

MEDICINA:

LONGE DOS HOLOFOTES,

PERTO DAS PESSOAS

3

**Benedito Rodrigues da Silva Neto
(ORGANIZADOR)**



MEDICINA:

LONGE DOS HOLOFOTES,

PERTO DAS PESSOAS

3

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(ORGANIZADOR)



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Medicina: longe dos holofotes, perto das pessoas 3

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Bruno Oliveira
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M489 Medicina: longe dos holofotes, perto das pessoas 3 /
Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta
Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-560-7

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.607210810>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito
Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

Sabemos que o trabalho do médico humanitário envolve uma grande variedade de atividades que podem girar em torno de diversas atividades. Existe um longo e vasto caminho muitas vezes pouco iluminado pelos sistemas de comunicação, mas que são uma base essencial para o desenvolvimento dessa ciência. Exemplos como de equipes médicas que atuam em situações de conflito e pós-conflito, no controle e combate às doenças epidêmicas, no atendimento emergencial às vítimas de catástrofes naturais, e garante atendimento médico às pessoas excluídas dos sistemas de saúde locais, contribuem para esse entendimento.

A proximidade com o paciente e os valores éticos necessitam ser valorizados e incentivados, pois geram possibilidades além de pressionarem grandes indústrias e governos para que medicamentos acessíveis e de qualidade cheguem às populações mais pobres do mundo.

Tendo em vista a dimensão e a importância dessa temática, a mais nova obra da Atena Editora, construída inicialmente de três volumes, direciona ao leitor um novo material de qualidade baseado na premissa que compõe o título da obra.

Situações de emergência pedem resposta rápida, com atendimento médico especializado e apoio logístico, mas falhas crônicas no sistema de saúde local, como a escassez de instalações de saúde, de profissionais qualificados e a inexistência da oferta de serviços gratuitos para populações sem recursos financeiros, também podem motivar a atuação da organização. Ou seja, uma amplitude de temas que aqui serão abordados dentro dos diversos campos de atuação dos profissionais envolvidos.

De forma integrada e colaborativa a nossa proposta, apoiada pela Atena Editora, trás ao leitor produções acadêmicas desenvolvidas no território nacional abrangendo informações e estudos científicos no campo das ciências médicas com ênfase na promoção da saúde em nosso contexto brasileiro. Desejamos que a obra “Medicina: Longe dos holofotes, perto das pessoas” proporcione ao leitor dados e conhecimento fundamentado e estruturado.

Tenham todos uma ótima leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ACHADO ACIDENTAL DE LEIOMIOMA DE CÓLON DESCENDENTE

Natália Melo Abrahão

Stefano Sardini Dainezi

Andressa Sardini Dainezi


Marco Aurélio Dainezi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108101>

CAPÍTULO 2..... 4

ADOLESCÊNCIA E AUTOMUTILAÇÃO: FATORES PSICOSSOCIAIS E MIDIÁTICOS QUE INFLUENCIAM NA PRÁTICA AUTOLESIVA

Fabiana Amorim da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108102>


CAPÍTULO 3..... 13

ALTERAÇÕES PULMONARES EM PACIENTES COM INFECÇÃO VIRAL POR INFLUENZA A (H1N1): ACHADOS TORÁCICOS

Vicente Sanchez Aznar Lajarin

Gustavo de Souza Portes Meirelles

Carlos Gustavo Yuji Verrastro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108103>

CAPÍTULO 4..... 27

ANÁLISE DA FREQUÊNCIA DE POSITIVIDADE PARA A MUTAÇÃO T790M NO GENE *EGFR*, POR PCR DIGITAL EM GOTAS, EM AMOSTRAS DE PLASMA DE PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS (CPNPC)


Marianna Kunrath-Lima

Cynthia Patrícia Nogueira Machado

Bárbara Costa de Rezende

Luiz Henrique Araújo

Maíra Cristina Menezes Freire

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108104>

CAPÍTULO 5..... 34


AVALIAÇÃO DA COMPREENSÃO DAS ESTUDANTES DO INSTITUTO FEDERAL DE GOIÁS – CAMPUS FORMOSA SOBRE ENDOMETRIOSE

Nathalia Aguiar de Carvalho

Giovana Além Cáceres

Nayra Yane Pereira Nascimento

Ariane Bocaletto Frare

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108105>

CAPÍTULO 6..... 48


BILIOMA ENCAPSULADO HEPÁTICO ASSOCIADO AO COLANGIOCARCINOMA

PERIHILAR - TUMOR DE KLATSKIN

Lavínio Nilton Camarim

Fabio Henrique de Aquino Teixeira dos Santos

Hugo Ferreira Selegato

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108106>

CAPÍTULO 7..... 60

CARACTERIZAÇÃO DE ESTUDANTE DE MEDICINA E SUA VISÃO SOBRE A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Raquel Rangel Cesario

André Luiz Teixeira do Vale

João Victor Marques Monteaperto

Oscar Jimenez Fuentes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108107>

CAPÍTULO 8..... 71

CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A PESSOA IDOSA: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA ENTRE 2013 E 2017 NO BRASIL

Antonio Vinicius Sales de Moraes Souza Crisanto

Sara Reis Neiva Eulálio

Lúcio Alberto de Pinho Pessôa Monteiro

Júlio Leal dos Santos Marques

Caroline Baima de Melo

Luana Amorim Guilhon

Antonio Vilc Sales de Moraes Souza Crisanto

Kleber Andrade Eulálio

Ian Oliveira de Moraes

João Paulo de Oliveira Mata

Isac Rodrigues Loiola Neto

Rogério Mendes de Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108108>

CAPÍTULO 9..... 79

ESTUDO RETROSPECTIVO DE PACIENTES IDOSOS COM NEOPLASIA DO TRATO GASTROINTESTINAL TRATADOS ENTRE 2014 E 2018

Marcos Dumont Bonfim Santos

Bruna Bighetti

Emili Galvani de Menezes Ayoub

Renata do Socorro Monteiro Pereira

Vinicius Agibert de Souza

Michelle Samora Almeida

Hakaru Tadokoru


Christian Ribas

Tiago Costa de Padua

Ramon Andrade de Mello

Jaime Zaladek Gil


Nora Manoukian Forones

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6072108109>

CAPÍTULO 10..... 85

GASTRECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM CÂNCER GÁSTRICO INCIPIENTE


Beatriz Ribeiro Coutinho de Mendonça Furtado
Camila Jales Lima de Queiroz
Emilly Bruna Soares Rodrigues
Flaviana Ribeiro Coutinho de Mendonça Furtado
Matheus Lima Dore
Rayanne Kalinne Neves Dantas
Rayanne Oliveira da Silva
Renan Baracuhy Cruz Viana

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081010>

CAPÍTULO 11 91

GESTÃO DO CUIDADO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FÉLIX FRANCISCO SOBRE O COMPORTAMENTO SUICIDA


Caroline Pessoa Macedo
Iluska Guimarães Rodrigues
Letícia Monte Batista Noleto
Lucas Nogueira Fonseca
Paula Moraes Nogueira Paranaguá
Viriato Campelo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081011>

CAPÍTULO 12..... 97

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: DA EPIDEMIOLOGIA ÀS DISPARIDADES NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE


Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro
Laura Dayane Gois Bispo
Maria Júlia Oliveira Ramos
Jussiely Cunha Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081012>

CAPÍTULO 13..... 108

INFLUÊNCIA DA DIABETES GESTACIONAL: RISCO PARA GESTANTE E FETO

Natália Moreira de Souza Leal
Josimar Santório Silveira
Cynthia Figueiredo de Pinho Cypriano
Lívia Mattos Martins


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081013>

CAPÍTULO 14..... 114

MEMBRANAS BIOATIVAS UTILIZADAS EM ASSOCIAÇÃO À SUBSTÂNCIAS E BIOMATERIAIS SINTÉTICOS E NATURAIS

Ana Paula Bomfim Soares Campelo


Érica Uchoa Holanda
Marcio Wilker Soares Campelo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081014>

CAPÍTULO 15..... 128

O ENXERTO DE PELE COMO FERRAMENTA DE RESTABELECIMENTO DA AUTO-ESTIMA DO PACIENTE


Rafaela Araújo Machado
Larissa Pereira Guerra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081015>

CAPÍTULO 16..... 132

OS CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM FISIOTERAPIA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA


Vitor Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081016>

CAPÍTULO 17..... 146

PERFIL DE INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS EM PRESCRIÇÕES DE PROTOCOLOS ANTINEOPLÁSICOS E ACEITAÇÃO MÉDICA: UM TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA SEGURANÇA DO PACIENTE


Géssica Teixeira da Silva
Thamires Lira Fonseca Pereira
Trícia Maiara dos Santos Gomes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081017>

CAPÍTULO 18..... 156

PLATELET/LYMPHOCYTE AGGREGATES AND CD40L RECEPTORS HAVE A CRITICAL ROLE IN PROGRESSION AND METASTASIS OF GASTRIC CANCER

Cecília Araújo Carneiro Lima
Mário Rino Martins
Rogério Luiz dos Santos
Jerônimo Paulo Assis da Silva
Leuridan Cavalcante Torres

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081018>

CAPÍTULO 19..... 170

REDE DE APOIO À USUÁRIA COM LESÃO PRECURSORA DE CÂNCER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA


Camilla de Souza Menezes
Juliane Falcão da Silva
Michelle Oliveira Neves
Rebeca de Oliveira Paixão
Maiane França dos Santos
Helder Brito Duarte

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081019>

CAPÍTULO 20..... 174

SARCOMA SINOVIAL BIFÁSICO DE MEMBRO SUPERIOR – RELATO DE CASO


Maurício Waltrick Silva
Cássio Mello Teixeira
Luciano Niemeyer Gomes
Juliane da Silva Nemitz
Augusto Nobre Kabke
Marco Aurélio Veiga Conrado
Ricardo Lanzetta Haack

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081020>

CAPÍTULO 21..... 177

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE TO ELDERLY PATIENT DURING THE PERIOPERATIVE PERIOD OF A RIGHT DIRECT HEMICOLECTOMY: REPORT OF THE EXPERIENCE


Jamille da Silva Mohamed
Natacha Brito de Sena Lira
Fatima Helena do Espírito Santo
Cristhian Antonio Brezolin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081021>

CAPÍTULO 22..... 179

A IMPORTÂNCIA DO PAINEL DE CÂNCER HEREDITÁRIO EXPANDIDO NO ATUAL CENÁRIO DE SAÚDE: UM CAMINHO MAIS RESPONSIVO E MENOS DESPENDIOSO DE INVESTIGAR O CÂNCER HEREDITÁRIO


Michele Groenner Penna
Patrícia Gonçalves Pereira Couto
Natália Lívia Viana
Laura Rabelo Leite
Natália Lopes Penido
Maíra Cristina Menezes Freire

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081022>

CAPÍTULO 23..... 204

TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL RETROPERITONEAL SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO – RELATO DE CASO


Ketheryn Adna Souza de Almeida
Fernanda Bomfati
Vando de Souza Junior
Ramon Alves Mendes
Janaira Crestani Lunkes
Carlos Augusto Cadamuro Kumata
Fernanda Alonso Rodriguez Fleming
Raul Caye Alves Junior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081023>

CAPÍTULO 24.....208

ZINGIBER OFFICINALE NA HIPERÊMESE GRAVÍDICA, NÁUSEA E VÔMITO: UMA REVISÃO

Rachel Melo Ribeiro
Natália Carvalho Fonsêca
Ana Beatriz Coelho Mendes
Águida Shelda Alencar Santos
Felipe Feitosa Silva
Ivania Corrêa Madeira
Maryane Belshoff de Almeida
Thaís Abreu Borges
Thayna Matos de Sousa
Leticia da Silva Ferreira
Rafael Cardoso Carvalho
Marilene Oliveira da Rocha Borges

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60721081024>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 224

ÍNDICE REMISSIVO..... 225

CAPÍTULO 12

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: DA EPIDEMIOLOGIA ÀS DISPARIDADES NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Data de aceite: 01/10/2021

Data de submissão: 06/07/2021

Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro

Departamento de Enfermagem da Universidade
Federal de Sergipe
Lagarto – SE, Brasil
Núcleo de Pós-graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Sergipe
Aracaju – SE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6239799500041461>

Laura Dayane Gois Bispo

Departamento de Enfermagem da Universidade
Federal de Sergipe
Lagarto – SE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3593444893615921>

Maria Júlia Oliveira Ramos

Departamento de Enfermagem da Universidade
Federal de Sergipe
Lagarto – SE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5203655864708649>

Jussiely Cunha Oliveira

Departamento de Enfermagem da Universidade
Federal de Sergipe
Lagarto – SE, Brasil
Núcleo de Pós-graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Sergipe
Aracaju – SE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2499406637674609>

RESUMO: As doenças cardiovasculares são a principal causa de morbimortalidade no

mundo. O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), por exemplo, possui uma mortalidade de 23% no Brasil. Associa-se tal fato à qualidade do manejo dos casos, desde o início dos sintomas até a assistência hospitalar, os quais divergem entre os pacientes do serviço público e privado. O presente capítulo traz uma abordagem dos principais desafios para a assistência aos pacientes com IAM, além de abordar os impactos das disparidades na evolução dos pacientes e como eles podem ser resolvidos.

PALAVRAS-CHAVE: Infarto do Miocárdio; Disparidades em Assistência à Saúde; Sistema Único de Saúde.

ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION: FROM EPIDEMIOLOGY TO DISPARITIES IN HEALTH CARE

ABSTRACT: Cardiovascular diseases are the main cause of morbidity and mortality in the world. Acute Myocardial Infarction (AMI), for example, has a mortality rate of 23% in Brazil. This fact is associated with the quality of case management, from the onset of symptoms to hospital care, which differ between patients in the public and private services. This chapter provides an approach to the main challenges for the care of patients with AMI, in addition to addressing the impacts of disparities in the evolution of patients and how they can be resolved.

KEYWORDS: Myocardial Infarction; Healthcare Disparities; Unified Health System.

EPIDEMIOLOGIA E ASPECTOS CLÍNICOS DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DCVS)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo. Estima-se que 17,7 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2015, representando 31% de todas as mortes em nível global. Desses óbitos, estima-se que 7,4 milhões ocorrem devido às doenças cardiovasculares.

Estima-se que as DCV's respondem por cerca de um terço das mortes em todo o mundo, sendo também responsáveis por muitas deficiências, além do impacto econômico significativo. Nas Américas, um estudo que avaliou 21 países, mostrou que, desde 2000, as DCV's representaram 33,7% das mortes registradas (com 42,5% atribuídas às doenças isquêmicas do coração - DIC). Apontou ainda que a redução da mortalidade em 20% no continente foi atribuída, em sua maior proporção, aos países desenvolvidos (SOUZA *et al.*, 2012).

O Brasil apresenta os piores indicadores de taxas de mortalidade padronizadas por idade para DCVs, sendo superado apenas pelo Suriname e Guiana (WHO, 2009). As DCVs representaram 27% do total de óbitos no país (DATASUS, 2015). Destas, o Infarto agudo do miocárdio (IAM) liderou com cerca de 25% do total de óbito, que correspondeu também a 7,1% do total de óbitos por todas as causas no país (BRASIL, 2015).

Considera-se Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) a evidência de necrose miocárdica em um cenário clínico consistente com doença miocárdica aguda isquêmica, de forma que atenda ao menos um dos seguintes critérios: detecção de um aumento e queda dos valores dos biomarcadores cardíacos (troponina); sintomas de isquemia; nova ou supostamente nova elevação significativa do seguimento ST; novo bloqueio de ramo esquerdo (BRE); desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG, além de evidências de imagem de nova perda de miocárdio viável ou de nova anormalidade regional do movimento da parede e identificação de trombo intracoronário por angiografia ou autópsia (NEWBY *et al.*, 2012; O'GARA *et al.* 2013; PIEGAS *et al.*, 2015; ROFFI *et al.*, 2015; STEG *et al.*, 2012; THYGESEN *et al.*, 2012). Tanto o Infarto agudo do miocárdio com elevação do seguimento ST (IAMCSST), como o infarto agudo do miocárdio sem supradesnivalamento do segmento ST (IAMSSST) possuem alterações específicas no eletrocardiograma (ECG) e compõem uma das modalidades de síndrome coronariana aguda (SCA) (BRASIL, 2011a; PIEGAS *et al.*, 2015).

Um trombo de oclusão parcial, ou oclusão completa na presença de circulação colateral, resulta em IAMSSST, ou seja, uma síndrome coronariana aguda sem elevação do segmento ST (SCASSST) (BRAUNWALD *et al.*, 2000). Entretanto, em condições extremas de oclusão arterial com privação sanguínea completa, pode-se desenvolver um Infarto Agudo do Miocárdio com elevação do seguimento ST – IAMCSST - (BRAUNWALD *et al.*,

2000; BRASIL, 2011a; LIBBY, 2013). Neste caso, após o início da isquemia miocárdica prolongada, a morte celular histológica não é imediata, levando cerca de 20 minutos, em média. Já, a necrose completa de células miocárdicas em risco requer pelo menos 2-4 h, ou mais, dependendo da presença de circulação colateral na zona isquêmica, oclusão arterial coronária persistente ou intermitente, sensibilidade dos miócitos à isquemia, pré-condicionamento e a demanda individual de oxigênio e nutrientes (THYGESEN *et al.*, 2012).

Quanto ao diagnóstico, a exposição do miocárdio à privação de oxigênio gera um quadro de sintomas específicos. A dor torácica é o sintoma mais comum entre os pacientes com suspeita de IAM. Os pacientes podem apresentar o desconforto típico do tipo isquêmico no peito normalmente com duração superior a 20 minutos, de forte intensidade, com possibilidade de irradiação para ombros, mandíbula e dorso isoladamente que pode ser intermitente (normalmente dura vários minutos) ou persistente. Sintomas adicionais podem estar presentes como dispneia, náusea, dor abdominal e fraqueza inexplicada. (ANDERSON e MORROW, 2017; PIEGAS *et al.*, 2015; ROFFI *et al.* 2015; THYGESEN *et al.*, 2012).

As apresentações atípicas incluem ausência de dor, sintomas de indigestão ou dor epigástrica e dispneia isolada. As queixas atípicas podem chegar até 30% dos pacientes com IAMCSST. A exacerbação dos sintomas pelo esforço físico e seu alívio no repouso aumentam a probabilidade de isquemia miocárdica (ROFFI *et al.*, 2015; PIEGAS *et al.*, 2015; STEG, 2012).

Para um correto e eficaz diagnóstico, além do quadro clínico, o Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações é uma das ferramentas, devendo ser realizado em até 10 min da admissão hospitalar ou, idealmente, pré-hospitalar. O ECG é considerado como primeira linha para pacientes com suspeita de SCA (AMSTERDAN *et al.*, 2014; PIEGAS *et al.*, 2015; ROFFI *et al.*, 2015). Além disso, é o método mais específico para diagnóstico de IAMCSST, sendo a chave da estratégia terapêutica. O reconhecimento dá-se pela elevação do segmento ST medida no ponto J em pelo menos duas derivações contíguas: $\geq 0,25$ mV em homens com idade inferior a 40 anos, $\geq 0,2$ mV em homens com idade superior a 40 anos, ou $\geq 0,15$ mV em mulheres em derivações V2-V3 e / ou $\geq 0,1$ mV em outras derivações (na ausência de hipertrofia ventricular esquerda (LV) ou bloqueio do ramo esquerdo (BRE) (STEG *et al.*, 2012).

Os marcadores bioquímicos também são fundamentais para auxiliar tanto no diagnóstico, quanto no prognóstico de pacientes com SCA. Tradicionalmente os biomarcadores são as mioglobinas, creatinaquinase total (CPK), fração MB (CK-MB) e troponinas, das quais utilizam-se as duas últimas, preferencialmente a troponina. Destaca-se a mioglobina e a troponina. Devido à liberação rápida na circulação (começa a elevar-se entre 1-2 horas após o início dos sintomas, com pico entre 6-9 horas e normalização entre 12-24 horas), a mioglobina é considerada excelente para descartar o diagnóstico de IAM, apesar de sua baixa especificidade, pois é encontrada também nas fibras musculares

esqueléticas (PIEGAS *et al.*, 2015; SILVA e MORESCO, 2011).

As troponinas cardíacas, “padrão ouro” para o diagnóstico de IAM, são marcadores mais sensíveis e específicos de lesão dos cardiomiócitos. (ANDERSON e MORROW, 2017; MONTERA *et al.*, 2013; PIEGAS *et al.*, 2015).

Existem três subunidades: Troponina T (TnTc), Troponina I (TnIc) e troponina C. Para o diagnóstico de IAM são dosadas as subunidades de troponina tipo T e I. Elevam-se entre 4-8 horas após o início dos sintomas, com pico entre 36-72 horas e normalização entre 5-14 dias (PIEGAS *et al.*, 2015). Estudos prévios de primeira e segunda geração demonstraram que Troponina I tem sensibilidade e especificidade clínica para o diagnóstico de IAM na ordem de 90 e 97%, respectivamente (NEWBY *et al.*, 2012). Além de, quanto maior a elevação dos níveis de troponina na apresentação, maior o risco de morte (ROFFI *et al.*, 2015).

Com o aumento na mortalidade por DCV na década de 40, iniciaram-se estudos epidemiológicos sobre essas doenças. No Brasil, em 1998, foi publicado o estudo FRICAS, com o objetivo determinar a frequência e importância com que os principais fatores de risco para DAC, apontados na literatura internacional, associavam-se, em nosso meio, à ocorrência de infarto. O estudo reafirmou a importância da hipercolesterolemia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, sobrepeso e história familiar positiva, como fatores de risco para ocorrência desse evento cardíaco. Além disso, relatou relação direta e significativa entre a ocorrência de IAM e a condição socioeconômica (SILVA *et al.*, 1998). Outros fatores como uma condição socioeconômica baixa, falta de apoio social, estresse no trabalho e na vida familiar, depressão, ansiedade e hostilidade contribuem para o risco de desenvolver DCV, assim como para um pior prognóstico (PIEPOLI *et al.*, 2016; SIMÃO *et al.*, 2013).

É de amplo conhecimento que as DCVs são causadas por fatores de risco comportamentais e, por tanto, evitáveis, relacionadas ao estilo de vida. Logo, não são apenas fatores de risco preexistentes que são preocupantes, mas também uma má implementação de medidas (PERK, *et al.*, 2012; PIEPOLI *et al.*, 2016).

ACESSO ÀS TERAPIAS DE REPERFUSÃO

Os melhores resultados para os pacientes diagnosticados com IAMCSST estão diretamente relacionados ao rápido acesso às terapias de reperfusão. Desta forma, um menor tempo é de suma importância para o proveito do tratamento imediato. Como a principal causa de IAMCSST é a trombose, a desobstrução da artéria culpada, no menor tempo, limita a necrose do miocárdio (DASARI *et al.*, 2014; PIEGAS *et al.*, 2015).

Quanto maior o atraso para a realização da terapia de reperfusão para pacientes com IAMCSST, maior a chance de óbito devido à maior capacidade de desenvolvimento de necrose miocárdica (DASARI *et al.*, 2014). Desta forma, a adoção das terapias de reperfusão dentro de uma logística integrada e inteligente é fundamental para a garantia de

uma maior sobrevida (TERKELSEN *et al.*, 2010).

Apesar da necessidade de implantação das terapias de reperfusão em tempo ideal, alguns estudos (MULLER *et al.*, 2008; TERKELSEN *et al.*, 2010; DASARI *et al.*, 2014) demonstram que ocorrem atrasos importantes que comprometem diretamente o prognóstico dos pacientes com IAMCSST. Os principais fatores que estão atrelados a este atraso são a demora: para a tomada de decisão na chamada de socorro; no transporte do paciente, seja através de um serviço de emergência ou de recursos próprios; na sua admissão no serviço de saúde; na avaliação inicial do paciente incluindo a obtenção e a interpretação do eletrocardiograma e na utilização do trombolítico ou da ICP primária (MULLER *et al.*, 2008; TERKELSEN *et al.*, 2010; LAMBERT *et al.*, 2014; ARRIAGA-NAVA *et al.*, 2015).

Ademais, destaca-se a decisão para a chamada de socorro, uma vez que este fato depende da manifestação dos sintomas. Segundo Terkelsen e colaboradores (2010), isto se dá porque o início do infarto não coincide, necessariamente, com o início dos sintomas mais importantes, mascarando a identificação do IAMCSST. Ocorre também a falta de conhecimento acerca das manifestações clínicas do IAMCSST que pode fazer com que o paciente confunda com outras patologias e utilize medidas paliativas, de modo a retardar a chegada ao serviço especializado (TERKELSEN *et al.*, 2010; ARRIAGA-NAVA *et al.*, 2015).

A forma de como paciente decide chamar socorro também é ressaltada, se mediante e recursos próprios ou acionando o sistema de saúde por meio de uma ambulância, por exemplo. Estudo desenvolvido em Quebec por Lambert e colaboradores (2014) demonstrou que escolher o serviço de saúde móvel como medida para chamada de socorro é um preditor para reduzir o atraso no atendimento e, conseqüentemente, o tempo porta-balão. Segundo estes pesquisadores, este fato se deve à agilidade no diagnóstico do IAMCSST, podendo sinalizar o centro de saúde que receberá este paciente, antecipando as medidas terapêuticas para reduzir a isquemia miocárdica (LAMBERT *et al.*, 2014).

É importante ainda atentar para um adequado tempo porta-balão, uma das melhores medidas de desempenho dos centros com capacidade para realização da angioplastia primária. Esta, no entanto, compreende apenas uma pequena parte do atraso do sistema de saúde e pode ter sua performance diretamente ligada ao atendimento pré-hospitalar, uma vez que uma falha na triagem e/ou no diagnóstico estabelecido nesta fase compromete o estabelecimento do tempo ideal de 90 minutos (TERKELSEN *et al.*, 2010; PIEGAS *et al.*, 2015).

O reconhecimento das barreiras do atendimento ao paciente com IAMCSST pode ser o primeiro passo na inovação de políticas de saúde para promover intervenções mais efetivas (RANASINGHE *et al.*, 2014). A superação destas barreiras que envolvem as responsabilidades do sistema exige a coordenação de todos os níveis da assistência em prol da corrida contra o tempo e da aplicação das terapias de reperfusão em tempo ideal para promover melhores prognósticos para os pacientes diagnosticados com IAMCSST.

Uma destas estratégias pode ser a regionalização do serviço com a implantação

de redes de atenção ao IAM. O objetivo destas redes seria aumentar as taxas de reperfusão para manter menores tempo porta-agulha e porta-balão, reduzido, finalmente, a morbimortalidade para os pacientes com IAMCSST (SOLLA *et al.*, 2013). O aumento das taxas de reperfusão podem ser alcançados através da implantação dos seguintes elementos: aplicação de ECG em ambiente pré-hospitalar; estabelecimento de protocolos institucionais padronizados a nível regional; autonomia dos profissionais da emergência para ativação da rede, além da integração dos níveis de atendimento desde o pré-hospitalar até os serviços terciários (SOLLA *et al.*, 2013).

DISPARIDADES NO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL

Nos tempos atuais, as discussões acerca do rumo da saúde no Brasil têm sido uma constante e permeiam questões quanto ao real cumprimento ao que foi estabelecido na Constituição Federal (1988) e na Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990). As demandas de saúde são cada vez maiores e os recursos, principalmente financeiros, são cada vez mais escassos e/ou mal empregados, gerando um caos generalizado e reduzindo a confiabilidade da população quanto à resolutividade do sistema público de saúde do país (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; ANDRADE; ANDRADE, 2010).

Mesmo com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se que uma parcela importante da população, insatisfeita com os serviços públicos de saúde prestados, se submete ao pagamento de planos de saúde ou buscam atendimento de forma particular na tentativa de garantir um atendimento mais rápido e eficaz. Sabe-se que 75% da população brasileira busca atendimento no SUS, e os demais 25% utilizam-se de assistência privada (IBGE, 2013). Isso sugere que o SUS não oferece qualidade assistencial alinhada às aspirações de grande parte dos brasileiros.

Observando estas diferenças nos números de pacientes atendidos em cada uma das coberturas de saúde no Brasil e com o objetivo de saber o impacto destas diferenças no atendimento a pacientes com IAMCSST, alguns estudos analisaram esta situação. No estado de Sergipe, alguns estudos (PRADO, 2010; FERREIRA *et al.*, 2009) demonstram que há disparidade entre as redes pública e privada de saúde, no que se refere ao atendimento prestado ao paciente com IAM. Ambos apontam para uma fragilidade de atendimento da rede pública implicando, inclusive, numa maior taxa de morbimortalidade dos pacientes atendidos por este serviço. Esta observação caracteriza exemplo claro de iniquidade na assistência à saúde. Ademais, é notória a carência de estudos no Brasil sobre a qualidade do atendimento do IAM, pré e intrahospitalar, especialmente para os usuários do SUS (PIEGAS *et al.*, 2015).

Quando se percebe que mesmo com a presença de leis, tais como a nº 8080 (BRASIL, 1990) e constituições que promovam a igualdade entre os seres no atendimento de saúde, estes indivíduos são tratados de forma diferenciada em resultados de saúde

e no que se refere ao acesso ou disponibilidade de instalações e serviços por atributos sociais, ambientais, demográficos e geográficos, recai-se sobre a definição de disparidade em saúde (CDC, 2011). Logo, combatê-las pode ser um precursor para a redução na mortalidade dos casos de IAM.

DESFECHOS ASSISTENCIAIS E QUALIDADE NO TRATAMENTO DO IAMCSST

No Brasil, a qualidade na prestação do serviço de saúde é um compromisso firmado pela esfera pública desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, dispõe no Artigo 2º que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para o seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Tomando o IAMCSST como um grave problema de saúde pública e levando em consideração o alto impacto da morbimortalidade por este agravo, a qualidade no atendimento prestado aos pacientes diagnosticados com esta patologia se faz mister (BALLESTER *et al.*, 2010; PIEGAS *et al.*, 2015). Sabendo disso, pesquisas vêm sendo desenvolvidas com o intuito de gerar subsídio para a implantação de linhas de cuidado ideais para o tratamento do IAMCSST, garantindo a qualidade do serviço e os melhores resultados.

No sentido de obter melhores resultados em saúde e de garantir um atendimento equânime e de qualidade para os pacientes com IAMCSST, alguns serviços de saúde pelo mundo desenvolveram linhas de cuidado ao atendimento do IAM, estabelecendo diretrizes para este atendimento, de acordo com as condições e dinâmicas de saúde de cada local em específico (BRASIL, 2011a; EL-DEEB, 2013; DASARI *et al.*, 2014; DU *et al.*, 2014). Essas medidas podem ser associadas a uma diminuição significativa nos tempos de atendimento dos pacientes, independente do tempo de apresentação, garantindo, desta forma, uma melhor performance do sistema no que concerne à linha de atendimento ao paciente com IAMCSST, reduzindo sua responsabilidade na cadeia de atrasos (TERKELSEN *et al.*, 2010; BRASIL, 2011a; DASARI *et al.*, 2014).

O primeiro passo para o bom funcionamento das linhas de cuidado ao IAM baseia-se na ênfase no papel do paciente no reconhecimento dos sintomas do acometimento cardíaco precoce e contato imediato para chamada de socorro, de preferência já acionando o sistema de saúde móvel local e garantindo sua inserção na cadeia de tratamento. Sabe-se que este primeiro contato, além de estar diretamente ligado à capacidade de interpretação do sintoma como sendo de um ataque cardíaco, baseia-se também no reconhecimento do sistema de saúde como efetivo (BRASIL, 2011a; EL-DEEB, 2013).

Estudo baseado no atendimento de saúde dos países do Oriente Médio (EL-DEEB, 2013), estabeleceu que há seis etapas indispensáveis para o bom funcionamento de uma cadeia de atendimento ao paciente com IAMCSST: 1. Reconhecimento precoce do ataque

cardíaco; 2. Acesso precoce aos serviços de saúde; 3. Diagnóstico precoce, principalmente baseado na confecção do ECG o mais rápido possível; 4. Estratificação precoce do risco, oferecendo atendimento precoce aos pacientes mais graves. 5. Abordagem precoce para definir o melhor tratamento a ser estabelecido; 6. Tratamento precoce, seja por meio de trombolítico ou angioplastia primária.

Tomando a angioplastia primária como a terapia padrão ouro no atendimento do IAMCSST, uma medida de qualidade para os centros de atendimento aos pacientes com esta patologia seria o tempo porta-balão, garantindo um foco no melhor desempenho do centro. O foco aumentado nesta medida do sistema de assistência médica pode ser otimizado e ser a chave para melhorar os índices de sobrevivência destes pacientes, tanto para aqueles pacientes que conseguem acesso direto aos centros com serviço de hemodinâmica, como para aqueles que precisam ser transferidos até este serviço (TERKELSEN *et al.*, 2010; EL-DEEB, 2013).

Mesmo com o desenho dessas linhas de cuidado ideais, adequadas às realidades de saúde de cada região e prometendo melhorar o acesso de pacientes com IAMCSST às terapias de reperfusão, é possível perceber que colocá-las em prática é mais complexo do que parece (BRASIL, 2011a; EL-DEEB, 2013). Em um estudo realizado na China (RANASINGHE *et al.*, 2014), quase 60% dos pacientes diagnosticados com IAMCSST não receberam qualquer tipo de terapia de reperfusão, mesmo com apresentação precoce ao hospital especializado. Além disso, os pacientes que receberam terapias de reperfusão, fizeram em um tempo superior ao aceitável devido a fatores como: capacidade limitada no número de pacientes dos serviços de atendimento de emergência hospitalar; falta de condições da família em arcar com as despesas iniciais para o tratamento, o que prolongava a decisão dos mesmos sobre a realização ou não do procedimento; falta de entendimento da família e paciente quanto à execução da angioplastia, seus riscos e benefícios, culminando com a demora para autorização para realização do procedimento; dificuldade na triagem de pacientes para a definição de gravidade e riscos.

Para que esta cadeia organizada de atendimento possa de fato funcionar se faz ideal que o paciente com IAM receba o tratamento de reperfusão no tempo e local adequados, permitindo o reconhecimento precoce, o encaminhamento para um centro de saúde capaz de prestar atendimento e o uso oportuno da terapia de reperfusão disponível neste centro, seja ela o trombolítico ou a angioplastia primária (BRASIL, 2011a; EL-DEEB, 2013; DU *et al.*, 2014; RANASINGHE *et al.*, 2014). A necessidade de que estes sistemas de cuidado tomem proporções sistêmicas, e não focais, baseiam-se no número de vidas perdidas por infarto e o alto índice de morbidades detectados nos pacientes infartados e não reperfundidos, interferindo, inclusive, na qualidade de vida destes pacientes (BRASIL, 2011a). Desta forma, alinhar as perspectivas para o bom funcionamento das linhas de cuidado, eliminando, inclusive, as barreiras do atendimento são medidas indispensáveis para garantir melhores resultados na morbimortalidade por IAMCSST (RANASINGHE *et al.*, 2014).

REFERÊNCIAS

- AMSTERDAM, E.A. *et al.* AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **J Am Coll Cardiol**; v. 64, n. 24, p. e139-e228, 2014.
- ANDERSON, J.L, MORROW, D.A. Acute Myocardial Infarction. **N Engl J Med.** v. 376, p.:2053-64, 2017.
- ANDRADE, E. N. A.; ANDRADE, E. O. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. **Revista Bioética**, v. 18, n. 1, p. 61-74, 2010.
- ARRIAGA-NAVA, R. *et al.* Trombólisis prehospitalaria: en perspectiva nacional. Estrategia farmacoinvasiva para la reperusión temprana del IAMCEST en México. **Arch Cardiol Mex**, v. 85, n. 4, p. 307-317, 2015.
- BALLESTER, D. *et al.* A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v. 34, n. 4, p. 598-606, 2010.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, Out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm> Acesso em: 19 jan. 2016.
- BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília. Set. 1 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 19 jan. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha do cuidado do infarto agudo do miocárdio na rede de atenção às urgências.** set. 2011a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cp_06_infarto_agudo_miocardio_2011.pdf acesso em: 31 de maio de 2017.
- DATASUS. **Departamento de Informática do SUS.** Mortalidade. 2015 Disponível <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acessado em 28 de maio de 2017.
- BRAUNWALD, E.; ANTAM, E.M.; BEASLEY, J. W.; On behalf of the Committee 15 Members and the task force members of the ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. **J Am. Coll. Cardiol.**, v.26, p.970-1062, 2000. Disponível em:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109700008895/pdf?md5=c9edf7362fb6a87b05e03843ac9ed1dd&pid=1-s2.0-S0735109700008895-main.pdf>. Acessado em 25 de maio de 2017.
- DASARI, T. *et al.* Impact of Time Presentation on Process Performance and Outcomes in STSegment-Elevation Myocardial Infarction: A Report from de American Heart Association – Mission Lifeline Program. **Circ Cardiovasc Qual Outcomes**, v. 7, p. 656-63, 2014.
- DONABEDIAN, A. **The Quality of Medical Care.** **Science**, n. 200, p. 856-864, 1978.
- EL-DEEB, M. H. The Chain of Survival for ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: Insights Into the Middle East. **Crit Pathways in Cardiol**, v. 12, p. 154-60, 2013.
- FERREIRA, E. J. P. *et al.* **Mortalidade após ICP primária: SUS vs. Privado.** 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Núcleo de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Sergipe, 2012.

FERREIRA, G. M. T. M *et al.* Increased mortality and morbidity due to acute myocardial infarction in a public hospital, in Feira de Santana, Bahia. **Arq Bras Cardiol**, v. 93, p. 97-104, 2009.

LAMBERT, L. J. *et al.* Transfer of Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction for Primary Percutaneous Coronary Intervention: A Province-Wide Evaluation of “Door-in to Door-Out” Delays at the First Hospital. **Circulation**, v. 129, n. 25, p. 2653-60, 2014.

MONTERA, M.W *et al.* I Diretriz brasileira de miocardites e pericardites. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 100, n. 4, p. 01-36, 2013. <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n4s1/v100n4s1a01.pdf> Disponível em: . Acessado em 28 de maio de 2017.

MULLER, L. A; RABELO, E. R; MORAES, M. A; AZZOLIN, K. Delay factors on the administration of thrombolytic therapy in patients diagnosed with acute myocardial infarction in a general hospital. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 1, 2008.

NEWBY L.K., et al. ACCF 2012 expert consensus document on practical clinical considerations in the interpretation of troponin elevations: a report of the American College of Cardiology Foundation task force on Clinical Expert Consensus Documents. **J Am Coll Cardiol**; v. 60, n.23, p.:2427-63, 2012. Disponível em:<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjnwLKyh8PUAhVLRiYKHU3gDecQFggxMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.scai.org%2FAssets%2F35db1e3a-77a5-4b1f-b710-4a0ef0a22b03%2F635461151459400000%2F2012decccfexpertconsensusdocumentpdf&usg=AFQjCNEJjD62SWcpiKzBDhrSrFDVituvtA>. Acessado em 20 de maio de 2017.

PERK, J. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). **European Heart Journal**. v.:33, p.: 1635–1701, 2012. Disponível: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/33/13/1635.full.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2017.

PIEPOLI, M.F. et al. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the sixth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & rehabilitation (EACPR). **Eur Heart J**; v.37, p.:2315–81. 2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27222591>. Acessado em 16 de junho de 2016.

PIEGAS L.S et al. Study Investigators. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. **Am Heart J**; v.146, n.2, p.: 331-8, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12891204>. Acessado em 01 de junho de 2017.

PIEGAS, L.S et al. 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, p. 1-105, 2015. Disponível: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_iam.pdf. Acessado em 12 de maio de 2017.

PRADO, L. F. A. **Letalidade por Infarto Agudo do Miocárdio em Hospital Público de Sergipe**. 2010. 96p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Núcleo de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2010.

RANASINGHE, I. et al. System Barriers to the Evidence-Based Care of Acute Coronary Syndrome Patients in China: Qualitative Analysis. **Circ Cardiovasc Qual Outcomes**, v. 7, p. 209-216, 2014.

ROFFI, M. *et al.* ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. **European Heart Journal**, Aug 2015. Disponível em: https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Guidelines/Publications/ACS/2015_NSTE-ACS%20Gles-Web-Addenda-ehv320.pdf. Acessado em 10 de junho de 2017.

SILVA, M.A.D, SOUSA, A G. M. R. SCHARGODSKY, H. Fatores de Risco para Infarto do Miocárdio no Brasil - Estudo FRICAS. **Arq Bras Cardiol**, v. 71, n.5), p.:667-675, 1998.

SIMÃO, A.F *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**: v.101, p.:1-63, 2013. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf. Acessado em 4 de junho de 2017.

SOLLA, D. J. F. *et al.* Integrated Regional Networks for ST-Segment–Elevation Myocardial Infarction Care in Developing Countries The Experience of Salvador, Bahia, Brazil. **Circ Cardiovasc Qual Outcomes**, v. 6, p. 9-17, 2013.

SOUZA, F.M. *et al.* Cardiovascular disease mortality in the Americas: current trends and disparities. **Heart**. Aug; v.98, n.16, p.:1207-12, 2012. doi: 10.1136/heartjnl-2012-301828.

STEG, G *et al.* ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). **European Heart Journal**, v.33, p.:2569–2619, 2012. Disponível em: http://www.cmr-guide.com/Contents/Acute_MI_ESC_Guidelines.pdf. Acessado em 6 de junho de 2017.

TERKELSEN, C. J. *et al.* System delay and mortality among patients with STEMI treated with primary percutaneous coronary intervention. **JAMA**, v. 304, n. 7, 2010.

THYGESEN, K, ALPERT J.S, JAFFE, A.S, *et al.* Third universal definition of myocardial infarction. **JACC**. v.60, n.16, 2012. Disponível em: https://web2.aabu.edu.jo/tool/course_file/lec_notes/1001326_UniversalDefMI.pdf. Acessado em 10 de junho de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf. Acessad em 10 de junho de 2017.

XAVIER, H.T. *et al.* V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v.101, n.4, supl.1, p. 1-20, Oct. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013004100001&lng=en&nrm=iso Acessado em 27 de maio de 2017.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescência 4, 5, 6, 7, 9, 110
Agente Comunitário de Saúde 92, 93, 95
Automutilação 4, 11, 12
Automutilação Digital 4, 6, 8, 9, 11

B

Bilioma 48, 49, 52, 53, 54, 56, 57, 58

C

Câncer 27, 28, 29, 35, 37, 41, 79, 80, 81, 82, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 150, 156, 166, 170, 171, 172, 173, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 207
CD40L 156, 157, 159, 161, 162, 164, 165, 167, 168
Cicatrização 114
Colangiocarcinoma 48, 49, 56, 58
Colo do Útero 170, 171, 172
Cólon Descendente 1, 2
Comportamento Suicida 91, 92, 93, 94, 95
CPNPC 27, 28, 29, 30

D

Diabetes Mellitus Gestacional 108, 109, 113
Diabetes na Gestação 108, 109, 112
Diagnóstico 1, 2, 3, 10, 19, 22, 27, 35, 36, 38, 48, 50, 55, 57, 58, 69, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 88, 89, 90, 99, 100, 101, 104, 108, 110, 112, 113, 138, 148, 170, 171, 172, 175, 179, 180, 184, 185, 192, 193, 205
Disparidades em Assistência à Saúde 97
Doença 13, 18, 20, 21, 24, 29, 34, 35, 36, 37, 39, 44, 45, 46, 49, 55, 56, 82, 83, 86, 87, 89, 98, 108, 109, 112, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 141, 148, 150, 173, 175, 188, 193, 204

E

Educação em Saúde 115, 132, 135
Educação Médica 60, 70, 105
EGFR 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33
Encapsulado 48, 51, 53, 57, 58

Endometriose 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47

Equipe Multiprofissional 146, 148

Estratégia Saúde da Família 170

Estudante de Medicina 60

F

Feridas Crônicas 114

Flow Cytometry 156, 164, 165, 169

G

Gastrectomia 85, 86, 88, 89

Genética 27, 36, 47, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 190, 191, 193, 194, 224

Gestão do Cuidado 91, 92, 93, 94

GIST 2, 80, 81, 82, 83, 90, 204, 205, 206, 207

Gravidez 109, 110, 111, 112, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 217, 219, 220

H

Hiperêmese Gravídica 208, 209, 210, 211, 213, 219

I

Idosos 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 92

Imatinibe 82, 204, 205, 206, 207

Infarto do Miocárdio 97, 107

Infertilidade 34, 35, 36, 39, 42

Intervenção Farmacêutica 146, 148, 150, 152, 154

K

Klatskin 48, 49, 50, 54, 55, 56, 57, 58

L

Laparoscopia 86, 87, 88, 90

Laparotomia 205, 206

Leiomioma 1, 2, 3

Lesão Tecidual 114

M

Membranas Bioativas 114, 115, 116, 118, 120

MFC 60, 61, 66, 67, 69

N

Nanopartículas 114

Necessidades em Saúde 60

Neoplasia do Trato Gastrointestinal 79, 80, 81

Neoplasias Gástricas 86, 88

O

Oncogeriatría 80

Oncologia 65, 79, 146, 148, 152, 154, 170

P

Pacientes Idosos 79, 80

Painel 179, 180, 183, 189, 190, 191, 192, 193

Perihilar 48, 49, 55

Platelet 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 169

Platelets-leucocyte aggregate 156

Prevenção 5, 37, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 107, 109, 115, 132, 137, 138, 170, 172, 179, 193, 208, 210, 216, 217, 219, 220

Prevenção Primária 138, 170

Promoção da Saúde 132, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144

R

Redes Sociais 4, 6, 8, 11, 140, 142, 143, 173

Retroperitônio 205

S

Segurança do Paciente 146, 147, 148, 149, 153, 154, 155

Sistema Único de Saúde 61, 71, 73, 77, 97, 102, 103, 116

SUS 60, 61, 69, 70, 102, 103, 105, 171

T

T790M 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33

Teorias em Saúde 132

Transtorno Mental 4, 6, 11

Tumor 1, 2, 48, 49, 50, 54, 55, 56, 57, 58, 81, 82, 87, 152, 157, 161, 162, 165, 166, 167, 187, 188, 199, 201, 203, 204, 205, 206, 207

Tumor Estromal Gastrointestinal 2, 81, 204, 206, 207

V

Violência Contra o Idoso 72

Violência Sexual 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77

Z


Zingiber officinale 208, 209, 211, 213, 219, 221, 222, 223


MEDICINA:


LONGE DOS HOLOFOTES,


PERTO DAS PESSOAS

3

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br





MEDICINA:


LONGE DOS HOLOFOTES,


PERTO DAS PESSOAS

3

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

