comorbidades</b>		
HAS	200 (19.12%)	810 (77.44%)
Dislipidemia	167 (15.97%)	683 (65.30%)
DM	133 (12.72%)	552 (52.77%)
Tabagismo	59 (5.64%)	261 (24.95%)
Infarto Prévio	31 (2.96%)	180 (17.21%)
<b>Procedimento</b>		
Cateterismo	197 (18.83%)	783 (74.86%)
<b>Tratamento</b>		
Cirurgia	127 (12.14%)	332 (31.74%)
Angioplastia	40 (3.82%)	297 (28.39%)
Trat. clínico	52 (4.97%)	224 (21.41%)
Fibrinólise	1 (0.10%)	3 (0.29%)
<b>Óbitos</b>	26 (2.49%)	77 (7.46%)

**Fonte:** Rodrigues WG, et al., 2023. Resultados expressos com média ± desvio padrão (\*) ou número absoluto e porcentagem.

O cateterismo foi realizado em 93,69% dos pacientes. A cirurgia de revascularização do miocárdio foi realizada em 459 (43,88%) pacientes, o tratamento clínico foi escolha para 337 (32,21%) casos, a angioplastia para 276 (26,38%) e a fibrinólise em 4 (0,39%) pacientes. A mortalidade geral foi de 103 (9,85%) pacientes, desses 43 (4,11%) eram mulheres e 60 (5,74%) homens, sendo 26 (2,49%) do grupo de IAM com supra de ST e 78 (7,46%) do IAM sem supra de ST. No período avaliado, observou-se 6 (0,57%) evasões. Outras complicações identificadas foram: 18 pneumonias, 10 paradas cardiorrespiratórias, 9 sepSES, 8 edemas agudos de pulmão e 7 infecções de feridas operatórias.

## DISCUSSÃO

O IAM foi mais frequente na faixa etária de 52 a 61 anos entre os homens e de 62 a 71 anos em mulheres. A média de idade dos acometidos foi de 62,51 ± 11,26 anos. Houve redução gradativa de casos nos maiores de 70 anos. Os dados corroboram com estudos realizados em outras instituições brasileiras como no Distrito

Federal, nos estados de Goiás e Alagoas (SILVA KSC, et al., 2020; NASCIMENTO LL, et al., 2022; SILVA FL, et al., 2019). A maior incidência entre os idosos está relacionada às doenças crônicas adquiridas que se tornam fatores de risco para SCA (MAIER SRO, et al., 2020; FREITAS BR e PADILHA CJ, 2021). As síndromes coronarianas agudas de etiologia aterosclerótica mostram-se pouco incidentes em indivíduos com menos de 40 anos, apresentando-se em cerca de 3% da população desta faixa etária (FAVERI LA, et al., 2021).

O predomínio de IAM em homens (62,43%) reitera o sexo masculino como fator de risco relevante para as DCV (VELASCO IT, et al., 2021; LIMA MLNM, et al., 2019; SILVA FL, et al., 2019) e coincide com dados de dois estudos realizados em Maceió que encontraram predominância do infarto em homens (SILVA KSC, et al., 2020; FERREIRA TS, et al., 2022). A prevalência de IAM nesse grupo está associada à dificuldade em procurar os serviços de saúde precocemente, buscando assistência nos estados avançados das doenças, além de maior exposição aos fatores de risco para DCV (SILVA KSC, et al., 2020). Enquanto as mulheres têm a exposição hormonal ao estrogênio como fator protetor de DCV (SILVA FL, et al., 2019; FERREIRA TS, et al., 2022).

Com relação ao número de internamentos e o custo da assistência, segundo o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), ocorreram em Alagoas 4.344 internações por IAM no período de 2017 a 2021 com gasto de R\$10.585.974,01 reais (BRASIL, 2022). No estudo, foi observado um decréscimo de internamentos em 2021, que pode estar associado a subnotificação durante a pandemia de Covid-19, quando se intensificou a sobrecarga dos serviços comprometendo a qualidade das informações, e a redução da procura por assistência de muitas pessoas com sinais de IAM (CINTRA IF, et al., 2021; NORMANDO PG, et al., 2021).

Concomitantemente, houve a abertura de hospitais no estado de Alagoas, os quais passaram a atender os casos de emergência de suas respectivas áreas de cobertura, diminuindo a busca pelo hospital da pesquisa. Assim como em Alagoas, no âmbito nacional também houve redução na mortalidade através do IAM nas últimas décadas, porém ainda continua com elevada morbidade, levando à altos custos com internações (FAVERI LA, et al., 2021).

Os pacientes ficaram internados em média 15 dias, o que corresponde ao dobro do tempo encontrado no estudo de Alves L e Polanczyk DA (2020). Isso pode ser justificado pela amostra apresentar pessoas mais idosas e com várias comorbidades associadas, as quais podem descompensar com o infarto. Outro fator é o tempo de espera pelo cateterismo, já que o procedimento necessita de autorização pelos convênios de saúde, privado ou público, o que traz complicações isquêmicas e aumenta o número de evasão.

A maioria das internações foram de pacientes do SUS, seguidos dos pacientes particulares. Isso deve-se ao fato do hospital onde realizou-se a pesquisa ter leitos de retaguarda para pacientes assistidos no hospital público de referência em emergência do Estado de Alagoas. Os pacientes de convênio e particulares geralmente são atendidos no setor de emergência do hospital da pesquisa ou de outras instituições e encaminhados para internação e continuidade do cuidado.

Sabe-se que o conhecimento dos fatores de riscos presentes na população é decisivo na tomada de medidas eficazes no âmbito do cuidado em saúde em todos os pontos da rede de atenção (SILVA MSP, et al., 2019). Em relação aos fatores de risco, observou-se 96,56% de HAS, dos quais 385 (36,81%) eram mulheres e 625 (59,75%) homens. Dado consonante com a pesquisa de Silva, cujos resultados apontam que a HAS é um dos fatores de risco mais importantes das DCV (SILVA MSP, et al., 2019).

A hipertensão arterial sistêmica constitui um dos fatores de risco passíveis de modificação, contudo, os hábitos de vida contemporâneos contribuem com o aumento dos casos de HAS e da morbimortalidade provocadas pelo IAM (FAVERI LA, et al., 2021). A incidência da hipertensão tem aumentado na última década de forma assintomática. Estudos recentes mostram que as pessoas só procuram atendimento médico quando acontece alguma complicação clínica (OLIVEIRA LS, et al., 2021). No estudo a dislipidemia estava presente em 81,26% dos pacientes, sendo o segundo fator de risco mais prevalente, destes, 535 (51,14%) eram homens e 315 (30,11%) mulheres. Em Oliveira, 135 pacientes possuíam algum tipo de dislipidemia, o que



representou aproximadamente 67,5% (OLIVEIRA LS, et al., 2021). A dislipidemia continua como um dos principais fatores de risco modificáveis relacionados ao IAM (SILVA KSC, et al., 2020; OLIVEIRA LS, et al., 2021). Entretanto, a literatura aponta casos de infarto por causa não aterosclerótica, como uso de cocaína, cujo evento foi detectado em apenas um paciente da amostra estudada (LIMA MLNM, et al., 2019).

O consumo de drogas ilícitas, como a cocaína, contribui para o desenvolvimento precoce de infarto do miocárdio, devido a sua ação simpaticomimética, promovendo maior efeito inotrópico, cronotrópico, aumento da pressão arterial, causando vasoespasmos coronarianos, além de aumento da demanda de oxigênio pelo miocárdio. Desta forma, os usuários de cocaína apresentam uma alta taxa de letalidade por IAM (FAVERI LA, et al., 2021 e OLIVEIRA ALM, et al., 2019).

O diabetes foi o terceiro fator mais prevalente com 65,48% de pacientes, sendo 274 (26,19%) mulheres e 411 (39,29%) homens. Este achado coincide com o estudo CRUSADE, o qual encontrou o DM em 33% dos pacientes (VELASCO IT, et al., 2021). De acordo com Silva MSP, et al. (2019), o diabetes representa a quinta causa de morte mundial e as doenças cardiovasculares são suas maiores complicações.

O tabagismo se apresentou como quarto fator de risco mais prevalente, onde 320 (30,59%) dos pacientes eram tabagistas, destes 105 (10,03%) eram mulheres e 215 (20,55%) eram homens. O resultado apresenta um percentual próximo a pesquisa de Silva KSC, et al. (2020), que encontrou o tabagismo em 28,4% dos infartados, porém difere na distribuição por sexo, onde foi mais prevalente no sexo feminino. Já no estudo realizado em Goiás, o tabagismo foi descrito em 71,88% dos prontuários e a maioria era do sexo masculino (SILVA FL, et al., 2019). O uso do tabaco é um dos principais fatores que leva a doenças cardiovasculares, tendo os fumantes sua expectativa de vida diminuída em cerca de 10 anos (SILVA MSP, et al., 2019).

Quanto ao tipo de infarto, encontrou-se predominância de IAM sem supra de ST, dado também observado em um estudo realizado no Hospital Geral do Estado de Alagoas que identificou 96,1% de IAM sem supra ST. Estes estudos corroboram a estatística de maior prevalência dos eventos de IAM SSST no estudo da história natural da doença. Porém difere de pesquisa realizada em Salvador no qual 75% dos pacientes apresentaram IAM com supra de ST no ECG (LIMA MLNM, et al., 2019).

O cateterismo foi realizado em 93,69% dos pacientes. A cineangiocoronariografia é primordial para decisão terapêutica, deve ser realizada para definir o procedimento de revascularização e avaliar o grau de comprometimento das artérias coronárias (NICOLAU JC, et al., 2021). Contudo, ainda existe dificuldade de realização desse procedimento no sistema único de saúde, seja por demora do transporte para o centro de referência, lista de espera longa, ou por morosidade na autorização dos convênios de saúde (VELASCO IT, et al., 2021). A fibrinólise foi registrada em apenas 4 (0,39%) pacientes. O uso de fibrinolíticos está indicado nos pacientes de IAM CSST quando o tempo entre o diagnóstico até a revascularização arterial no centro com hemodinâmica for maior que 120 minutos (VELASCO IT, et al., 2021; PIEGAS LS, et al., 2015; IBANEZ B, et al., 2018).

Esse dado apresentou limitações de análise devido a precariedade de informações registradas nos prontuários, sem referência ao uso de fibrinolítico na admissão dos pacientes transferidos no período pesquisado, como também, o registro de sua utilização no hospital da pesquisa. Tal prática, se repetiu em todos os anos estudados, estando em desacordo com o que é preconizado no Ministério da Saúde, o qual determina que todas as informações referentes ao paciente em relação ao atendimento e internação devem estar registradas e atualizadas, de forma detalhada e legível no prontuário, sendo este um direito do paciente (BRASIL, 2009, BOMBARDA TB e JOAQUIM RHVT, 2022).

Em relação ao tratamento, as diretrizes são enfáticas sobre a utilização de fibrinolíticos em pacientes elegíveis, principalmente nas primeiras horas do infarto, devido redução de mortalidade e prevenção de disfunção segmentar ventricular (PIEGAS LS, et al., 2015). O índice de mortalidade do estudo foi de 9,85%, sendo o maior percentual dos óbitos em pacientes do sexo masculino. O IAM é considerado o maior evento na evolução das cardiopatias isquêmicas, sendo responsável pela maioria das mortes devido às DCV (ALVES L e POLANCZYK DA, 2020). Estudo populacional de Oliveira GMM, et al. (2021) atestou que a doença isquêmica do coração foi responsável por 32,1% do total de mortes por DCV no Brasil, sendo em Alagoas a

segunda causa de maior mortalidade no mesmo grupo de doenças. Segundo Silva KSC, et al. (2020) e Oliveira GMM, et al. (2020), a taxa de mortalidade nos pacientes infartados é maior entre os idosos, chegando a 75% nos maiores de 60 anos, apresentando maior predomínio nos indivíduos com 80 anos ou mais. Os dados das pesquisas demonstram, assim como a literatura, que o IAM possui alta mortalidade e por isso deve ter atenção do sistema de saúde, público ou privado, sendo de grande importância o controle dos fatores de risco e a necessidade de implementação dos recursos terapêuticos adequados nos serviços de assistência.

## CONCLUSÃO

O estudo mostrou o perfil dos pacientes internados com IAM em um hospital na cidade de Maceió, evidenciando presença dos fatores de risco modificáveis nos pacientes com isquemia miocárdica. Assim, para diminuir o impacto dessa doença, é essencial o adequado controle das doenças crônicas. É importante que os serviços sigam protocolos de atendimento cada vez mais estruturados de acordo com as diretrizes vigentes, que haja treinamento e reciclagem das equipes de atendimento aos pacientes com SCA garantindo-lhes uma melhor chance de sobrevivência. Além disso, é primordial que haja registro de todas as informações pertinentes ao paciente, sua condição clínica, condutas adotadas e tratamento no prontuário. É imprescindível o comprometimento das políticas públicas na realização do tratamento padrão-ouro em centros de cardiologia com hemodinâmica, assim como dos convênios de saúde na realização de cateterismo e angioplastia em tempo idealmente preconizado na literatura, reduzindo evasão e complicações decorrentes da isquemia miocárdica.

## REFERÊNCIAS

1. ALVES L e POLANCZYK DA. Hospitalização por Infarto Agudo do Miocárdio: Um Registro de Base Populacional. *Arq. Bras. Cardiol.*, 2020; 115(5): 916-924.
2. BOMBARDA TB e JOAQUIM RHVT. Registro em prontuário hospitalar: historicidade e tensionamentos atuais. *Cad Saúde Colet*, 2022; 30(2): 265-273.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. *Diário Oficial da União [Internet]*, Brasília, 14 agosto de 2009; Seção 1, p. 80. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2009/01\\_set\\_carta.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf)
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/ SUS), 2022. Internações por Ano de atendimento. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nruf.def>. Acessado em: 07 de outubro de 2022.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/ SUS), 2022. Valor Serviços Hospitalares, Ano atendimento, Divisão Administrativa estadual. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nruf.def>. Acessado em: 07 de outubro de 2022.
6. CINTRA IF, et al. Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil e Regiões: Impacto da Pandemia da Covid-19 na Taxa de Mortalidade e Hospitalizações. *Diálogos & Ciência*, 2021; 1(42): 76-86.
7. FAVERI LA, et al. Infarto Agudo do Miocárdio em paciente jovem: relato de caso. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 2021; 31: 8068.
8. FERES F, et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista sobre Intervenção Coronária Percutânea. *Arq Bras de Card.*, 2017; 109(1): 1-81.
9. FERREIRA TS, et al. Estudo epidemiológico do infarto agudo do miocárdio no município de Maceió no período de 2010 a 2020. *Research, Society and Development*, 2022; 11(8).
10. FREITAS BR e PADILHA CJ. Perfil Epidemiológico do Paciente com Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil. *Rev de Saúde Facul Dom Alberto*, 2021; 8(1): 100 – 127.
11. IBANEZ B, et al. Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 2018; 39(2): 119–177.

12. LIMA MLNM, et al. Caracterização de Pessoas Jovens com Infarto Agudo do Miocárdio. *Rev baiana enferm.*, 2019, 33: e33591.
13. MAIER SRO, et al. Fatores de riscos relacionados ao infarto agudo do miocárdio: revisão integrativa da literatura. *Rev Saúde Sta. Maria*, 2020; 46(1).
14. NASCIMENTO LL, et al. Perfil de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio em um pronto socorro do Distrito Federal, *Rev Nursing*, 2022; 25(287): 7515-7521.
15. NICOLAU JC, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. *Arq Bras Cardiol.*, 2021; 117(1): 181-264.
16. NORMANDO PG, et al. Redução na Hospitalização e Aumento na Mortalidade por Doenças Cardiovasculares durante a Pandemia da COVID-19 no Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.*, 2021; 116(3): 371-80.
17. OLIVEIRA ALM, et al. A relação entre a intoxicação por cocaína e o infarto agudo do miocárdio. *Revista Caderno de Medicina*, 2019; 2(2): 101-112.
18. OLIVEIRA GMM, et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2021, *Arq Bras Cardiol.* 2022; 118(1):115-373.
19. OLIVEIRA LS, et al. Dislipidemia como fator de risco para aterosclerose e infarto agudo do miocárdio. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021; 4(6): 24126 - 24138.
20. PIEGAS LS, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol.*, 2015; 105(2): 1-105.
21. SILVA FL, et al. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados por infarto agudo do miocárdio em hospital de Goiás. *Rev Bras Militar de Cien*, 2019; 5(13): 8-14.
22. SILVA KSC, et al. Emergência cardiológica: principais fatores de risco para infarto agudo do miocárdio. *Braz. J. Hea. Rev.*, 2020; 3(4): 11252-11263.
23. SILVA MSP, et al. Fatores de Risco Associados ao Infarto Agudo do Miocárdio. *Rev. Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras*, 2019; 6(1): 29-43
24. VARGAS RA, et al. Qualidade de vida pós-infarto do miocárdio: revisão da literatura. *Rev enferm UFPE on line*, 2017; 11(7): 2803-9.
25. VELASCO IT, et al. *Medicina de Emergência :abordagem prática*. 16 ed., Ed. Barueri (SP): Manole, 2021, seção 3, (32 e 33): 410 - 436.