

ASSISTÊNCIA MÉDICA NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: REVISÃO DA LITERATURA

AUTORES

FREITAS, Murilo Antônio Rodolfo de
SENTEIO, Pedro Henrique Rodrigues
SARAUSA, Silas Cantoia

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

BERTOLIN, Daniela Comelis

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

RESUMO

O Infarto Agudo do Miocárdio - IAM ou Ataque Cardíaco acontece quando se tem a morte do músculo cardíaco. Particularmente, essa obstrução acontece diante da presença de placa de ateroma na parede do vaso sanguíneo, que reduz a luz do vaso e impossibilita a passagem do sangue, o que ocasiona uma morte celular na musculatura cardíaca por conta da escassez de subsídio nutritivo. O objetivo do presente estudo foi verificar na literatura dos últimos cinco anos o conhecimento produzido acerca da assistência médica nos casos de infarto agudo do miocárdio, analisando-se sobre o procedimento assistencial e a importância da eficiência em tais circunstâncias. Nesta revisão da literatura foram analisados onze artigos, selecionados nas bases de dados: Scielo, Lilacs e PubMed. Entre os artigos selecionados observou-se que no Brasil, conforme dados do Ministério da Saúde, por volta de 300 mil pessoas sofrem Infarto Agudo do Miocárdio todo ano, resultando-se em óbitos em 30% dos casos. Já em âmbito mundial, tem-se que o IAM é a maior causa de mortalidade. Conclui-se que há grande relevância do profissional de saúde e sua eficácia ao defrontar-se com pacientes com IAM, uma vez que nesse instante é necessário formular as decisões e condutas adequadas para garantir a vida do paciente, e, concomitantemente, pacientes e usuários dos serviços de saúde precisam saber identificar prováveis sinais de mudanças cardíacas para que deste modo consigam o quanto antes mobilizar-se ao socorro para que possuam um atendimento eficiente e com maiores possibilidades de reversão.

PALAVRAS - CHAVE

Infarto; Doenças Cardiovasculares; Síndrome Coronariana Aguda.

1. INTRODUÇÃO

Dentre as diversas doenças cardiovasculares existentes, é possível destacar a síndrome coronariana aguda (SCA), que engloba um grupo de doenças abrangendo a angina instável (AI), o infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST (IAMCSST) e sem supra desnivelamento (IAMSSST) (AIMOLI; MIRANDA, 2020).

Deste conjunto de doenças, o IAM é digna de realce como sendo o maior motivo de morte e incapacidade no país, bem como no mundo por conta da sua alta seriedade e amplitude. No que tange às medidas terapêuticas para as doenças cardiovasculares, as mais relevantes são: a farmacológica, a prática de atividade física, a nutricional e a cirúrgica cardíaca (SOUZA, *et al*, 2018).

No Brasil, conforme dados do Ministério da Saúde, por volta de 300 mil pessoas sofrem Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) todo ano, resultando-se em óbitos em 30% dos casos. Já em âmbito mundial, tem-se que o IAM é a maior causa de mortalidade (HUGUENIN, *et al*, 2016).

Nos últimos anos ocorreu um considerável desenvolvimento no tratamento do infarto agudo do miocárdio com supra desnível do segmento ST (IAMCSST) com uma relevante diminuição de sua morbimortalidade, em particular com o aparecimento dos fibrinolíticos e dos procedimentos de angioplastia primária que viabilizam a recanalização instantânea da artéria coronariana comprometida (MAHESH, *et al*, 2017). Contudo, para logra-se esta vantagem é preciso um reconhecimento prematuro do IAMCSST, por meio do eletrocardiograma de repouso e a organização para o encaminhamento destes pacientes para outros centros com a habilidade de efetivação de tais terapias de perfusão (AIMOLI; MIRANDA, 2020).

A conjuntura global evidencia um aumento das doenças cardiovasculares, sendo um dos maiores motivos de morte e incapacitação física (HUGUENIN, *et al*, 2016). De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) 17,7 milhões de indivíduos morreram devido a doenças cardiovasculares em 2015, mostrando 31% das mortes mundiais (TORRES, *et al*, 2020). De tais óbitos, é estimado que 7,4 milhões acontecem por conta das doenças cardiovasculares. Essas doenças afetam de maneira direta nos custos concernentes à saúde, diminuição da produtividade no emprego, da mesma forma que decesso de bem-estar e qualidade de vida (HUGUENIN, *et al*, 2016; STEVENS, *et al*, 2018).

Assim sendo, o objetivo foi verificar na literatura dos últimos cinco anos o conhecimento produzido acerca da assistência médica nos casos de infarto agudo do miocárdio, analisando-se sobre o procedimento assistencial e a importância da eficiência em tais circunstâncias.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão da literatura de artigos publicados nos últimos cinco anos a respeito do infarto agudo do miocárdio e assistência médica, com o objetivo de analisar qual o melhor procedimento assistencial nestes casos.

Esse tipo de revisão reúne achados de estudos desenvolvidos defronte metodologias variadas, viabilizando aos revisores sintetizar resultados sem prejudicar a filiação epistemológica dos estudos empíricos incluídos, analisando-se assim a sínteses dos dados de maneira rigorosa (SOARES; *et al*,

2014).

A questão norteadora desta revisão foi: Qual a importância da assistência médica nos casos de infarto agudo do miocárdio?

Para a revisão bibliográfica foram usadas as seguintes bases de dados: Scielo, Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PubMed. Os descritores utilizados foram: “Infarto Agudo do Miocárdio”; “Infarto Agudo do Miocárdio e assistência médica”; “Infarto Agudo do Miocárdio e dados epidemiológicos”; “Infarto Agudo do Miocárdio”; “Tratamentos no Infarto Agudo do Miocárdio”; e “Infarto Agudo do Miocárdio e condutas assistenciais”.

Foram incluídos nesta revisão nove artigos da literatura nacional de 2016 a 2020, e um internacional de 2017, com busca em base de dados *on-line*.

Depois de efetivada a leitura dos artigos, seus dados foram analisados e a síntese das informações organizadas em conformidade com o nome do autor, título do trabalho, ano de publicação, tipo de estudo e suas conclusões, como observado seguidamente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) pode ser antecedido por uma angina. Há duas espécies de angina: estável e instável. A estável é a maneira mais comum, que acontece em ocorrências de esforço, a título de exemplo: subir escadas, fazer exercícios físicos, etc., sumindo com o repouso. Essa situação ocorre pelo fato de o coração necessitar de mais oxigênio, e a quantidade de sangue bombeada não é o bastante para o oxigenar (TORRES, *et al*, 2020).

Ademais da atividade física, o estresse emocional, refeições, temperaturas muito frias e tabagismo igualmente podem ocasionar essa espécie de dor. Na angina instável o desconforto não diminui apenas com repouso, pois a dor ocorre de modo repentino, inclusive em repouso, diante um bloqueio ou diminuição do fluxo sanguíneo nas artérias do coração. Portanto, torna-se um sintoma perigoso, uma vez que comumente antecede um ataque cardíaco (MAIER, *et al*, 2020).

A diagnose do IAM acontece devido aos fatores de risco e constatação de mudanças em exames subsidiários, como eletrocardiograma e exames de sangue com a habilidade de identificar a morte das células musculares cardíacas (CUNHA, *et al*, 2016).

No geral, a completa oclusão de uma artéria coronária leva a um IAM com supra ST, e na angina instável e o IAM sem supra desnível do segmento ST, ordinariamente, procedem um sério bloqueio, todavia não completo, da artéria coronária que foi acometida (CUNHA *et al*, 2016; SILVA, PASSOS, 2020). Há uma divisão dessa ocorrência em três períodos: o desenvolvimento, no decorrer de muito tempo (até anos) da placa de ateroma; o evento agudo, que habitualmente acontece pela constituição de um trombo na localidade de uma placa ateromatosa, que rompeu ou ulcerou; e o risco em longo prazo do reaparecimento de episódios (AIMOLI, MIRANDA, 2020).

No estudo de Amoli e Miranda (2020) observou-se que uma pontuação de desempenho geral evidenciou uma mediana de 7 e intervalo interquartil de 5,5-8,0. No que tange aos componentes analisados: 83% pediu monitorização eletrocardiográfica, 57% pediu introdução de um acesso venoso periférico, 95% administrou ácido acetilsalicílico, 80% administrou segundo antiagregante (inibidor do P2Y12), 66% administrou nitrato, 71% administrou morfina, 69% reconheceu o diagnóstico de

IAMCSST, 71% analisou o tempo de duração da dor, 63% constatou a necessidade de transferência imediata, 34% demonstrou a capacidade de comunicação apropriada e apenas 25% persistiu na transferência ainda com ausência de vaga. Foi observado que a reconhecimento e administração inicial do IAMCSST deve ser melhorada desde a graduação médica e colocada de acordo com a realidade da estrutura de rede do sistema de saúde público nacional.

Já Cunha *et al* (2020) trazem que dos 57 pacientes que responderam ao questionário 63,2% eram homens, com idade média $61,3 \pm 10,9$ anos e IMC médio de $27,0 \pm 4,4 \text{ kg/m}^2$. A média de pontuação pelo questionário foi de $57,2 \pm 7,2$, e 63,2% demonstraram um estilo de vida satisfatório pela classificação anteriormente estandardizada. Pessoas do sexo feminino demonstraram um escore de estilo de vida melhor do que os de sexo masculino ($61,1 \pm 5,1$ pontos versus $55,0 \pm 7,3$ pontos; $p=0,001$). Ocorreu uma menor pontuação nos âmbitos de nutrição, atividade física e tabagismo. Foi possível concluir que os pacientes com infarto agudo do miocárdio demonstraram um “bom” escore de acordo com o questionário FANTASTIC. Porém, determinados domínios evidenciaram valores baixos, como atividade física, nutrição e tabagismo.

Huguenin *et al* (2020) trazem um estudo onde associou-se “maiores gastos” com “uso de Centro de Tratamento Intensivo (CTI)” e com “gravidade moderada do caso”, e “menores gastos” com “gravidade leve” e “não utilização de CTI”. Diversamente, casos de grande seriedade demonstraram-se se isolados, não associando com CTI ou aspectos diversos. Igualmente, constatou-se uma combinação entre a classe “menores gastos” e as: “não deslocamento do paciente”, “sexo feminino”, “idade entre 56 e 75 anos”, “óbito até 30 dias” e “óbito até 1 ano”. Neste sentido, a variável isolada das situações de maior gravidade e a correlação entre “óbitos” e “menores gastos” insinua que os recursos tecnológicos disponíveis durante a internação por IAM não estão sendo empregues de modo adequado.

Mahesh *et al* (2017) trouxeram que a Qualidade de vida - QV pós-evento foi menor em sete dos oito domínios do que a QV pré-evento ($p < 0,05$). O grupo IAMSSST evidenciou mais fatores de risco e QV pré-evento consideravelmente menor para sete domínios ($p < 0,05$), quando confrontado ao grupo IAMCSST. Para sete domínios, a QV pós-alta não foi muito variada ($p > 0,05$) entre os grupos IAMCSST e IAMSSST. Todavia, o escore do domínio de QV saúde geral pós-alta foi maior do que o escore pré-IM ($p = 0,028$) e foi maior no grupo IAMCSST comparativamente ao grupo IAMSSST ($p = 0,042$). Por fim a observação de regressão evidenciou um coeficiente beta importante entre pré e pós-QV para cinco domínios no IAMCSST e todos os dos grupos IAMSSST quando organizado para a gravidade da doença. Os valores de R ao quadrado diversificaram-se de 12,3 a 62,3% para STEMI e 7,3 a 64,8% para NSTEMI. Foi concluído neste estudo que a QV pré-evento é menor no grupo IAMSSST comparativamente ao IAMCSST. Os pacientes não recuperam a Qualidade de Vida antiga em um mês depois da alta.

Maier *et al* (2020) selecionaram nove artigos neste estudo que evidenciaram como fatores de risco: diabetes *mellitus*, tabagismo e hipertensão arterial. Diferentemente, a periodontite, o lúpus eritematoso sistêmico, a Doença do Refluxo Gastroesofágico, a menor secreção de melatonina, a depressão, a enxaqueca e os aspectos emocionais que se tornam fatores de risco importantes quando se versa sobre IAM. Por meio deste estudo foi sugerido que aqueles vitimados de infarto do miocárdio

evidenciam fatores de riscos análogos, a título de exemplo, diabetes *mellitus*, tabagismo e hipertensão arterial. Porém, outros estudos também trouxeram outras comorbidades cardíacas ou não cardíacas como fatores que favorecem a ocorrência do infarto.

Ouchi *et al* (2017) com base em um estudo anterior tratando da relevância do atendimento célere de Emergência ao paciente infartado ou com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), evidenciam os objetivos desse trabalho abordando-se o atendimento nas Unidades de Terapia Intensiva ao paciente infartado, demonstrando que o célere atendimento, diagnóstico e encaminhamento para o centro de referência será primordial na consecutiva recuperação do paciente. Conforme a IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), a maior parte das mortes nesta condição ocorre nas pioneiras horas de manifestação da doença, sendo 40% a 65% na primeira hora e, por volta de 80% nas primeiras 24 horas. Evidencia-se assim a relevância do domínio pelos profissionais da saúde dos sinais e sintomas iniciais do IAM e a notoriedade da tomada de decisão instantânea para diminuir ou erradicar os danos advindos de um infarto no paciente. Foi observado que a tomada de decisão imediata e o direcionamento para o centro de referência para um diagnóstico mais completo e tratamento adiantado do IAM é o melhor jeito de diminuir ou erradicar quaisquer problemas advindos de um infarto ao paciente. É importante que haja programas de educação continuada em todos os tipos de emergência. Todavia, cabe lembrar que o prognóstico é dependente, em primeira instância, da rapidez do paciente em acionar o serviço de emergência, bem como a velocidade do serviço em observar o evento e dar o atendimento de forma eficaz.

Na pesquisa de Silva e Passos (2020) foi demonstrada a relevância da atuação da equipe de saúde com paciente IAM do diagnóstico à alta-hospitalar. Depois da confirmação do IAM, o profissional médico persevera as assistências em conjunto ao paciente. É necessário planejar um plano de cuidados, atendendo a todas as suas imprescindibilidades, atendendo-se à oxigenação e ventilação, circulação e perfusão, além de observar o controle de dor, oferecendo o maior conforto. Foi observado no que tange à atuação do profissional da saúde é substancial nos cuidados dados aos pacientes que tiveram IAM, a datar do diagnóstico até o pós-alta.

Silva *et al* (2020) viram que os maiores fatores de risco em pacientes diagnosticados com infarto agudo do miocárdio (IAM). No estudo composto de 155 prontuários de pacientes atendidos na maior emergência em Alagoas, predominou-se os homens (55,5%) e idosos na faixa etária de 60 - 79 anos (51,0%). Os maiores fatores de risco analisados foram hipertensão arterial (64,4%), diabetes *mellitus* do tipo 2 (31,6%), tabagismo (28,4%), etilismo (14,2%) e dislipidemia (3,9%). Foi visto que os fatores de risco, modificáveis ou não, influenciam na manutenção ou desenvolvimento de doenças cardiovasculares, pois os indivíduos do estudo demonstraram pelo menos um dos riscos.

Portanto, vê-se a imprescindibilidade do paciente contatar rapidamente o socorro ou buscar atendimento em hospitais gerais e ser constatado pela clínica e ECG, faz resultar em uma considerável perda de tempo e dilação na reperfusão miocárdica (SILVA, *et al*, 2020). Caso a estrutura de atendimento não for feita para determinar trombólise ou angioplastia imediata acontecem atrasos além do comum, levando amplos prejuízos ao paciente, não apenas com o crescimento da quantidade de mortes, porém igualmente com considerável comprometimento de ventrículo esquerdo (AIMOLI,

MIRANDA, 2020).

Depois da chegada da equipe de urgência à localidade qual foi chamada e descoberta da conjuntura de IAM por diagnose clínica e eletrocardiográfica feitas em até 10 minutos, com ou sem lesão estabelecida, a equipe necessitará de prontidão começar o atendimento primário com o estabelecimento da metodologia MONABCH, ressaltando-se que de acordo com a *American Heart Association*, o tempo porta-agulha não pode passar de 30 minutos e o porta balão uma hora e meia (OUCHI, *et al*, 2017).

A metodologia MONABCH é o manejo de medicamentos em uma sucessão que dê aconchego e diminua a dor do paciente quando acontece um IAM, sendo o método aplicado da seguinte maneira: Morfina – pois diminui a dor, reduz o consumo de O₂, sintomas congestivos e PA (doses de 1 a 5mg em bolus EV a cada 5 min.), há contraindicação em pacientes com hipotensão e bradicardia; Oxigênio (terapia de rotina em pacientes com congestão pulmonar e/ou Sat < 90mmhg.), há contraindicação em PAS < 90mmhg ou queda maior que 30mmhg, no que tange ao nível basal; AAS (ácido acetilsalicílico), uma vez que refreia a ativação, degranulação e agregação plaquetária, reduzindo o risco de óbito; Dose de ataque de 200g e conservação de 100mg; Beta bloqueador reduz inotropismo e cronotropismo, expande o tempo diastólico e a perfusão coronariana, minimiza o consumo de O₂ e os sintomas isquêmicos; Dose na fase aguda 5mg em bolus, até dosagem máxima de 15mg e, conservação com propranolol 20 a 80mg, VO, 8/8h.), há contraindicação para pacientes com DPOC ou asma, bradicardia com FC (OUCHI, *et al*, 2017).

É importante ressaltar que a angina instável, da mesma forma que o IAM e suas complicações são especialmente favorecidos pela contra pulsação aórtica. A angina instável, em quase todos os casos, é solucionada com a utilização de medicamentos, como betabloqueadores, anti-agregantes plaquetários e heparina. Todavia, em determinados casos, ainda com a utilização em conjunto destas medicações não há estabilização do quadro clínico. A refratariedade à medicação e o alto risco retratado faz com que seja imprescindível o manuseamento invasivo destes pacientes, como o emprego do BIAo (balão intra aórtico). À vista disso, depois do paciente estar estabilizado hemodinamicamente é efetivado de maneira voluntária a coronariografia, que evidenciará a anatomia coronariana e a conduta a ser empregada (OUCHI, *et al*, 2017; SILVA, *et al*, 2020).

Usualmente, o coração pode perder 1/3 da sua musculatura, para impossibilitar danos mais abrangentes é necessário que o paciente seja atendido de forma célere. Caso o atendimento aconteça entre 60-90 minutos, uma considerável porcentagem desse músculo pode ser restaurada; caso haja uma demora acima de seis horas no atendimento, as células perdidas não poderão ser regeneradas. Portanto, uma boa e célere assistência médica torna-se essencial (AIMOLI, MIRANDA, 2020; OUCHI, *et al*, 2017).

No decorrer do período de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o paciente se submeterá aos exames de Eletrocardiograma - ECG e dosagens enzimáticas seriadas para o diagnóstico decisivo de IAM, depois deve-se abrir uma discussão na equipe de saúde sobre o melhor tratamento de repercussão coronariana a ser tido no caso concreto (OUCHI, *et al*, 2017; SILVA, PASSOS, 2020).

O IAM é a causa que lidera o índice de mortalidade mundial, conseqüentemente, surge a

obrigação dos profissionais de saúde de aperfeiçoarem as informações sobre este assunto para que se tenha um prestamento de cuidados dirigido à problemática vivenciada, com vistas a crescer as possibilidades de sobrevivência e diminuir os danos advindos das lesões provocadas pelo IAM. Portanto, é imprescindível que ademais do atendimento eficiente e uma transferência célere para o centro de referência pelas equipes de emergência, o paciente seja extremamente bem assistido pela equipe de terapia intensiva no decorrer do tratamento, do início ao fim (OUCHI, *et al*, 2017).

Ainda, sobre a predominância, foi visto que o gênero que mais ocorrem IAM foi o masculino, particularmente na acima de 60 anos, com estado civil de casados e aposentados em vários tipos de profissões, estando geralmente a ocorrência ligada ao sedentarismo de forma direta (MAIER, *et al*, 2020; HUGUENIN, *et al*, 2016).

Há diversas pesquisas renomadas que demonstram que a adoção de um estilo de vida saudável em conjunto ao devido manuseamento dos fatores de risco variáveis colaboram diretamente para a diminuição do desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Desde 2017 a Organização Mundial da Saúde (OMS) corrobora com essas considerações salientando que a maior parte das doenças cardiovasculares tem prevenção mediante o apreço de elementos comportamentais de risco – a exemplo da utilização de tabaco, dietas não saudáveis (geralmente ricas em gorduras, calorias vazias e carboidratos), obesidade, a escassez de atividade física no dia a dia e a utilização prejudicial do álcool (em grandes quantidades e reiteradamente). Destarte, o modo mais eficaz para diminuir a repercussão dessas doenças seria a promoção de ações preventivas, e tratamento dos fatores de risco que as pessoas podem ter controle, a exemplo da hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* (DM), dislipidemia, obesidade, sedentarismo e tabagismo (AIMOLI, MIRANDA, 2020; CUNHA, *et al*, 2016).

Cabe ressaltar também que este controle dos fatores de risco e a aceitação de hábitos saudáveis podem se relacionar à qualidade de vida (QV) (CUNHA, *et al*, 2016). A QV é a compreensão da pessoa a respeito da sua própria vida, conjuntamente aos seus propósitos e valores que interferem nas decisões que se referem à saúde. Existe uma dependência de questões econômicas, saúde física e mental, segurança social, estabilidade política e do ambiente que também devem ser consideradas no tratamento do paciente. Dentre mecanismos que buscam analisar a qualidade de vida, tem-se o *Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey* (SF-36), que é traduzido e validado no Brasil. É um questionário abrangente, de entendimento simples e fácil administração, que busca analisar o estilo de vida no que tange ao estado de saúde, abordando-se as experiências da pessoa no que tange aos seus problemas de saúde, implicando-se componentes de análise positivos e negativos, relacionando categorias, compreendendo referências físicas, psicológicas e sociais (MAHESH, *et al*, 2017).

4. CONCLUSÃO

O Infarto Agudo de Miocárdio vem sendo um dos maiores responsáveis de óbito no mundo por não serem tidas todas as intervenções no tempo certo, afinal há uma extensão do tempo de busca de atendimento ou, inclusivamente, na dilação de identificar os sinais fisiológicos do IAM. Diversos indivíduos já julgaram os seus sintomas como ocasionados por mudanças do organismo distintas,

como problemas gástricos, depressão, dores musculares, cansaço físico e mental, etc., não associando esses sintomas com problemas cardíacos que aconteciam, e essa demora aumenta mais o delta T, lesando a eficiência do tratamento adotado.

No que tange às patologias e aos fatores de risco, analisou-se que os pacientes estão mais sujeitos a apresentarem problemas cardiovasculares quando relacionados a outras patologias, principalmente hipertensão e diabetes *mellitus*. Além disso, foi constatado que o tabagismo e etilismo igualmente colaboram para o desenvolvimento da doença, da mesma forma que o sedentarismo e falta de atividade física.

É preciso fazer novos trabalhos na seara da atenção básica, buscando-se assim impossibilitar o desenvolvimento de IAM em pacientes com pré-disposição a problemas cardiovasculares. Para tal, é necessária uma intervenção focada nos grupos de risco nas unidades de saúde.

Por fim, é possível se deparar com a grande relevância do profissional de saúde e sua eficácia ao defrontar-se com pacientes com IAM, uma vez que nesse instante é necessário formular as decisões e interferências certas para garantir a vida do paciente, e, concomitantemente, pacientes e usuários dos serviços de saúde precisam saber identificar prováveis sinais de mudanças cardíacas para que deste modo consigam o quanto antes mobilizar o socorro para que possuam um atendimento eficiente e com maiores possibilidades de regressão.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIMOLI, U.S.; MIRANDA, C.H. Competência Clínica no Manejo do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST por Médico Recém-Formado Candidato à Residência Médica. **Arq Bras Cardiol.** 2020; 114(1):35-44.

CUNHA, E.F.D.; et al. Avaliação do estilo de vida de pacientes com infarto agudo do miocárdio admitidos em uma unidade coronariana. **Rev Soc Bras Clin Med.** v.14, n.1, p.18-21, 2016.

HUGUENIN, F.M.; et al. Caracterização dos padrões de variação dos cuidados de saúde a partir dos gastos com internações por infarto agudo do miocárdio no Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.19, n.2, p.229-242, 2016.

MAHESH, P. K. B.; et al. Qualidade de vida pré-evento e sua influência na qualidade de vida pós-evento entre pacientes com infartos do miocárdio com supradesnívelamento e sem supradesnívelamento de ST de uma província importante do Sri Lanka. **Health and Quality of Life Outcomes.** v.15, n.54, p. 1-10, 2017.

MAIER, S.R.O; et al. Fatores de riscos relacionados ao infarto agudo do miocárdio: revisão integrativa da literatura. **Saúde (Santa Maria)**, v. 46, n. 1, p. 1-11, jan./abr., 2020.

OUCHI, J D. et al. Tempo de Chegada do Paciente Infartado na Unidade de Terapia Intensiva: a Importância do Rápido Atendimento. **Ensaio e ciência: ciências biológicas, agrárias e da saúde**, v. 21, n. 2, 2017, p. 92-97, 2017.

SILVA, J.R.; PASSOS, M.A.N. Assistência de enfermagem à pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio: uma revisão integrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos** - Ano III (2020), v. III, n.7 (jul./dez.) - ISSN: 2595-1661.

SILVA, K.S.C; et al. Emergência cardiológica: principais fatores de risco para infarto agudo do miocárdio. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 11252-11263 jul./aug. 2020.

SOARES, C.B.; et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc**

Enferm USP 2014; 48(2):335-45.

SOUZA, A.R.; et al. Fatores associados a um impacto na qualidade de vida pós revascularização miocárdica. **Rev Rene**. v.19, n.3459, p. 1-10, 2018.

STEVENS, B.; et al. Os Custos das Doenças Cardíacas no Brasil. **Arq Bras Cardiol**. v.111, n.1, p.29-36, 2018.

TORRES, et al. Análise da prevalência de óbitos por infarto agudo do miocárdio em serviço de referência em urgência. **Sociedade 5.0: educação, ciência, tecnologia e amor**. Recife. II COINTER PDVS 2020.