

Perfil de pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio internados em uma unidade coronariana de Belo Horizonte

Profile of patients victims of acute myocardial infarction admitted in a unit of coronary Belo Horizonte

Kenya da Silva Soriano¹, Danielle Beatriz de Paula Pires², Lais Samara de Melo³, Susy Darling D'El Rio Bessa Chaves⁴, Márcia Eller Miranda Salviano⁵, Meire Chucre Tannure⁶

RESUMO

Este estudo teve como objetivo descrever o perfil de pacientes vítimas de Infarto Agudo do Miocárdio internados em uma unidade coronariana, de um hospital universitário de Belo Horizonte, caracterizando-os segundo idade, sexo, cor, religião e naturalidade. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Foram analisados 158 prontuários de pacientes com diagnóstico admissional de Infarto Agudo do Miocárdio. A maior parte dos pacientes apresentava idade entre 50 e 59 anos (35%), eram do sexo masculino (65%) e provenientes do interior do Estado de Minas Gerais (47%). Quanto à cor, a maior parte dos pacientes se declarava da cor parda (39%), quanto a religiosidade, em 86% dos prontuários não constava essa informação. Conhecer o perfil epidemiológico da população assistida, em uma unidade coronariana, pode favorecer a prestação do cuidado centrado nas especificidades dos pacientes. No entanto, fica evidente a necessidade de medidas que valorizem o registro dos dados dessa população, principalmente os referentes à religião, para que suas necessidades individuais sejam efetivamente atendidas.

Palavras-chave: Infarto do miocárdio. Morbidade. Espiritualidade.

Abstract

This study aimed to describe the profile of patients suffering from Acute Myocardial Infarction admitted to a coronary care unit of a university hospital in Belo Horizonte, characterizing them according to age, sex, color, religion, naturally. It is a descriptive study with a quantitative approach. We analyzed medical records of 158 patients with admission diagnosis of Acute Myocardial Infarction. Most patients were between 50 and 59 years (35%) were male (65%) and from the interior of Minas Gerais (47%). As for color, most patients stated brown (39%), and religiosity in 86% of records not included in this information. The epidemiological profile of the population assisted in a coronary care unit, may encourage the provision of care focused on specific patients. However, it is evident the need for measures that enhance the recording of data of this population, mainly those related to religion, so that the individual needs are effectively met.

Key-words: Myocardial Infarction. Morbidity. Spirituality.

¹ Enfermeira. Unidade de Pronto Atendimento Acrízio Menezes, Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

² Enfermeira. Especializanda em Gestão de Saúde. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

³ Enfermeira. Especializanda em Saúde do Idoso. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Hospital das Clínicas. Universidade Federal de Minas Gerais.

⁴ Enfermeira. Prefeitura Municipal de São José do Jacury, Minas Gerais.

⁵ . Mestre em Enfermagem. Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO

A Doença Arterial Coronariana (DAC) é uma patologia cardiovascular crônica causada pela deficiência de fluxo sanguíneo para o miocárdio. Ela é considerada um grave problema de saúde pública que pode e deve ser combatido¹.

A DAC ocorre com maior frequência nas grandes cidades devido ao estilo e hábitos de vida modernos, que são permeados pelo estresse, condições inadequadas de alimentação, pelo tabagismo e pela falta de atividade física².

Projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que as doenças cardiovasculares permanecerão como a principal causa de mortalidade e incapacidade até 2020².

Dentre as DAC destacam-se as Síndromes Coronárias Agudas (SCA), que são responsáveis por metade das mortes por doenças cardiovasculares³⁻⁴.

A SCA resulta da ruptura de uma placa coronariana instável, complicada pela formação de trombo intraluminal, embolização e obstrução coronária em graus variáveis⁵. Essa síndrome engloba um grupo de agravos que incluem a Angina Instável (AI) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)⁶.

A AI é definida como angina *pectoris* e caracteriza-se por desconforto isquêmico grave, descrito como dor abrupta e de início recente (ou seja, dentro de um mês), que ocorre em repouso (ou com exercício mínimo), geralmente, com duração de mais de 20 minutos e que manifesta-se com padrão crescente (ou seja, mais intensa, prolongada ou mais frequente do que previamente)⁷.

O IAM caracteriza-se pela morte tecidual cardíaca e pode ser diagnosticado através do eletrocardiograma e quando níveis sanguíneos de marcadores biológicos sensíveis e específicos como a troponina cardíaca e a creatinaquinase fração MB (CK MB) encontram-se elevados. Trata-se de um evento agudo que comumente requer um cuidado especial por parte dos profissionais de saúde devido ao risco de óbito na primeira hora após o início dos sintomas⁷.

As metas de tratamento de pacientes com SCA propostas pela *American Heart Association* 2010 são³:

- a) Reduzir a extensão da necrose miocárdica que ocorre em pacientes com IAM para, assim, preservar a função ventricular esquerda, prevenir a insuficiência cardíaca e

- limitar outras complicações cardiovasculares;
- b) Prevenir importantes eventos cardíacos adversos como: morte, infarto/enfarte agudo do miocárdio não fatal e necessidade de revascularização urgente;
 - c) Tratar complicações agudas e com risco de vida da SCA, como FV, TV sem pulso, taquicardias instáveis, bradicardias sintomáticas.

Nessa perspectiva, para ajudar no atendimento a pacientes na fase aguda com alto risco de complicação foram criadas as Unidades Coronarianas (UCO). A UCO é uma área hospitalar, especialmente

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa.

A população deste estudo constituiu-se de todos os pacientes que foram admitidos na UCO de um hospital universitário de Belo Horizonte, Minas Gerais, com o diagnóstico clínico admissional de IAM. O período de realização do estudo foi 16 de março de 2010 a 10 de outubro de 2010.

Nesse período, foram internados na UCO 273 pacientes com diagnóstico clínico admissional de IAM. Para

desenhada, que deve ser equipada e operada por pessoal altamente qualificado, que tem como finalidade proporcionar um cuidado ideal para pacientes com DAC⁸.

Considerando que a Enfermagem faz parte da equipe que presta atendimento nas UCO, torna-se indispensável que ela conheça as especificidades desta população a fim de prestar uma assistência individualizada⁸.

O objetivo desse trabalho é descrever o perfil dos pacientes vítimas de IAM internados em uma UCO, de um hospital universitário, de Belo Horizonte, segundo idade, sexo, cor, religião e naturalidade.

determinação quantitativa da população, foi calculado o tamanho global da amostra, com 95% de nível de confiança e 0,05 de estimativa de erro. A amostra calculada foi de 158 prontuários. Foi utilizada, neste estudo, a técnica de amostragem aleatória simples, o que garantiu a cada membro da amostra igual probabilidade de participar do estudo.

A coleta e tratamento dos dados ocorreu em duas etapas. Na primeira foi realizada a extração dos dados referentes a caracterização da população segundo idade, sexo, cor, religião e naturalidade. Na

segunda etapa foi realizada uma análise descritiva dos mesmos. Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) e Comitê de Ética em

Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), parecer nº ETIC 0324.0.213.213-10 e autorização dada pela Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) do hospital onde foi realizado este estudo, processo nº 13/11.

RESULTADOS

Os 158 pacientes que fizeram parte do estudo têm entre 27 e 89 anos. A maior parte deles (56) apresenta idade entre 50 e 59 anos (35%), conforme pode ser

observado na Tabela 1. Pode-se observar também, que a população idosa (60 anos ou mais) representa menos da metade da amostra (43%), se comparada com a população com menos de 60 anos (57%).

Tabela 1- Caracterização dos pacientes vítimas de IAM internados em uma UCO, de um hospital universitário, de Belo Horizonte, segundo idade, sexo, cor, religião e naturalidade. Belo Horizonte, 2013

Variável	N	%
Idade (em anos)		
20 a 29	4	2
30 a 39	39	21
40 a 49	26	14
50 a 59	55	29
60 a 69	38	20
70 a 79	21	11
80 a 89	5	3
Sexo		
Masculino	102	65
Feminino	56	35
Cor		
Branco	47	30
Pardo	61	39
Negro	13	8
Não informado	37	23
Religião		
Católico	12	8
Evangélico	4	2
Cristão	1	1
Espírita	2	1
Sem religião	1	1
Não informado	138	87
Naturalidade		
BH e Região Metropolitana	64	41

Minas Gerais	75	47
Outros estados	17	11
Não informado	2	1

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao sexo dos pacientes acometidos por IAM, observou-se, na amostra, o predomínio de pacientes do sexo masculino (65%) em relação ao sexo feminino (35%) (TAB. 1).

Com relação à naturalidade, dos 158 pacientes, 64 (41%) eram de Belo Horizonte (BH) e Região metropolitana, 75 (47%) de outras cidades de Minas Gerais (MG), 17 (11%) eram de outros estados e em 2 (1%) não constava essa informação nos prontuários (TAB. 1).

No que se refere à caracterização pela cor, dos 158 prontuários pesquisados, em 47 (30%) havia declaração da cor

branca; 61 (39%) parda; 13 (8%) negra e em 37 (23%) não constava tal informação (TAB. 1).

Quanto à religião, 12 pacientes eram católicos; 4 evangélicos; 1 se dizia cristão sem descrever qual a religião de escolha; 2 eram espíritas; 1 não professava nenhuma religião e em 138 prontuários não constava a informação sobre a religiosidade dos pacientes (TAB. 1).

DISCUSSÃO

A exemplo de muitos países em desenvolvimento, a população brasileira está envelhecendo em passo acelerado, sobretudo a parcela formada pela população idosa, constituída por pessoas com 60 anos ou mais⁹. Sabe-se que as complicações clínicas das doenças coronarianas ocorrem, principalmente, a partir da meia-idade. Este fato se dá devido a múltiplos fatores de risco que estão relacionados com a aterosclerose, como

obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, resistência à insulina e diabetes melito, assim como tabagismo e sedentarismo¹⁰.

No entanto, observa-se que, pessoas cada vez mais jovens vêm sendo acometidas por doenças isquêmicas do coração devido a maior exposição dos indivíduos aos fatores de risco relacionados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), especialmente as

cardiovasculares¹¹. Essa realidade pode ser constatada no estudo, uma vez que a maior parte dos pacientes (57%) tiveram idade inferior a 60 anos.

No que diz respeito à distribuição da população estudada por sexo, constatou-se predominância de pacientes do sexo masculino. Relatos da literatura sugerem que os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades e rejeitam a possibilidade de adoecer, devido à cultura patriarcal. Esse fato poderia ser apontado como um dos fatores que favorece o adoecimento dos mesmos e contribui para os altos índices de morbimortalidade nessa população¹².

Entretanto, estudos apontam aumento da frequência e da mortalidade por IAM em mulheres, especialmente após a menopausa, devido à diminuição da proteção hormonal¹².

Considerando o perfil demográfico da população em estudo, percebe-se que 47% destes pacientes são do interior do estado de MG, 41% de BH e regiões metropolitanas, 11% dos pacientes são provenientes de outros estados e 1% esta informação não estava disponível no prontuário. Por se tratar de um pólo assistencial que serve de referência para o estado e para o país, o hospital campo do estudo, atende um grande número de pacientes provenientes do interior do Estado, o que pode ter relação com o

resultado obtido.

Cabe ressaltar também, que o fato de 11% dos pacientes serem provenientes de outros estados pode estar associado ao processo migratório ou a falhas de atendimento em outras regiões do país.

Quanto à cor foi identificada prevalência de pacientes da cor parda (39%), seguido de indivíduos de cor branca (30%) e negra (8%). Em 23% dos prontuários não constava tal informação. Cabe ressaltar que a especificidade da classificação racial brasileira se baseia na cor e não na ascendência. Desta forma, considera-se que não se pode falar em grupos raciais no Brasil, mas sim em “grupos de cor” dentro de um contexto marcado por grande miscigenação e diversidade sócio cultural¹³.

O Brasil não possui linhas de demarcação nítidas entre populações em termos de características étnicas e seu padrão classificatório é frequentemente caracterizado pela indeterminação, subjetividade e dependência contextual em sua aplicação, o que faz com que qualquer tentativa de classificar as pessoas esteja sujeita a grande imprecisão¹⁴.

No que diz respeito à religião percebe-se uma captação mínima de dados relacionados à religiosidade dessa população, uma vez que dos 158 prontuários pesquisados, 138 (86%) não traziam informações quanto à questão da

religiosidade destes pacientes. Percebe-se a necessidade da efetiva captação deste dado, uma vez que trata-se de um conjunto de valores do paciente que não podem ser negligenciados¹⁵.

Cabe ressaltar que religiosidade e espiritualidade se comportam como fatores preditivos de bem-estar e suporte social em doenças crônicas¹⁵. Pessoas religiosas são fisicamente mais saudáveis, têm estilos de vida e comportamentos mais salutareos, adaptando-se com mais sucesso às situações de crise, de saúde e estresse do que as demais pessoas¹⁶.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou conhecer o perfil dos pacientes vítimas de IAM internados na UCO de um hospital universitário de Belo Horizonte, segundo sexo, idade, naturalidade, cor e religião.

A maior parte dos pacientes apresentava idade entre 50 e 59 anos (35%), eram do sexo masculino (65%), naturais de outras cidades de Minas Gerais (47%), da cor parda (39%). Com relação à naturalidade, 47% dos pacientes eram de outras cidades de Minas Gerais (MG) e segundo a caracterização por cor, 61 (39%) destes declararam ser da cor parda. No que se

Além disso, a religiosidade está presente na busca de significado, pelo homem, para sua existência e para compreensão de eventos em sua vida e não há como omitir ou ignorar a dimensão espiritual presente no ser humano e no cuidado. Tal dimensão deve ser valorizada e avaliada considerando o homem como um ser holístico, integral e indivisível, visão essencial para uma assistência de qualidade¹⁶. Sendo assim, a equipe de Enfermagem, deve ficar mais atenta à coleta desse dado.

refere à religiosidade, em 138 (86%) prontuários não constava tal informação.

Conhecer o perfil epidemiológico da população assistida, em uma UCO, pode favorecer a prestação do cuidado centrado nas especificidades dos pacientes. No entanto, fica evidente a necessidade de medidas que valorizem o registro dos dados destes pacientes, principalmente os referentes a religião, para que as necessidades individuais do paciente vítima de IAM sejam atendidas e todas as esferas cuidativas sejam contempladas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 14).
2. Guimarães HP, Avezum A, Piegas LS. Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2006; 16(1):1-7.
3. American Heart Association. Guidelines CPR/ECC. Destaque das diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. Dallas, Texas: AHA; 2010.
4. Brito V, Ciapponi A, Kwong J. Factor Xa inhibitors for acute coronary syndromes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;19(1):CD007038. [acesso em 08 ago 2011]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007038.pub2/abstract>.
5. Pesaro AEP, Campo PCGD, Katz M, Côrrea TD, Knobel E. Síndromes Coronarianas Agudas: tratamento e estratificação de risco. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008; 20(2):197-204.
6. Santos ES, Minuzzo L, Pereira MP, Catillo MTC, Palácio MAG, Ramos RF, et al. Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87(5):597-602.
7. Castro LRA. Correlação dos níveis de NT-proBNP com CK-MB, troponina I, Escore de risco TIMI e fração de ejeção do ventrículo esquerdo na síndrome coronariana aguda sem supradesnível do segmento ST (Dissertação de Mestrado). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006. 89p.
8. Bresan F, Jorge LC, Zientarki TR. Cuidado de enfermagem na unidade coronariana com enfoque no autocuidado de pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. (Trabalho de Conclusão Curso) . Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.149p.
9. Carmo CN, Hacon SS, Jacobson LSV, Mourão DS, Ignotti E. Mortalidade por doenças cardiorrespiratórias em idosos no estado de Mato Grosso, 1989 a 2006. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(6):1.112-1.119.
10. Burgos MS, Reuter CP, Burgos LT, Pohl HH, Pauli LTS, Horta JA, et al. Uma análise entre índices pressóricos, obesidade e capacidade respiratória em escolares. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 94(6):788-93.
11. Carnellosso ML, Barbosa MA, Porto CC, Silva AS, Carvalho MM, Oliveira ALI. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 1):1073-1080.
12. Larenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):35-46.
13. Rocha MS, Caetano JA, Soares E, Medeiros FL. Caracterização da população atendida em unidade de terapia intensiva: subsídio para a assistência. *Rev Enferm UERJ*. 2007;15(3):411-16.
14. Maio MC, Monteiro S, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Cor/raça no estudo pró-saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(1):171-180.
15. Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa PS,

Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Rev Psiquiatr Clín. 2007;34(Supl.1):82-7.

16. Matos SS. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório mediato de transplante Cardíaco e validação do diagnóstico considerado mais característico: angústia espiritual (Tese de Doutorado). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009. 125p.

Correspondência:

Meire Chucre Tannure
E-mail: meirechucre@yahoo.com.br

Recebido: 12/05/2015

Aceito: 09/11/2015