

CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

JOÃO EDILTON ALVES FEITOZA

**CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO
ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA.**

Juazeiro do Norte- CE

2019

JOÃO EDILTON ALVES FEITOZA

**CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.
ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem do Centro Universitário Doutor
Leão Sampaio, como requisito para obtenção do
grau de bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Shura do Prado Farias Borges

Juazeiro do Norte- CE

2019

JOÃO EDILTON ALVES FEITOZA

**CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO
ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem do Centro Universitário Doutor
Leão Sampaio, como requisito para obtenção do
grau de bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Shura do Prado Farias Borges

Data de aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Esp. Shura do Prado Farias Borges

Orientadora

Profa. Esp. Bruna Bandeira Oliveira Marinho

Examinador 1

Profa. Dr^ª. Woneska Rodrigues Pinheiro

Examinador 2

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus por todas as maravilhas que tem me proporcionado, aos meus pais, meus irmãos e a minha família, que lutaram e compartilharam todos os anseios de uma formação acadêmica comigo, aos amigos e professores por terem tornado essa etapa da minha vida mais leve.

RESUMO

Sendo considerada como uma das enfermidades de grande preocupação no campo das doenças cardiológicas, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) configura-se consideravelmente como um problema de saúde pública no Brasil. O presente estudo tem como objetivos avaliar o perfil das vítimas de infarto agudo do miocárdio-(IAM) atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência-(SAMU), identificar fatores de risco relacionados ao Infarto Agudo do Miocárdio no atendimento pré-hospitalar, traçar um perfil de incidência do início dos sintomas, averiguar os atendimentos com a realização da trombolização. A referida pesquisa trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, documental também possibilitando um levantamento dos dados coletados em tempo oportuno, os clientes acometidos pelo IAM e registrados na ficha de notificação. Sendo desenvolvido no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O estudo atendeu aos aspectos éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/12, onde as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos, buscando sempre que prevaleçam os benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis, bem como, confidencialidade, privacidade, a proteção da imagem e não estigmatização dos participantes da pesquisa. Realizando-se uma leitura analítica dos dados presente nos documentos avaliados, bem como, foram dispostos em tabela as principais variáveis pertinentes no documento averiguado. Diante do resultados que foram expostos, nos transparece que a maior prevalência de IAM deu-se sob os pacientes do sexo masculino apresentando maior probabilidade a desenvolver doenças cardíacas, e por negligenciar a própria saúde indicam maior prevalência de mortalidade. Nos remetendo que dos pacientes que sofreram dessa enfermidade encontravam-se na faixa etária de 50 a 80 anos apresentando 1 e 2 fatores desencadeantes. Ao realizar uma comparação acerca da história clínica, apresentou-se maior predominância de atendimentos a pacientes sem fatores e com presença de 1 fator de risco no ano de 2017 por natureza de transferência, seguida novamente por natureza de IAM, não identificado e clinico, no ano posterior ambos atendimento por natureza apresentaram significativa redução de acordo com a história clínica do paciente. A pesquisa denota o desenvolvimento do início dos sintomas do IAM, deu-se predominantemente pelo turno da manhã e noite. Em meio a esses resultados obtidos com relação entre a utilização dos trombolíticos ao longo dos anos assim pesquisados, podemos detectar uma diminuição significativa quanto a sua realização.

Palavras-Chave: Infarto, Enfermagem, Infarto do Miocárdio, Emergências.

ABSTRACT

Being considered one of the diseases of major concern in the field of heart disease, acute myocardial infarction (AMI) is a considerable public health problem in Brazil. The present study aims to evaluate the profile of victims of acute myocardial infarction (AMI) treated by the mobile emergency care service (SAMU), identify risk factors related to acute myocardial infarction in prehospital care, trace an incidence profile of the onset of symptoms, to verify the attendances with the accomplishment of thrombolisation. This research is an exploratory, descriptive study with quantitative and documentary approach also allowing a survey of data collected in a timely manner, clients affected by AMI and registered in the notification form. Being developed at the Mobile Emergency Care Service (SAMU). The study complied with the ethical and legal aspects established in Resolution 466/12, where research involving human subjects must meet ethical foundations, always seeking to prevail the expected benefits on the risks and / or foreseeable discomfort, as well as confidentiality, privacy, image protection and non-stigmatization of research participants. By performing an analytical reading of the data present in the evaluated documents, as well as, the main relevant variables in the verified document were tabulated. Given the results that have been exposed, it appears that the highest prevalence of AMI occurred under male patients who are more likely to develop heart disease, and because neglecting their own health indicate a higher prevalence of mortality. Reminding us that the patients who suffered from this disease were in the age group of 50 to 80 years presenting 1 and 2 triggering factors. When comparing the clinical history, there was a higher predominance of care to patients without factors and with the presence of 1 risk factor in 2017 due to the nature of transference, followed again by the nature of AMI, unidentified and clinical. year later both care by nature showed significant reduction according to the patient's clinical history. The research denotes the development of the onset of symptoms of AMI, occurred predominantly by the morning and night shift. Among these results obtained regarding the use of thrombolytics over the years thus researched, we can detect a significant decrease in their performance.

Keywords: Infarction, Nursing, Myocardial infarction, Emergencies.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Caracterização da amostra segundo perfil das vítimas quanto ao sexo.....pág.16

Gráfico 2 – Atendimento com Realização de Trombólise.....pág.20

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Caracterização da amostra segundo perfil das vítimas correlacionando idade e história clínica.....pág.17
- Tabela 2:** Identificação dos fatores de risco e natureza da ocorrência..... pág.18
- Tabela 3:** Perfil da incidência dos sintomas.....pág.19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
RAS	Redes de Assistência à Saúde
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
SatO ₂	Saturação de Oxigênio
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
MG	Miligramas
TCLE	Termo De Consentimento Livre e Esclarecido
TCPE	Termo De Consentimento Pós Esclarecido
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
AI	Angina Instável
EV	Endovenoso
SSVV	Sinais Vitais
ML	Mililitro
KG	Quilograma
DAC	Doença Arterial Coronariana
SST	Supra desnivelamento do Seguimento ST
PNAISH	Política Nacional De Atenção Integral a Saúde do Homem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	OBJETIVOS	7
2.1	OBJETIVO GERAL	7
2.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
3	REVISÃO DE LITERATURA	8
3.1	FISIOPATOLOGIA DO IAM	8
1.1	3.2 FATORES DE RISCO	9
3.3	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IAM	10
3.4	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO AO IAM	10
4	METODOLOGIA	13
4.1	NATUREZA E TIPO DE PESQUISA	13
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA	13
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	14
4.4	PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO PARA COLETAS DE DADOS	14
4.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	15
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	15
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	16
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS VÍTIMAS	16
6	CONCLUSÃO	22
	REFERÊNCIAS	24
	APÊNDICES	28
	APÊNDICE A - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS	29
	APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA	30
	APÊNDICE C – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO	31
	APÊNDICE D – TERMO DE DISPENSA DO TCLE	32
	APÊNDICE E- QUESTIONÁRIO	33

1 INTRODUÇÃO

Sendo considerada como uma das enfermidades de grande preocupação no campo das doenças cardiológicas, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) configura-se consideravelmente como um problema de saúde pública no Brasil, (SANTOS, 2018). Este evento pode ser fomentado através da elevação da pressão de cisalhamento exercida no vaso ou desencadeada por um processo inflamatório dentro da membrana, podendo vir a ser vulnerabilizada, a mesma constitui-se em seu interior grande quantidade de macrófagos e lipídios. Eclodindo a descontinuidade da membrana fibrótica acarretando o extravasamento desses constituintes, oportunizando o desenvolvimento da agregação plaquetária, resultando na formação do trombo no local e posteriormente vindo acarretar em uma trombose, podendo obstruir total ou parcial o lúmen do vaso, refletindo consequentemente no fluxo sanguíneo (GUALANDRO et al; 2012).

O infarto agudo do miocárdio caracteriza-se como uma necrose precedida de um bloqueio prolongado do fluxo sanguíneo após uma isquemia. Esse evento possui grande incidência na população idosa, porém as taxas de prevalência de mortalidade e padrão sequelante entre a população jovem aumentou consideravelmente devido o baixo condicionamento físico, (SANTOS, *et al*;2018). Segundo OLIVA, *et al*; (2018) a taxa de incidência do evento aumenta consideravelmente entre homens e mulheres de idades entre 35-64 anos compondo 169 e 28 casos respectivamente, quando comparados com idade de 85-94 anos os casos são 2.306 e 1.384. Esse evento se caracteriza por ser a principal causa de morte no Brasil, sendo boa que parte das mortes por IAM ocorre no âmbito hospitalar público de saúde, sendo estas desassistidas pela equipe médica.

Nessa interface tão preocupante na saúde pública em todas as suas ramificações das esferas da assistência, levando em consideração o desenvolvimento e implementação de novas tecnologias frente a essa temática, a referida análise busca averiguar o perfil das vítimas de infarto agudo do miocárdio (IAM) atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. Sendo uma prática bastante corriqueira nos atendimentos extra e intra hospitalar, o uso dos trombolíticos como tratamento terapêutico vem apresentando grande eficácia no tratamento do IAM, transparecendo de forma satisfatória a diminuição dos níveis de mortalidades para com os acometidos por essa enfermidade, vale salientar sua eficácia frente ao tempo dependente e exponencial na detecção e utilização do fármaco para reverter o quadro clínico, no entanto, tendo um custo benefício muito elevado comparando com outros tipos de tratamentos(WAINSTEIN, *et al*; 2008).

Considerando a importância da promoção da assistência, e o número elevado de óbito por IAM e sabendo da necessidade do protocolo para atendimento a IAM e estabelecer medidas de segurança durante os atendimentos, despertou o interesse pela temática, assim como a afinidade do pesquisador com a área da urgência em saúde. Além de se fazer necessário o esclarecimento sobre a importância e utilização da ficha de notificação para infarto agudo do miocárdio, frente a interpretação do protocolo de IAM e a necessidade da trombolização nos pacientes acometidos.

Tem-se como hipótese que pode existir dificuldade de preenchimento e a avaliação do protocolo de atendimento do IAM por parte da equipe de multiprofissional, podem informar sobre as principais práticas assistenciais dos profissionais que trabalham no SAMU, permitindo ajustes necessários com a finalidade de melhorar a assistência.

Diante do que foi exposto, o estudo em questão terá como contribuição o levantamento de dados sobre a incidência do IAM e a importância da utilização do protocolo para com esses pacientes. Além de verificar o número de casos deste evento durante o período de 2 (dois) anos. Essa análise permitirá traçar um perfil de acometimento, informando os grupos de riscos e expondo para a população os fatores predisponentes ao acometimento no IAM. Além disso, poderá ser utilizada como embasamento científico para pesquisa futuras nesta linha de pensamento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o perfil clínico das vítimas de infarto agudo do miocárdio atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência-(SAMU).

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar fatores de risco relacionados ao Infarto Agudo do Miocárdio no atendimento pré-hospitalar;
- Traçar um perfil de incidência do início dos sintomas;
- Identificar o número de casos com a realização da trombólise.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 FISIOPATOLOGIA DO IAM

O Infarto Agudo do Miocárdio configura-se como uma deficiência do suprimento sanguíneo para o miocárdio. Subsistem três formas clínicas, desencadeadas por meio desse déficit de suprimento, são eles: angina instável (AI), o IAM sem supradesnível do segmento ST e o IAM com supradesnível do segmento ST (SILVA, 2015).

Placas de gorduras se depositam nos vasos sanguíneos, por consequência do excesso de colesterol, normalmente as placas encontra-se aderidas nas paredes do vaso podendo obstruir total ou parcial o lúmen, este acúmulo de gordura interfere diretamente no fluxo sanguíneo, fazendo com que este seja reduzido (GUALANDRO et al; 2012).

Em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda (SCA) ou Infarto Agudo do Miocárdio sem Supra desnivelamento do Segmento ST (SST) observa-se uma manifestação de desequilíbrio advinda entre a oferta e demanda de oxigênio geralmente resultando de uma oclusão grave, porém não total, ocasionada pelo trombo, por rompimento da placa aterosclerótica coronária ou por erosão do endotélio da artéria coronária (PERIOTTO; SALLES; ALBUQUERQUE, 2008).

A oclusão total geralmente leva a um IAM com supradesnível do segmento ST. Caracterizado por uma situação clínica de extrema gravidade, a abordagem dos pacientes admitidos começa com adequado reconhecimento e triagem dos casos de dor torácica (PERIOTTO, SALLES, ALBUQUERQUE, 2008).

Vale salientar a existência de um leque de possibilidades oportunas, sendo evidenciadas por intermédio do desencadeamento e predisposição do infarto, por trata-se de forma particular sua manifestação através de: dor precordial irradiando-se ao membro superior esquerdo, podendo se ramificar para a mandíbula, membro superior direito, dorso, ombros (PESARO; SERRANO; NICOLAU, 2004). No entanto, essas evidencias clinicas podem ser subdivididas em fatores de riscos modificáveis, tais como: diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemias, tabagistas, não praticantes de atividades físicas, sobrepeso, e estresse; nessa mesma vertente temos os fatores não modificáveis que são: sexo, fatores genéticos presentes na família do indivíduo com pré-disposição para o desencadeamento de enfermidades cardiogênicas, raça, idade (MERTINS et al, 2016).

Houve a formação do trombo e com essa formação a interferência no suflo, que terá sua pressão aumentada, tendo a descontinuidade do vaso e extravasamento do sangue.

Na fase pré-hospitalar, com a atuação do SAMU, de tal forma a incidência de morte desse evento ocorre em larga escala perante as primeiras horas das manifestações clínicas, sendo desassistidas essas mortes pelos profissionais do âmbito hospitalar. O atendimento desses clientes com SCA no pré-hospitalar deve ser realizado por um profissional capacitado da área da saúde, para ter uma avaliação rápida identificando seus sinais e sintomas para consolidar uma intervenção em tempo hábil o suficiente para reverter o seu quadro clínico (SILVA, 2015).

Com tudo, o atendimento pré-hospitalar consolida-se nessa interface com intuito de redução sobre o progresso do quadro clínico do cliente frente o IAM, até a realização do tratamento adequado a sua restauração fisiológica normal. Tais medidas podem ser levadas em consideração seu nível de probabilidade de exatidão quando sendo empregadas por profissionais capacitados da área da saúde, tendo com sua desenvoltura o olhar clínico e direcionado frente os fatores que potencializam o acometimento de tal evento e consequentemente a doação adequada da melhor intervenção (PEIGAS, et al., 2015).

1.1 3.2 FATORES DE RISCO

Conhecimento prévio sobre o controle dos fatores de risco das doenças cardiovasculares torna-se fundamental para diminuir sua ocorrência. As equipes de saúde devem estar atentas aos sinais apresentados pela população. Como também identificar aqueles de maior vulnerabilidade, levando em consideração o tempo de identificação das manifestações do evento e a implementação da intervenção (MARTIN et al, 2014).

Estudos anteriores relatam que os fatores de risco para o desencadeamento do infarto agudo do miocárdio representam um alto nível de prevalência na população. Estando inseridos em um contexto sócio culturais e econômicos, o que os torna de difícil manejo. Porém acredita-se que é possível reduzir pelo menos 50% da mortalidade ao controlá-los. Como maiores atenuantes temos Hipertensão arterial, diabetes mellitus (DM), dislipidemia e tabagismo (COSTA et al, 2016).

Em pacientes jovens mostram-se um alto nível de características clínicas como histórico familiar de DAC que se configura como fator não modificável, já a hiperlipidemia, obesidade, sexo e consumo de álcool, representam os fatores modificáveis. Estudos mostram que nos últimos anos o IAM em pacientes jovens começou a subir; sendo diferenciado dos indivíduos idosos pela superioridade dos fatores modificáveis interagindo diretamente no âmbito de vida dos adultos jovens. (LEI; BIN, 2019).

Embora tenha ocorrido inúmeros avanços nos últimos anos , ainda existem evidencias que apontam o sexo feminino, fibrilação atrial, estado civil e idade como preditores do infarto, enfatizando que esse subgrupos apontados podem se potencializar sua incidência frente os portadores de doenças crônicas sistêmicas e estilo de vida não saudáveis (RODRIGUES et al, 2018).

3.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IAM

Sabe-se que o enfermeiro desempenha papel primordial no atendimento ao infartado. Estando na primeira linha do atendimento imediato cabe a ele avaliar a sensação de desconforto precordial, verificar sinais vitais e avaliar parâmetros hemodinâmicos para melhor controle da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, identificando assim sinais de baixo débito cardíaco. A dor precordial e a ansiedade podem levar a hiperatividade do sistema nervoso, levando conseqüentemente ao aumento de consumo de oxigênio. Nesse contexto de assistência se sobressai de forma expressiva a autonomia da assistência prestada pelo profissional enfermeiro frente na oxigenioterapia e analgesia (FIGUEIREDO; VIEIRA, 2012).

Um dos aspectos relevantes dos cuidados ao paciente com IAM é o histórico da doença. A avaliação sistemática inclui um histórico cuidadoso principalmente quando se remete aos sintomas. Cada sintoma deve ser avaliado em relação ao tempo, duração, fatores que os antecedem e alívio. Isso facilita a identificação sistemática das necessidades do paciente e ajuda a determinar a prioridade dessas necessidades, possibilitando ao usuário um tratamento mais objetivo e eficaz. (DIANE K, DRESSLER M.S.N, RN, CCRN, 2014)

Dentre a assistência ofertada aos pacientes durante o IAM observa-se que os mais frequentemente prescritos são monitorização cardíaca continuada, ventilação não invasiva contínua, controle dos sinais vitais, controle de glicemia capilar e oximetria de pulso. O controle de glicemia deve ser realizado não somente em diabéticos. Existe uma relação entre a hiperglicemia, diabetes e doença coronariana aguda, no qual a hiperglicemia de estresse relaciona-se à elevação da glicemia durante a assistência aos infartados mesmo sem história prévia de diabetes. (GANEM, 2012).

3.4 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO AO IAM

Dando-se primordialmente sua utilização imediata, a introdução das substâncias farmacológicas durante o atendimento, configura-se por intermédio de um método mnemônico MONA (morfina, oxigênio, nitratos e ácido acetilsalicílico), tendo como ênfase a redução do consumo de oxigênio pelo coração, especificamente do miocárdio, relacionando-se diretamente com o atraso da obstrução coronariana (SILVA, 2015).

Nitratos são responsáveis pela diminuição do aporte miocárdico de oxigênio para os tecidos, através da vasodilatação da musculatura lisa cardíaca, com essa redução acarreta no alívio dos sintomas. Tendo ação imediata após infusão, sendo administrada por via sublingual ou transdermal através de adesivos ou pomadas, comumente tendo efeito adverso a cefaleia, no entanto, sua super dosagem pode desencadear hipotensão postural, rubor facial e taquicardia (MULQUEEN, 2016).

O ácido acetilsalicílico possui efeito anticoagulante plaquetário, com rápida ação no organismo, concernindo em um grande aliado para o tratamento de infarto. Sua administração deve ser por via oral sempre que existir a suspeita do IAM, com sua meia vida variante entre 15 a 20 minutos, seus efeitos adversos em doses altas pode provocar aumento da toxicidade bem como a inibição da produção de prostaciclina, perfazendo assim o desencadeamento de sangramento por longos períodos (ANDERSON; COGAN, 2016).

As condutas a serem realizadas para com esses clientes, deve-se dar ênfase na redução do tempo de detecção dos sinais e sintomas e o início das intervenções entre o período pré e/ou intra- hospitalar. Perfazendo assim um ciclo de integração entre a comunidade, serviço móvel de urgência, profissionais de saúde e recursos médico hospitalar. Nessa vertente enquadra-se como peça de real relevância o atendimento pré-hospitalar, pelos seus altos níveis de ocorrências do IAM sendo crucial esse atendimento nas primeiras horas de manifestações da doença (SILVA, 2015).

Sendo vista como um dos métodos mais utilizados durante as ocorrências de IAM atendidas pelas equipes do SAMU em todo o Brasil, o uso da trombolização vem gradativamente se refinando ao longo dos tempos, no intuito de aumentar as chances de reversão desse quadro. Ressaltando de forma bastante significativa a eficácia do método em relação a detecção dos seus sinais e sintomas em tempo hábil para a consequente reversão do quadro (WAINSTEIN et al; 2008).

A Portaria N° 2.994, de 13 de dezembro, reforça em seu abarcamento a aprovação da linha de cuidado do IAM e do Protocolo Clínico sobre Síndromes Coronarianas Agudas (SCA), através do uso de alguns fármacos ressaltando seu respectivo campo de ação, são eles:

ALTEPLASE sendo apresentada de forma injetável nas concentrações de 10(dez), 20(vinte) e 50(cinquenta) mg(miligrama), caracterizando-se como média complexidade, tendo a priori a glicoproteína que irá realizar a ativação do plaminogênio tecidual de forma direta no plasma celular. Vindo a ser ligada a fibrinainduz tem desencadeamento de uma resolução do plasminogênio em plasmina. Com tudo, havendo a desfragmentação do coágulo (BRASIL, 2011). Sua obtenção se realiza por meio do método de DNA recombinante, sendo de abalizado como uma substancia bastante seletiva frente ao tratamento, seu uso é por via endovenoso (EV) em *bolus*, no decorrer do seu preparo esse fármaco pode ser diluído em 50(cinquenta) mL(mililitro) para a sua homogeneização e posteriormente sua infusão, vindo ser empregue sua administração em tempos em 30(trinta) minutos sendo sua dose inicial 0,75 (zero virgula setenta e cinco) mg/kg(miligrama por quilograma) não excedendo a concentração de 50(cinquenta) mg(miligrama) e 60(sessenta) minutos sendo sua dose inicial 0,50mg/kg não excedendo a concentração de 35mg (SILVA, 2015).

A TENECTEPLASE apresentasse injetável nas concentrações de 30(trinta), 40(quarenta) e 50(cinquenta) mg(miligrama), sendo descrita como média complexidade. Seu mecanismo de ação no organismo humano consiste basicamente na estimulação para suprimir os coágulos e posteriormente a restauração do fluxo sanguíneo no local (BRASIL 2011). Vindo a ser infundido por nas concentrações de 30 (trinta) mg(miligrama) a 50 (cinquenta) mg(miligrama), acentuando-se em consideração o peso da cliente, durante sua administração realizar avaliação rigorosa do sinais vitais-(SSVV), abrilhantando essa droga por ser o único perante sua infusão ser feita de forma unificada em *bolus* (SILVA, 2015).

O CLOPIDOGREL constituindo-se em forma oral por comprimido na concentração de 75(setenta e cinco) mg(miligramas), se consolidando como média complexidade. Agindo na impossibilidade da agregação plaquetária de forma preventiva de trombozes emprótese intraluminal para com os pacientes que realizaram angioplastia coronariana, sendo ofertado 30(trinta) comprimidos a posta alta médica como forma profilática. Dosagem de troponina com finalidade diagnóstica, esse método desempenha de forma bastante significativa o rastreamento da ocorrência de leão cardíaca branda, distinguindo da dor torácica.

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa refere-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, documental também possibilitando um levantamento dos dados coletados em tempo oportuno, os clientes acometidos pelo IAM e registrados na ficha de notificação. Para Gil (2002), a pesquisa descritiva possibilita a coleta, análise e cruzamento dos dados, com tudo, viabiliza novas percepções sobre o assunto.

Exploratória se consolida em razão da obtenção e refinamento das ideias, propiciando o alcance de novas visões sobre assunto, tornando os pesquisadores adjuntos frente a temática. (ROUQUAYROL. 2003; *apud*; SILVA. 2007).

Marconie e Lakatos (2017), afirmam sobre o estudo quantitativo, sua real fundamentação para o cientista, pois o método transparece meios funcionantes frente as dimensões estudadas, categorizando os dados encontrados na pesquisa, propiciando o avanço por meio das relações entre as variáveis em questão.

A pesquisa documental se assemelha com a pesquisa de levantamento, no entanto difere-se da mesma pelo fato de terem sido produzidas com informações disponíveis e não colhidas diretamente das pessoas (GIL, 2017).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), no município de Crato, localizado na Região Metropolitana do Cariri, no sul do Estado do Ceará. Abrange uma área de 1.176,467 km², tendo um percentual populacional estimado em 131.372 habitantes (IBGE, 2018).

Escolheu-se o local da pesquisa pela importância do SAMU como Primeiro Serviço de Emergência utilizado pela população, bem como pelo fato do serviço dispor de informações relevantes para esta pesquisa. Sendo enviado um ofício para a instituição que autorizará a realização da pesquisa. A execução do estudo realizou-se após solicitação para entrada de campo (APÊNDICE A), no turno vespertino, de segunda a sexta-feira, no mês de novembro de 2019.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por registro de atendimentos de pacientes que foram vítimas de IAM nos anos de 2017 a 2018. A amostra constituiu-se pelas RAS que foram coletados os dados de acordo com os critérios de inclusão: RAS de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos que sofreram infarto nos anos de 2017 a 2018. E serão excluídos da pesquisa RAS que não estavam em conformidade com os critérios de inclusão, bem como, RAS com dados ilegíveis.

As RAS foram analisadas após a solicitação de carta de Anuência (Apêndice B) pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- (SAMU) Termo de Fiel Depositário assinado (APÊNDICE C), sendo dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-(TCLE), através do Termo de Dispensa do TCLE (APÊNDICE D), devido o estudo ser de caráter retrospectivo e a análise realizou-se através do registro do SAMU, onde será quantificado e avaliado todas as informações nelas contidas. Perfazendo-se como critério de inclusão, prontuários de clientes com idade igual ou superior a 18 anos que foram vítimas de IAM nos meses dos últimos 2 (dois) anos, 2017 a 2018. Sendo assim, enquadrando-se como critérios de exclusão registros de atendimentos ilegíveis e os que não contemplam os critérios de inclusão.

4.4 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO PARA COLETAS DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados constitui-se através de um questionário empregado ao Relatório de Atendimento do SAMU usado para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e as informações presentes nas fichas de notificação de atendimento do SAMU (APÊNDICE E).

O pesquisador utilizou o método da pesquisa documental, realizando análise dos dados de preenchimento dos registros de atendimento (RAS), nos retrospectivos anos 2017 a 2018, na base do SAMU escolhida através da observação sistemática. As RAS foram analisadas após autorização através da Declaração de Anuência da instituição Coparticipante (Apêndice A) e Termo de Fiel Depositário assinado (Apêndice B).

Para Marconi e Lakatos (2009) a observação sistemática, também conhecida por estruturada, planejada, controlada, faz uso de instrumentos para coletar os dados observados e é realizado em condições controladas com a finalidade de responder a questões predeterminadas.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

O estudo teve como embasamento os aspectos éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), onde as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos, buscando sempre que prevaleçam os benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis, bem como, confidencialidade, privacidade, a proteção da imagem e não estigmatização dos participantes da pesquisa.

Sendo realizada uma leitura analítica dos dados presente nos documentos avaliados, bem como, sendo dispostos em tabelas e gráficos as principais variáveis pertinentes no documento averiguado. De acordo com Gil (2017), na pesquisa documental pode-se encontrar as seguintes etapas: formulação do problema; elaboração do plano de trabalho; identificação das fontes; localização das fontes e obtenção do material; análise e interpretação dos dados e redação do relatório.

Para Marconi e Lakatos (2010), a tabulação é a apresentação de dados em tabelas, a qual permite maior facilidade em interpretação na averiguação dos dados. O mesmo faz parte do processo técnico na análise de dados estatístico, e possibilita reduzir os dados conseguidos pelas categorias e reproduzir graficamente. Portanto, os dados serão avaliados através de tabelas e gráficos utilizando-se de recursos de planilha de estatística simples.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Sendo de caráter documental, retrospectiva e analítica, tendo como utilização as Redes de Assistência à Saúde-(RAS) e o Relatório de Atendimento do SAMU, o estudo pode está exposto aos riscos de confiabilidade dos dados, podendo ser perdidos durante seu armazenamento, no entanto, sendo garantido o anonimato das informações. Frente a isto vale salientar a eticidade da pesquisa sendo implicada na relevância social do estudo frente a sua destinação sócio humanitária (BRASIL, 2012).

Mediante os fundamentos expostos pela resolução em questão, será seguida fielmente pelo pesquisador, respeitando seus preceitos éticos e legais em que nela contém.

O referido estudo foi enviado para averiguação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio- UNILEÃO para averiguação, tendo como posicionamento a aprovação do estudo, com a numeração de autorização 23193019.4.0000.5048 viabilizando e respaldando o início da coleta dos dados.

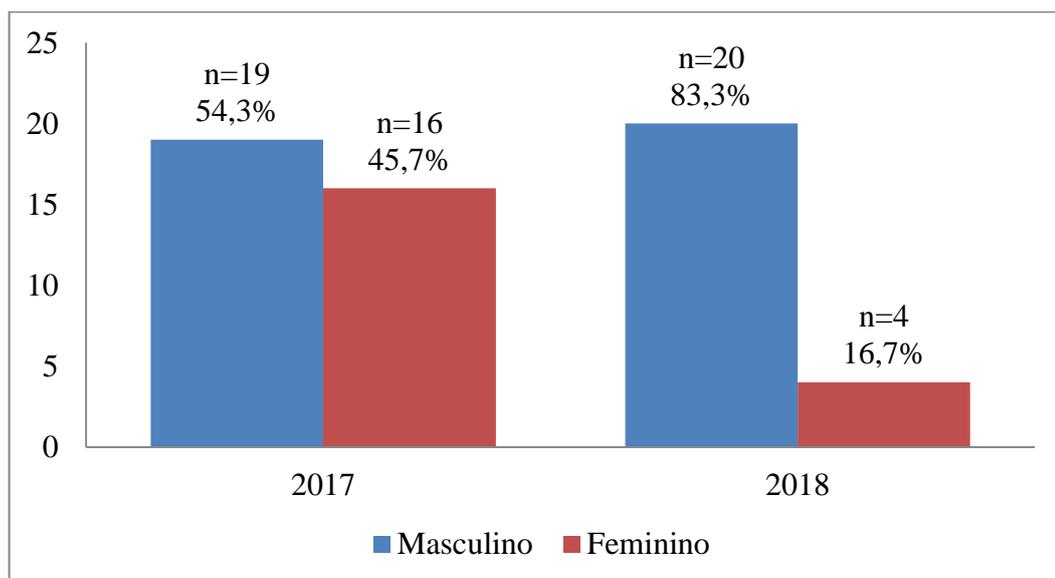
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo contou com amostra composta por registro de atendimentos de pacientes que foram vítimas de IAM, que se incluíram nos critérios estabelecidos na pesquisa. A amostra foi constituída por RAS onde foram coletados os dados, visando avaliar o perfil das vítimas de Infarto Agudo do Miocárdio-(IAM) atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS VÍTIMAS

Com propósito de contemplar os objetivos propostos, o item da amostra diz respeito a caracterização do perfil das vítimas, quanto a sexo, idade, história clínica, tais informações estão dispostas no Gráfico 1 e Tabela 1.

Gráfico 1: Caracterização da amostra segundo perfil das vítimas quanto ao sexo.



Fonte: Pesquisa direta, Crato-CE (2019).

Para composição do estudo foram avaliados 59 fichas de atendimentos que indicaram maior prevalência de pacientes do sexo masculino (54,3%) no ano de 2017, bem como no ano de 2018 com percentual de (83,3%) em pacientes do sexo masculino. Salientando um pequeno aumento de casos entre os anos de 2017 e 2018 entre homens, e uma diminuição significativa de casos no sexo feminino (16,7%) em 2018, quando comparado com o ano antecedente no qual apresentava sua mesma categoria (45,7%).

O sexo masculino apresenta maior probabilidade a desenvolver doenças cardíacas, e por negligenciar a própria saúde indicam maior prevalência de mortalidade. Deste modo, entende-se que apesar de apresentarem grande risco de morte ao serem acometidas por tal patologia, as mulheres apresentam na sua rotina médica consultas para a realização de busca ativa, o que favorece diagnóstico precoce. Em outra vertente, os homens só buscam o serviço quando apresentam o quadro em estado de emergência.

De acordo com a Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Do Homem (2008) ao tratar de indicadores de mortalidade observa-se que a maior porcentagem de óbitos deve-se em primeiro lugar às causas externas; em segundo lugar, as doenças do aparelho circulatório, em seguida tumores, as doenças do aparelho digestivo e as doenças do aparelho respiratório.

Em relação a morbidade, segundo a política, ao associar doenças do aparelho circulatório com as internações hospitalares pode-se constatar que, a maior parte das internações, deve-se aos acidentes coronarianos.

No que diz respeito aos fatores de risco associados a idade do pacientes, foram coletados os dados conforme a tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo perfil das vítimas correlacionando idade e história clínica.

Idade	Historia clinica / Fator de Risco (FR)								Total	
	Sem FR		1 FR		2 FR		3 ou mais FR			
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
30 a 50 anos	3	2	3	0	1	0	0	0	7	2
50 a 80 anos	6	5	6	7	6	7	5	0	23	19
80 a 100 anos	2	0	2	2	1	1	0	0	5	3
Total	11	7	11	9	8	8	5	0	35	24

Fonte: Pesquisa direta, Crato-CE (2019).

Ao realizar análise dos dados, observou-se que, no que diz respeito a idade houve maior prevalência de casos entre as idades de 50 a 80 anos, apresentando predominância de 1 e 2 fatores no ano de 2018, em contra partida no somatório final percebe-se uma diminuição de ocorrências de IAM nessa faixa etária quando comparada entre os anos de 2017 e 2018. Ao avaliar história clínica do paciente os fatores apresentados apontam possível índice para aumento ou redução do risco em desenvolver IAM.

Os fatores de risco para desenvolver IAM envolvem um grupo de fatores modificáveis e não modificáveis, este último sendo composto pela idade, bem como sexo. Os fatores de

risco modificáveis são aqueles os quais o paciente pode manter controle da sua existência como DM, HAS, Cardiopatias, Etilistas, Tabagistas, este decorrentes do estilo de vida a qual o paciente leva.

AVEZUM et al., (2005), aponta que fatores de risco como tabagismo, HAS, DM, história familiar doença arterial coronariana e nível sérico de LDL-colesterol estão independentemente associados com risco elevado de IAM, apresentando no seu estudo como fator de risco mais importante o tabagismo. Deste modo, observa-se que pacientes que apresentam presença de risco multifatorial, necessitam de intervenções no estilo de vida, para minimização do quadro.

Tabela 2: Identificação dos fatores de risco e natureza da ocorrência.

Natureza da ocorrência	História Clínica / Fator de Risco (FR)								Total	
	Sem FR		1 FR		2 FR		3 ou mais FR			
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Não identificado	1	0	0	1	1	5	2	0	4	6
Clinica	1	1	0	1	1	0	1	0	3	2
Transferência	6	2	7	3	3	1	1	0	17	6
IAM	3	4	4	4	3	2	1	0	11	10
Total	11	7	11	9	8	8	5	0	35	24

Fonte: Pesquisa direta, Crato-CE (2019)

Quando falamos em natureza da ocorrência tivemos um percentual elevado no ano de 2017, na qual apresentou maior prevalência para natureza em meio a transferências, logo como segunda natureza das ocorrências mais prevalente aquelas diretamente por IAM, seguidas de natureza não identificadas e clínica, afirmando o estudo de MUSSI et al., (2007) em que chama-se atenção para elevada frequência de transferências (39,2%), apresentando um percentual reduzido para admissão hospitalar do paciente.

Ao realizar uma comparação acerca da história clínica, apresentou-se maior predominância de atendimentos a pacientes sem fatores e com presença de 1 fator de risco no ano de 2017 por natureza, seguida novamente de IAM, não identificado, no ano posterior ambos atendimentos por natureza apresentaram significativa redução de acordo com a história clínica do paciente, salientando que dos fatores de risco que apresentaram maior prevalência respectivamente foram o DM, HAS e cardiopatias. Corroborando com o estudo, AVEZUM

et al., (2005), nos traz a existência de uma predominância dos fatores de risco tais como doenças crônicas, fatores modificáveis e não modificáveis para com o desencadeamento dessa patologia.

Tabela 3: Perfil da incidência dos sintomas.

Ano	Natureza da Ocorrência	Horário dos Sintomas	Total
2017	Ausência de dados	Sem Registro	0
		Manhã	1
		Tarde	0
		Noite	3
	Clínica	Sem Registro	0
		Manhã	0
		Tarde	2
		Noite	1
	IAM	Sem Registro	7
		Manhã	10
		Tarde	3
		Noite	5
Ano	Natureza da Ocorrência	Horário dos Sintomas	Total
2018	Ausência de dados	Sem Registro	2
		Manhã	2
		Tarde	0
		Noite	2
	Clínica	Sem Registro	0
		Manhã	1
		Tarde	0
		Noite	2
	IAM	Sem Registro	4
		Manhã	4
		Tarde	12
		Noite	2

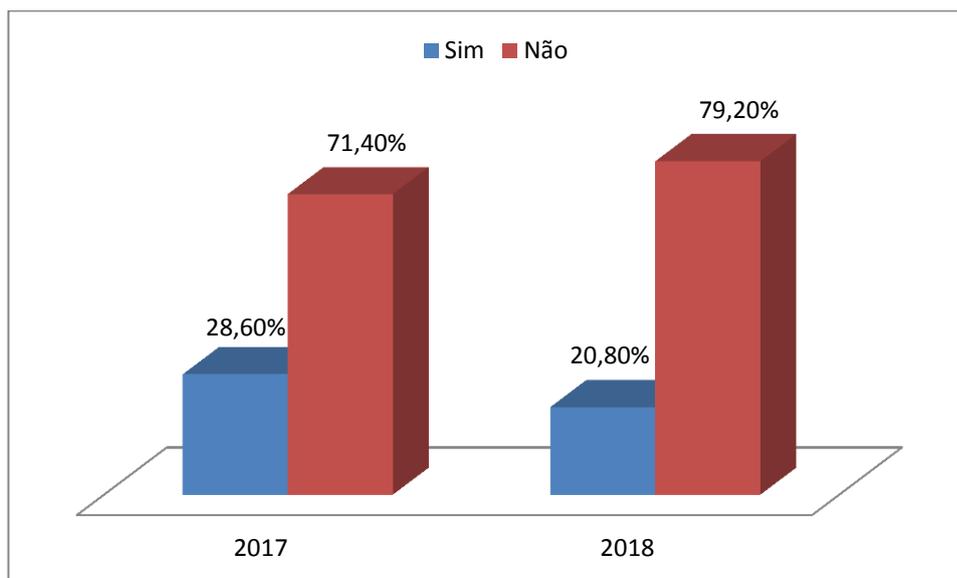
Fonte: Pesquisa direta, Crato-CE (2019).

Quando analisados os turnos de desenvolvimento dos início dos sintomas do IAM, percebemos no momento estudo que a maioria das fichas analisadas no ano de 2018 foi omitido no preenchimento o horário do início dos sintomas, nos quais haviam sido divulgados as informações foi possível observar a maior prevalência de ocorrência no turno da tarde em 2018, em contra partido no ano de 2017 pode-se observar maior notoriedade nos turnos da manhã e da noite.

Corroborando com a referente análise estatística BEMPOSTA, MARTINS, SILVA (2018), nos traz que, o desencadeamento do infarto agudo do miocárdio apresenta maior probabilidade de desencadeamento no turno da manhã, em decorrência das mudanças no metabolismo ao longo do dia, estando intrinsecamente relacionado com o sistema cardiovascular. Tal prevalência no turno matutino se dá pela liberação de catecolaminas no organismo, provocando alteração nos SSVV tais como PA e FC, fomentando o desencadeamento desta enfermidade.

Em questão da natureza da ocorrência percebemos um elevado número nos atendimentos caracterizados como transferência e IAM em 2017 respectivamente, já em 2018 tivemos uma prevalência nos atendimentos especificados como IAM. Apresentando uma diminuição significativa quando comparado os dois anos em questão.

Gráfico 2 – Atendimento com Realização de Trombólise.



Fonte: Pesquisa direta, Crato-CE (2019).

Quanto a realização da trombólise percebemos que tivemos uma prevalência na não realização do procedimento em ambos os anos, ressaltando que no ano de 2017 teve um montante maior para a contra-indicação clínica considerando-se inotável, tendo com indicação de realização de cateterismos, quando comparado em 2018. Fazendo um comparativo entre os anos em questão nos transparece que a realização do procedimento teve uma maior efetuação no ano de 2017 comparado 2018.

Corroborando com BASTOS, et al., (2012), nos traz que a utilização dos métodos de reperfusão com intuito de reversão do quadro dar-se-á no momento da transferência do cliente para o centro de referencia mais próximo, salientando que caso essa entrada do paciente a unidade especializada em tempo oportuno, ou seja, dentro da janela de tempo para a infusão da droga, indicasse a sua realização durante a transferência com o intuito de aumentar a chance de sobrevida.

Salientado assim a questão deste tempo oportuno, podemos ver sob outra ótica em alguns casos que não é necessário a intervenção farmacologia, pode estar intimamente ligado com a localidade do paciente em que se encontra, conseqüentemente viabilizando sua chegada ao centro medico especializado, em outra vertente encontrasse os clientes que foi necessário a realização a intervenção de reperfusão visto nessa linha a sua localização e o tempo de locomoção da equipe para a unidade de atendimento se fazendo necessário a intervenção(SOARES, 2017).

6 CONCLUSÃO

Frente a esses resultados que foram expostos, nos transparece que a maior prevalência de IAM deu-se sob os pacientes do sexo masculino apresentando maior probabilidade a desenvolver doenças cardíacas, e por negligenciar a própria saúde indicam maior prevalência de mortalidade. Deste modo, entende-se que apesar de apresentarem grande risco de morte ao serem acometidas por tal patologia, as mulheres apresentam na sua rotina medica consultas para a realização de busca ativa, o que favorece diagnóstico precoce. Em outra vertente, os homens só buscam o serviço quando apresentam o quadro em estado de emergência.

A pesquisa nos remete que dos pacientes que sofreram dessa enfermidade encontravam-se na faixa etária de 50 a 80 anos apresentando 1 e 2 fatores desencadeantes, tais fatores de risco para desenvolver IAM envolvem um grupo de fatores modificáveis e não modificáveis, este último sendo composto pela idade, bem como sexo. Os fatores de risco modificáveis são aqueles os quais o paciente pode manter controle da sua existência como DM, HAS, Cardiopatias, Etilistas, Tabagistas, este decorrentes do estilo de vida a qual o paciente leva.

Durante o desenvolvimento do estudo, percebe-se que desses clientes que estavam sendo atendidos tinham como natureza da ocorrência a transferência, IAM propriamente dito, seguida dos não identificados e clínica respectivamente. Ao realizar uma comparação acerca da história clínica, apresentou-se maior predominância de atendimentos a pacientes sem fatores e com presença de 1 fator de risco no ano de 2017 por natureza de transferência, seguida novamente por natureza de IAM, não identificado e clínico, no ano posterior ambos atendimento por natureza apresentaram significativa redução de acordo com a história clínica do paciente.

A pesquisa denota o desenvolvimento dos início dos sintomas do IAM, deu-se predominantemente pelo turno da manhã e noite, quando comparado com a natureza da ocorrência foi apresentado uma diminuição significativa quando comparado os dois anos em questão no ano posterior a 2018.

Em meio a esses resultados obtidos com relação entre a utilização dos trombolíticos ao longo dos anos assim pesquisados, podemos detectar uma diminuição significativa quanto a sua realização.

Os resultados supracitados poderão contribuir como fonte de pesquisa para outros estudos, bem como servir de embasamento para os profissionais que atuam ativamente nessa ramificação de atendimento, em contrapartida algumas falhas no preenchimento das fichas

foram encontradas durante a sua análise, tendo em vista a dificuldade dos registros bem como o provimento de informações assinalados de forma incorreta ou até mesmo não assinaladas, contribuindo assim para a sub notificação das informações no sistema.

Orienta-se um posicionamento da instituição em averiguar tais falhas e solucioná-las, sugerindo-se essa correção por meio de capacitação e oficinas para melhor compreensão dos profissionais que a manuseia. Para condicionar o padrão de excelência nas suas condutas e o preenchimento dessas fichas, beneficiando a população de forma direta e indireta, com atendimento de alto nível, e fornecimento de informações para o banco de dados com maior precisão.

REFERÊNCIAS

AVEZUM, A; PIEGAS, L. S; PEREIRA, J. P. R. 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**, v. 84, n. 3, 2005.

BRASIL. IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico, 2018**. Disponível: www.ibge.gov.br. Acesso: 20 de fevereiro. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011. APRO-VA A LINHA DE CUIDADO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO E O PROTOCO-LO DE SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS, CRIA E ALTERA PROCEDIMEN-TOS NA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS DO SUS. **Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde**. Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012. DISPÕE SOBRE AS DIRETRIZES E NORMAS REGULAMENTADORAS DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS. **Conselho Nacional de Saúde**. Diário oficial da União, 2012.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE.POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM(PRINCÍPIOS E DIRETRIZES), de novembro de 2008. **Secretaria de atenção à saúde departamento de ações programáticas estratégicas**. Brasília,2008.

BEMPOSTA, M. C. M; MARTINS, M. D. S; SILVA, N. A. P. IDENTIFICAÇÃO DA HORA DE INÍCIO DA SINTOMATOLOGIA DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 19, 2018.

BASTOS, A. S; BECCARIA, L.M; CONTRIN, L.M; CESARINO, C. B. TEMPO DE CHEGADA DO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 27(3), p. 411-418, 2012.

COSTA F. A. A, CLEMENTE C. EMILIA T, UENO F. H, MOTTA A. R. FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES EM LESÕES CORONARIANAS CRÍTICAS: MITO OU REALIDADE?. **International Journal of Cardiovascular Sciences**.2016;29(5):378-384). Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/sumario/29/pdf/v29n5a06.pdf>. Acesso em: 20/05.

DIANE K, DRESSLER M.S.N, RN, CCRN. CUIDADOS AOS PACIENTES COM DISTÚRBIOS VASCULARES CORONÁRIO. In: BRUNNER E SUDDART. Forttes. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Guanabara Koogan,2014. Pag. 800-823.

FIGUEIREDO N. M. A, VIEIRA A. A.B. Intervenções de enfermagem para o cliente com SIMI ou IAM com supra desnivelamento de ST. In: FIGUEIREDO N. M. A, VIEIRA A. A.B, Forttes. **EMERGENCIA Atendimento e cuidados de enfermagem**. Yendis,2012. Pag. 283-284.

FIGUEIREDO N. M. A, VIEIRA A. A.B. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O CLIENTE COM SIMI OU IAM COM SUPRA DESNIVELAMENTO DE ST. In: FIGUEIREDO N. M. A, VIEIRA A. A.B, Forttes. **EMERGENCIA Atendimento e cuidados de enfermagem**. Yendis,2012. Pag. 265-28.

GIL, A. M. COMO ELABORAR PROJETO DE PESQUISA.6ª ed. São Paulo: **Atlas S. A**, 2017.

GUALANDRO, D. M; CALDERARO, D; YU, P.C; CARAMELLI, B. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO APÓS OPERAÇÕES NÃO CARDÍACAS. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 5, p. 1060-1067,2012.

GIL, A. C., **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GANEM, F. SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA: INFARTO COM SUPRADESNIVELAMENTO DE ST. **Hospital Sírio-Libanês Protocolo Institucional**, pág. 2012.

LEI L, BIN Z. RISK FACTOR DIFFERENCES IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION BETWEEN YOUNG AND OLDER PEOPLE: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. **International Journal of Cardiovascular Sciences**. 2019;32(2)163-176. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/ijcs/ingles/2019/v3202/pdf/i3202012.pdf>. Acesso em 20/05.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. FUNDAMENTOS DE METODOLOGIA CIENTÍFICA, 7ª ed. São Paulo: **Atlas S. A**, 2017.

MUSSI, F. C; PASSO, L. C. S; MENEZES, A. A; CARAMELLI, B. ENTRAVES NO ACESSO À ATENÇÃO MÉDICA: VIVÊNCIAS VIVÊNCIAS DE PESSOAS PESSOAS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO MIOCÁRDIO. **Rev Assoc Med Bras**, vol.53(3), pag. 234-239, 2007.

MARINO, B. C. A. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E INDICADORES DE QUALIDADE EM PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA NA REGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS – PROJETO MINAS TELECARDIO 2. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 2, p. 106-115, 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5. Ed. 3. Reimpressão. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTIN RS, GODOY I, FRANCO RJ, MARTIN LC, MARTINS AS. INFLUÊNCIA DO NÍVEL SOCIOECONÔMICO SOBRE OS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR. **jbm**. 2014;102(2):34-37.

MULQUEEN K. Antianginosos. In: WHANLEN K., FINKEL R., PANAVELIL T., Forttes. **Farmacologia ilustrada**. Artmed, 2016. Pág. 281 a 289).

MERTINS S.M, KOLANKIEWICZ A.C.B, ROSANELLI C.L.S.P, LORO M.M, POLI G., WINKELMANN E.R, PANNEBECKER J.M. PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO EM PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO. **Av Enferm.** 2016;34(1):30-38.

OLIVA, G.V; ZAMORA, A; RAMOS, R; MARTI, R; SUBIRANA, I; GRAU, M;DEGANO, I. R; MARRUGAT, J; ELOSUA, R. TASAS DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD, Y LE-TALIDAD POBLACIONAL A 28 DÍAS DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN ADULTOS MAYORES. ESTUDIO REGICOR. **Revista Española de Cardiología**, v. 71, n. 9, p. 718-725, 2018.

PERIOTTO, A. C. M; SALLES, D. M; ALBUQUERQUE, D. C. SÍNDROME CORONARIANA AGUDA SEM ELEVAÇÃO DO SEGMENTO ST - ANGINA INSTÁVEL E INFARTO AGUDO SEM SUPRADESNÍVEL DE ST. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**, pág. 19-27, 2008.

PIEGAS LS, TIMERMAN A, FEITOSA GS, NICOLAU JC, MATTOS LAP, ANDRADE MD, et al. **V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST.** Arq Bras Cardiol. 2015; 105(2):1-105

PESARO A.E.P, SERRANO C.V, NICOLAU J.C. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO MIOCÁRDIO - SÍNDROME SÍNDROME CORONARIANA CORONARIANA AGUDA COM SUPRADESNÍVEL SUPRADESNÍVEL DO SEGMENTO ST. **Rev Assoc Med Bras** 2004; 50(2): 214-20.

ROUQUAYROL, M. Z; GURGEL, M. EPIDEMIOLOGIA & SAÚDE, 7ª ed. Rio de Janeiro. **MedbBook**, 2012.

RODRIGUES J. A, MELLEU K, SCHMIDT M. M, GOTTSCHALL C. A. M, MORAES M. A. P. , QUADROS A. S., PREDITORES DE APRESENTAÇÃO TARDIA EM PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST, **Instituto de Cardiologia / Fundação Universitária de Cardiologia – IC/FUC**, Porto Alegre, RS – Brasil.

SANTOS, J; MEIRA, K, C; CAMACHO, A. R; SALVADOR, GUIMARÃES, R. M; PIERIN, A.M.G; SIMÕES, T, C; FREIRE, F. H. M. A.MORTALIDADE POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO BRASIL E SUAS REGIÕES GEOGRÁFICAS: ANÁLISE DO EFEITO DA IDADE-PERÍODO-CORTE. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1621-1634, 2018.

SILVA, Regina. CUIDADOS AO PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA. In: WHITAKER, Yamaguchi e GATTO, Forttes. **Pronto-socorro: atenção hospitalar às emergências**. Manole, 2015. Pág. 339 e 365.

WAINSTEIN, R; FURTADO, M. V; POLANCZYK, C. A. TROMBÓLISE PRÉ-HOSPITALAR NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: UMA ALTERNATIVA FACTÍVEL PARA O BRASIL?. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**; v. 2, n. 90, p. 77-79, 2008.

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v111n4/pt_0066-782X-abc-20180178.pdf.

SOARES, S. O. M; FERREIRA, P. A. C. A PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: FATORES QUE INFLUENCIAM O TEMPO DE ATENDIMENTO. **Revista de Enfermagem Referência**; Série IV - n.º 15 - OUT./NOV./DEZ. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS
CENTRO UNIVERSITARIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO

APÊNDICE A- Solicitação Para Entrada De Campo

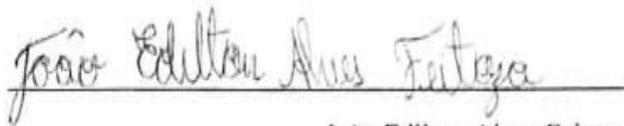
Ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), no município de Crato

Senhora Direção,

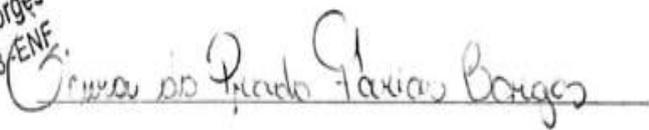
Venho por meio deste, solicitar a V. Sa. Autorização para realizar uma pesquisa intitulada "CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO - (IAM) ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA"; a ser realizada Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), no município de Crato, localizado na Região Metropolitana do Cariri, no sul do Estado do Ceará, e que tem por objetivo avaliar o perfil das vítimas de infarto agudo do miocárdio - (IAM) atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência - (SAMU). Os dados obtidos serão utilizados no trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO) e divulgado junto à comunidade científica, visando contribuir para a ampliação do conhecimento dos profissionais da saúde. Entendemos ainda, que a pesquisa trará contribuições ao desenvolvimento da região, fomentando a pesquisa para o crescimento sociocultural.

Certo de contar com Vossa atenção e com seu valioso apoio, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,


João Edilton Alves Feitoza

Shura do Prado F. Borges
COREN-CE 200.503-ENF


Shura do Prado Farias Borges

Juazeiro do Norte, 04 de setembro de 2019

APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA



APÊNDICE B- Declaração De Anuência Da Instituição Coparticipante

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Declaração de Anuência da Instituição Coparticipante

Eu, Reijane Costa Pires Felipe , CPF: 47945826334, diretor (a) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência(SAMU), declaro ter lido o projeto intitulado “ CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO - (IAM) ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA.” de responsabilidade da pesquisadora, Profa. Shura do Prado Farias Borges, RG: 2000034000144 SSP-CE, CPF: 89617975300 que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do CEP, autorizaremos a realização desta pesquisa do SAMU unidade de Crato-CE, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Relações Éticas Brasileiras , em especial a Resolução de número 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante da presente pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Juazeiro do Norte, 25 de setembro de 20 19.

Reijane Costa Pires Felipe
 Coordenadora de Serviço
 COPEN-CE 087.053
 SAMU URS - INFARTO - CE
 Assinatura e carimbo do responsável institucional

APÊNDICE C – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO



APÊNDICE C- Termo De Fiel Depositário

Pelo presente instrumento que atende às exigências legal eu Reijane Costa Pires Felipe, CPF: 47945826334, coordenador(a), **fiel depositário** dos prontuários e da base de dados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), no município de Crato - CE , CNPJ:07.587.975/0001-07, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa ,vem na melhor forma de direito declarar que o aluno João Edilton Alves Feitoza, RG: 8768862 SSP-PE, CPF: 102975274-52 está autorizado a realizar nesta instituição o projeto de pesquisa: “CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO - (IAM) ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA.” , sob a responsabilidade da pesquisadora Profa Shura do Prado Farias Borges, ,RG: 2000034000144 SSP-CE, CPF: 89617975300, cujo o objetivo geral é Avaliar o perfil das vitimas de infarto agudo do miocárdio-(IAM) atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência-(SAMU). Ressaltando que estou ciente de serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito da pesquisa;
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Haja vista, o acesso deste aluno ao arquivo de dados dos pacientes instituição, o qual se encontra sob minha total responsabilidade, informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fica claro que o fiel depositário pode a qualquer momento retirar sua AUTORIZAÇÃO e ciente de que todas as informações prestadas torna-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

Sendo assim, o(s) pesquisador (es) acima citados, compromete(m)-se a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo desta instituição, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concorda (m), igualmente para execução do projeto acima descrito e que as informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Juazeiro do Norte, 25 de setembro de 2019

Dra. Reijane Costa Pires Felipe
 Coordenadora de Serviço
 COREN-CE nº 1033
 SAMU 102 - CRATO - CE

Assinatura e carimbo do responsável institucional

João Edilton Alves Feitoza

João Edilton Alves Feitoza

Shura do Prado Farias Borges

Shura do Prado Farias Borges

APÊNDICE D – TERMO DE DISPENSA DO TCLE

APÊNDICE D- Termo De Dispensa Do Uso Do Termo De Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE)

Vimos pela presente solicitar a dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a implantação do estudo intitulado: “ CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO - (IAM) ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA ” . A presente solicitação se justifica por tratar-se de pesquisa documental, em que a coleta de dados se efetuará junto a fontes secundárias a serem disponibilizadas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), no município de Crato.

Asseguramos que a referida consulta só será iniciada após a devida autorização de uso dos arquivos pelo responsável administrativo(gestor ou seu responsável) de referida instituição, enquanto FIEL DEPOSITÁRIO das informações armazenadas, e mediante aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio.

Da mesma forma, nos comprometemos a tratar os dados coletados observando todos os compromissos quanto ao sigilo e confidencialidade das informações pessoais, de modo que nenhum sujeito de pesquisa seja identificado, durante a execução do estudo ou por ocasião da divulgação científica do mesmo.

Informamos que os dados serão utilizados exclusivamente para os fins estabelecidos na presente pesquisa, e após a análise, os registros efetuados para o estudo serão devidamente arquivados.

Certos de vossa compreensão,
Atenciosamente,

Shirley do Prado F. Borges

Pesquisador Responsável

Shirley do Prado F. Borges
COREN-CE 200.503-ENF

APÊNDICE E- QUESTIONÁRIO

1) Sexo:

- Masculino ()
 Feminino ()

2) Idade :_____.

3) Turno :

- Manhã ()
 Tarde ()
 Noite ()

4) Quadro clínico:

Dor Precordial Típica (), Dispneia (), Sudorese (), Náusea e/ou Vômito (), Tonturas (),
 Outros :_____.

5) Data e horário do início dos sintomas:_____.

6) Fator desencadeante:_____.

7) Natureza da ocorrência:_____.

8) Sinais Vitais:

- Peso :_____Kg
 FC:_____bpm
 FR:_____irpm
 PA:_____mmHg
 SatO₂:_____ %
 Glicemia:_____mgdL
 Glasgow: Leve 13 a 15 pontos (), Moderado 9 a 12 pontos (), Grave 3 a 8 pontos().

9) Tomou algum medicamento antes do evento? Sim () Não ()

AAS (), Anti-arrítmicos (), Anti Coagulante (), β - Bloqueador (), Nitrato (),

- Outros ()_____.

10) História Clínica:

HAS (), DM (), Tabagista (), Dislipidemia (), IAM prévio? () Quantos?_____,
 Fibrilação Atrial (), ICC (),

Angina (), Cateterismo (), Stent (), Cirurgia Cardíaca (), Marcapasso (), DPOC (),
Insuf. Renal (), AVC ().

11) Foi realizado trombólise? Sim () Não () Justificativa:_____.

12) Conduta:

Morfina (), Nitrato (), AAS (), Clopidogrel (), Tenecteplase (), Enoxaparina (),
Oxigênio (), β - Bloqueador (), Outras medicações:_____.