



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**MARIALICE GYARAKI DA SILVA**

**PERFIL DOS INDIVÍDUOS ADMITIDOS COM  
DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO  
MIOCÁRDIO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE  
ARIQUEMES RONDÔNIA – REGIÃO AMAZÔNICA**

ARIQUEMES - RO  
2018

**Marialice Gyarakı da Silva**

**PERFIL DOS INDIVÍDUOS ADMITIDOS COM  
DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO  
MIOCÁRDIO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE  
ARIQUEMES RONDÔNIA – REGIÃO AMAZÔNICA**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, como requisito parcial a obtenção do grau de bacharelado em: Fisioterapia.

Prof.<sup>a</sup>. Orientadora: Esp. Jéssica Castro dos Santos

Prof.<sup>a</sup> Coorientadora: Ms. Evelin Samuelsson.

ARIQUEMES - RO  
2018

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA**

---

|       |   |
|-------|---|
| D229p | DA SILVA, Marialice Gyarakí.  |
|       | Perfil dos indivíduos admitidos com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio no hospital municipal de Ariquemes Rondônia - região Amazônica. / por Marialice Gyarakí Da Silva. Ariquemes: FAEMA, 2018. |
|       | 64 p.; il.  |
|       | TCC (Graduação) - Bacharelado em Fisioterapia - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.  |
|       | Orientador (a): Profa. Esp. Jéssica Castro dos Santos.  |
|       | 1. Fisioterapia. 2. Epidemiologia. 3. Infarto Agudo do Miocárdio. 4. Região Amazônica. 5. Ariquemes. I Santos, Jéssica Castro dos. II. Título. III. FAEMA.  |
|       | CDD:615.82  |

---

**Bibliotecário Responsável**  
**EDSON RODRIGUES CAVALCANTE**  
CRB 677/11

**Marialice Gyarakí da Silva**

**PERFIL DOS INDIVÍDUOS ADMITIDOS COM  
DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO  
MIOCÁRDIO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE  
ARIQUEMES RONDÔNIA – REGIÃO AMAZÔNICA**

Monografia apresentada ao curso de  
graduação em Fisioterapia, da Faculdade  
de Educação e Meio Ambiente – FAEMA,  
como requisito parcial à obtenção do título  
de Bacharel.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Orientadora: Esp. Jéssica Castro dos Santos  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

---

Prof. Esp. Crístielle Joner  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

---

Prof. Esp. Patrícia Caroline Santana  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 29 de Novembro de 2018.

Aos meus amados pais Evando e Sandra, que, com muito carinho, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa final de minha caminhada.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus primeiramente, acima de tudo e de todos, pois foi ele quem me presenteou com as joias mais belas e preciosas da minha vida, minha família! Como também, me proporcionou essa oportunidade e capacidade, colocando pessoas especiais nessa caminhada juntamente comigo, que se tornaram amigos que serão levados para a vida.

A minha mãe Sandra e ao meu pai Evando que foram minha base e coadjuvantes dessa conquista, em todos os momentos que precisei eles estavam presentes.

Ao meu Irmão Elias e a minha cunhada Janaína que foram meus amigos e apoiadores dessa conquista desde início dessa caminhada, até o presente momento.

Aos meus tios, tias, primos e primas que ajudaram em orações e com palavras de incentivos.

A Prof<sup>a</sup>. Orientadora Jéssica Castro, pela ajuda na escolha do tema dessa pesquisa e pela dedicação em todas as etapas. A Prof.<sup>a</sup> Coorientadora Evelin Samuelsson, pela confiança e auxílio. A Prof.<sup>a</sup> Michele Thais Favero, por também fazer parte do início desse estudo.

Em especial aos professores: Diego Fagundes, Patrícia Morsch, Patrícia Santana e Cristielle Joner e aos demais professores, que nos ajudaram a trilhar em nossa caminhada na construção do conhecimento por essa profissão tão linda e importante na vida daqueles que necessitam.

A minha grande amiga Aline Lindner, que foi companheira e conselheira em todos os momentos no decorrer dos cinco anos de faculdade. A minha amiga Camila Pedrosa, por todo apoio e ajuda. Como também, agradeço ambas pelo auxílio e contribuição na coleta dos dados.

As minhas amigas Tatiane Serra e Maria Geralda por todo incentivo e momentos de alegrias, vivenciados ao trilhar desse caminho.

Aos nossos queridos pacientes, eterno carinho e gratidão.

E aos colegas de Curso, pois juntos trilhamos uma etapa importante de nossas vidas. A todos que, de alguma forma, colaboraram para a realização e finalização deste estudo.

A melhor maneira que o homem dispõe para se aperfeiçoar, é aproximar se de Deus.

(Pitágonas)

## RESUMO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é uma das afeições 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 objetivou identificar o perfil dos pacientes que foram atendidos com diagnóstico de IAM do Hospital Municipal de Ariquemes no estado de Rondônia, estando inserida na região Amazônica do Brasil. Com o intuito de identificar a faixa etária, procedência, profissão, sexo, grupos raciais, taxa de letalidade e mortalidade, relacionar as doenças crônicas associadas e fatores de risco, traçando um perfil desses pacientes através de uma análise de características comuns entre os mesmos. Para levantamento do perfil epidemiológico, realizou-se um estudo da forma documental e quantitativo de caráter descritivo dos anos de 2016, 2017 e 2018. O estudo compôs análise de 10.461 prontuários do Hospital Municipal de Ariquemes, desses, 62 prontuários eram de pacientes com o diagnóstico principal de IAM. Encontrou-se maior prevalência no sexo masculino, e com as faixas etárias de 40 a 60 anos de idade, da cor parda, casados e aposentados. Na execução do teste qui-quadrado, apresentou relação de significância entre as variáveis tabagismo/hipertensão tendo por resultado ( $p= 0,003$ ), tabagismo/etilismo apresentando ( $p=0,002$ ). Verificou-se um déficit no preenchimento de algumas informações nos prontuários relacionados 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 análise mais abrangente.

**Palavra 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.

**Key words:** Epidemiology, Acute Myocardial Infarction, Amazon Reg.

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 - Ilustração da nutrição do coração de um ser humano (artérias coronárias e veias cardíacas – face anterior).....                       | 15 |
| Figura 2 - Achados das principais fases observadas no eletrocardiograma - (A) fase hiperaguda, (B) fase aguda e (C) fase pós-aguda.....          | 23 |
| Figura 3 - Perfil sociodemográfico relacionado sexo e a idade dos pacientes admitidos com IAM no Hospital Municipal de Ariquemes – RO.....       | 32 |
| Figura 4 - Ocorrência do IAM correlacionados aos dias da semana.....   | 35 |
| Figura 5 - Meses de ocorrência de IAM nos anos de 2016 no Hospital Municipal de Ariquemes - RO.....  | 36 |
| Figura 6 - Correlação de acordo com os meses de ocorrência de IAM nos anos de 2017 e 2018 até junho no Hospital Municipal de Ariquemes – RO..... | 36 |
| Figura 7 - Distribuição por setores no município de Ariquemes – RO.....  | 37 |
| Figura 8 - Taxas de incidência e prevalência relacionadas aos anos de 2016, 2017 e 2018.....   | 38 |

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pacientes admitidos com IAM no Hospital Municipal de Ariquemes – RO..... | 33 |
| Tabela 2 – Perfil profissional dos pacientes admitidos com IAM no Hospital Municipal de Ariquemes – RO.....     | 34 |
| Tabela 3 - Estilo de vida dos pacientes admitidos com IAM no Hospital Municipal de Ariquemes – RO.....          | 34 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

DCV - Doenças Cardiovasculares

DAC - Doença Arterial Coronária

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

DM – Diabetes Mellitus

ATP - Adenosina Trifosfato

CK - Creatinoquinase

LDH - Lactato Desidrogenase

NO - óxido nítrico

LDL - Lipoproteína de Baixa Densidade

LDL-C - Lipoproteína de Baixa Densidade Oxidada

RC - Reabilitação cardiovascular

VFC - Variabilidade da Frequência Cardíaca

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>12</b> |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....   | <b>14</b> |
| 2.1 ANATOMIA DO CORAÇÃO.....   | 14        |
| 2.2 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.....  | <b>16</b> |
| 2.3 FISIOPATOLOGIA DA ATEROSCLEROSE .....                                  | 18        |
| <b>2.3.1 Fatores de risco para a formação da placa aterosclerose</b> ..... | <b>19</b> |
| <b>2.3.2 Formação e proliferação da placa de aterosclerose</b> .....       | <b>20</b> |
| 2.4 DIAGNÓSTICO DO IAM .....   | <b>21</b> |
| 2.5 REMODELAMENTO DO CORAÇÃO PÓS-IAM .....                                 | 23        |
| 2.6 ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PÓS- IAM.....                              | 24        |
| <b>3 OBJETIVOS</b> .....   | <b>28</b> |
| 3.1 OBJETIVO GERAL .....   | 28        |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....   | 28        |
| <b>4 METODOLOGIA</b> .....   | <b>29</b> |
| <b>5 RESULTADO E DISCUSSÃO</b> .....                                       | <b>32</b> |
| <b>6 CONCLUSÃO</b> .....   | <b>43</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>44</b> |
| <b>APÊNDICE I</b> .....  | <b>52</b> |
| <b>APÊNDICE II</b> .....   | <b>53</b> |
| <b>APÊNDICE III</b> .....  | <b>55</b> |
| <b>APÊNDICE IV</b> .....   | <b>59</b> |
| <b>ANEXO I</b> .....   | <b>61</b> |

## 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. Estudos epidemiológicos realizados revelam que metade dos óbitos ocorre nas primeiras duas horas do evento e 14% morrem antes de receber atendimento médico. No Brasil no ano de 2014, foram registradas cerca de 95 mil internações por IAM no país. (TUAN; VENÂNCIO; NASCIMENTO, 2016, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2015).

O infarto agudo do miocárdio (IAM) resulta de uma alteração patológica total e absoluta da luz de uma artéria coronária ou do fluxo sanguíneo coronariano insuficiente às necessidades do miocárdio, ocasionando a morte celular irreversível e como consequência, a substituição do tecido contrátil lesado por células fibróticas com diminuição ou até mesmo a perda da capacidade de contração do músculo. (PASCHOAL, 2010).

Esses números tendem a aumentar tanto pelo envelhecimento, pois o IAM é apontado como principal causa de morte entre as doenças cardiovasculares em indivíduos idosos, quanto 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. (PINHEIRO et al., 2013).

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. (COELHO; RESENDE; 2010; PASCHOAL, 2010).

Diante o exposto, o presente estudo justifica-se na realização de um estudo pontual que mostre as características e possíveis fatores de risco dos pacientes com o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio na região do Vale do Jamari. Sua importância não está apenas no conhecimento científico e epidemiológico como também para auxiliar na realização de campanhas para promoção de saúde regional e direcionada à população com maior risco de incidência para esta patologia.

Assim, com este estudo pretende-se estabelecer o objetivo de 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.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ANATOMIA DO CORAÇÃO

O coração é definido como um órgão muscular, oco, que atua como uma bomba contrátil propulsora. O tecido muscular que compõe o coração é formado pelo tecido muscular estriado cardíaco, tipo especial, que constitui sua camada média no miocárdio. Os músculos cardíacos trabalham de forma involuntária, inervado por divisão autônoma do sistema nervoso. Revestindo internamente o miocárdio encontra-se o endotélio, na qual, é sucessivo com a camada interna dos vasos que saem ou chegam ao coração. Externamente ao miocárdio, existe uma serosa camada que o reveste e separa os outros órgãos do mediastino e limitando a sua expansão durante a diástole ventricular, denominada epicárdio. (DANGELO; FATTINI, 2006).

O coração tem seu formato no tamanho de uma mão fechada, sendo composto essencialmente pelo músculo cardíaco (miocárdio), revestido por finas camadas externa e interna de epitélio e tecido conjuntivo. (SILVERTHORN et al., 2003). Situando na cavidade torácica atrás do esterno sobre o músculo diafragma, parte repousa no espaço estabelecido entre os dois sacos pleurais, denominado de mediastino, estando sua maior parte laterizada à esquerda do plano mediastino. (DANGELO; FATTINI, 2011).

É constituído por duas distintas bombas: o coração direito, que bombeia o sangue venoso aos pulmões, e o coração esquerdo em que bombeia o sangue rico em oxigênio para os órgãos, esses são compostos por duas câmaras pulsáteis distintas, o átrio e ventrículo. Entre átrios e ventrículos existem orifícios orientadores para corrente sanguínea. (GUYTON; HALL, 2011).

A nutrição do coração é realizada pelas artérias coronárias direita e esquerda, originam-se da aorta e irrigam todo o coração, a artéria coronária direita irriga a maior parte do coração direito e grande parte do ventrículo esquerdo. A artéria esquerda irriga a porção ventral do ventrículo esquerdo, parede anterior do ventrículo direito e a metade inferior do septo interventricular ilustrado na Figura 1. (SOUZA, 2001).



As veias do coração são formadas pelo seio coronário, o qual é um conduto venoso situado na parte posterior do sulco atrioventricular. Recebendo, entre outras, as seguintes nomeações: veia cardíaca maior, proveniente do sulco interventricular anterior, e a veia cardíaca menor ou veia interventricular posterior. (SOUZA, 2001).

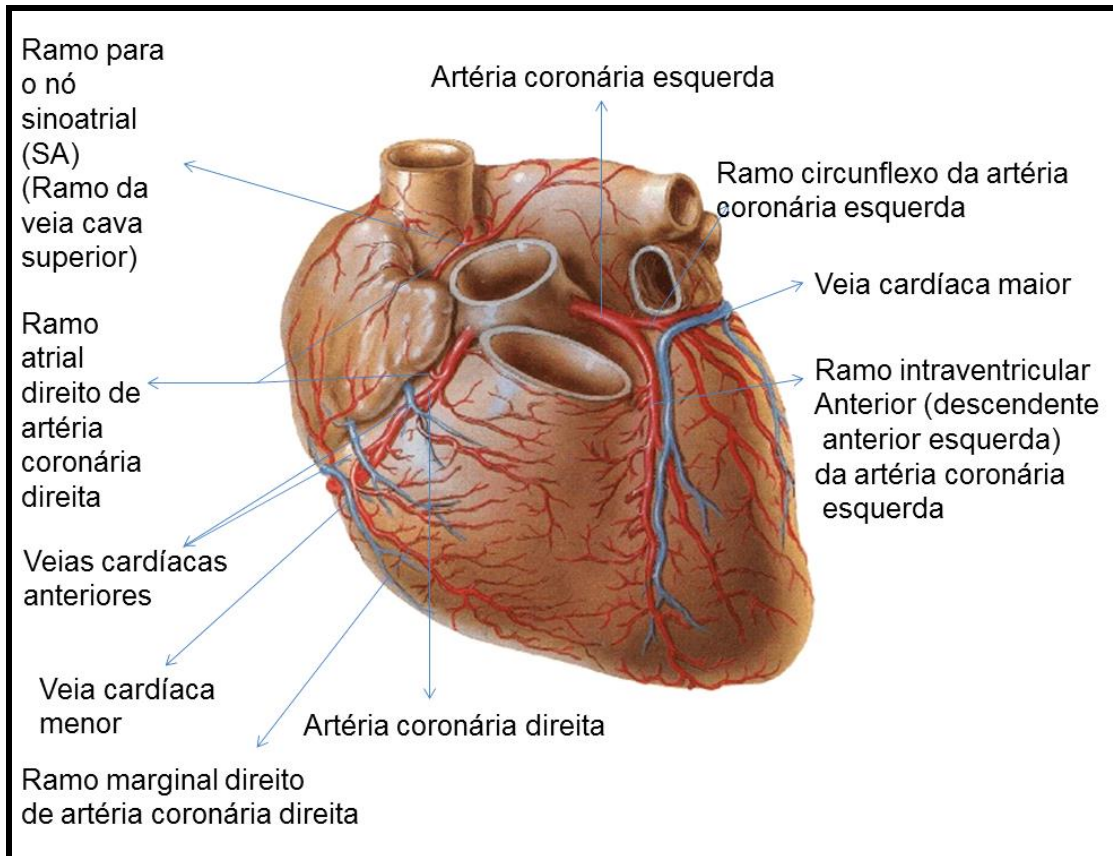


Figura 1 - Ilustração da nutrição do coração de um ser humano (artérias coronárias e veias cardíacas – face anterior)

Fonte: (NETTER, 2007)

Uma oclusão repentina de uma artéria coronária ou, de um dos seus ramos ocasiona necrose isquêmica e eventual fibrose nas áreas do miocárdio nutridas pelo vaso ocluído. No entanto, se esse processo for de forma lenta e progressiva ao longo do tempo, criam-se novos vasos colaterais podendo assim distribuir a quantidade de sangue suficiente para prevenir ou diminuir a extensão da necrose do miocárdio isquêmico. (BERNE et al., 2004).

## 2.2 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é a principal evolução da Doença Arterial Coronária (DAC) apresentando altas taxas de prevalência, morbidade e mortalidade. (COSTA et al., 2016). Estudos apontam taxas de mortalidade geral aproximada de 30%, em que metade dos óbitos acontece nas primeiras duas horas do evento e 14% dos pacientes morrem antes mesmo de receber atendimento médicos. No Brasil no ano de 2014, foram registraram-se cerca de 95 mil hospitalizações por IAM. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2015; TUAN; VENÂNCIO; NASCIMENTO, 2016).

Caracteriza-se como 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 número dos infartos do miocárdio é acarretado por trombose de uma artéria coronariana sobre uma placa ateromatosa. (MAIA, 2012).

Franco et al (2015) relata que a morte celular por necrose ocorre em consequência da suspensão definitiva da respiração celular, seguida do término de estoque de adenosina trifosfato (ATP) e demais moléculas que possuem energia disponível. As isquemias mais relevantes são as do acidente vascular cerebral e do IAM, em que de todas as células específicas do organismo, as que estão presentes nesses dois órgãos apresentam elevado consumo de energia. Portanto, em uma oclusão rápida e total do vaso, a falta de oxigênio esgota rapidamente o estoque de ATP disponível, ocasionando necrose celular.

A morte celular miocárdica decorre aproximadamente, 15 minutos de oclusão e persiste de forma rápida em uma frente de onda do endocárdio em direção epicárdio, obtendo um salvamento do musculo cardíaco parcial, liberando a oclusão dentro de 3 a 6 horas. (MAIA, 2012).

Dessa forma, com a interrupção do fluxo sanguíneo, apresenta diminuição no volume de ejeção de sangue e um aumento da atividade cardíaca como mecanismo compensatório que aumenta a isquemia no tecido cardíaco. Determinado por dor precordial em aperto (angina), com irradiação para o pescoço, a mandíbula, membro superior esquerdo e dorso (mesmo que nem todos os indivíduos apresentem os

mesmos sintomas); ou ainda alterações eletrocardiográficas e aumento das enzimas cardioespecíficas. (JARROS; JUNIOR, 2014).

A ocorrência da angina ocorre entre as fibras musculares do miocárdio, pois existem numerosas terminações nervosas livres e aferentes, essas terminações nervosas são relacionadas com a sensibilidade de dor. A obstrução parcial das artérias coronárias ocasiona um suprimento deficiente de oxigênio para o miocárdio e conseqüente dor conhecida como angina. Esta mesma inervação sensorial é estimulada durante o infarto do miocárdio, nesses casos, a dor é muito intensa, pois, as fibras musculares morrem como conseqüência dos baixos níveis de oxigênio. (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2013).

Schmidt e colaboradores (2015) subdivide o IAM em 5 tipos:

Tipo 1: É o espontâneo, conseqüente a trombose coronariana, a qual resulta, por sua vez, de ruptura, fratura ou erosão da placa aterosclerótica.

Tipo 2: Desequilíbrio entre a demanda e a oferta de oxigênio, que ocorre em várias formas não interligadas a acidentes da placa aterosclerótica.

Tipo 3: Determinado na ocorrência de IAM sucessivo de morte, na vigência de sintomas sugestivos de isquemia miocárdica e mudanças eletrocardiográficas isquêmicas, ou de novos bloqueios do ramo esquerdo, antes da coleta de exames laboratoriais ou da aumento dos biomarcadores.

Tipo 4A: Conseqüente da hospitalização coronariana percutânea, e o tipo 4B causa na trombose do stent.

O tipo 5: Caracteriza o IAM associado a cirurgia de revascularização miocárdica.

Mitchell e seus colaboradores (2006) relatam a existência de dois tipos correlacionados de IAM, com diferente significado clínico, morfologia e patogenia: o infarto transmural é um IAM que envolve a dimensão completa da parede ventricular, provocado pela aterosclerose coronariana grave, apresentando ruptura aguda da placa e trombogênese oclusiva. Já o Infarto subendocárdio, afeta a parede interna ventricular ocasionando a elevação da demanda cardíaca em relação ao déficit de suprimento em virtude da aterogênese, podendo o infarto subendotelial acontecer em um infarto transmural em evolução, no momento em que a oclusão coronária é aliviada em tempo hábil evitando assim, necrose transmural.

O ventrículo esquerdo é o primeiro a sofrer a diminuição de circulação por ser a cavidade mais espessa do coração, necessitando de um suporte sanguíneo maior.

A área infartada é eletricamente morta e não produz impulsos elétricos, pois as células estão mortas e não podem despolarizar-se. Uma oclusão do ramo circunflexo da artéria coronária esquerda é a causa de um infarto lateral. O infarto anterior se dá pela oclusão do ramo descendente anterior da artéria coronária esquerda e infartos posteriores estão interligados à oclusão da artéria coronária direita ou de um de seus pequenos ramos. (DUBIN, 2004).

### 2.3 FISIOPATOLOGIA DA ATEROSCLEROSE

A principal causa para o desenvolvimento da DAC é a aterosclerose, em que se define, por uma patologia inflamatória das artérias interligadas com as modificações metabólicas, inclusive as lipídicas. (ZUO et al., 2016). A palavra *aterosclerose* provém grego *atero*, que figura pasta ou caldo, e *esclerose*, que se refere a endurecimento, caracterizada por lesões na túnica íntima, sendo essa a camada mais interna das artérias de grosso e médio calibre, nomeada como: placas ateromatosas, ateromas ou fibrogordurosas, que invadem e desencadeiam a obstrução do lúmen vascular e ocasionam a fraqueza da túnica média subjacente. (MARTELLI, 2014).

Segundo Martelli (2014) a aterosclerose conceitua-se em uma doença de processos inflamatórios, e não apenas, interligada a um desarranjo do metabolismo e de deposição lipídica. Nesta hipótese, os leucócitos e monócitos funcionam como células efetoras do sistema imune aderindo entre as células do endotélio, se diferenciam em macrófagos, que consomem a Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL), e Lipoproteína de Baixa Densidade Oxidada (LDL-C), convertendo em células espumosas seguida da formação das estrias gordurosas.

Por sua vez, os vasos sanguíneos são formados por apenas dois tipos de células: células endoteliais constituindo a túnica íntima e células musculares lisas, integrando a túnica média. A irregularidade mais comum encontrada nas artérias é a lesão aterosclerótica, consequência inicial de dois processos básicos: aglomeração de colesterol e proliferação das células musculares lisas na túnica interna. (CAMACHO; MELICIO; SOARES, 2007).

Apesar de que, a injúria do endotélio e a formação da placa aterosclerose possam ocorrer em qualquer artéria, os principais alvos da doença são: a aorta, artérias coronárias e cerebrais. Acarretando, como principais consequências o aneurisma aórtico, IAM e isquemia cerebral. (GOTTLIEB; BONARDI; MORIGUCHI, 2005). As ocorrências da inserção da placa de ateroma estão frequentemente presentes nas bifurcações da camada íntima, causando o espessamento em regiões de fluxo turbulento e é acelerado pelos fatores de risco. (FISCHER; GUTSTEIN; FUSTER, 1999).

### **2.3.1 Fatores de risco para a formação da placa aterosclerose**

Em condições fisiológicas, o endotélio favorece na liberação de diversas substâncias parácrinas e autócrinas com funções pró e anticoagulantes, capazes de permitir adesão celular e com ações vasoativas, gerando assim, a homeostase vascular como resultado da regulação dinâmica dessas funções. O endotélio produz ainda, óxido nítrico (NO) que impede a adesão e a agregação plaquetária, proliferação do músculo liso vascular, limita o recrutamento vascular de leucócitos e dificulta a produção do fator tecidual que é um determinante crítico na formação do trombo. (BAHIA et al., 2004).

As células endoteliais, uma vez expostas aos fatores de riscos são incentivadas a expressar moléculas de adesão em sua superfície, recrutando diversos tipos de leucócitos, possibilitando os mecanismos sinalizadores iniciais para as mudanças celulares e estruturação de ateroma. (MENTI et al., 2016).

Andrade e Azzolin (2010) definem os fatores risco em modificáveis e não modificáveis. Os fatores não modificáveis incluem sexo, raça, idade e história familiar de doença aterosclerótica. E os fatores modificáveis, ou seja, são aqueles sobre os quais o paciente e até mesmo a equipe de saúde podem atuar, sendo esses: hipertensão, tabagismo, dislipidemias, diabetes mellitus, sedentarismo, ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, menopausa, uso de contraceptivos orais, estresse e obesidade.

A aterosclerose acomete com elevada frequência indivíduos adultos, onde as dislipidemias e a hipertensão arterial são os principais fatores de risco para a sua

evolução. Em indivíduos que consomem altas quantidades de gorduras, em especial do tipo saturada, apresentam níveis altos de colesterol sérico e maior ocorrência de aterosclerose em relação àqueles com baixo consumo de gorduras, independente da origem étnica. (CAMPOS et al., 2010).

Alencar et al (2000) relata que existe uma hierarquia entre os fatores e, além do sexo, idade e hereditariedade, os fatores como: dislipidemia, hipertensão arterial, tabagismo, obesidade e diabetes mellitus devem ser apontados como elevada importância, requerendo mais atenção. Os autores Chandrasekhar, Gill, Mehran (2018) descreve a morte por eventos cardiovasculares como um assassinato de oportunidades iguais.

Dentro dessa ótica, podemos salientar ainda, que as mortes por doenças cardiovasculares têm se elevado em todo o mundo, em resultado ao crescimento e envelhecimento populacional. Correspondendo em 2013, quase um terço da totalidade de óbitos. (MACEDO; FAERSTEIN, 2017). Uma vez que, com o crescimento mundial da população idosa, ocasiona o aumento da probabilidade de incidência de doenças crônicas. (ALENCAR et al., 2010).

### **2.3.2 Formação e proliferação da placa de aterosclerose**

Em decorrência da disfunção endotelial, a permeabilidade da íntima em relação às lipoproteínas plasmáticas aumenta, tendo a retenção dessas no espaço subendotelial. Dessa forma, as partículas de LDL ficam retidas e passam por oxidação, ocasionando a exposição de vários neopítopos, transformando-as imunogênicas, gerando outra manifestação de alteração do endotélio, que é o aparecimento de moléculas de adesão leucocitária na superfície endotelial, através da presença de LDL oxidada. O surgimento dessas moléculas gera atração de linfócitos e monócitos para o interior da parede arterial, tendo a migração dos monócitos para o espaço subendotelial diferenciando-se em macrófagos e captam as LDL oxidadas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Os macrófagos carregados de lipídeos são denominados de células espumosas, sendo o principal elemento das estrias gordurosas denominada como lesões macroscópicas de iniciação da aterosclerose. A estimulação da migração e

proliferação das células musculares lisas, da camada média arterial é ocasionada por alguns mediadores de inflamação. Ao migrarem para a camada íntima, essas passam produzir não apenas citocinas e elementos de crescimento, como também, matriz extracelular que produzirá segmentos da capa fibrosa em relação à placa aterosclerótica. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Na fase de proliferação das células musculares lisas, ocorre o espessamento da camada íntima do vaso gerando o remodelamento, ou seja, uma dilatação da artéria compensatória ao estreitamento do lúmen. Mais uma vez, ocorrem a estimulação e liberação de enzimas e fatores de crescimento por parte do sistema imune, que podem ocasionar necrose focal. Já na lesão avançada, com a migração e proliferação das células musculares lisas e produção de colágeno tem-se a estruturação de uma capa fibrosa ao redor polo lipídico. Quando a artéria já não consegue mais se dilatar devidamente, podendo então, a lesão alterar o fluxo sanguíneo, acarretando manifestações clínicas isquêmicas, derivando as síndromes coronarianas estáveis. (SIQUEIRA; ABDALLA; FERREIRA, 2006).

Em grande parte, o vaso afetado não possui sua luz severamente obstruída antes da ruptura e, em cerca de 2/3 dos casos a obstrução inicial é inferior a 50%. Nos casos, em que a ruptura da placa é mais superficial e o trombo é mais rico em plaquetas não causa a obstrução total da artéria e pode ocorrer trombólise espontânea, sendo caracterizado o quadro clínico como IAM sem supra de ST. De acordo com a profundidade, grau da lesão endotelial e a quantidade de trombo formado, pode ocasionar a obstrução total da luz do vaso arterial. (STEFANINI, KASINSKI, CARVALHO; 2009).

## 2.4 DIAGNÓSTICO DO IAM

O IAM é uma patologia que se caracteriza por várias manifestações clínicas e laboratoriais com isquemia do músculo miocárdio, essas se classifica em três formas: Angina Instável, Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnível do segmento ST e Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnível do segmento ST. (RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016).

O diagnóstico do IAM é determinado pela presença de pelo menos dois dos três critérios seguintes: quadro clínico, elevação dos marcadores de necrose miocárdica e alterações no eletrocardiograma. (FERREIRA; SILVA; MACIEL, 2016).

O quadro clínico é baseado em achados como dor precordial, retroesternal em aperto de intensidade variável podendo irradiar-se para região cervical ou membro superior esquerdo, agregando a sintomas inespecíficos como vômitos, náuseas, palidez, sudorese e fraqueza. Pacientes diabéticos, idosos e do sexo feminino podem ser assintomáticos ou apresentar quadros atípicos, como desconforto nos braços, dorso, mandíbula e pernas, além de síncope. (UMEDA, 2005).

Entre os marcadores de necrose miocárdica encontra-se a Creatinoquinase (CK), uma enzima reguladora da criação do uso do fosfato de alta energia nos tecidos contráteis. Sendo composta de subunidades B (*brain*) e M (*muscle*) que se interligam formando a CK-MM (muscular), CK-BB (cerebral) e CK-MB (miocárdica). A CK-MB aumenta sua atividade dentro de 4-6 horas após o episódio do infarto, com seu pico aproximado de 18 horas e regressando ao normal após 48 horas. (MIRANDA; LIMA, 2014).

O Lactato Desidrogenase (LDH) é uma enzima presente no citoplasma em que todas as células do organismo encontradas principalmente no miocárdio, músculo esquelético, fígado, eritrócitos e rins. No IAM, ocasiona o aumento moderado da LD-1 e leve da LD-2 nas primeiras horas logo após o infarto, apresentando seu pico entre 48 e 72 horas voltando a sua normalidade entre 10 a 14 dias. (JARROS; JÚNIOR, 2014).

A mioglobina é definida como uma proteína que contém o componente heme, encontrado no músculo cardíaco e esquelético. Sua liberação inicia-se 1 hora após o infarto ter ocorrido, com pico entre 4 e 12 horas e seu retorno dos valores basais logo após 24 horas. (COSTA, 2017).

As troponinas formam um complexo regulador das interações de cálcio, dependente da actina com a miosina, possuem três diferentes proteínas (troponina I, C e T) existentes tanto no músculo cardíaco quanto no esquelético, onde é codificada por diferentes genes. Em pacientes com IAM o aumento da atividade da creatino fosfoquinase maior que os valores normais são raramente encontrados entre 4 às 6h após o surgimento da dor, dessa forma, o diagnóstico precoce tende



dependem fortemente de alterações eletrocardiográficas típicas. (GODOY; BRAILE; NETO, 1998).

Nos achados do eletrocardiograma podemos observar três fases principais: hiperaguda ocorrendo após o evento, com supradesnivelamento do segmento ST e aumento da amplitude da onda T; aguda que possui a elevação do segmento ST, diminuição da onda T e formações de ondas Q patológicas. A fase pós-aguda apresenta a inversão da onda T e retorno do segmento ST à linha de base, conforme demonstrado na Figura 2. (UMEDA, 2005).

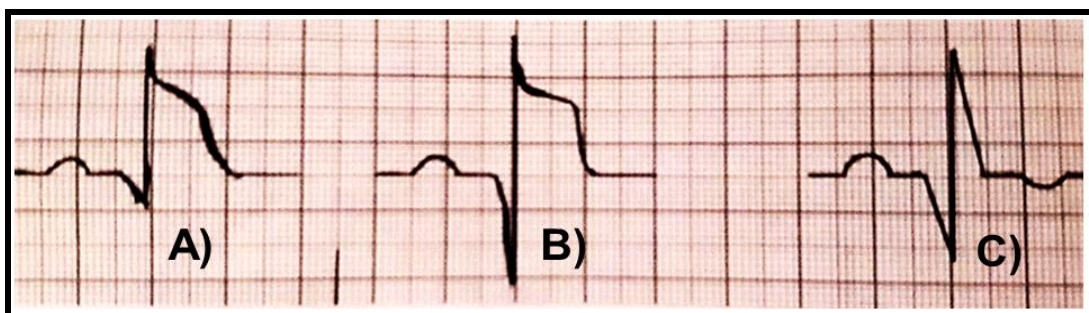


Figura 2 - Achados das principais fases observadas no eletrocardiograma - (A) fase hiperaguda, (B) fase aguda e (C) fase pós-aguda

Fonte: (UMEDA, 2005)

## 2.5 REMODELAMENTO DO CORAÇÃO PÓS-IAM

Após o IAM o coração sofre agressões que podem ocasionar alterações moleculares, intersticiais cardíacas e celulares, manifesta clinicamente por mudanças no tamanho, arquitetura, massa, geometria e na função do coração, recebendo esse fenômeno a definição de remodelamento ventricular. As alterações estruturais, bioquímicas e genéticas, nesse processo vão suceder em progressiva deterioração da capacidade funcional do coração. (MINICUCCI et al., 2010).

O remodelamento é determinado pela produção de cicatriz de reparação tecidual e pela hipertrofia dos miócitos remanescentes, dilatação ventricular e alterações da matriz extracelular. No espaço intersticial do miocárdio recuado ao infarto possui o aumento das fibras de colágeno, glicosaminoglicanos, proteoglicanos e de glicoproteínas adesivas. (KOIKE, 2006).

Ocasionar disfunções ventriculares que podem variar de acordo com o grau da injúria, em decorrência da isquemia acontece a remodelação do músculo cardíaco como alteração na conformação, espessura e no tamanho, além do acúmulo de tecido fibroso. Essas alterações afetam a estrutura dos tecidos e elevação da rigidez muscular cardíaca, influenciando a função ventricular e o aumento considerável do risco para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca. (NEVES; OLIVEIRA, 2017).

## 2.6 ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PÓS- IAM

A Reabilitação cardiovascular (RC) é uma agregação de atividades fundamentais para assegurar aos pacientes portadores de Doenças Cardiovasculares (DCV) a maiores condições mentais, físicas e sociais possíveis, para que esses sejam capazes de alcançar com seus próprios esforços uma vida produtiva e normal. (JAENISCH; CESCO NETTO, 2017).

A RC vem se demonstrando indispensável no tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), pois proporciona aos pacientes um retorno às suas atividades diárias habituais, destacando a prática de exercício físico seguida de mudanças no estilo de vida. É fundamental salientar, que a RC engloba uma equipe multiprofissional que contemplam vários profissionais da área da saúde como; médicos, educadores físicos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas. (PEREIRA; REIS, 2017).

Antigamente as literaturas relatam que o repouso no leito apresentava um período duradouro de várias semanas, até que se observou que a imobilidade prolongada causavam resultados negativos, resultando no descondicionamento fisiológico em torno de 6h em posição supina. (REGENGA, 2014). Em continuação, após a ocorrência do IAM observa-se uma redução da variabilidade da frequência cardíaca (VFC), resultado da diminuição da regulação vagal e conseqüente predominância simpática relativa, em que essa alteração é um marcador de elevação da mortalidade cardiovascular. (HISS et al., 2012).

A reabilitação possibilita adaptações periféricas fundamentais aos indivíduos cardiopatas, como a adaptação cardiovascular benéfica. A partir das modificações

de pós-carga, como aumento dos capilares, capacidade oxidativa e da hipertrofia das fibras musculares, e vasodilatações da musculatura esquelética. Através de programas de treinamento o consumo de oxigênio do músculo cardíaco reduz, observadas a uma mesma exposição de intensidade de exercício, e como resultado, maior capacidade de suportar altas intensidades de esforços, sem apresentar indícios de isquemia miocárdica. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2015; CARVALHO et al., 2015).

Em termos clínicos, o intuito do tratamento em pacientes com DAC envolve a redução dos sintomas de isquemia, diminuição nas taxas de eventos cardíacos e manutenção ou restabelecimento da atividade ventricular, com resultado maior, sobrevida em longo prazo e redução das chances de sofrer novos eventos cardiovasculares para indivíduos com histórico de infarto. (NETO et al., 2008).

Nesse contexto, o fisioterapeuta através do exercício físico e da biomecânica trabalha para reduzir as limitações físicas e sociais ocasionadas por disfunções agudas e crônicas, apresentando vasta área de atuação em diversas populações, principalmente em pessoas com doença cardiovascular. (MAIR et al., 2008).

Entre as modalidades usadas na RC, os exercícios aeróbicos estão interligados ao aperfeiçoamento da capacidade funcional com aumento do consumo de oxigênio, que se traduz em maior eficácia para suportar esforços longos. A combinação de exercícios resistidos e aeróbicos possui evidências no programa de reabilitação, correlacionados aos benefícios dos pacientes quando comparado à modalidade isoladamente. Os exercícios resistidos estão presentes nos protocolos de RC devido ao aperfeiçoamento considerável do desempenho físico, resistência, força, coordenação e equilíbrio. (NEVES; OLIVEIRA, 2017).

Conforme Jaenisch e Cesconetto (2017) o programa de RC compreende 4 fases;

Fase I – intra-hospitalar;

Fase II - primeira etapa extra-hospitalar, e tem extensão de dois a três meses;

Fase III - período de três a seis meses, onde busca adquirir um alto nível de atividade para melhor aprimorar a capacidade física e aeróbia;

Fase - IV, considerada uma fase de longo prazo com duração indefinida.

A fase I – procede em âmbito intra-hospitalar logo após o paciente ser considerado compensado clinicamente. Nessa fase, deve prevalecer uma combinação entre exercícios de menor intensidade, meios para o domínio do

estresse e propostas educacionais referentes aos fatores de riscos. Nessa fase, objetiva que o indivíduo tenha alta hospitalar apresentando melhores situações psicológicas e físicas possíveis. (CARVALHO et al., 2005).

O programa de fisioterapia cardiovascular, referente à fase I compõe-se da associação de exercícios físicos de menor intensidade como; exercícios respiratórios, caminhada, exercícios de relaxamento e alongamento. Iniciando esse programa desde em Unidades de Terapias Intensivas (UTIs), enfermaria até a alta hospitalar. O início e a sucessão da atividade física necessitam dos resultados analisados na avaliação inicial e diversifica como o nível de risco achado, motivo esse pelo qual os pacientes precisam ter seus riscos estratificados os mais prévios possíveis, após o evento cardíaco agudo. Como base nesses achados, o fisioterapeuta formula suas condutas e intensidades do programa de reabilitação cardiovascular. (REGENGA, 2014).

Anteriormente ao exercício, deve-se aconselhar a respiração com freio labial, em que essa deve ser usada no período das sessões de exercícios para que o mesmo disponha do controle da dispneia. As orientações referentes a esse procedimento são as seguintes: o indivíduo necessita ser instruído a exercer a respiração diafragmática ou a de relaxamento. A expiração necessita ser realizada com os lábios semicerrados como se o paciente fosse soprar uma chama. Tanto a respiração como a expiração não devem ser forçadas, realizadas de forma relaxada. (FROWNFEELTER, 2004).

Na fase II, apresenta um programa de treinamento físico fundamentalmente de exercícios aeróbicos, efetuados três vezes por semana no decorrer de três meses. Dispõe-se em cada sessão, um período em torno de quarenta e cinco minutos, em que quinze minutos são reservados ao aquecimento, vinte e cinco minutos para o condicionamento e posteriormente dez minutos de desaquecimento. Examina-se, a PA em repouso após o condicionamento com carga e pós-relaxamento, a frequência cardíaca é averiguada em repouso no período de cinco e cinco minutos no condicionamento, sensações subjetivas de cansaço são avaliadas através de escalas. Sintomas, queixas e qualquer outra informação adicional necessitam ser registradas na ficha de evolução do paciente. (UMEDA, 2005).

Na fase III, estabelecida como a fase da RC em seu estágio avançado, através dela objetiva efetivar as funções cardiorrespiratórias e metabólicas do indivíduo, respeitando sua situação inicial e o grau de severidade da patologia, como

também, as condições clínicas e físicas globais que existiam anteriormente ao IAM. Para os fisioterapeutas, é nessa fase de tratamento que os pacientes realizarão atividades com um grau mais intenso, relacionado com o processo de reabilitação iniciado desde a etapa da fase I. Desse modo, os riscos de acidentes cardiovasculares são maiores, portanto, os locais designados para esse tipo de atendimento necessita dispor de recursos humanos e materiais apropriados. (PASCHOAL, 2010).

Durante fase IV, o indivíduo necessitará ser submetido a uma avaliação multidisciplinar e receber orientações referentes à realização dos exercícios físicos. Poderá ser capaz realizada com segurança, caso o indivíduo não apresente sinais de insuficiência cardíaca, alterações no eletrocardiograma e presença de angina seguida de isquemia do miocárdio. Conseqüentemente, poderá ser realizada de forma individualmente ou em grupo. Os principais objetivos dessa fase é elevar e manter a aptidão física, a capacidade funcional e mudar os fatores de risco coronarianos existentes. (POLLOCK; SCHMIDT, 2003; PEREIRA; REIS, 2017).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o perfil dos pacientes que foram admitidos com o diagnóstico de IAM do Hospital Municipal de Ariquemes no estado de Rondônia.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM);
- Apresentar a atuação fisioterapêutica no tratamento coadjuvante do IAM;
- Relacionar as doenças crônicas associadas;
- Traçar um perfil desses pacientes, através de uma análise das características comuns entre os mesmo;
- Calcular taxas de letalidade, mortalidade, incidência e prevalência.

#### 4 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, estando inserida na região Amazônica do Brasil – América do Sul.

O Hospital Municipal de Ariquemes, com sede e foro na Avenida Tancredo Neves no setor Institucional de Ariquemes atende pacientes da cidade de Ariquemes, como também, recebe enfermos da região do vale do Jamari, que contempla as cidades no estado de Rondônia. Ariquemes é um município da federação brasileira do estado de Rondônia, situado no noroeste do estado. O nome Ariquemes é uma homenagem à tribo indígena Arikeme, habitantes originais da região. Por volta de 1794 o Vale do Jamari, núcleo que deu início ao município de Ariquemes, era conhecido, pela riqueza de suas especiarias nativas, destacando o látex da seringueira e o cacau. (LOPEZ, 2013).

Em continuação, conforme Gil (2010) uma pesquisa documental está voltada de toda sorte de documentos, dentre os mais usados em estudos estão: documentos institucionais, órgãos públicos, mantidos em arquivos de empresas e outras organizações. Uma pesquisa quantitativa busca mudar dados da realidade para interpretação (estatísticas e modelos numéricos). Já as pesquisas descritivas, têm por intuito a descrição das características de determinada população. 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.

Para levantamento dos dados e estruturação referentes à revisão bibliográfica, foram utilizados livros do acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, e consulta de trabalhos publicados e indexados nas bases de dados de SCIELO (Scientific Electronic Library online), Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que abrange LILACS (Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Pubmed.

Como estratégia de busca, empregou os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Epidemiologia, Infarto Agudo do Miocárdio, Região Amazônica, e seus respectivos descritores em inglês: Epidemiology, Acute myocardial infarction, Amazon region. Como critérios de inclusão foram considerados trabalhos científicos

nos idiomas Português e Inglês publicados entre os anos de 1992 à 2018. Como critérios de exclusão têm-se os trabalhos de estudos divergentes da proposta referida e que não pertencesse a uma plataforma de dados confiáveis, como sites e blogs.

Em suma, referente à população desse estudo, na elaboração do projeto de pesquisa foi determinado análise de prontuários do período de 01 de janeiro de 2015 a 30 de dezembro de 2017, no entanto, os prontuários que condiziam ao ano de 2015 já se encontravam em arquivos mortos. Seguindo a pesquisa até o mês de junho de 2018, em que o restante dos meses: julho e agosto não deram entrada no setor de prontuários. Por esses motivos, a pesquisa fundamentou-se na análise documental 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, admitidos no período de 01 de janeiro do ano de 2016 a 30 de junho de 2018, de ambos os sexos, da faixa etária acima de dezoito 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 dezoito 18 anos de idade e residentes em outro estado.

O instrumento utilizado na pesquisa encontra-se em (Apêndice I) sendo 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, sendo essas informações coletadas quando que presentes nos prontuários.

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. Uma vez que, o preenchimento dos prontuários em grande parte é completado com dados de identificação, localização e procedimentos médicos.

Para os cálculos referentes às taxas de mortalidade e letalidade do IAM, não se foi possível sua tabulação devido os dados serem insuficientes, num total de 62 prontuários de IAM apresentou-se um óbito por infarto, não sendo possível dessa forma, realizar tal 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, como pacientes com episódios de IAM.

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 significativo  $p < 0,005$ .

Não foi possível a coleta das autorizações dos termos de consentimento livre e esclarecido dos pacientes cujos prontuários foram analisados na referida pesquisa, devido dificuldades de acesso aos mesmos.

## 5 RESULTADO E DISCUSSÃO

De um total de 10.461 prontuários analisados no Hospital Municipal de Ariquemes no estado de Rondônia, desses, 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 3, (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, demonstrados em Tabela 1.

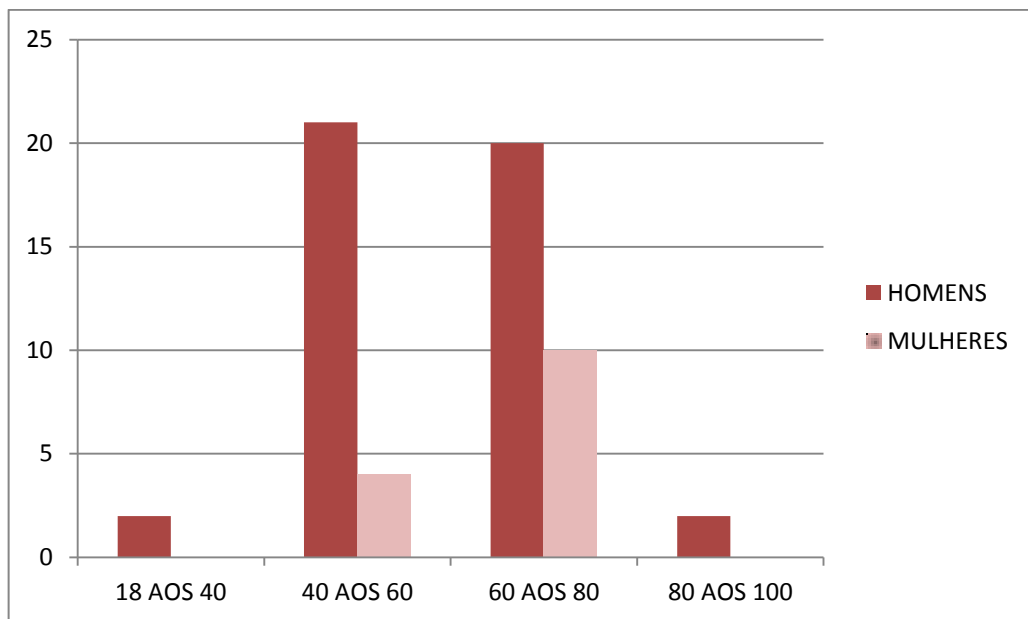


Figura 3 - Perfil sociodemográfico relacionado sexo e a idade dos pacientes admitidos com IAM no Hospital Municipal de Ariquemes – RO

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pacientes admitidos com IAM no Hospital Municipal de Ariquemes – RO

| Variáveis           | N  | %  |
|---------------------|----|----|
| <b>Sexo</b>         |    |    |
| Masculino           | 48 | 77 |
| Feminino            | 14 | 23 |
| <b>Cor</b>          |    |    |
| Parda               | 44 | 96 |
| Preta               | 2  | 4  |
| <b>Estado civil</b> |    |    |
| Casado              |    |    |
| Masculino           | 19 | 51 |
| Feminino            | 1  | 3  |
| Solteiro            |    |    |
| Masculino           | 3  | 8  |
| Feminino            | 1  | 3  |
| Divorciado          |    |    |
| Masculino           | 1  | 3  |
| Feminino            | 1  | 3  |
| Viúvo               |    |    |
| Masculino           | 1  | 3  |
| Feminino            | 4  | 11 |
| União estável       |    |    |
| Masculino           | 6  | 16 |
| Feminino            | 0  | 0  |

Fonte: Dados da pesquisa

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 foram em aposentados totalizando 18 casos, seguidos por autônomos e agricultores com 4 casos cada um, conforme visto na Tabela 2.

Tabela 2 – Perfil profissional dos pacientes admitidos com IAM no Hospital Municipal de Ariquemes – RO

| <b>Profissão</b> | <b>Feminino</b> | <b>Masculino</b> | <b>%</b> |
|------------------|-----------------|------------------|----------|
| Aposentado       | 4               | 14               | 47       |
| Agricultor       | 0               | 4                | 11       |
| Motorista        | 0               | 3                | 8        |
| Autônomo         | 0               | 4                | 11       |
| Do lar           | 2               | 0                | 5        |
| Enfermeira       | 1               | 0                | 3        |
| Guarda           | 0               | 1                | 3        |
| Comerciante      | 0               | 1                | 3        |
| Serviços gerais  | 0               | 1                | 3        |
| Func. público    | 1               | 0                | 3        |
| Pedreiro         | 0               | 1                | 3        |
| Lavadeira        | 1               | 0                | 3        |

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação 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, conforme ilustrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Estilo de vida dos pacientes admitidos com IAM no Hospital Municipal de Ariquemes – RO

| <b>Estilo de vida</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-----------------------|----------|----------|
| Fumante               |          |          |
| Homens                | 9        | 32       |
| Mulheres              | 3        | 11       |
| Ex. fumante           |          |          |
| Homens                | 1        | 4        |
| Mulheres              | 3        | 11       |
| Etilista              |          |          |
| Homens                | 11       | 38       |
| Mulheres              | 0        | 0        |
| Ex. etilista          |          |          |
| Homens                | 1        | 4        |
| Mulheres              | 0        | 0        |

Fonte: Dados da pesquisa

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, explanado na Figura 4.

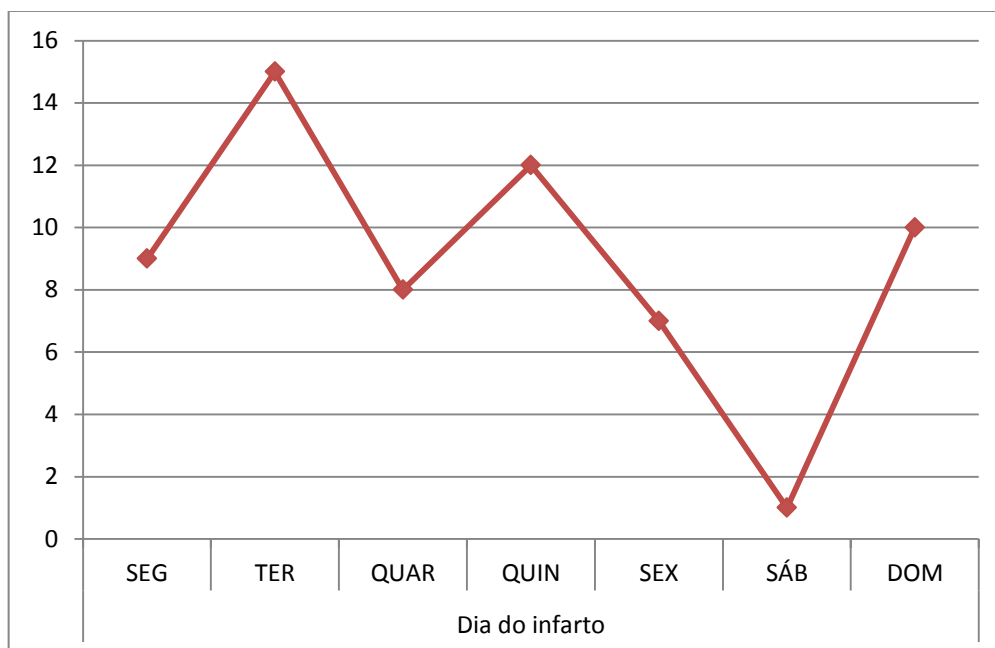


Figura 4 - Ocorrência do IAM correlacionados aos dias da semana

Fonte: Dados da pesquisa

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, demonstrada na Figura 5. 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 infartados com 03 ocorrências foi o mês de maio, informações ilustradas na Figura 6.

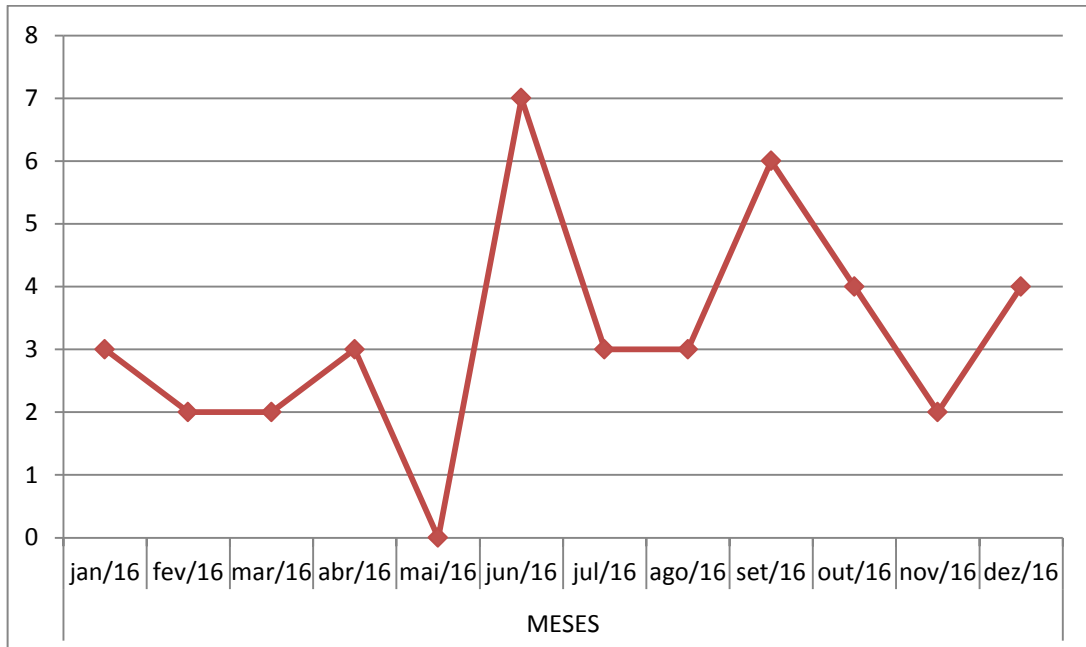


Figura 5 - Meses de ocorrência de IAM nos anos de 2016 no Hospital Municipal de Ariquemes - RO

Fonte: Dados da pesquisa

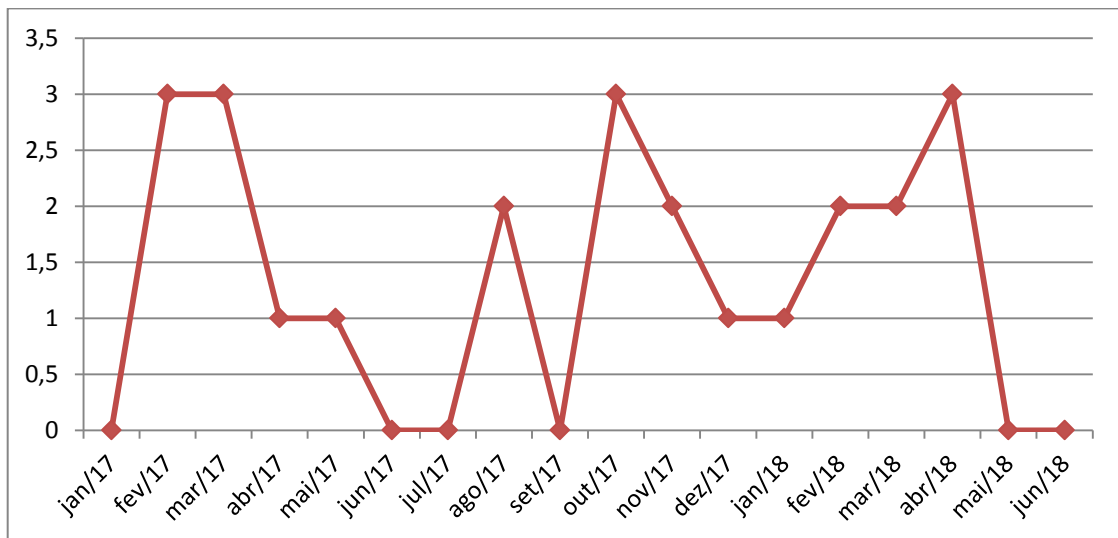


Figura 6 - Correlação de acordo com os meses de ocorrência de IAM nos anos de 2017 e 2018 até junho no Hospital Municipal de Ariquemes – RO

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao local de procedência, houve maior predomínio em indivíduos situados em área urbana (84%). Em análise de localização por setor no município de Ariquemes, o setor cinco exibiu maior porcentagem com (11%) juntamente com o setor seis e dois com (09%), ilustrado na Figura 7.

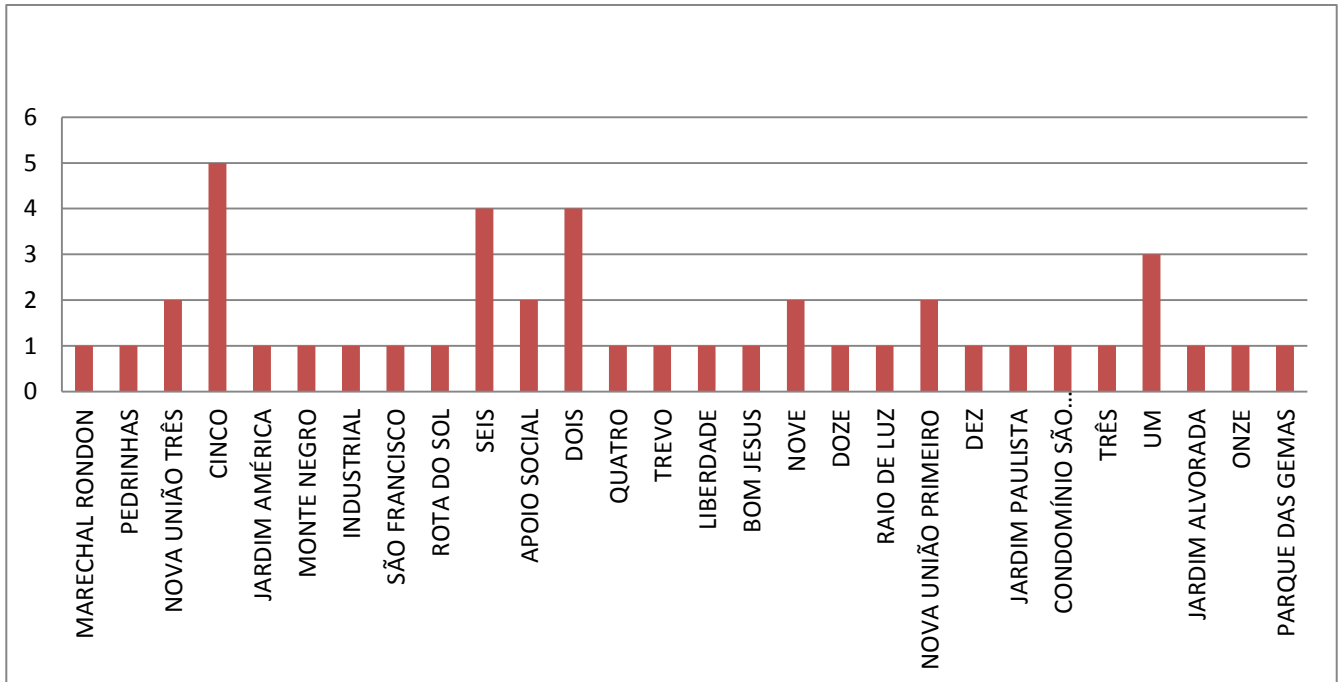


Figura 7 - Distribuição por setores no município de Ariquemes – RO

Fonte: Dados da pesquisa

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 8.

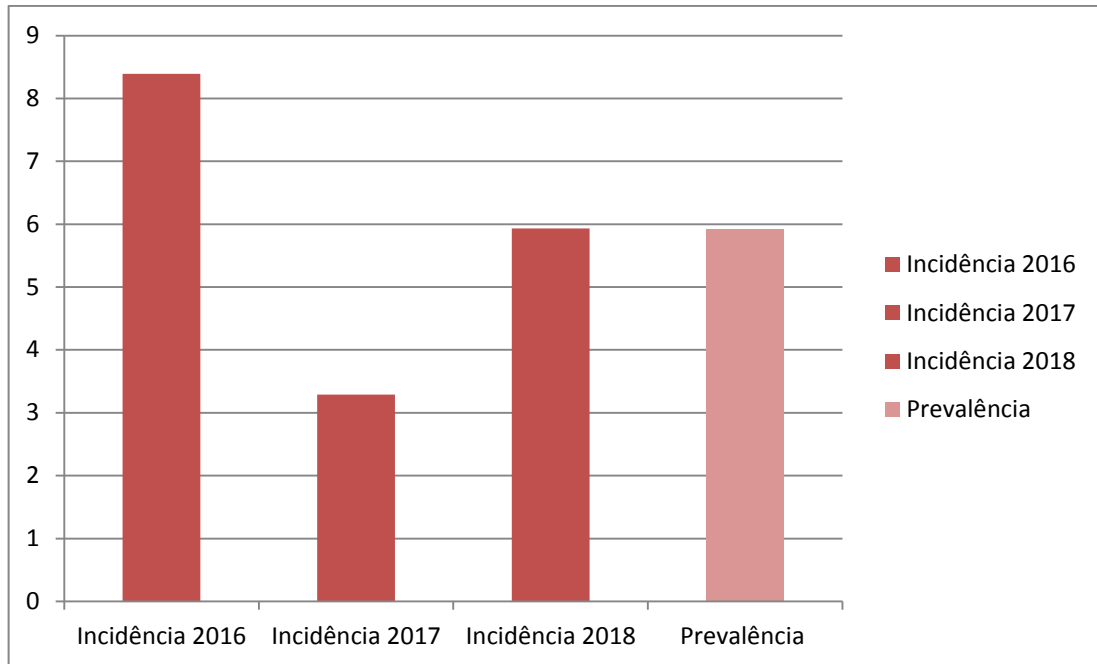


Figura 8 - Taxas de incidência e prevalência relacionadas aos anos de 2016, 2017 e 2018

Fonte: Dados da pesquisa

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.

Os resultados das análises dos dados sociodemográficos abordados nesse estudo, como: sexo, faixa etária e profissão, vão de encontro aos estudos de Mertins e colaboradores (2016) que 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  $59,9 \pm 11,55$  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 estudo semelhante, Bastos e colaboradores (2012) analisou 52 pacientes com diagnóstico de IAM, sendo observada maior prevalência no sexo masculino (76,92%), com idade média de  $62,35 \pm 14,66$  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 (1997), 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. (DANTAS; AGUILAR, 1998; ANDRADE; AZZOLIN, 2010). 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 interligada 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. (IBGE, 2017).

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 (COLÓSIMO et al., 2015). Corroborando com aos achados dessa pesquisa,

em que a hipertensão apresentou-se 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 (2001) 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. De acordo a literatura, a frequência das doenças arteriais é duas vezes maior em fumantes (incluindo também os passivos) do que nos 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. (OLIVETTI, 2013).

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., 2003). Zornoff cols. (2006) 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-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. (AVEZUM; PIEGAS; PEREIRA, 2005).

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. (LIMA; CÔRREA; REHM, 2013).

No entanto, para Monteiro (2016) o álcool é definido como uma substância tóxica que pode favorecer ocorrência de algumas doenças como: hipertrigliceridemia, hipertensão arterial, diabetes não insulino dependente, hepatopatia, câncer, pancreatite, encefalopatia, problemas psicossociais e comportamentais. Ressalta ainda, que onde existir menores quantidades da ingestão de álcool, menores são os riscos para o desenvolvimento de doenças crônicas.

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. (GUALANO; TINUCCI, 2011).

Para Aziz (2014) 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 (2002) relata 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 agudas 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.

## CONCLUSÃO

O IAM conforme visto, decorre de necrose isquêmica do miocárdio, em virtude da obstrução ao fluxo coronariano. Após o IAM, o coração sofre agressões que podem ocasionar alterações moleculares, causando uma progressiva deterioração na capacidade funcional do órgão. A fisioterapia como tratamento coadjuvante em pacientes pós-IAM, apresentou grande relevância para a melhora da capacidade funcional desses indivíduos, para reintegrá-los as suas atividades de vida diárias e ao meio social.

Em relação aos dados mencionados nesse estudo, entre os prontuários analisados foi possível verificar, maior prevalência no sexo masculino, entre a faixa etária aproximada dos 40 a 60 anos de idade, da cor parda, casados e aposentados. Correlacionando os dados voltados ao estilo de vida, notou-se maior número do tabagismo em ambos os sexos e maior taxa do etilismo em homens. Entre os prontuários examinados, verificou-se predominância da inatividade física com também, ausência de realização atividade de lazer. Em conformidade com os fatores de risco associados às doenças crônicas, os mais elencados foram; HAS e o DM, semelhantes aos resultados de outros estudos.

Na realização do teste qui-quadrado obtendo por significância ( $p= 0,005$ ), associou-se as seguintes variáveis nominais: tabagismo/hipertensão tendo por resultado ( $p= 0,003$ ), tabagismo/etilismo apresentando ( $p=0,002$ ), expressando significâncias das variáveis associadas no desenvolvimento do IAM. Em relação à taxa de incidência, o ano de 2016 apresentou maior ocorrência com 8,39, e a taxa de prevalência para todos os anos citados foi de 5,92 para cada 1.000 prontuários. Para os cálculos referentes às taxas de mortalidade e letalidade, não se foi possível sua tabulação, devido os dados apresentarem-se insuficientes.

Em suma, através de estudo verificou-se déficit no preenchimento de informações interligadas aos fatores sociodemográficos, estilo de vida e da presença de doenças crônicas, em que são completadas apenas informações associadas ao local de procedência, identificação e procedimentos médicos. 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

ANDRADE, Leticia Silva, AZZOLIN, Karina. Perfil dos pacientes infartados no Centro de Terapia Intensiva de um hospital privado de Porto Alegre. **Ciência em Movimento**, ano. 12, n. 23, 2010.

ALENCAR, Yolanda Maria Garcia et al. Fatores de Risco para Aterosclerose em uma População Idosa Ambulatorial na Cidade de São Paulo. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v, 74, n. 3, p. 181-188, 2000.

ALENCAR, Nelyse de Araújo et al. Nível de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida em idosas ativas e sedentárias. **Fisioter Mov.** v. 23, n. 3, p. 473-81, jul- set, 2010.

AVEZUM, Álvaro; PIEGAS, Leopoldo Soares; PEREIRA, Júlio César Rodrigues. Fatores de Risco Associados com Infarto Agudo do Miocárdio na Região Metropolitana de São Paulo. Uma Região Desenvolvida em um País em Desenvolvimento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 84, n. 3, mar - 2005.

AZIZ, José Luís. Sedentarismo e hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v. 21, n. 2, p. 75-82, 2014.

BAHIA, Luciana et al. Endotélio e aterosclerose. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 17 n. 1, p. 26-32, Jan/Fev/Mar, 2004.

BASTOS, Alessandra Soler et al. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 27, n. 3, p. 411-8, 2012.

BERNE, Robert M. et al. **Fisiologia**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CARVALHO, Tales et al. Reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. **Rev Bras Med Esporte**, v. 11, n. 6, nov/dez, 2005.

CARVALHO, Ricardo Fontes, et al. The role of a structured exercise training program on cardiac structure and function after acute myocardial infarction: study protocol for a randomized controlled trial. **Biomed central**, Reino Unido, v. 16, n. 90, 2015.

CAMACHO, Camila Renata; MELICIO, Luciane Alarcão; SOARES, Ângela Maria Victoriano de Campos. Aterosclerose, uma resposta inflamatória. **Arq Ciênc Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 1, p. 41-48, jan-mar- 2007.

CAMPOS, Wagner et al. Physical activity, lipid consumption and risk factors for atherosclerosis in adolescents. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 94, n. [?], p. 601-7, 2010.

CHANDRASEKHAR, Jaya; GILL, Amrita; MEHRAN, Roxana. Acute myocardial infarction in young women: current perspectives. **International Journal of Women's Health**, Londres, v. 10, n [?], 267–284, Jul-2018.

COELHO, Letícia Maria, RESENDE, Elmiro Santos. Perfil dos pacientes com infarto do miocárdio, em um hospital universitário. **Rev Med Minas Gerais**; v. 20, n. 3, p. 323-328, 2010.

COLOMBO, Roberta Cunha Rodrigues; AGUILLAR, Olga Maimoni. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 69-82, Abril. 1997.

COSTA, Leandro Menezes Alves. **Liberção de biomarcadores de necrose miocárdica após revascularização cirúrgica do miocárdio sem circulação extracorpórea, em ausência de infarto do miocárdio manifesto, avaliado pela ressonância magnética cardíaca**. 2017. 84 f. Dissertação (Doutorado em ciências), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

COLÓSIMO, Flávia Cortez et al. Hipertensão arterial e fatores associados em pessoas submetidas à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 2, p. 201-208, 2015.

DANGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. **Anatomia humana: sistêmico e segmentar**. 3º ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

DANGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. **Anatomia humana básica**. 2º ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; AGUILAR, Olga Maimoni. Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio na perspectiva do modelo de " campo de saúde ". **R. Bras. Enferm**. Brasília, v. 5 1, n. 4 ,p. 571 - 588 Out /dez, 1998.

DUBIN, M. D. **Interpretação rápida do ECG**. Um novo e simples método para leitura sistemática dos eletrocardiogramas. 3º ed. Rio de Janeiro: 2004.

FARDY, Paul S.; FRANKLIN, Barry A.; PORCARI, Jonh P.; VERRILL, David E.. **Técnicas de treinamento em reabilitação cardíaca**. 1ª ed. Barueri; SP – Manole, 2001.

FONSECA, Francisco Antônio Helfenstein; IZAR, Maria Cristina de Oliveira. Fisiopatologia das síndromes coronarianas agudas. **Rev Soc Cardiol**. V. 26, n. 2, p. 74-7, 2016.

FROWNFEELTER, Donna. **Fisioterapia cardiopulmonar: princípios e prática**. 3 ed. Rio de Janeiro; RJ: Revinter, 2004.

FISCHER, Avi; GUTSTEIN, David E.; FUSTER, Valentin. Trombose e anormalidades da coagulação nas síndromes coronarianas agudas. URETSK, Barry F.; RUNGE, Marschall S.. **Clínicas cardiológicas da América do Norte: angina instável**. 1. ed – Madri: futura, 1999, cap. 4, pág. 379.

FERREIRA, Ana Rita Pereira Alves; SILVA, Manuel Vaz; MACIEL, Julia. Eletrocardiograma no Infarto Agudo do Miocárdio: O que Esperar?. **International Journal of Cardiovascular Sciences**. v. 29, n. 3, p. 198-209, 2016.

FRANCO, Marcello et al. **Patologia processos gerais**. 6º ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

FILHO, Antonio Casella et al. Inflamação e Aterosclerose: Integração de Novas Teorias e Valorização dos Novos Marcadores. **Rev Bras Cardiol Invas**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 14-19, 2003.

GODOY, Moacir Fernandes de; BRAILE, Domingo Marcolino; PURINI NETO, José. A troponina como marcador de injúria celular miocárdica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 71, n. 4, p. 629-633, Out. 1998 .

GOTTLIEB, Maria Gabriela Valle; BONARDI, Gislaine; MORIGUCHI, Emílo Hideyuki. Fisiopatologia e aspectos inflamatórios da aterosclerose. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 15, n. 3, jul/set, 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.



GUYTON, Arthur C; HALL, John Edward. **Tratado de fisiologia médica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

GUALANO, Bruno; TINUCCI, Taís. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.25, p.37-43, dez. 2011.

HISS, Michele Daniela Borges Santos et al. Segurança da intervenção fisioterápica precoce após o infarto agudo do miocárdio. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 25, n. 1, p. 153-163, jan./mar. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. V. 4.3.8.18.20, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em: 15 de novembro de 2018.

JAENISCH, Rodrigo Boemo; CESCINETTO, Daiane Ignácio. Efeito do treinamento muscular inspiratório em pacientes com síndrome coronariana aguda submetidos a um programa de reabilitação cardíaca fase III. **R. Perspect. Ci. e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 14-31, 2017.

JARROS, Isabele Carrilho; JUNIOR, Gerson Zanusso. Avaliação de risco cardíaco e o diagnóstico do infarto agudo do miocárdio no laboratório de análises clínicas. **Revista Uningá**. v. 19, n.3, p.05-13, Jul – Set, 2014.

JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, José. **Histologia básica**. 12. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

KOIKE, Marcia Kiyomi. **A queda da pressão de perfusão coronariana implica em dano subendocárdio da região do miocárdio remota ao infarto e em disfunção do ventrículo esquerdo**. 2008. 59 f. Dissertação (doutorado em ciência), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

LIMA, Maria Cristina Pereira; CÔRREA, Florence Kerr; REHM, Jurgen. Consumo de álcool e risco para doença coronariana na região metropolitana de São Paulo: uma análise do Projeto GENACIS. **Rev Bras Epidemiol**, v. 16, n. 1, p. 49-57, 2013.

LOPEZ, Nuria Sagué. **Recuperando os discursos esquecidos: memórias de Ariquemes/RO**. 2013. 184 f. Dissertação (Mestrado em Letras) - Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, Porto Velho, 2013.

LOURES, Débora Lopes et al. Estresse Mental e Sistema Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol.** v. 78, n. 5, p. 525-30, 2002.

MAIA, Luiz Faustino dos Santos. Infarto Agudo do Miocárdio: o perfil de pacientes atendidos na UTI de um hospital público de São Paulo. **Revista Recien.** v.1, n.4, p.10-15, 2012.

MAIR, Vanessa et al . Perfil da fisioterapia na reabilitação cardiovascular no Brasil. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 333-338, Dez. 2008.

MARTELLI, Anderson. Aspectos fisiopatológicos da aterosclerose e a atividade física regular como método não farmacológico no seu controle. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 41-52, maio – 2014.

MACEDO, Luís Eduardo Teixeira; FAERSTEIN, Eduardo. Colesterol e a prevenção de eventos ateroscleróticos: limites de uma nova fronteira. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 1-7, 2017.

MENTI, Eduardo et al. Marcadores Precoces de Doença Aterosclerótica em Indivíduos com Excesso de Peso e Dislipidemia. **Arq Bras Cardiol.** São Paulo, n. 106, v. 6, p. 457-463, 2016.

MERTINS, Simone Mathioni et al. Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Rv. Enferm.** v. 34, n. 1, p. 30-38, 2016.

MENDES, Andreia Santos et al. Tempos de acesso a serviços de saúde face ao infarto do miocárdio. **Acta Paul Enferm.** v. 29, n. 4, p. 446-53, 2016.

MIRANDA, Marciano Robson; LIMA, Luciana Moreira. Marcadores bioquímicos do infarto agudo do miocárdio. **Rev Med Minas Gerais.** v. 24, n. 1, p. 98-105, 2014.

MINICUCCI, Marcos F. et al . Relevância do padrão de remodelamento ventricular no modelo de infarto do miocárdio em ratos. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 5, p. 635-639, out. 2010.

MITCHELL, Richard N. et al. **Fundamentos de Robbins e cotran: patologia.** 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica. Caderno 7 Hipertensão arterial sistêmica, HAS e Diabetes mellitus – DM PROTOCOLO** Brasília, 2001.

MONTEIRO, Maristela G.. Políticas públicas para a prevenção dos danos relacionados ao consumo de álcool. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 171-174, jan-mar - 2016.

NEVES, Mary Silvia da Cruz; OLIVEIRA, Mayron Faria. Reabilitação cardíaca precoce em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba**. v. 19, n. 3, p. 105-10, 2017.

NETTER, Frank Henry. **Atlas de anatomia humana**. 4. Ed. Barcelona – Espanha: Elsevier, 2007, págs. 631.

NETO, Antonio Gil Castinheiras et al. Reabilitação Cardíaca após Alta Hospitalar no Sistema Público de Saúde do Município do Rio de Janeiro. **Rev Socerj**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 399-403, 2008.

OLIVEIRA, Kelli Cristina Silva. **Fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio em um hospital privado de Ribeirão Preto- SP**. 2004. 146 f. Dissertação (pós- graduação em enfermagem), Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.

OLIVETTI, Rejane Fadel. **O tabagismo e suas consequências: uma abordagem sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis**. 2013. 37 pag. Monografia (Especialista no Ensino de Ciências) - Universidade tecnológica federal do Paraná diretoria de pesquisa e pós-graduação especialização em Ensino de Ciências, Medianeira, 2013.

REGENGA, Marisa de Moraes. **Fisioterapia em cardiologia: Da unidade de terapia intensiva á reabilitação**. 2 Ed. São Paulo: Roca, 2014.

PAIVA, Sergio Alberto Rupp et al. Comportamento de Variáveis Cardíacas em Animais Expostos à Fumaça de Cigarro. **Arq Bras Cardiol**, v. 81, n. 3, p. 221-4, 2003.

PASCHOAL, Mário Augusto. **Fisioterapia cardiovascular: avaliação e conduta na reabilitação cardíaca**. 1 ed. Barueri: Manole, 2010.

PEREIRA, Lorena Rodrigues; REIS, Juliana Ribeiro Gouveia. Eficácia da reabilitação cardíaca fase IV em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. **Revista Perquirere**. v. 14, n. 1, p. 1-14, jan./abril. 2017.

PINHEIRO, Raul Henrique Oliveira, VIEIRA, Maria Cristina Umpiérrez, PEREIRA, Evani Marques, BARBOSA, Maria Emilia Marcondes. Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos cadastrados no programa hiperdia. **Cogitare Enferm.**; v.18, n.1, p. 78-83, Jan/Mar 2013.

POLLOCK, Michael L; SCHMIDT, Donald H. **Doenças cardíacas e reabilitação**. 3 ed. Revinter: Rio de Janeiro, 2003.

RIBEIRO, Kaiomax Renato Assunção; SILVA, Ludmila Pinheiro; LIMA, Maria Luzia Silva. Conhecimento do Infarto agudo do miocárdio: implicações para assistência de enfermagem. **Rev Enferm**. v. 5, n. 4, p. 63, Out-Dez, 2016.

SCHMIDT, Marcia Moura et al. Prevalência, etiologia e características dos pacientes com infarto agudo do miocárdio tipo 2. **Rev Bras Cardiol Invasiva**. v. 23, n. 2, p.119-123, 2015.

SOUZA, Romeu Rodrigues. **Anatomia Humana**. 1º ed. Manole: Barueri – SP, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 83, n. 4, Set-2004.

\_\_\_\_\_.IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 1, abril 2007.

\_\_\_\_\_. V diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 101, n. 4, p. 1-22, 2013.

\_\_\_\_\_. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol**. v .105, n. 2, ago, 2015.

\_\_\_\_\_.Atualização da diRetRiz BRasileiRa de disliPidemias e PReVenção DA ATEROSCLEROSE – 2017. **Arq Bras Cardiol**, v. 109, n.1, p. 1-76, 2017.

STEFANINI. Edson, KASINSKI. Nelson, CARVALHO. Antonio Carlos. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM: cardiologia**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2009.

SIERVULI, Marcos Tadeu Ferreira, et al. Infarto do Miocárdio: Alterações Morfológicas e Breve Abordagem da Influência do Exercício Físico. **Rev Bras Cardiol**. v. 27, n. 5, p. 349-355, set – out, 2014.

SIQUEIRA, Antonela Ferro Antunes; ABDALLA, Dulcinéia Saes Parra; FERREIRA, Sandra Roberta Gouvea. LDL: da Síndrome Metabólica à Instabilização da Placa Aterosclerótica. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 50, n. 2, Abril, 2006.

SILVERTHORN, Andrew C.. **Fisiologia humana: uma abordagem integrada**. 2º ed. Barueri: Manole, 2003.

TESTON, Elen F.; CECÍLIO, Hellen P. M.; SANTOS, Aliny L.; ARRUDA, Guilherme O.; RADOVANOVIC, Cremilde A. T.; MARCON, Sonia S. Fatores associados às doenças cardiovasculares em Adultos. **Medicina (Ribeirão Preto)**. v. 49, n. 2, p. 95-102, 2016.

TUAN, Tássia Soldi; VENÂNCIO, Taís Siqueira; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. Efeitos da Exposição a Poluentes do Ar no Infarto Agudo do Miocárdio, Segundo Gêneros. **Arq Bras Cardiol**. v.107, n. 3, p. 216-222, 2016.

UMEDA, Iracema Ioco Kikuchi. **Manual de fisioterapia na reabilitação cardiovascular**. Barueri, SP: Manole, 2005.

VARGAS, Mauro Henrique Moraes; VIEIRA, Régis; BALBUENO, Renato Carvalho. Atuação da fisioterapia na reabilitação cardíaca durante as fases i e ii Uma Revisão da Literatura. **Revista contexto & saúde**, editora unijuí, v. 16 n. 30, p. 85-9, jan./jun, 2016.

KLATSKY, Arthur L.; ARMSTRONG, Mary Anne; FRIEDMAN, Gary D. Alcohol and Mortality. **Annals of Internal Medicine**. V. 117, p. 646-654, 1992.

ZUO, Hong-Peng et al. Hipometilação do Promotor de Interleucina-6 Associada com Risco de Doença Arterial Coronariana. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, 2016; 107(2):131-136.

ZORNOFF, Leonardo A. M. et al. Cigarette Smoke Exposure Intensifies Ventricular Remodeling Process following Myocardial Infarction. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 86, n. 4, abr - 2006.

**APÊNDICE I**  
**FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS**

**1. Identificação**

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Data de internação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dia e situação (vivo/morto) da alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Situação: \_\_\_\_\_

Cor: ( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) outros. Especifique: \_\_\_\_\_

Tipo de Infarto: \_\_\_\_\_

Dia do Infarto: ( ) Seg ( ) Ter ( ) Quar ( ) Quin ( ) Sext ( ) Sab ( ) Dom.

**2. Dados Sociais e Ambientais**

2.1. *Trabalho - Ocupação:* \_\_\_\_\_

2.2. *Estado Civil:*

( ) solteiro ( ) casado ( ) viúvo ( ) divorciado ( ) outros. Especifique: \_\_\_\_\_

2.3. *Número de Filhos:* \_\_\_\_\_

2.4. *Local de Residência:*

- Perímetro: ( ) urbano ( ) rural

Procedência (cidade): \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

**3. Dados Relacionados ao Estilo de Vida**

( ) Etilista ( ) Fumante ( ) Ex-fumante ( ) Ex-etilista

( ) Não se aplica

Atividade física? Sim ( ) não ( )

Atividade de lazer? Sim ( ) não ( )

**4. Tem (ou teve) algumas das doenças abaixo?**

( ) Hipertensão arterial ( ) Diabetes mellitus ( ) Dislipidemias

( ) Doença Vascular Periférica ( ) Acidente vascular cerebral

( ) Não se aplica

## APÊNDICE II CARTA DE ANUÊNCIA



Faculdade de Educação e Meio Ambiente  
Instituto Superior de Educação - ISE

Portaria MEC de Reconhecimento Nº. 857, de 11/09/2013, D.O.U. de 12/09/2013.

### APÊNDICE II CARTA DE ANUÊNCIA

**PESQUISA:** PERFIL DOS INDIVÍDUOS ADMITIDOS COM DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARIQUEMES RONDÔNIA – REGIÃO AMAZÔNICA

Ao Sr. Ricardo Alexandre G. Medeiros,

Diretor executivo da Secretária Municipal de Ariquemes – SEMSAU

Portaria 206/2017

Solicitamos autorização institucional da pesquisa, que será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (CEP FAEMA), em cumprimento das diretrizes estabelecidas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS/MS). Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Esta pesquisa é intitulada, "PERFIL DOS INDIVÍDUOS ADMITIDOS COM DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARIQUEMES RONDÔNIA – REGIÃO AMAZÔNICA.", a ser realizado no Hospital Municipal de Ariquemes – Rondônia, pela discente Marialice Gyaraki da Silva, sob orientação da docente Especialista Jéssica Casto dos Santos e co-orientação da docente Mestre Evelin Samuelsson, com os seguintes objetivos: Identificar a faixa etária, origem, sexo e raça dos pacientes, calcular taxas de mortalidade, relacionar as doenças crônicas associadas e fatores de risco e traçar um perfil desses pacientes, através de uma análise das características comuns entre eles.

Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de prontuários dos pacientes que foram admitidos no período de 01 de janeiro.


  
R. Medeiros

à 30 de dezembro nos anos de 2015, 2016 e 2017 da instituição. Ao mesmo tempo, solicitamos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que a pesquisa terá início após a apresentação do Parecer Consubstanciado Aprovado, emitido pelo do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP FAEMA. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Ariquemes, 29 maio de 2018

  
\_\_\_\_\_  
Jessica Castro dos Santos

Pesquisador (a) Responsável do Projeto

  
\_\_\_\_\_  
Marialice Gyaraki da Silva

Membro/Equipe da Pesquisa

  
\_\_\_\_\_  
Evelin Samuel

Membro/Equipe da Pesquisa

Concordamos com a solicitação     Não concordamos com a solicitação

  
\_\_\_\_\_  
Ricardo Alexandre G. Medeiros

Diretor executivo da Secretaria Municipal de Ariquemes – SEMSAU



**APÊNDICE III**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - TCLE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

**PESQUISA:** PERFIL DOS INDIVÍDUOS ADMITIDOS COM DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARIQUEMES RONDÔNIA – REGIÃO AMAZÔNICA

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DE PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL**

1 – NOME DO PARTICIPANTE: .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: ..... SEXO: M.....F.....

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO: ..... Nº: .....

BAIRRO: .....

CIDADE: ..... ESTADO: .....

CEP: ..... TELEFONE: .....

2 – RESPONSÁVEL LEGAL: .....

NATUREZA( grau de parentesco, tutor, curador, etc): .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE : ..... SEXO: M.....F.....

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO: ..... Nº: .....

BAIRRO: .....

CIDADE: ..... ESTADO: ..... CE

P: ..... TELEFONE: .....

**II - DADOS SOBRE A PESQUISA E PESQUISADOR**

- Título da pesquisa:

PERFIL DOS INDIVÍDUOS ADMITIDOS COM DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARIQUEMES RONDÔNIA – REGIÃO AMAZÔNICA

- Pesquisadora Responsável:

*Upaishia P*

JÉSSICA CASTRO DOS SANTOS, Docente da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Fisioterapeuta: CREFITO – 9- 21.5050-F, Endereço: Avenida Machadinho, 4349, Setor 06, Ariquemes – RO, Telefone de Contato: (69) 9 8458 6515. E-mail: [jessica.castro@faema.edu.br](mailto:jessica.castro@faema.edu.br).

+ Pesquisadora Assistente:

MARIALICE GYARAKI DA SILVA – Acadêmica do 9º período do Curso de Bacharelado em Fisioterapia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Telefone de Contato: (69) 9 8158 7938. E-mail: [alicegyaraki@gmail.com](mailto:alicegyaraki@gmail.com).

EVELIN SAMUELSSON - Docente da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Bióloga, Endereço: Avenida Machadinho, 4349, Setor 06, Ariquemes – RO, Telefone de Contato: (69) 9 8429 6789. E-mail: [evelin.samuelsson@faema.edu.br](mailto:evelin.samuelsson@faema.edu.br).

• Justificativa:

O infarto agudo do miocárdio caracteriza como um dos maiores problemas de saúde pública nos países, correspondendo a 7,2 milhões dos 16,6 milhões de óbitos por doenças cardiovasculares em todo o mundo. (ANDRADE; AZZOLIN, 2010).

Dessa forma, a realização desse estudo e a obtenção de seus achados apresenta grande relevância para a região Amazônica, tanto para o conhecimento epidemiológico dessa patologia em nossa área demográfica, como também auxiliar em futuras campanhas de promoção de saúde com o intuito de prevenção. Por traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com IAM da região norte do Brasil.

• Objetivo do estudo:

Identificar o perfil dos pacientes que foram atendidos com diagnóstico de IAM na Unidade de Pronto – Socorro do Hospital Municipal de Ariquemes no interior de Rondônia, estando esta inserida na região Amazônica do Brasil – América do Sul.

• Explicação do Procedimento

Serão coletados os dados necessários dos prontuários dos pacientes e transpassados para a ficha (Apêndice I), contendo algumas informações presentes nos prontuários anteriormente citado, identificando assim o perfil epidemiológico desses pacientes através de uma análise das características comuns entre eles.

Será utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário com perguntas fechadas para análise bioestatística, tendo por base o questionário usado pelos autores Colombo & Aguillar (1997) em seus estudos, no qual para essa pesquisa o mesmo foi modificado, sofrendo alterações para melhor adaptação na coleta de dados.

*Handwritten signature in blue ink.*

Os dados a serem coletados definem-se como: sexo, idade, data de internação, dia e situação (vivo/morto) da alta, cor, tipo de infarto, dia da semana em que ocorreu o evento, estado civil, local de residência, dados relacionados ao estilo de vida (fumante, ex-fumante, etilista, ex-etilista e outros) e doenças crônicas, ressaltando que as informações coletadas estarão sob responsabilidade dos pesquisadores envolvidos nesta pesquisa no qual assinarão o Termo de Compromisso para utilização de Informações de Prontuários em Projeto de Pesquisa (apêndice IV).

O responsável pelo local da pesquisa deverá assinar a Carta de Anuência da Instituição; serão realizados pela pesquisadora esclarecimentos referentes à pesquisa ao responsável legal do paciente e ao paciente; que deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A presente pesquisa ocorrerá após apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – CEP/FAEMA.

- Riscos/desconfortos – benefícios esperados (individuais ou coletivos);

Essa pesquisa não oferece riscos ao paciente estudado uma vez que, serão coletadas apenas informações contidas nos prontuários sem contato nenhum para com o indivíduo, e a apropriação dessas informações presentes nos prontuários dos pacientes candidatos a participar dessa pesquisa serão mantidas em sigilo conforme esclarecido no termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projeto de pesquisa.

É garantido ao sujeito da pesquisa que não haverá para o mesmo nenhum tipo de despesa ou se por ventura houver, será ressarcido.

A pesquisa será desenvolvida nas dependências do Hospital Municipal de Ariquemes - Rondônia.

O sujeito da pesquisa tem liberdade de participação, podendo se recusar ou desistir de participar em qualquer fase da pesquisa sem penalidade ou prejuízo;

É garantida a confidencialidade, privacidade e anonimato, as informações obtidas nesta pesquisa não serão de maneira alguma associada à identidade e não poderão ser consultadas por pessoas leigas sem a autorização oficial. Estas informações poderão ser utilizadas para fins estatísticos ou científicos, desde que fiquem resguardados a minha total privacidade e meu anonimato.

Os dados desta pesquisa deverão compor o trabalho de conclusão de Curso de Fisioterapia da Acadêmica Marialice Gyarakí da Silva e os resultados para eventuais publicações de artigos científicos e/ou apresentações em eventos.



Será garantido o retorno dos resultados para a Instituição onde a mesma foi realizada.

Ariquemes, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Responsável Legal: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

*Jessica Castro dos Santos*

Pesquisadora responsável: Profª. Jéssica Castro dos Santos  
Telefone: (69) 9 8458 6536

*Jessica Castro dos Santos*  
Fisioterapeuta  
CRF 011500-2

*Marialice Gyarakí da Silva*

Pesquisadora Assistente: Marialice Gyarakí da Silva  
Telefone: (69) 9 8158 7938

*Evelin Samuelsson*

Pesquisadora Assistente: Evelin Samuelsson  
Telefone: (69) 9 8429 6789

*Evelin Samuelsson*  
Ciências Biológicas  
FAEMA



**APÊNDICE IV**  
**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE**  
**PRONTUÁRIOS EM PROJETO DE PESQUISA**



Faculdade de Educação e Meio Ambiente  
Instituto Superior de Educação - ISE

Portaria MEC de Reconhecimento Nº. 857, de 11/09/2013, D.O.U. de 12/09/2013.

**APÊNDICE IV**

**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES**  
**DE PRONTUÁRIOS EM PROJETO DE PESQUISA**

**PESQUISA:** PERFIL DOS INDIVÍDUOS ADMITIDOS COM DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARIQUEMES RONDÔNIA – REGIÃO AMAZÔNICA

Pesquisador Responsável: Profª Esp. Jessica Casto dos Santos


Pesquisador Assistente: Mariálce Gyaraki da Silva

Pesquisador Assistente: Evelin Samuelsson


Como pesquisadora acima qualificada comprometo-me cumprir rigorosamente, sob as penas da Lei, as Normas Internas aqui estabelecidas para utilização de dados de prontuários dos pacientes dos pacientes que foram admitidos e atendidos no pronto-socorro do Hospital Municipal de Ariquemes – Rondônia, que se constituem na base de dados do presente Projeto de Pesquisa (Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados), tomando por base as determinações legais previstas nos itens III.3.i e III.3.g das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos ( Resolução CNS 466/12 e Diretrizes 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para pesquisa Biomédicas Envolvendo Seres Humanos ( CIOMS 1993), que dispõem: o acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins de pesquisa científica ( Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados) será autorizado apenas para pesquisadores do Projeto de Pesquisa devidamente aprovado pelas instâncias competentes da FAEMA e pelo Comitê de ética em Pesquisa (CEP/FAEMA).

*J. Samuelsson*  
*ca*

Ariquemes, 06 de junho de 2018

  
\_\_\_\_\_  
Jessica Castro dos Santos  
Fisioterapeuta  
CREFTO 215280-2

Pesquisador (a) Responsável do Projeto

  
\_\_\_\_\_  
Marialice Gyarakí da Silva  
Membro/Equipe da Pesquisa

  
\_\_\_\_\_  
Evelin Samuelsson  
Membro/Equipe da Pesquisa  
Evelin Samuelsson  
Ciências Biológicas  
FAEMA

## ANEXO I PARECER DE APROVAÇÃO



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E  
MEIO AMBIENTE FAEMA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL DOS INDIVÍDUOS ADMITIDOS COM DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARIQUEMES RONDÔNIA, ¿ REGIÃO AMAZÔNICA

**Pesquisador:** Jéssica Castro dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 93722618.3.0000.5601

**Instituição Proponente:** UNIDAS SOCIEDADE DE EDUCACAO E CULTURA LTDA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.872.760

#### Apresentação do Projeto:

Este estudo é do tipo documental, de abordagem quantitativa, de caráter descritivo, por meio da análise de prontuário dos pacientes que foram atendidos na unidade de pronto – socorro do hospital regional de Ariquemes no Interior de Rondônia, e que obtiveram diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

#### Objetivo da Pesquisa:

Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes que foram atendidos com diagnóstico de IAM na unidade de pronto – socorro do hospital regional de Ariquemes no Interior de Rondônia, estando esta inserida na região Amazônica do Brasil – América do Sul.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**RISCOS:** Essa pesquisa oferece riscos mínimos aos pacientes, uma vez que serão coletadas apenas informações contidas nos prontuários.

**BENEFÍCIOS:** Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos pelo Infarto Agudo do Miocárdio; levantamento dos fatores de risco envolvidos.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa trata-se de um estudo que visa identificar a faixa etária, procedência, profissão, sexo, grupos raciais, taxa de letalidade e mortalidade de pacientes admitidos no Hospital Regional

Endereço: Avenida Machado, nº 4.349, Setor 08, Sala 3.8 do Bloco C

Bairro: SETOR 08

CEP: 78.932-125

UF: RO

Município: ARIQUEMES

Telefone: (69)3538-8800

E-mail: cep@feema.edu.br

Continuação do Parecer: 2.072.700

de Ariquemes com IAM, bem como relacionar as doenças crônicas associadas e fatores de risco, traçando um perfil desses pacientes através de uma análise de características comuns entre eles.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos estão concordes às exigências.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Conclui-se que tal estudo pode contribuir para a obtenção de dados referentes ao perfil dos pacientes que foram atendidos com diagnóstico de IAM na unidade de pronto – socorro do hospital regional de Ariquemes no Interior de Rondônia.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme Resolução 465/12 e cronograma apresentado o relatório final deve ser apresentado até 31/12/2018.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                     | Situação |
|---|---|------------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1147630.pdf | 21/08/2018<br>22:30:45 |                           | Acelto   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | PROJETO_PESQUISA.pdf                          | 21/08/2018<br>22:29:53 | Jéssica Castro dos Santos | Acelto   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_SCAN.pdf                                 | 21/08/2018<br>22:28:59 | Jéssica Castro dos Santos | Acelto   |
| Outros  | CARTA_ANUENCIA.pdf                            | 03/08/2018<br>22:18:42 | Jéssica Castro dos Santos | Acelto   |
| Cronograma  | Cronograma_MODIFICADO.pdf                     | 03/08/2018<br>22:17:05 | Jéssica Castro dos Santos | Acelto   |
| Orçamento   | ORCAMENTO.pdf                                 | 03/08/2018<br>22:16:46 | Jéssica Castro dos Santos | Acelto   |
| Folha de Rosto  | FOLHA_ROSTO.pdf                               | 06/07/2018<br>18:44:40 | Jéssica Castro dos Santos | Acelto   |
| Outros  | TERMO_PRONTUARIOS.pdf                         | 06/07/2018<br>18:44:28 | Jéssica Castro dos Santos | Acelto   |

Endereço: Avenida Machado, nº 4.349, Setor 08, Sala 3.8 do Bloco C

Bairro: SETOR 08

CEP: 78.932-125

UF: RO

Município: ARIQUEMES

Telefone: (69)3538-8800

E-mail: cep@feema.edu.br





FACULDADE DE EDUCAÇÃO E  
MEIO AMBIENTE FAEMA



Continuação do Parecer: 2.072.760

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ARIQUEMES, 04 de Setembro de 2018

---

Assinado por:  
DRIANO REZENDE  
(Coordenador)

Endereço: Avenida Machado, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C

Bairro: SETOR 06

CEP: 78.932-125

UF: RO

Município: ARIQUEMES

Telefone: (69)3535-8800

E-mail: cep@feema.edu.br



## Marialice Gyaraki da Silva

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0764778320097949>  
Última atualização do currículo em 10/12/2018

Possui ensino-medio-segundo-graupela Escola Estadual de Ensino Médio Ricardo Catanhede(2013). Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)**

### Identificação

**Nome** Marialice Gyaraki da Silva  
**Nome em citações bibliográficas** SILVA, M.G.

### Endereço

### Formação acadêmica/titulação

**2014** Graduação em andamento em Fisioterapia.  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.  
**2011 - 2013** Ensino Médio (2º grau).  
Escola Estadual de Ensino Médio Ricardo Catanhede, RC, Brasil.

### Formação Complementar

**2018 - 2018** Oratória e Comunicação no Serviço Público. (Carga horária: 20h).  
Escola do Legislativo - Assembleia Legislativa do Estado de Rondônia, ESCOLA, Brasil.  
**2016 - 2016** Núcleo de Segurança do Paciente - Elaboração e Gerenciamento.. (Carga horária: 10h).  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.  
**2015 - 2015** Eletrotermofototerapia na Prática Profissional. (Carga horária: 15h).  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.  
**2015 - 2015** Pilates Clássico e Fitball no Fortalecimento da Musculatura do CORE.. (Carga horária: 15h).  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.  
**2014 - 2014** Educação Perineal - Fisioterapeuta Dra. Laira Ramos. (Carga horária: 4h).  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.

### Atuação Profissional

**Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.**

#### Vínculo institucional

**2018 - 2018** Vínculo: , Enquadramento Funcional:

### Projetos de extensão

**2018 - 2018** Escola de Avós e Oficina de Prevenção a Quedas.  
Descrição: Realizado no dia 08 de outubro de 2018, sob a supervisão dos Professores Eps. Jéssica Castro dos Santos; Esp. Patrícia Caroline Santana e Esp. Luiz Fernando Schneider, com carga horária de 04 horas, de acordo com a resolução Nº 056/2018/CONSEPE/FAEMA..  
Situação: Concluído; Natureza: Extensão.  
Alunos envolvidos: Graduação: (29) / Especialização: (3) / Mestrado acadêmico: (0) / Mestrado profissional: (0) / Doutorado: (0) .  
Integrantes: Marialice Gyaraki da Silva - Integrante / Jéssica Castro dos Santos -

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>2018 - 2018</b> | <p>Coordenador / Patrícia Caroline Santana - Integrante / Luiz Fernando Schneider - Integrante.</p> <p>Exposição de trabalhos representando a FAEMA no projeto de Extensão Expovale/2018. Descrição: Exposição de trabalhos representando a FAEMA no projeto de Extensão Expovale/2018. Processo nº 0252/SECON/FAEMA/2018 DE 23/03/2018.. Situação: Concluído; Natureza: Extensão.</p> <p>Alunos envolvidos: Graduação: (30) / Especialização: (0) / Mestrado acadêmico: (0) / Mestrado profissional: (1) / Doutorado: (0) .</p> <p>Integrantes: Marialice Gyaraki da Silva - Integrante / Filomena Maria Minetto Brondani - Coordenador.</p>   |
| <b>2018 - 2018</b> | <p>Gincana Inclusiva na APAE - Desenvolvimento motor, sensorial e cognitivo através de atividades lúdicas.</p> <p>Descrição: Realizado no dia 03/05/2018 sob a coordenação da Prof. Pérsia Menz e supervisão das Profs, Esp. Patricia Caroline Santana e Esp. Cristielle Joner com carga horária de 4 horas, de acordo com a resolução Nº 022/2018/CONSEPE/FAEMA.. Situação: Concluído; Natureza: Extensão.</p> <p>Alunos envolvidos: Graduação: (29) / Especialização: (2) / Mestrado profissional: (1) .</p> <p>Integrantes: Marialice Gyaraki da Silva - Integrante / Pérsia Regina Menz - Coordenador / Patrícia Caroline Santana - Integrante / Cristielle Joner - Integrante.</p> |
| <b>2017 - 2017</b> | <p>Ação Global - Psicomotricidade e Coordenação Motora.</p> <p>Descrição: Realizado pelas professoras Ms. Pérsia Regina Menz e professora Esp. Patricia Caroline Santana no dia 27/08/2017, com carga horária de 10 horas, de acordo com o processo nº 557/2016/SECON/FAEMA.. Situação: Concluído; Natureza: Extensão.</p> <p>Alunos envolvidos: Graduação: (29) / Especialização: (1) / Mestrado profissional: (2) .</p> <p>Integrantes: Marialice Gyaraki da Silva - Integrante / Pérsia Regina Menz - Coordenador / Patrícia Caroline Santana - Integrante / Nelson Perreira da Silva Júnior - Integrante.</p>   |
| <b>2016 - 2016</b> | <p>Faema a Serviço da Saúde</p> <p>Descrição: Realizado na data de 07 de abril de 2016 com carga horária de 30 horas.. Situação: Concluído; Natureza: Extensão.</p> <p>Alunos envolvidos: Graduação: (20) / Especialização: (1) / Mestrado profissional: (2) .</p> <p>Integrantes: Marialice Gyaraki da Silva - Integrante / Maiara Lazaretti Rodrigues do Prado - Coordenador / Nelson Perreira da Silva Júnior - Integrante / Regiane Rossi - Integrante.</p>   |

## Áreas de atuação

|           |  |
|-----------|--|
| <b>1.</b> | Grande área: Ciências da Saúde / Área: Fisioterapia e Terapia Ocupacional. |
|-----------|--|

## Idiomas

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Português</b> | Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem. |
|------------------|--|

## Prêmios e títulos

|             |   |
|-------------|---|
| <b>2016</b> | 1º Lugar - II Gincana virtual da FAEMA - Tema: Legados da Olimpíada RIO/2016 - ENADE., Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. |
|-------------|---|

## Produções

### Produção bibliográfica

### Resumos expandidos publicados em anais de congressos

|           |   |
|-----------|---|
| <b>1.</b> | <b>SILVA, M.G.</b> ; PRADO, M. L. R. ; FAVERO, M. T. . CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA RELACIONADA À MORTE SÚBITA NO ESPORTE. In: II Encontro Científico FAEMA, 2016, Ariquemes - RO. Cardiomiopatia hipertrófica relacionada à morte súbita no esporte. Ariquemes-RO: Revista FAEMA, 2016. v. 7. p. 254-257. |
|-----------|---|

## Eventos

### Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

**1.**

- 3º Encontro de Terceira Idade sob tema... ensina-nos.. Importância da Prevenção de Quedas em Idosos. Instituição promotora: Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. 2018. (Exposição).
2. I Simpósio Multiprofissional de Reabilitação Cardiovascular e Metabólica. 2018. (Simpósio).
  3. X Congresso Rondoniense de Fisioterapia (CORFISIO). Facilitação Neuromuscular Proprioceptivo para Reabilitação de Traumatismo Raquimedular: Relato de Experiência. Autores: PEDROSA, Camila Magalhães; LIRA, Aline Lindner; SILVA, Marialice Gyarakí.. 2018. (Congresso).
  4. 3ª Copa Okinawa de Karatê Interestilos - 1ª Etapa Estadual. Convidado para participar como Fisioterapeuta Socorrista.. 2017. (Outra).
  5. II ECAF - Exposição Científico Acadêmico de Fisioterapia - Um olhar contemporâneo.. 2017. (Exposição).
  6. XXII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva. 2017. (Congresso).
  7. II Encontro Científico da FAEMA. Cardiomiopatia Hipertrófica Relacionada à Morte Súbita no Esporte. 2016. (Encontro).
  8. II Gincana virtual da FAEMA - Tema: Legados da Olimpíada RIO/2016 - ENADE.de. Participou como membro da equipe. 2016. (Outra).
  9. I Encontro Científico da FAEMA. 2015. (Encontro).
  10. I Encontro Científico de Fisioterapia da FAEMA. 2014. (Encontro).

#### Organização de eventos, congressos, exposições e feiras

1. **SILVA, M.G.**; JONER, C. ; SANTANA, P. C. ; LIRA, A. L. ; PEDROSA, C. M. . I Aleita Fisio. 2017. (Exposição).
2. FAGUNDES, D. S. ; PEDROSA, C. M. ; BEZERRA, D. G. ; **SILVA, M.G.** . I ECAF - Exposição Científico Acadêmico de Fisioterapia.. 2016. (Exposição).

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 12/12/2018 às 19:04:33

[Imprimir currículo](#)