

## FATORES ASSOCIADOS A SÍNDROME CORONARIANA AGUDA E SUA PREVALÊNCIA ENTRE OS GÊNEROS: REVISÃO INTEGRATIVA

### FACTORS ASSOCIATED WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AND ITS PREVALENCE AMONG GENDERS: INTEGRATIVE REVIEW

### LOS FACTORES ASOCIADOS CON EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y SU PREVALENCIA ENTRE SEXOS: REVISIÓN INTEGRADORA

Kaiomax Renato Assunção Ribeiro<sup>1</sup>, Thales Antônio Martins Soares<sup>2</sup>, Maria Madalena Borges<sup>3</sup>, Eivalda Pereira de Abreu<sup>4</sup>, André Rodrigues dos Santos<sup>5</sup>, Fernanda Alves Ferreira Gonçalves<sup>6</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** discutir sobre os fatores associados à Síndrome Coronariana Aguda, bem como sua prevalência entre homens e mulheres. **Método:** estudo do tipo, revisão integrativa da literatura, com busca dos artigos nas bases de dados LILACS, SciELO, BDENF, PUBMED, publicados entre 2012 e 2018. **Resultados:** foram encontrados inicialmente 502 artigos, dos quais, 20 compuseram esta pesquisa. O tabagismo foi o fator de risco mais prevalente no surgimento da Síndrome Coronariana Aguda, seguido da Hipertensão Arterial Sistêmica. Os pacientes acometidos por esta doença apresentaram como características dois ou mais fatores de riscos. O gênero masculino foi o que apresentou maior prevalência para esta patologia. **Conclusão:** são vários os fatores de riscos para o surgimento da Síndrome Coronariana Aguda e o seu surgimento parece estar associado a presença de dois ou mais fatores de riscos, o que denota a necessidade de uma maior ênfase na educação da população sobre a prevenção desses fatores.

**Descritores:** Infarto do miocárdio; Síndrome coronariana aguda; Epidemiologia; Prevalência.

#### ABSTRACT

**Objective:** discuss the factors associated with acute coronary syndrome, as well as its prevalence among men and women. **Method:** study of the type, integrative review of the literature, with search of articles in databases LILACS, SciELO, BDENF, PUBMED, published between 2012 and 2018. **Results:** initially were found 502 articles, of which 20 comprised this study. Smoking was the most prevalent risk factor in the occurrence of acute coronary syndrome, followed by systemic hypertension. Patients affected by this disease presented as two or more risk factors. The male gender was presented the highest prevalence for this pathology. **Conclusion:** There are several risk factors for the onset of acute coronary syndrome and its appearance seems to be associated with the presence of two or more risk factors, which denotes the need for a greater emphasis on the education of the population on the prevention of these factors.

**Descriptors:** Myocardial infarction; Acute coronary syndrome; epidemiology; prevalence.

#### RESUMEN

**Objetivo:** discutir sobre los factores asociados al Síndrome Coronaria Aguda, así como su prevalencia entre hombres y mujeres. **Método:** el estudio del tipo, revisión integrativa de la literatura, con búsqueda de los artículos en las bases de datos LILACS, SciELO, BDENF, PUBMED, publicados entre 2012 y 2018. **Resultados:** se encontraron inicialmente 502 artículos, 20 de los cuales constaba de este estudio. El tabaquismo fue el factor de riesgo más prevalente en la ocurrencia de síndrome coronario agudo, seguido por hipertensión arterial sistémica. Los pacientes afectados por esta enfermedad presentan como dos o más factores de riesgo. El sexo

<sup>1</sup> Enfermeiro pela -UNIVERSO-GO. Pós-graduação em UTI, Cardiologia e Hemodinâmica, Residente de Enfermagem, modalidade Terapia Intensiva pela SES do Distrito Federal-SES-DF. Hospital de Base do Distrito Federal-HBDF. Escola Superior de Ciências da Saúde-Distrito Federal-ESCS-DF.

<sup>2</sup> Mestre em Enfermagem pela UFG - Goiás - GO.

<sup>3</sup> Enfermeira pela Universidade Católica de Goiás, Especialista em administração hospitalar. Universidade Salgado de Oliveira UNIVERSO-GO. Pontifícia Universidade Católica de Goiás-PUC-GO.

<sup>4</sup> Enfermeira doutoranda pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Docente do curso de enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira, Goiânia-GO, Brasil.

<sup>5</sup> Escola Superior de Ciências da Saúde-Distrito Federal –ESCS-DF.

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (PPG/FEN/UFG). Enfermeira do Hospital das Clínicas da UFG. Goiânia-Goiás.

masculino se presentó la mayor prevalencia de esta patología. **Conclusión:** Existen varios factores de riesgo para la aparición de síndrome coronario agudo y su aspecto parece estar asociado con la presencia de dos o más factores de riesgo, lo que denota la necesidad de un mayor énfasis en la educación de la población sobre la prevención de estos factores.

**Descriptor:** Infarto del miocardio; Síndrome coronario agudo; epidemiología; prevalencia.

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são as principais responsáveis pelo aumento da morbimortalidade da maior parte da população. Dentre elas, destaca-se a síndrome coronariana aguda (SCA) ou Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), patologia causadora de diversas mortes em países desenvolvidos e em desenvolvimento, responsável por mais de 30% dos óbitos no Brasil. Portanto, o IAM pode ser considerado como um importante indicador de padrões de qualidade de políticas em saúde coletiva por ser uma doença de grande impacto.<sup>1,2</sup>

O diagnóstico de IAM é confirmado através do Eletrocardiograma (ECG) e deve ser realizado no tempo de até dez minutos após a chegada do paciente no hospital.<sup>7</sup> Observa-se neste exame que o IAM pode alterar os registros eletrocardiográficos e ser classificado como IAM com supradesnível do seguimento ST (IAMCST) ou sem supradesnível do mesmo seguimento (IAMSST).<sup>1</sup>

No Brasil de acordo com Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Ministério da Saúde houve 84.945 óbitos por doença isquêmica do coração em 2005. Em 2008, os sistemas de informações registraram 518 internações por IAM no Rio Grande do Sul. Nos Estados Unidos, aproximadamente 1,5 milhões de pacientes a cada ano desenvolvem IAM, dos quais 40% a 50% são acompanhados por apresentarem ECG com elevação seguimento ST (IAMCST).<sup>3</sup>

Estatisticamente, entre 25 a 30% dos IAM não apresentam desfechos fatais, sendo que os sintomas clínicos não são reconhecidos pelo paciente, mas identificados com eficiência pelo ECG de rotina ou no exame *post mortem*. Portanto, o ECG associado a uma boa história clínica e exame físico é fundamental para o paciente com dor torácica, pois além do custo baixo, sua realização é simples e permite a avaliação imediata do resultado do exame.<sup>3</sup>

No ano de 2009, o IAM foi a terceira maior causa responsável por hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). Isso Representou um total de 10,2% das internações, número que ultrapassa 25% quando analisado a população com idade superior a 50 anos.<sup>4</sup>

Em 2011, a Doença Arterial Coronariana (DAC), foi responsável por uma a cada sete mortes ocorridas nos Estados Unidos. Neste mesmo ano, 375.295 americanos morreram desta patologia. Anualmente, estima-se que ocorram 635.000 novos ataques coronarianos, 300.000 ataques recorrentes, além de 155.000 IAM silenciosos adicionais na população americana. Também é importante ressaltar que aproximadamente a cada 34 segundos, um americano apresenta um evento coronariano e a cerca de um minuto e 24 segundos, uma morte ocorrerá nesta população.<sup>5</sup>

Porém, a mortalidade hospitalar no que se refere ao IAMCST apresentou queda significativa de 11,5% no ano de 1990, para 8,0% o ano de 2006. Atribui-se a esse

declínio fatores como os avanços na farmacoterapia clínica e as estratégias de reperfusão, como a Intervenção Coronária Percutânea (ICP) primária, e ainda às mudanças dos pacientes no que se refere ao seu perfil demográfico e o tempo de resposta entre o início dos sintomas e a procura por ajuda especializada.<sup>6</sup>

Vale destacar que, apesar da redução da mortalidade por IAM na fase intra-hospitalar, a incidência de óbitos por esta patologia ainda é expressiva no ambiente pré-hospitalar. Essa alta mortalidade, sobretudo em metrópoles brasileiras, representa um impacto socioeconômico considerável para o país.<sup>7</sup>

No que se refere a fatores de risco mais prevalentes para o aparecimento do IAM, destacam-se a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), o tabagismo (TB), o diabetes (DM), o etilismo e a dislipidemia.<sup>1,8</sup> Importante salientar que a HAS é considerada como o principal fator de risco do IAM, além de evidenciada como um índice expressivo de mortalidade hospitalar em pacientes com diagnóstico definitivo de IAM.<sup>2</sup>

Dessa maneira, este estudo objetivou discutir os fatores associados a síndrome coronariana aguda, bem como analisar o que a literatura atual traz sobre a prevalência de síndrome coronariana aguda/infarto agudo do miocárdio (SCA/IAM) entre homens e mulheres.

Frente a isso, este estudo se justifica pelo fato de a SCA/IAM ser uma realidade no cenário atual. Assim esses dados poderão servir de alerta para os profissionais de saúde quanto a necessidade de educação em saúde à população, além de incentivar a procura imediata de uma unidade hospitalar na presença inicial dos sinais e sintomas do IAM. Além disso, esse estudo pode favorecer o conhecimento dos profissionais de saúde

acerca dessa temática e despertar a atenção para a sua prevenção, combate e controle.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório do tipo revisão integrativa de literatura de estudos epidemiológicos, em que foram percorridas seis etapas inter-relacionadas: estabelecimento de hipótese ou questão norteadora, amostragem ou busca na literatura, categorização do estudo, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, síntese do conhecimento ou apresentação da revisão.

Para a elaboração das questões norteadoras foi utilizado a estratégia de pesquisa PICO, que representa um acrônimo para (P) População ou Paciente, (I) Intervenção, (C) Controle ou Comparação, (O) “Outcomes” (desfecho). Assim as questões norteadoras foram: Quais são os fatores associados ao desenvolvimento de síndromes coronarianas agudas descritos na literatura? Qual sua prevalência entre homens e mulheres no cenário atual?

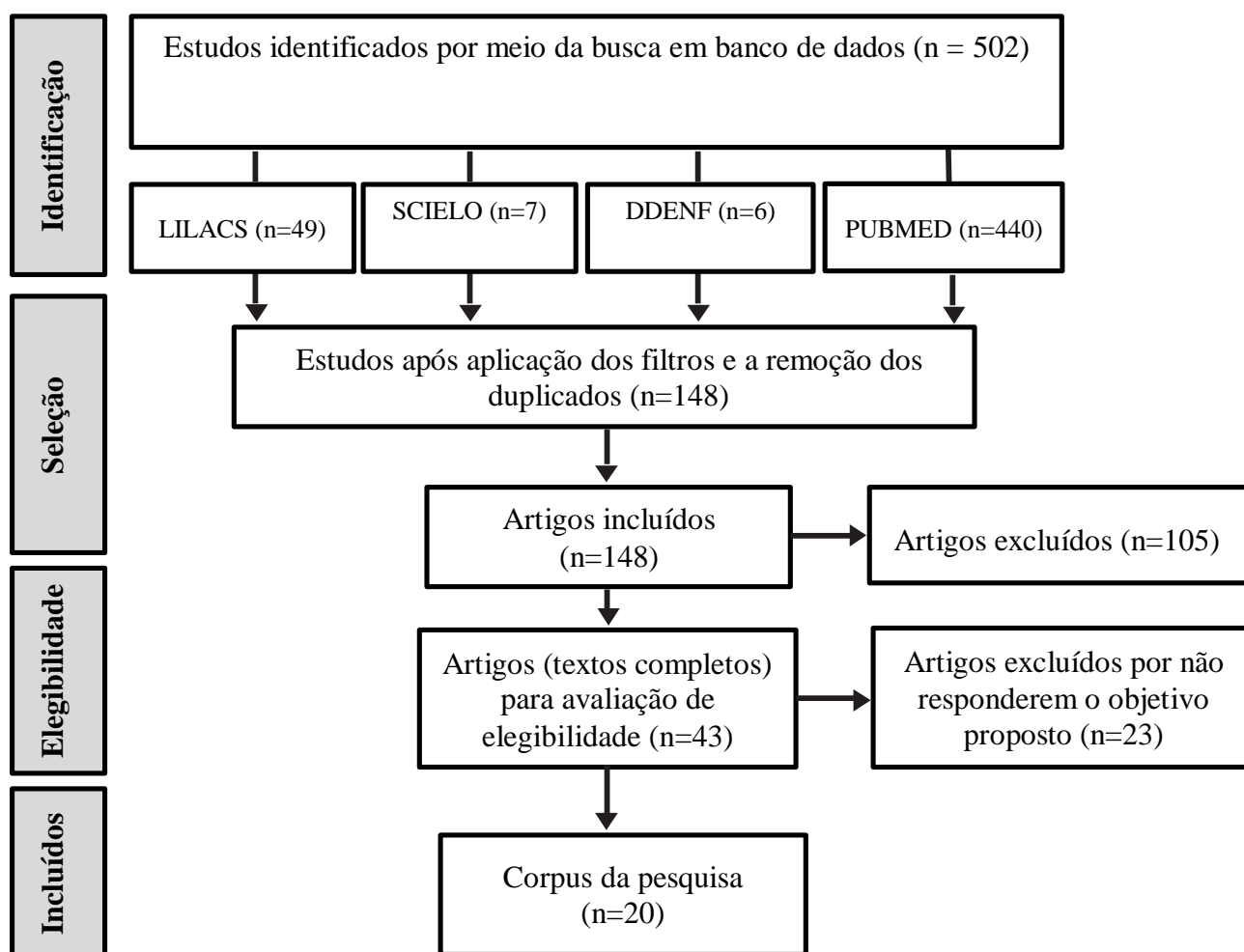
Posteriormente, realizou-se o levantamento de artigos entre março e julho de 2018, nas bases de dados *Public Medline or Publisher Medline* (PUBMED), *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Base de dados em Enfermagem (BDENF), utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (Decs): infarto do miocárdio, síndrome coronariana aguda e prevalência. Como descritores do *Medical Subject Headings* (Mesh) foram utilizados: *Myocardial Infarction*, *Acute Coronary Syndrome*, *Prevalence*. Assim, a busca foi realizada utilizando as seguintes estratégias: Infarto do miocárdio AND síndrome coronariana aguda AND prevalência OR epidemiologia,

((("Myocardial Infarction"[Mesh]) AND "Acute Coronary Syndrome"[Mesh]) AND "Prevalence"[Mesh]) OR ((("Myocardial Infarction"[Mesh]) AND "Acute Coronary Syndrome"[Mesh]) AND "Epidemiology"[Mesh]).

Os critérios de inclusão foram: estudos disponíveis na íntegra, observacionais, descritivos, analíticos; realizados com seres humanos no âmbito da prática clínica, nos quais os autores sejam profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, farmacêuticos e fisioterapeutas), que abordassem a epidemiologia ou a prevalência da SCA/IAM e os fatores de risco associados ao seu desenvolvimento. Como critério de exclusão adotou-se: artigos que não abordavam o tema proposto, textos publicados

em sites, comunicações breves, monografias, dissertações ou teses, e artigos publicados anteriores ao ano de 2012. Artigos com dupla publicação ou artigos disponíveis em duas ou mais bases de dados, foram considerados apenas uma vez.

A seleção dos estudos se deu por meio de consenso entre os pesquisadores deste estudo, ao avaliar os objetivos e os principais resultados apresentados pelos mesmos. O percurso seguido para a busca e seleção dos estudos foi apresentado na figura 1 e os resultados encontrados, foram apresentados em forma de tabelas (tabela 1 e tabela 2). Os estudos selecionados foram caracterizados como estudos observacionais, descritivos que abordaram o tema SCA ou IAM e analisaram os fatores riscos presentes no seu surgimento.



**Figura 1.** Busca e seleção dos estudos baseado no modelo PRISMA Diagrama.

## RESULTADOS

Inicialmente, a busca resultou em 502 estudos. Deste total, 459 estudos foram excluídos após adotar os critérios de exclusão

descritos anteriormente. Os 43 estudos restantes, foram submetidos à leitura completa, o que permitiu excluir mais 23

estudos por não responderem o objetivo deste estudo.

Ao analisar os resultados, percebeu-se que as variáveis com maior incidência entre os pacientes com IAM foram: HAS, TB e DM. Entre as variáveis prevalentes e citadas pelos autores, está a HAS, relatada em 100% dos artigos como a patologia que mais acomete pacientes infartados. Situação que requer atenção por parte dos profissionais e gestores de saúde, visando controlar os níveis tensoriais da população já acometida, reduzir novos casos por meio de estratégias educativas e conseqüentemente, reduzir novos casos de IAM.

Ao analisar o tabagismo como fator de risco observou-se variações na sua incidência de acordo com as publicações. Os estudos apontaram como a segunda variável mais frequente entre os pacientes que desenvolveram IAM. Essas causas (HAS e Tabagismo), juntamente com as demais variáveis, podem torná-los mais complexos e vulneráveis para o desenvolvimento de um novo evento cardíaco e até mesmo mais grave.

Entre os fatores de risco para o IAM mais incidentes na literatura selecionada se encontram o TB, a HAS, o DM, a obesidade e o sedentarismo. Evidenciou-se que foi comum a presença de dois ou mais fatores de riscos juntos, presentes no mesmo paciente, na manifestação dos sinais e sintomas do IAM. Portanto, é observado que os fatores de risco de forma isolada são relevantes para o desenvolvimento de IAM, porém, quando em conjunto com outros fatores de riscos, impulsionam ainda mais o risco de IAM.

No que se refere à incidência de IAM por gêneros, 94% dos estudos analisados apresentaram um maior acometimento desta patologia no sexo masculino, variando entre

52,1% a 78,1. O gênero feminino também foi bastante expressivo, contudo, menos incidente, variando entre 21,9% a 47,9% de casos ocorridos conforme os estudos. Porém, percebeu-se que houve um aumento da incidência de casos de SCA no sexo feminino nos últimos anos.

**Tabela 1 – Prevalência da síndrome coronariana aguda entre homens e mulheres conforme as publicações selecionadas. 2018.**

<b>Autores, Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Amostra</b>	<b>Feminino (%)</b>	<b>Masculino (%)</b>
<b>Bahall, Seemungal, Legall, 2018.<sup>9</sup></b>	Risk factors for first-time acute myocardial infarction patients in Trinidad	252	113 (45%)	138 (55%)
<b>Fernández-Rodríguez <i>et al.</i>, 2017.<sup>10</sup></b>	Gender gap in medical care in ST segment elevation myocardial infarction networks: Findings from the Catalan network Codi Infart	4380	961 (21,9%)	3419 (78,1%)
<b>Marino <i>et al.</i>, 2016.<sup>11</sup></b>	Epidemiological Profile and Quality Indicators in Patients with Acute Coronary Syndrome in Northern Minas Gerais – Minas Telecardio 2 Project	277	95 (34,3%)	182 (65,7%)
<b>Araújo <i>et al.</i>, 2016.<sup>2</sup></b>	Profile of the population affected by acute myocardial infarction	106	36 (34%)	70 (66%)
<b>Andrade <i>et al.</i>, 2015.<sup>6</sup></b>	Clinical and angiographic profile of young patients undergoing primary percutaneous coronary intervention	489	151 (30,9%)	338 (69,1)
<b>Maier, Martins, Dellaroza, 2015.<sup>12</sup></b>	Pre hospital indicators in assessing the quality of care for patients with acute coronary syndrome	94	45 (47,9%)	49 (52,1%)
<b>Soeiro <i>et al.</i>, 2015.<sup>13</sup></b>	Clinical characteristics and long-term progression of young patients with acute coronary syndrome in Brazil.	268	115 (43%)	153 (57%)
<b>Andrade <i>et al.</i>, 2015.<sup>14</sup></b>	A avaliação do tempo de espera do eletrocardiograma inicial em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda	116	53 (45,7%)	63 (54,3%)
<b>Sousa <i>et al.</i>, 2015.<sup>15</sup></b>	Epidemiology of coronary artery bypass grafting at the Hospital Beneficência Portuguesa, São Paulo	3011	906 (30,1%)	2105 (69,9%)
<b>Almeida <i>et al.</i>, 2014.<sup>16</sup></b>	Comparação do Perfil Clínico-Epidemiológico entre Homens e Mulheres na Síndrome Coronariana Aguda	927	556 (60%)	371 (40%)
<b>Araújo <i>et al.</i>, 2014.<sup>17</sup></b>	Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com síndrome coronariana aguda	150	52 (34,7%)	98 (65,3%)
<b>Jesus, Campelo, Silva, 2013.<sup>1</sup></b>	Perfil dos pacientes admitidos com Infarto Agudo do Miocárdio em Hospital de Urgência de Teresina-PI	240	105 (43,8%)	135 (56,2%)
<b>Lima <i>et al.</i>, 2018.<sup>18</sup></b>	Clinical-epidemiological aspects of patients submitted to Percutaneous Coronary Intervention in a university hospital	222	77 (34,7%)	145 (65,3%)
<b>Deora <i>et al.</i>, 2016.<sup>19</sup></b>	Demographic and angiographic profile in premature cases of acute coronary syndrome: analysis of 820 young patients from South India	820	60 (7,3%)	760 (92,7%)

<b>Agrawal et al., 2016.</b> <sup>20</sup>	Clinical Profile with Angiographic Correlation in Naïve Acute Coronary Syndrome	100	25 (25%)	75(75%)
<b>Silva et al., 2018.</b> <sup>21</sup>	Epidemiological and clinical profile of patients with acute coronary syndrome	145	166 (54,8%)	201 (45,2%)
<b>Egholm et al., 2016.</b> <sup>22</sup>	Evaluation of algorithms for registry-based detection of acute myocardial infarction following percutaneous coronary intervention	5719	1448 (25,3%)	4271 (74,7%)
<b>Pogorevici et al., 2016.</b> <sup>23</sup>	Canada acute coronary syndrome score was a stronger baseline predictor than age $\geq 75$ years of in-hospital mortality in acute coronary syndrome patients in western Romania	960	211 (22%)	749 (78%)

**Fonte:** autores, 2018.

Tabela 2 - Características dos artigos quanto ao perfil de pacientes acometidos com IAM, 2018.

Autores	Amostra	Sedentarismo	Hipertensão Arterial	Dislipidemia	Diabetes Mellitus	Etilismo	Tabagismo	História familiar	Obesidade/sobrepeso	Estresse
Bahall, Seemungal, Legall, 2018. <sup>9</sup>	251	X	185 (73,7%)	49 (19,5%)	158 (63,0%)	81 (32,3%)	85 (33,9%)	76 (30,3%)	X	63 (25,1%)
Hayiroğlu <i>et al.</i> , 2018. <sup>24</sup>	142	X	67 (47,2%)	54 (38,0%)	73 (51,4%)	X	87 (61,3%)	X	X	X
Griehaber <i>et al.</i> , 2018. <sup>25</sup>	434	X	410 (94,5%)	287 (66,1%)	172 (39,6%)	X	X	X	X	X
Ong <i>et al.</i> , 2017. <sup>26</sup>	1690	X	693 (41%)	467 (27,6%)	289 (17,1)	X	555 (32,8%)	185 (10,9%)	X	X
Fernandes-Rodrigues <i>et al.</i> , 2017. <sup>10</sup>	961	X	X	X	260 (27,1%)	X	X	X	X	X
Araújo <i>et al.</i> , 2016. <sup>2</sup>	106	X	88 (83%)	X	42 (39,6%)	8 (7,6%)	33 (31,2%)	X	X	X
Marino <i>et al.</i> , 2016. <sup>11</sup>	583	X	462 (79,2%)	324 (90,5%)	139 (23,8%)	139 (23,8%)	116 (19,9%)	235 (40,3%)	X	X
Mozaffarian <i>et al.</i> , 2015. <sup>5</sup>	489	X	325 (66,5%)	155 (31,7%)	153 (14,8%)	X	215 (44%)	91 (18,6%)	113 (23,1%)	X
Soeiro <i>et al.</i> , 2015. <sup>13</sup>	268	X	182 (68%)	115 (43%)	67 (25%)	X	180 (67%)	X	X	X
Andrade <i>et al.</i> , 2015. <sup>14</sup>	116	46 (39,3%)	63 (54,4%)	36 (31,1%)	X	X	9 (7,8%)	19 (16,3%)	X	X
Schmidt <i>et al.</i> , 2015. <sup>27</sup>	1817	X	1175 (64,7%)	649 (35,7%)	438 (24,1%)	X	761 (41,9%)	552 (30,4%)	X	3 (0,2%)
Sousa <i>et al.</i> , 2015. <sup>15</sup>	3010	X	2491 (82,8%)	1338 (44,5%)	1102 (36,6%)	X	1665 (55,3%)	881 (29,3%)	620 (20,6%)	X
Araújo <i>et al.</i> , 2014. <sup>17</sup>	150	1 (0,7%)	102 (68%)	2 (1,3%)	8 (5,3%)	1 (0,7%)	36 (24%)	X	X	X
Almeida <i>et al.</i> , 2014. <sup>16</sup>	927	598 (64,5%)	679 (73,2%)	544 (58,7%)	350 (37,8%)	181 (19,5%)	194 (20,9%)	X	X	X
Jensen <i>et al.</i> , 2018. <sup>28</sup>	3209	X	1724 (53,78%)	X	702 (21,9%)	X	1252 (39%)	X	553 (17,2%)	X
Lima <i>et al.</i> , 2018. <sup>18</sup>	222	202 (91%)	178 (80,2%)	X	85 (38,3%)	48 (21,6%)	121 (54,5%)	85 (38,3%)	55 (24,8%)	X
Agrawal <i>et al.</i> , 2016. <sup>20</sup>	100	X	21 (21%)	X	23 (23%)	X	18 (18%)	11 (11%)	21 (21%)	X
Deora <i>et al.</i> , 2016. <sup>19</sup>	820	X	140 (17,1%)	685 (83,5%)	115 (14%)	X	561 (68,4%)	62 (7,6%)	111 (13,5%)	X
Silva <i>et al.</i> , 2018. <sup>21</sup>	367	X	229 (62,4%)	87 (23,7%)	51 (13,9%)	117 (31,9%)	114 (31%)	X	X	X
Pogorevici <i>et al.</i> , 2016. <sup>23</sup>	960	X	414 (43,1%)	297 (30,9%)	259 (27%)	X	306 (32%)	X	X	X

Fonte: autores, 2018.



## DISCUSSÃO

Ao comparar o perfil clínico entre homens e mulheres com IAM, um estudo publicado em 2014 demonstrou que o coeficiente de mortalidade geral é maior entre os homens em relação às mulheres, em todos os anos considerados. Contudo, a variável HAS, quando comparada sua frequência entre os gêneros, verificou-se maior incidência entre as mulheres ( $p=0,001$ ), enquanto o tabagismo e o alcoolismo foram mais frequentes nos homens ( $p=0,01$ ).<sup>16</sup>

São diversos os fatores de risco associados ao IAM, dentre eles: estado civil, estar aposentado, história familiar de insuficiência coronariana, antecedentes de HAS e DM, TB, atividade física, LDL-colesterol, HDL-colesterol, glicose, Índice de Massa Corporal, dentre outros.<sup>1-5,12-14,16-21,23,26-28</sup>

Em 2007,<sup>29</sup> foi realizado um estudo com 50 pacientes, cujo objetivo foi identificar o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por doenças cardiovasculares. Este demonstrou que 32% dos pacientes eram tabagistas ou tinham parado de fumar após o evento cardíaco. Outra variável importante foi a hipercolesterolemia presente em 44% dos pacientes acometidos por algum evento cardíaco.

Outro estudo realizado em 2015,<sup>30</sup> demonstrou uma relevância significativa na influência do fator genético/história familiar quando analisado a fisiopatologia do IAM e seus possíveis fatores predisponentes em indivíduos com menos de 40 anos.

Neste sentido, o aumento do colesterol e a presença do TB são fatores de risco importantes para o surgimento do IAM. Estes e outros fatores como o sobrepeso e a HAS, além de contribuírem para o surgimento de evento coronariano, também interferem na

qualidade de vida e na sobrevivência da população. Portanto, a elaboração de estratégias preventivas, educação em saúde e triagem da população de risco são fundamentais e possibilitam triar, controlar e prevenir esses fatores de riscos, garantindo assim melhor qualidade de vida da população e reduzir a incidência de eventos coronarianos.

Ao realizar um levantamento de dados entre 2002 e 2003, foi demonstrado que a idade acima de 60 anos é um fator ligado a taxa de internação e indicador de gravidade e mortalidade de pacientes acometidos por doenças isquêmicas do coração<sup>31</sup>.

Outro estudo realizado em 2009 com 64 pacientes internados por SCA apontou que 54,7% dos pacientes apresentavam dislipidemia, 93,8% eram hipertensos, 26,6% eram tabagistas, 37,5% diabéticos e 67,2% eram sedentários.<sup>32</sup>

Assim percebe-se que são vários os fatores de risco que podem favorecer o surgimento do IAM/SCA (internos e externos). A maneira mais eficaz de combater esses riscos e reduzir o impacto das doenças cardiovasculares, em nível populacional, é o desenvolvimento de ações preventivas. Para isso, a equipe multidisciplinar é indispensável nesse processo, atuando na busca ativa e identificação e intervenção dos fatores externos e propondo estratégias educativas que minimizem o risco de SCA por fatores internos.

No que se refere ao tratamento medicamentoso da SCA, são vários os tipos de fármacos que podem ser utilizados no manejo dessa patologia, desde a chegada do paciente na unidade de emergência, até sua alta hospitalar. Esses medicamentos podem variar conforme o grau de acometimento e o

tempo de manifestação dos sintomas. Os mais utilizados no manejo inicial são: ácido acetilsalicílico, clopidogrel, ticlopidina, antitrombóticos, nitroglicerina, nitratos, tirofiban, abciximab, inibidores da enzima conversora da angiotensina, estatinas, bloqueadores de cálcio, betabloqueadores dentre outros.<sup>33</sup>

A trombólise ou fibrinólise venosa é um procedimento importante nos primeiros minutos pós IAM, porém em pacientes com IAMCST elegíveis, a angioplastia de resgate (angioplastia primária) é fundamental e deve ser realizada por uma equipe experiente em até 12h após o início dos sintomas.<sup>34</sup>

Ainda falta clareza nos estudos no que tange à combinação entre as terapias já instituídas (trombólise, o uso de antiplaquetários, betabloqueadores e/ou inibidores da enzima conversora de angiotensina e a angioplastia), principalmente quanto a sua efetividade em salvar vidas.<sup>35</sup>

Outro estudo realizado em 2007<sup>36</sup>, demonstrou que 483 pacientes foram acompanhados para avaliações da qualidade de vida e questionário de perfil demográfico. Esses pacientes formaram os seguintes grupos terapêuticos: revascularização cirúrgica do miocárdio (RCM), 161 pacientes, (33,3%), angioplastia coronariana percutânea (PCI), 166 pacientes (34,3%), e tratamento médico (TM), 153 pacientes (32,4%), sendo acompanhados periodicamente. No estudo foi possível verificar que os pacientes das três opções terapêuticas foram similares quando relacionados às condições clínicas, angiográficas, uso de medicações, exames laboratoriais, dentre outros. Dos pacientes em seguimento, 86% apresentavam, na admissão do estudo, sintomas anginosos classe II ou III

(CCS); 34% referiram ocorrência de infarto do miocárdio prévio; 32% eram tabagistas.

Neste estudo, todos os pacientes recebiam medicações específicas para o comprometimento cardíaco e demais comorbidades. Em relação ao tratamento clínico após o período de quatro anos de seguimento, dos 153 pacientes encaminhados, 12 (7,7%), foram vitimados de IAM, 24 (15,3%), foram submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio e 19 (12,1%), evoluíram para óbito. Além disso, cinco pacientes (3,1%), sofreram episódio de acidente vascular cerebral e 40 (25,6%), relataram sintomas de angina de peito.<sup>36</sup>

Portanto, é notório que o tratamento relacionado ao IAM/SCA é variado e dependente do tempo, situação clínica e diagnóstica do paciente acometido. Assim, a definição rápida e correta da terapêutica instituída frente, assim como o tratamento e controle dessas comorbidades, constituem condutas indispensáveis para eficácia do tratamento proposto e melhores desfechos desses pacientes.

## CONCLUSÃO

Após a análise das informações, pode-se afirmar que a SCA ainda apresenta um grave problema de saúde pública e necessita ser combatida diariamente.

No que se refere aos fatores de risco para o surgimento do IAM, observou-se que são vários os responsáveis por desencadear essa patologia. Dentre os mais frequentes encontraram o TB, a HAS, o DM, seguido de sedentarismo e sobrepeso. Fatores externos como antecedentes familiares também foram evidentes nos estudos, porém menos frequente. Outro fato importante percebido nos estudos foi que os pacientes acometidos

por IAM, apresentaram em comum, a presença de dois ou mais fatores de risco concomitantemente, sugerindo que os fatores de riscos em conjunto, potencializam o risco de um evento isquêmico.

As informações levantadas evidenciam a necessidade de políticas públicas de saúde e estratégias de educação em saúde à população, a fim de prevenir esses fatores riscos e controlá-los em que os possui. Outro fato evidenciado foi a necessidade de busca ativa e rastreamento da população de risco na comunidade, no intuito orientá-los quanto ao risco de desenvolver a SCA e quanto à importância da procura rápida por uma unidade hospitalar na presença dos primeiros sinais e sintomas. Estas práticas exigem conhecimento e empenho dos profissionais de saúde, em especial a enfermagem, que constantemente atua na promoção da saúde e a prevenção de agravos da população.

Quanto ao gênero acometido por IAM, constatou-se predominância do sexo masculino dentre os pacientes com IAM em comparação ao gênero feminino. Porém, a incidência de SCA na população feminina parece estar crescendo nos últimos anos.

Como limitação encontrada nesta revisão, está a falta de estudos de intervenção, o que limita as afirmações aqui mencionadas. Outro ponto crítico foi o fato de que poucos estudos analisam o estresse como importante fator de risco para o desenvolvimento da SCA, visto que este fator é frequente na atualidade.

## REFERÊNCIAS

1. Jesus AV, Campelo V, Silva MJS. Perfil dos pacientes admitidos com Infarto Agudo do Miocárdio em Hospital de Urgência de Teresina-PI. *Rev. Interd.* 2013; 6(1):25-33.
2. Araújo IFM, Santos ISC, La Longuiniere ACF, Valença Neto PF, Franklin TA. Profile of the population affected by acute myocardial infarction. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2016. [acesso em: 11 nov 2018];10(7):2302-9. Disponível em: [file:///C:/Users/biare\\_000/Downloads/11284-25528-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/biare_000/Downloads/11284-25528-1-PB%20(1).pdf).
3. Torres GKV, Marques IR. Estudo sobre o perfil dos pacientes portadores de Síndrome Coronariana Aguda. *Rev. Enferm. UNISA.* 2012; 13(1):21-6.
4. Piegas LS, Avezum A, Guimarães HP, Muniz AJ, Reis HJL, Santos ES, *et al.* Acute Coronary Syndrome Behavior: Results of a Brazilian Registry. *Arq. Bras. Cardiol.* 2013; 100(6):502-10.
5. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, *et al.* Heart disease and stroke statistics, 2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2015;131:e29–e322.
6. Andrade PB, Rinaldi FS, Bienert IRC, Barbosa RA, Bergonso MH, Matos MPB, *et al.* Clinical and angiographic profile of young patients undergoing primary percutaneous coronary intervention. *Rev Bras Cardiol Invasiva.* 2015;23(2):91-5.
7. Damasceno CA, Queiroz TL, Santos CAST, Mussi FC. Factors associated with the decision to seek health care in myocardial infarction: gender differences. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2012; 46(6):1362-70.
8. Soares T, Souza EN, Moraes MA, Azzolin K. Tempo Porta-Eletrocardiograma (ECG): um indicador de eficácia no tratamento do infarto agudo do miocárdio. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2009; 30(1):120-6.
9. Bahall M, Seemungal T, Legall G. Risk factors for first-time acute myocardial infarction patients in Trinidad. *BMC Public Health.* 2018;18(1):161.
10. Fernández-Rodríguez D, Regueiro A, Cevallos J, Bosch X, Freixa X, Trilla M, *et al.* Gender gap in medical care in ST segment elevation myocardial infarction networks: Findings from the Catalan network Codi Infart. *Medicina Intensiva,* 2017;41(2):70-7.
11. Marino BCA, Marcolino MS, Reis Júnior RS, França ALN, Passos PFO, Lemos TR, *et al.* Epidemiological Profile and Quality Indicators in Patients with Acute Coronary Syndrome in Northern Minas Gerais – Minas Telecardio 2 Project. *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2016. [acesso em: 5 jan 2018]; 107(2):106-15. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160095>.
12. Maier GSO, Martins EAP, Dellaroza MSG. Pre hospital indicators in assessing the

- quality of care for patients with acute coronary syndrome. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2015; 36(3):49-55.
13. Soeiro AM, Fernandes FL, Soeiro MC, Serrano Jr CV, Oliveira Jr MT. Clinical characteristics and long-term progression of young patients with acute coronary syndrome in Brazil. *Einstein (São Paulo)*. 2015;13(3):370-5.
  14. Andrade KBS, Pinheiro APB, Bessa ATT, Paes GO, Stipp MAC. A avaliação do tempo de espera do eletrocardiograma inicial em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. *Rev. enferm. UERJ*. 2015; 23(4):443-8, 2015.
  15. Sousa AG, Fichino MZS, Silva GS, Bastos FCC, Piotto RF. Epidemiology of coronary artery bypass grafting at the Hospital Beneficência Portuguesa, São Paulo. *Braz J Cardiovasc Surg* 2015;30(1):33-9
  16. Almeida MCA, Montenegro CEL, Sarteschi C, Montenegro GL, Montenegro PBR, Livera JR, *et al.* Comparação do Perfil Clínico-Epidemiológico entre Homens e Mulheres na Síndrome Coronariana Aguda. *Rev. Bras. Cardiol.* 2014; 27(6):423-9.
  17. Araújo DF, Araújo ERM, Silva MRV, Silva NC, Guimarães MSO, Amorim Neta FL. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com síndrome coronariana aguda. *Rev. Enferm. UFPI*. 2014; 3(2):78-84.
  18. Lima MSM, Dantas RAN, Mendes NPN, Alves LCM, Silva TTM, Brito AGR, *et al.* Clinical-epidemiological aspects of patients submitted to Percutaneous Coronary Intervention in a university hospital. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(6):2883-90.
  19. Deora S, Kumar T, Ramalingam R, Nanjappa Manjunath C. Demographic and angiographic profile in premature cases of acute coronary syndrome: analysis of 820 young patients from South India. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2016;6(3):193–198.
  20. Agrawal V, Lohiya BV, Sihag BK, Prajapati R. Clinical Profile with Angiographic Correlation in Naïve Acute Coronary Syndrome. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(9):OC10–OC14.
  21. Silva LN, Karino ME, Martins JT, Galdino MJQ, Scholze AR, Ribas JJ. Epidemiological and clinical profile of patients with acute coronary syndrome. *J Nurs UFPE on line.* 2018; 12(2):379-85.
  22. Egholm G, Madsen M, Thim T, Schmidt M, Christiansen EH, Bøtker HE *et al.* Evaluation of algorithms for registry-based detection of acute myocardial infarction following percutaneous coronary intervention. *Clin Epidemiol* 2016;8:415–23.
  23. Pogorevici A, Citu IM, Bordejevic DA, Caruntu F, Tomescu MC. Canada acute coronary syndrome score was a stronger baseline predictor than age  $\geq 75$  years of in-hospital mortality in acute coronary syndrome patients in western Romania. *Clin Interv Aging.* 2016;11:481–488.
  24. Hayiroğlu MI, Çanga Y, Yıldırım Türk O, Bozbeyoğlu E, Gümüşdağ A, Uzun AO, *et al.* Clinical characteristics and outcomes of acute coronary syndrome patients with intra-aortic balloon pump inserted in intensive cardiac care unit of a tertiary clinic. *Turk Kardiyol Dern Ars.* 2018; 46(1):10-7.
  25. Grieshaber P, Oster L, Schneider T, *et al.* Total arterial revascularization in patients with acute myocardial infarction - feasibility and outcomes. *J Cardiothorac Surg.* 2018;13(1):2.
  26. Ong ME, Hao Y, Yap S, Pek PP, Chua TS, Ng FS, *et al.* Validation of the new Vancouver Chest Pain Rule in Asian chest pain patients presenting at the emergency department. *CJEM.* 2017; 19(1):18-25.
  27. Schmidt MM, Quadros AS, Martinelli ES, Gottschall CAM. Prevalence, etiology, and characteristics of patients with type-2 acute myocardial infarction. *Rev Bras Cardiol Invasiva.* 2015;23(2):119-23
  28. Jensen MT, Pereira M, Araujo C, Malmivaara A, Ferrieres J, Degano IR *et al.* Heart rate at admission is a predictor of in-hospital mortality in patients with acute coronary syndromes: Results from 58 European hospitals: The European Hospital Benchmarking by Outcomes in acute coronary syndrome Processes study. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* 2018;7(2):149-57.
  29. Jaconodino CB, Amestoy SC, Thofehr MB. Conhecimento dos pacientes acerca dos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares. *Cogitare Enfermagem.* 2007; 12(4):466-71.
  30. Feijó IP, Schmidt MM, David RB, Martins JMP, Schmidt KE, Gottschall CAM, *et al.* Percutaneous Coronary Intervention in Young Patients. *Rev Bras Cardiol Invasiva.* 2015; 23(1):48-51.
  31. Evangelista PA, Barreto SM, Guerra HL. Hospital Admission and Hospital Death Associated to Ischemic Heart Diseases at the National Health System (SUS). *Arq. Bras. Cardiol.* 2008; 90(2):130-8.
  32. Pena FM, Peixoto RS, Soares JS, Pires Júnior HR, Pena GSA, Rosa Netto MV, *et al.* Perfil clínico e angiográfico de pacientes idosos com síndrome coronariana aguda admitidos em hospital terciário. *Rev. SOCERJ.* 2009; 22(3):176-80.
  33. Santos ES, Minuzzo L, Pereira MP, Castillo MTC, Palácio MAG, Ramos RF, *et al.* Acute Coronary Syndrome Registry at a

- Cardiology Emergency Center. *Arq. Bras. Cardiol.* 2006; 87:597-602.
34. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC 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). *Eur Heart J* 2018;39:119–177.
35. Baena CP, Olandoski M, Luhm KR, Costantini CO, Guarita-Souza LC, Faria-Neto JR. Tendency of Mortality in Acute Myocardial Infarction in Curitiba (PR) in the period of 1998 to 2009. *Arq. Bras. Cardiol.* 2012;98(3):211-7.
36. Takiuti ME, Hueb W, Hiscock SB, Nogueira CRSR, Girardi P, Fernandes F, et al. Quality of Life after Surgical Myocardial Revascularization, Angioplasty or Medical Treatment. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2007; 88(5):537-44.

RECEBIDO: 09/01/2019

APROVADO: 17/07/2019

PUBLICADO: 07/2020