

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE INDIVÍDUOS ADMITIDOS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA LEGAL

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF INDIVIDUALS ADMITTED WITH ACUTE MYOCARDIUM DISORDER IN MUNICIPALITY OF LEGAL AMAZON

Marialice Gyaraki da Silva 

Mestranda em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos, graduada em Fisioterapia pela Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. E-mail: alicegyaraki@gmail.com

Camila Magalhães Pedrosa 

Pós-graduada em Fisioterapia Traumatologia e Ortopedia e Desportiva, graduada em Fisioterapia pela Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. E-mail: camila_pedrosa_magalhaes@hotmail.com

Aline Lindner de Lira 

Bacharela em Fisioterapia pela Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. E-mail: line.lindner@hotmail.com

Jessica Castro dos Santos 

Mestre em Saúde e Educação pela UNAERP, docente do Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA. E-mail: jessica.castro@faema.edu.br

Evelin Samuelsson 

Doutoranda em Biodiversidade e Biotecnologia pela Rede BIONORTE - Rede de Biodiversidade e Biotecnologia da Amazônia Legal e Docente do Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA. E-mail: evelin.samuelsson@hotmail.com

Submetido: 20 mar. 2022.

Aprovado: 5 abr. 2022.

Publicado: 8 abr. 2022.

E-mail para correspondência:

evelin.samuelsson@hotmail.com

Este é um trabalho de acesso aberto e distribuído sob os Termos da *Creative Commons Attribution License*. A licença permite o uso, a distribuição e a reprodução irrestrita, em qualquer meio, desde que creditado as fontes originais.

Imagem: StockPhotos (Todos os direitos reservados).



Open Access

Resumo: O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é uma das complicações cardiovasculares com maior incidência de óbitos na atualidade, decorrente de um desequilíbrio entre a demanda e oferta de nutrientes ao tecido, conseqüente à obstrução do fluxo coronariano, caracterizada pela morte dos cardiomiócitos por isquemia. Esse estudo teve como objetivo, identificar o perfil dos pacientes que foram atendidos com diagnóstico de IAM no Hospital Municipal de Ariquemes no estado de Rondônia. Com o intuito de identificar a faixa etária, procedência, profissão, sexo, grupos raciais, taxa de letalidade e mortalidade, relacionar as doenças crônicas associadas e os fatores de risco e traçar o perfil desses pacientes através de uma análise das características comuns entre eles. Para o levantamento do perfil epidemiológico, realizou-se uma análise documental dos prontuários dos anos de 2016, 2017 e 2018. O estudo foi composto por 10.461 prontuários, desses, 62 prontuários eram de pacientes com o diagnóstico principal de IAM. Encontrou-se uma maior prevalência no sexo masculino, e com as faixas etárias entre 40 a 60 anos de idade, indivíduos com cor parda, casados e aposentados. A análise quantitativa deu-se por meio do teste qui-quadrado, no qual apresentou uma relação de significância entre as doenças crônicas utilizadas como variáveis tabagismo/hipertensão tendo por resultado ($p=0,003$), tabagismo/etilismo apresentando ($p=0,002$). Apesar da pesquisa ter identificado um déficit no preenchimento de algumas informações nos prontuários relacionados aos fatores sociodemográficos, estilo de vida e da presença de doenças crônicas. Faz-se necessário a realização de pesquisas mais abrangentes acerca do tema abordado, a fim de caracterizar com maior precisão o perfil desses pacientes.

Palavras-chave: Epidemiologia. Infarto Agudo do Miocárdio. Região Amazônica.

Abstract: Acute Myocardial Infarction (AMI) is one of the cardiovascular measurements with the highest incidence of deaths in the present, due to an imbalance between the demand and supply of nutrients to the tissue, consequent to the coronary flow obstruction, characterized by the death of the cardiomyocytes due to ischemia. This study aimed to identify the profile of the patients who were treated with a diagnosis of AMI at the Municipal Hospital of Ariquemes in the state of Rondônia, being inserted in the Amazon region of Brazil. In order to identify the age group, origin, profession, sex, racial groups, lethality and mortality rate, to relate the associated chronic diseases and risk factors, tracing a profile of these patients through an analysis of common characteristics among them. A descriptive and documental study was carried out for the epidemiological profile of the years 2016, 2017 and 2018. The study comprised analysis of 10,461 medical records of the Hospital Municipal de Ariquemes, of which 62 were patients with diagnosis of AMI. It was found a higher prevalence in males, and in the 40-60 year-old age groups, of the brown color, married and retired. In the chi-square test, there was a significant relationship between the smoking / hypertension variables, resulting ($p=0.003$), smoking / alcoholism presenting ($p=0.002$). There was a deficit in the filling of some information in the records related to sociodemographic factors, lifestyle and the presence of chronic diseases. It is also worth noting the need for multicentric studies among the hospitals of the municipality for a more comprehensive analysis.

Keywords: Epidemiology. Acute Myocardial Infarction. Amazon Reg.

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são a primeira causa de morte no Brasil, responsáveis por cerca de 32% dos óbitos, além disso, é a terceira maior causa de internações no país. No Brasil no ano de 2014, foram registradas cerca de 95 mil internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) no país ^(1,2).

O IAM é a principal evolução da Doença Arterial Coronária (DAC), apresenta altas taxas de prevalência, morbidade e mortalidade. É uma síndrome clínica decorrente de necrose isquêmica do miocárdio, resultante da obstrução ao fluxo coronariano transitório ou permanente. Do ponto de vista patológico, o IAM ocorre pela morte celular em virtude de isquemia duradoura, em que grande parte dos números de infartos do miocárdio são ocasionados por trombose de uma artéria coronariana sobre uma placa ateromatosa ^(3,4).

Esses números tendem a aumentar pelo envelhecimento, uma vez que o IAM é apontado como principal causa de morte entre as doenças cardiovasculares em indivíduos idosos, como também, pelos hábitos de vida prejudiciais à saúde adotada pela população hoje em dia, o que favorece o surgimento dos fatores de risco para o desenvolvimento dessa patologia ⁽⁵⁾.

Alguns autores definem esses fatores de risco para o IAM como: idade, gênero; tabagismo, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, sedentarismo, uso de anticoncepcionais e obesidade, além da propensão genética ⁽⁶⁾.

Alencar ⁽⁷⁾ relata que existe uma hierarquia entre os fatores e, além do sexo, idade e hereditariedade, os fatores como: dislipidemia, hipertensão arterial, tabagismo, obesidade e diabete mellitus, devem ser apontados como fator importantíssimo, requerendo mais atenção. Os autores Chandrasekhar, Gill e Mehran ⁽⁸⁾, descrevem a morte por eventos cardiovasculares como um assassino de oportunidades iguais.

Diante o exposto, este estudo teve por objetivo identificar o perfil dos pacientes admitidos com o diagnóstico de IAM, do Hospital Municipal de Ariquemes no estado de Rondônia, estando inserida na região Amazônica do Brasil – América do Sul. Apresentando importância não apenas para o conhecimento científico e epidemiológico, como também, para auxílio na realização de futuras campanhas para promoção de saúde regional e direcionada a população com maior risco de incidência.

Metodologia

O estudo compõe-se de uma pesquisa documental, quantitativa de caráter descritivo, através de uma análise documental de prontuários dos pacientes que foram admitidos no Hospital Municipal de Ariquemes no interior de Rondônia, inserida na região Amazônica do Brasil – América do Sul. A presente pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, conforme número do parecer: 2.872.760. A população do estudo se equivale à análise de prontuários dos pacientes que foram admitidos com o diagnóstico de IAM no período de 01 de janeiro do ano de 2016 a 30 de junho de 2018, no Hospital Municipal de Ariquemes no interior de Rondônia. A pesquisa teve seu início em 11 de setembro e finalizada no dia 03 de outubro do ano de 2018, concretizada num total de 23 dias.

Os critérios de inclusão usados foram: prontuários de pacientes com o diagnóstico de IAM dentro do período delimitado, ambos os sexos, da faixa etária acima de 18 anos de idade, residentes do estado de Rondônia e de todos os grupos raciais. Os critérios de exclusão foram prontuários de pacientes com diagnóstico de outras patologias, prontuários que não se encaixam no período delimitado, pacientes com a faixa etária abaixo de 18 anos de idade e residentes em outro estado.

O instrumento utilizado na pesquisa foi um questionário que aborda perguntas fechadas para a quantificação bioestatística, tendo por base o questionário usado pelos autores Colombo e Aguillar (1997), em seus estudos, para essa pesquisa o mesmo foi modificado, sofrendo alterações para melhor adaptação na coleta de dados. Os dados coletados dos prontuários foram: sexo, Idade, data de internação, dia e situação (vivo/morto) da alta, profissão, cor, tipo de Infarto, dia da semana em que ocorreu o evento, estado civil, escolaridade, local de residência, dados relacionados ao estilo de vida (fumante, ex-fumante, etilista, ex-etilista e outros) e doenças crônicas.

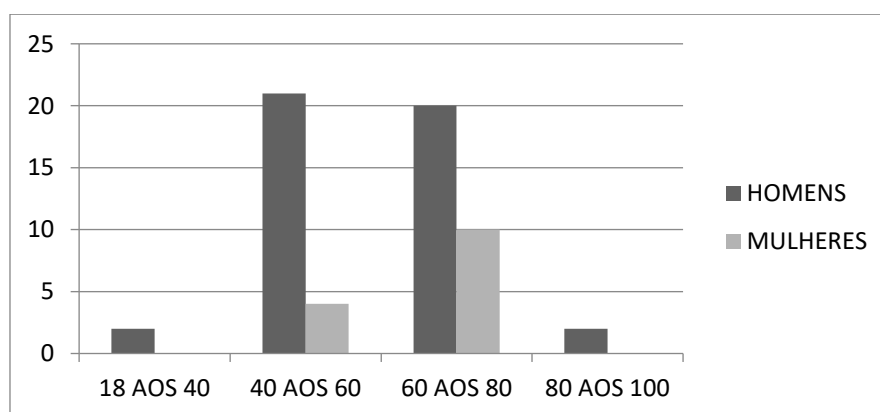
Na coleta dos dados dos prontuários, algumas informações e dados foram insuficientes para realizar tabulação e quantificação estática, como os dados relacionados à escolaridade, tipo de infarto (tal informação não era claramente especificada, gerando dúvidas aos pesquisadores), taxa de letalidade e mortalidade por IAM. Outras informações como relacionadas ao estilo de vida, estado civil, profissão e doenças crônicas apresentaram quantidade mensuráveis.

Para os cálculos referentes às taxas de mortalidade e letalidade do IAM, não foi possível realizar a mensuração, pela inconsistência dos dados disponibilizados, num total de 62 prontuários de IAM apresentou-se um óbito por infarto, não sendo possível dessa forma, realizar o cálculo. Visto que, o Hospital Municipal de Ariquemes não contém Unidade de Terapia Intensiva e não apresenta suporte para internação de casos graves de urgência, os casos mais graves são direcionados as unidades de suporte avançado em outras unidades hospitalares. Os dados coletados nos prontuários dos pacientes foram organizados em planilha excel 2012 e, posteriormente analisados com o programa estatístico Softwear Bioestat 5.0. Para a análise de variável nominal utilizou-se o teste qui-quadrado, assumindo-se como significante $p < 0,005$.

Resultados e Discussões

A partir de um total de 10.461 prontuários analisados no Hospital Municipal de Ariquemes no estado de Rondônia, 62 prontuários eram de pacientes com o diagnóstico principal de IAM. Em relação ao perfil sociodemográfico, encontrou-se maior prevalência com (77%) no sexo masculino, (36%) entre a faixa etária aproximada dos 40 a 60 anos de idade, apresentado na Figura 1, (80%) da cor parda, e apenas 38 prontuários apresentaram dados relacionados ao estado civil, desses, (51%) eram casados. Seguidos com (23%) do sexo feminino, (17%) entre a faixa etária de 60 a 80 anos de idade, (15%) de cor parda e (10%) viúvas.

Figura 1 - Perfil sociodemográfico relacionado sexo e a idade dos pacientes admitidos com IAM no Hospital Municipal de Ariquemes – RO



Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Em relação ao perfil profissional dos pacientes, dos 62 prontuários analisados, 38 apresentavam dados sobre a profissão dos mesmos. Dentre as profissões identificadas, a situação profissional com maior prevalência de pacientes foi em aposentados totalizando 18 casos, seguidos por autônomos e agricultores com 4 casos cada um. Quanto ao estilo de vida dos pacientes, dos 28 prontuários contendo tais informações, encontrou-se maior predomínio com (39%) de etilismo e (32%) de tabagismo em homens.

Considerando os dados referentes ao sedentarismo e estresse, de 36 prontuários examinados, verificou-se que, (94%) desses indivíduos não realizam atividade física, como também, (97%) de 33 prontuários não realizavam nenhuma atividade de lazer. Em conformidade com os fatores de risco associados às doenças crônicas, num total de 38 prontuários, identificou-se que com (68%) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) denotou maior porcentagem, acompanhada com (32%) pelo Diabetes Mellitus (DM).

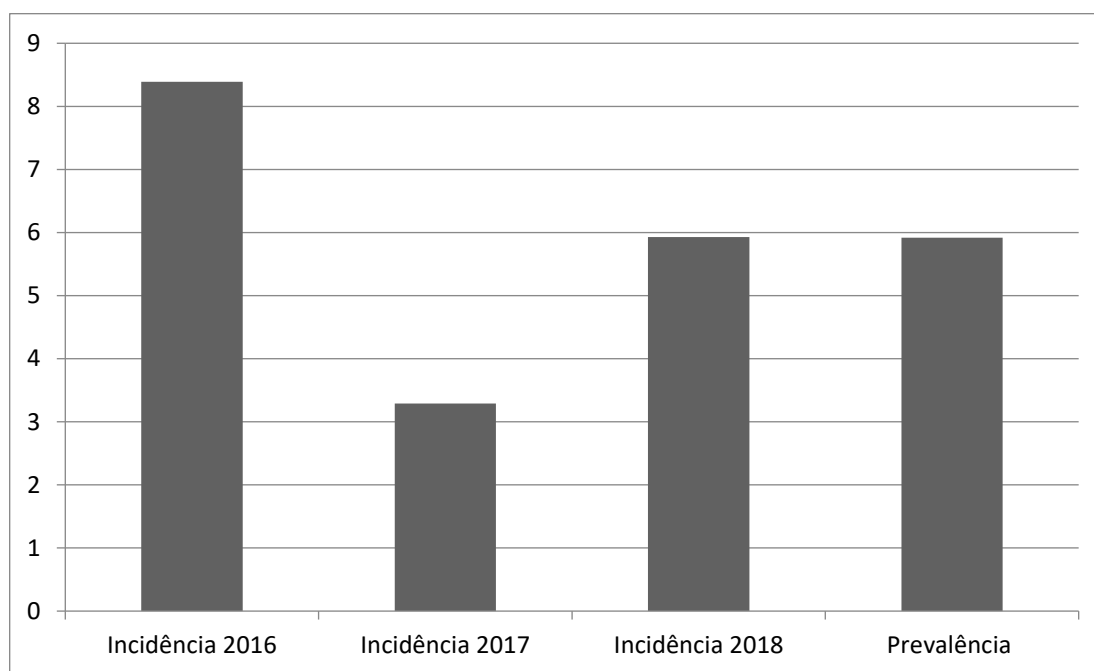
Na realização do teste qui-quadrado obtendo por significância ($p=0,005$), com o intuito de analisar a associação existente entre as variáveis qualitativas, associou-se as seguintes variáveis qualitativas: tabagismo/hipertensão tendo por resultado ($p=0,003$), tabagismo/etilismo apresentando ($p=0,002$), expressando significância alta das variáveis associadas no desenvolvimento do IAM.

Em observação aos dias da semana de ocorrência dos episódios de IAM, averiguou que dos 62 prontuários (24%) sucederam-se na terça-feira. Do mesmo modo, na análise dos meses correlacionados aos anos de 2016, 2017 e 2018 até o mês de junho, processou-se que o ano de 2016 obteve maior prevalência de casos, apresentando o mês de junho desse ano maior incidência com 07 infartos. No ano de 2017, os meses com maior índice foram: fevereiro, março e outubro com 03 ocorrências de infartos. Já no ano de 2018 até junho, o mês com maior número de infartos com 03 ocorrências foi o mês de maio.

Em relação ao local de procedência, houve maior predomínio em indivíduos situados em área urbana (84%). Nas tabulações referentes às taxas de incidência e prevalência, utilizando como constante o valor de 1.000, observou-se que no ano de 2016 a incidência de pacientes com diagnóstico de IAM foi de 8,39, em 2017 foi de

3,29 e em 2018 a incidência foi de 5,93 para cada mil prontuários analisados até o mês de junho. A taxa de prevalência para todos os anos citados foi de 5,92 para cada 1.000 prontuários, como pode ser observado na Figura 2.

Figura 2 - Taxas de incidência e prevalência relacionadas aos anos de 2016, 2017 e 2018.



Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Em relação aos dias de internações intra-hospitalar, verificamos que os pacientes permaneceram internados de 1 à 9 dias, sendo que o tempo médio de permanência foi de 3 dias

Discussão

Os resultados das análises dos dados sociodemográficos abordados nesse estudo, como: sexo, faixa etária e profissão, vão de encontro aos estudos de Mathioni Mertins et al.,⁽¹⁰⁾ examinaram 48 pacientes diagnosticados com IAM, concretizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um hospital do estado do Rio Grande do Sul – Brasil, que analisou a prevalência de fatores de risco em pacientes com IAM. Em seus resultados, apresentou idade média entre

59,9±11,55 anos, variando a idade entre 38 a 85 anos, em comparação às características sociodemográficas, predominou o sexo masculino com 81,3%, sendo que a maioria desses (41,7%) estava na faixa etária de 50 a 60 anos, de cor branca 83,3%, casados 70,8%, sendo maior parte aposentados 37,5%.

Em um estudo semelhante, Bastos et al.,⁽¹¹⁾ analisou 52 pacientes com diagnóstico de IAM, sendo observada maior prevalência no sexo masculino (76,92%), com idade média de 62,35 ± 14,66 anos, aposentados (46,15%), casados (65,38%), pouca escolaridade e com sobrepeso (40%). Dessa maneira, os dados relacionados ao perfil sociodemográfico dos pacientes analisados nesta pesquisa, vão de encontro a dados apresentados em estudos epidemiológicos recentes realizados no país, onde há predominância do gênero masculino, casados, aposentados e com pouca escolaridade.

Em continuação, estudos de Colombo e Aguillar⁽⁹⁾, mostraram que há maior incidência de infarto agudo do miocárdio em homens, de cor branca e casados, pois fizeram a comparação da distribuição dos pacientes infartados por faixa etária e em relação ao sexo, os resultados mostraram uma maior incidência de pacientes infartados do sexo masculino na faixa etária dos 40 aos 70 anos e no sexo feminino a faixa etária foi entre 60 e 80 anos. Corroborando com os dados encontrados nesta pesquisa.

O sexo masculino com a faixa etária inferior a 50 anos apresenta um risco de três vezes maior de sofrer um infarto, do que o sexo feminino da mesma idade. No entanto, após os 50 anos a diferença na ocorrência da doença entre ambos os sexos reduz e as mulheres após a menopausa, tornam-se tão vulneráveis ao infarto, quanto os homens da mesma idade. Acredita-se que as mulheres são menos vítimas de infarto, devido alguns fatores fisiológicos reprodutivos, responsáveis a uma menos predisposição trombolítica e a proteção hormonal através da produção do hormônio estrógeno^(12,13). Confirmando essa afirmação, em nosso estudo verificou-se que em relação apenas ao sexo feminino, houve um número maior de mulheres com diagnóstico de IAM entre a faixa etária dos 60 aos 80 anos de idade.

O predomínio em relação à cor parda encontrada nesse estudo está interligado com a etnia da regional, onde (72,3%) da população definem-se como

pardos, (19,5%) como brancos e (7,0%) pretos. Em relação ao local de procedência, apresentou maior índice de indivíduos infartados residentes na área urbana. Visto que, a região norte compreende aproximadamente uma população de 1.562.409 habitantes, em que (74%) de 1.150.000 da população localiza em perímetro urbano, enquanto (26%) de 412.409 estão na categoria de população rural ⁽¹⁴⁾.

Em relação ao fator de risco da HAS, a literatura relata que a manutenção dos níveis tensionais elevados acarreta o comprometimento dos órgãos-alvo com complicações graves, como infarto do miocárdio. Mesmo na inexistência de estudos de relevância nacional acerca da prevalência, estima-se que cerca de 30% da população adulta brasileira sejam hipertensas, duplicando esse índice na população idosa ⁽¹⁵⁾. Corroborando com os achados dessa pesquisa, em que a hipertensão se apresentou como o fator de risco com maior predomínio em indivíduos com a idade aproximada de 60 a 80 anos.

De acordo com Ministério da saúde⁽¹⁶⁾, a HAS e o DM constituem importantes fatores de risco na população para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual gera agravos de saúde pública, onde aproximadamente cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na atenção primária na rede básica. O DM é definido como uma síndrome de causa múltipla, que se caracteriza por hiperglicemia crônica com disfunções no metabolismo dos carboidratos, proteínas e lipídeos, suas consequências em longo prazo, apresenta distúrbios e falência de vários órgãos especialmente; olhos, rins, nervos, vasos sanguíneos e o coração.

Na associação relacionada ao estilo de vida como: etilismo, ex. etilista, fumante e ex. fumante, nesse estudo encontrou-se superioridade nos dados referente ao tabagismo comparando em ambos os sexos e maior prevalência do etilismo no sexo masculino. O fator do etilismo conforme a literatura apresenta certa controvérsia em relação ao seu uso, onde em um estudo transversal de base populacional, na região metropolitana de São Paulo, em 1.489 pessoas com 30 anos ou mais de idade, sendo 609 homens e 892 mulheres, os riscos foram avaliados através de um questionário (WHO Rose Angina Questionnaire). Em seus resultados apontam um menor risco para doença coronariana entre os bebedores moderados ⁽¹⁷⁾.

Em uma pesquisa realizada pelo Estudo Multiétnico de Aterosclerose (MESA), incluiu 6506 participantes adultos entre julho de 2000 e agosto de 2002 de 6 centros nos Estados Unidos da América, incluiu mulheres e homens com idades entre 45 e 84 anos, participantes livres de DCV. A avaliação do consumo de álcool foi examinada por perguntas de questionário referente ao histórico pessoal. Em seus resultados demonstrou que o consumo leve e moderado de álcool estão interligados a uma saúde cardiovascular positivo em relação aos não bebedores, porém, o consumo pesado de álcool era negativo ⁽¹⁸⁾.

No entanto, os estudos não indicam que os abstêmios iniciem o consumo de álcool, pois o mesmo continua apresentando considerável causa de risco para o desenvolvimento de doenças. Definido como uma substância tóxica que pode favorecer ocorrência de algumas doenças como: hipertrigliceridemia, hipertensão arterial, diabetes não insulínica, hepatopatia, câncer, pancreatite, encefalopatia, problemas psicossociais e comportamentais. Ressaltam ainda, que onde existir menores quantidades da ingestão de álcool, menores são os riscos para o desenvolvimento de doenças crônicas ^(19,20).

Em um estudo multicêntrico, aberto, randomizado, prospectivo e controlado realizado em seis hospitais da Austrália, com 140 pacientes submetidos à randomização, sendo 85% homens; idade média 62 ± 9 anos), 70 foram destinados para o grupo de abstinência e 70 para o grupo de controle. Os pacientes do grupo de abstinência reduziram a ingestão alcóolica cerca de 87,5%, e os pacientes do grupo controle reduziram 19,5%. A abstinência do álcool reduziu as recorrências de arritmia em bebedores regulares com fibrilação atrial ⁽²¹⁾.

Com relação ao tabagismo, a literatura relata que a frequência das doenças arteriais é duas vezes maior em fumantes (incluindo também os passivos) do que em não fumantes, e mesmo em indivíduos que deixaram de fumar, ainda existem os efeitos crônicos residuais do cigarro. Dessa maneira, esses não alcançam níveis semelhantes de vida saudável em comparação com os que nunca fumaram ⁽²²⁾.

O tabagismo exerce influência na incidência de infarto através vários mecanismos como; a disfunção endotelial, elevada oxidação das LDL, diminuição da HDL-colesterol, aumento da agregação plaquetária e elevação na prevalência de

espasmo vascular. Paiva et al.,⁽²³⁾ Zornoff et al.,⁽²⁴⁾ em seus estudos com ratos, na agregação de seus resultados ressalta ainda que a exposição crônica à fumaça do cigarro exacerba a remodelação ventricular e agrava a função cardíaca após o IAM.

Em um estudo de caso controle realizado em 12 hospitais da região metropolitana de São Paulo, com 494 indivíduos com diagnóstico de IAM, demonstrou-se que o tabagismo como fator de risco independente mais importante para IAM. Verificou-se também, que a ingestão de álcool (três a seis vezes por semana) em comparação com a ausência de consumo (abstemia) não confere proteção quanto à ocorrência de IAM⁽²⁵⁾.

Em relação ao sedentarismo, os indivíduos analisados neste estudo, apresentaram perfil sedentário ou de inatividade física; os mesmos também não relataram a realização de atividades relacionadas ao lazer. Sabemos que a atividade física tem sido determinada e propagada há séculos, como um potente fator de promoção à saúde. Salienta-se ainda que, o ambiente moderno alterou drasticamente, com o incremento das revoluções industriais e tecnológicas. Os alimentos industrializados tornaram-se abundante e disponível a todo o momento. A atividade física, fator fundamental nos tempos remotos, tornou-se dispensável. Tal afirmação está interligada também, com o predomínio de indivíduos residentes na área urbana encontrado nesse estudo⁽²⁶⁾.

Para Aziz⁽²⁷⁾, a inatividade física incrementa o sobrepeso, a obesidade, aumenta os triglicerídeos, reduz o colesterol e converge para o aumento de cintura abdominal, síndrome metabólica e resistência à insulina, resultando na elevação da pressão HAS. Ressalta ainda, que a postura nos dias modernos certamente eleva a prevalência de HAS e, em consequência, da morbidade e mortalidade cardiovascular, no qual, como sabemos é um dos primordiais fatores de risco para patologias cardíacas e cerebrais.

Em continuação, referente associação do fator estresse, Loures et al.,⁽²⁸⁾ relatam que o sistema cardiovascular contribui ativamente as adequações ao estresse, estando sujeito aos efeitos neuro-humorais. Apresentando dessa forma, algumas respostas cardiovasculares como a elevação da frequência cardíaca, contratilidade, do débito cardíaco e pressão arterial. Em doenças isquêmicas do

miocárdio, a contribuição do estresse mental ocorre de duas maneiras: como elemento de risco para a DAC e como desencadeador de ocorrências isquêmicas agudos em indivíduos com aterosclerose coronariana inserida. Exposições a altos níveis de estresse ocasionaria uma exacerbação, de todas as modificações vasculares e metabólicas intermediárias induzidas pelo mesmo. Essas modificações essencialmente lipídicas e plaquetárias, exibem potente caráter aterogênico.

Além dos resultados descritos anteriormente, finalizamos essa pesquisa apresentando a importância da fomentação de pesquisas epidemiológicas em nossa região, visto que, por meio desse estudo pode-se averiguar a escassez de dados epidemiológicos em doenças cardiovasculares da região norte, que contempla o território Amazônico do país. Pois, uma vez conhecendo o perfil epidemiológico de uma determinada população, é possível elaborar condutas e estratégias para prevenções direcionadas na saúde.

Considerações Finais

Em relação aos prontuários analisados verificou-se uma maior prevalência no sexo masculino, entre a faixa etária aproximada dos 40 a 60 anos de idade, predominância da inatividade física com também, ausência da realização de atividades de lazer. Não obstante, o presente estudo observou déficit no preenchimento de informações interligadas aos fatores sociodemográficos, estilo de vida e da presença de doenças crônicas. Ressalta-se ainda, a necessidade de estudos multicêntricos entre os hospitais do município para uma análises mais abrangentes, relacionados ao perfil epidemiológico, visto que analisamos uma pequena parcela da população, não sendo possível a tabulação e quantificação estatísticas de alguns dados.

Referências

- 1 Tuan, Tássia Soldi; Venâncio, Taís Siqueira; Nascimento LFC. Efeitos da Exposição a Poluentes do Ar no Infarto Agudo do Miocárdio, Segundo Gêneros. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(3):216–22.
- 2 Sociedade Brasileira de Cardiologia. 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).
- 3 Paschoal MA. *Fisioterapia cardiovascular: avaliação e conduta na reabilitação cardíaca.* 1º ed. Barueri: Manole; 2010.
- 4 Maia LF Dos S. Infarto Agudo do Miocárdio: o perfil de pacientes atendidos na UTI de um hospital público de São Paulo. *Rev Recien - Rev Científica Enferm.* 2012;1(4):10–5.
- 5 Pinheiro RHO, Umpiérrez MC, Pereira EM, Marcondes ME. Fatores de risco para Infarto Agudo do Miocárdio em pacientes idosos cadastrados no programa Hiperdia. *Cogitare Enferm.* 2013;18(1):78–83.
- 6 Coelho, Letícia Maria, ; Resende ES. Perfil dos pacientes com infarto do miocárdio, em um hospital Universitário. *Rev Med Minas Gerais.* 2010;20(3):323–8.
- 7 Alencar YMG. Fatores de Risco para Aterosclerose em uma População Idosa Ambulatorial na Cidade de São Paulo. *Arq Bras Cardiol.* 2000;74(3):181–8.
- 8 Chandrasekhar J, Gill A, Mehran R. Acute myocardial infarction in young women: Current perspectives. *International Journal of Women's Health.* 2018. 267–284 p.
- 9 Colombo RC, Aguillar OM. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. *Rev Lat Am Enfermagem.* 1997;5(2):69–82.
- 10 Mathioni Mertins S, Loro MM, Winkelmann ER, Pannebecker JM, Bernat Kolankiewicz AC. Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Av en Enfermeria.* 2016;34(1):30–8.
- 11 Bastos AS, Beccaria LM, Contrin LM, Cesarino CB. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. *Brazilian J Cardiovasc Surg.* 2012;27(3):411–8.
- 12 Dantas Ras, Aguillar OM. Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio na perspectiva do modelo de " campo de saúde ". *Rev Bras Enferm.* 1998;51(4):571–88.
- 13 Andrade LS, Azzolin K. Perfil dos Pacientes Infartados no Centro de Terapia Intensiva de Um Hospital Privado de Porto Alegre. *Ciência em Mov.* 2010;12(23).
- 14 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Vol. 4.3.8.18.2. 2018. Available at: <https://cidades.ibge.gov.br>
- 15 Colósimo FC, Sousa AG DE, Silva GS DA, Piotto RF, Pierin AM, Geraldo. Hipertensão arterial e fatores associados em pessoas submetidas à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Esc Enferm.* 2015;49(2):201–8.
- 16 Ministério Da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Caderno 7 Hipertensão arterial*

- sistêmica, HAS e Diabetes mellitus. 2001.
- 17 Lima MCP, Correa FK, Rehm J. Consumo de álcool e risco para doença coronariana na região metropolitana de São Paulo: Uma análise do projeto GENACIS. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(1):49–57.
 - 18 Ogunmoroti O, Osibogun O, McClelland RL, Burke GL, Nasir K, Michos ED. Alcohol and ideal cardiovascular health: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Clin Cardiol*. 2019;42(1):151–8.
 - 19 Monteiro MG. Políticas públicas para a prevenção dos danos relacionados ao consumo de álcool. *Epidemiol e Serv Saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2016;25(1):171–4.
 - 20 Piano MR. Alcohol's Effects on the Cardiovascular System. *Alcohol research : current reviews*. 2017. p. 219–41.
 - 21 Voskoboinik A, Kalman JM, De Silva A, Nicholls T, Costello B, Nanayakkara S, et al. Alcohol Abstinence in Drinkers with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med [Internet]*. 2 de janeiro de 2020;382(1):20–8. Available at: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1817591>
 - 22 Olivetti RF. O tabagismo e suas consequências: uma abordagem sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis. Universidade tecnológica federal do Paraná diretoria de pesquisa e pós-graduação especialização em Ensino de Ciências, Medianeira; 2013.
 - 23 Paiva Sar, Mamede Zornoff LA, Polití Okoshi M, Okoshi K, Carlos-Cicogna A, Oscar Campana A. Comportamento de variáveis cardíacas em animais expostos à fumaça de cigarro. *Arq Bras Cardiol*. 2003;81(3):221–4.
 - 24 Zornoff LAM, Matsubara BB, Matsubara LS, Minicucci MF, Azevedo PS, Camapanha ÁO, et al. Cigarette smoke exposure intensifies ventricular remodeling process following myocardial infarction. *Arq. Bras. Cardiol*. 2006;86(4).
 - 25 Avezum Á, Piegas LS, Pereira JCR. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na Região Metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. *Arq Bras Cardiol*. 2005;84(3).
 - 26 Gualano B, Tinucci T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. *Rev Bras Educ Física e Esporte*. 2011;25:37–43.
 - 27 AZIZ JL. Sedentarismo e Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2014;21(2):75–82.
 - 28 Loures DL, Sant'anna I, Baldotto CS DA R, De Sousa EB, DA Nóbrega ACL. Estresse mental e sistema cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2002;78(5):525–30.