

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA

NICOLE SILVA NUNES

Perfil clínico e sociodemográfico de hipertensos com infarto do miocárdio em hospital  
universitário

Uberlândia

2025

NICOLE SILVA NUNES

Perfil clínico e sociodemográfico de hipertensos com infarto do miocárdio em hospital  
universitário

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade de Medicina da Universidade  
Federal de Uberlândia como requisito parcial  
para obtenção do título de bacharel e licenciado  
em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Patrícia Magnabosco.

Uberlândia  
2025

NICOLE SILVA NUNES

Perfil clínico e sociodemográfico de hipertensos com infarto do miocárdio em hospital  
universitário

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade de Medicina da Universidade  
Federal de Uberlândia como requisito parcial  
para obtenção do título de bacharel e licenciado  
em Enfermagem.

Uberlândia, 11 de dezembro de 2025

Banca Examinadora:

---

Valéria Nasser Figueiredo – Universidade Federal de Uberlândia

---

Maria Beatriz Guimarães Raponi – Universidade Federal de Uberlândia

---

Profa. Dra. Patrícia Magnabosco – Universidade Federal de Uberlândia

“A enfermagem é a arte de cuidar do corpo,  
da mente e da esperança.”  
(Florence Nightingale)

## RESUMO

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo é fundamental para a prevenção de eventos cardiovasculares adversos, especialmente em pessoas que sofreram infarto agudo do miocárdio. Este estudo teve como objetivo avaliar a adesão à medicação anti-hipertensiva e fatores associados em pessoas com hipertensão que sofreram infarto do miocárdio atendidas no pronto-socorro de um hospital universitário de Uberlândia, Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado com 85 participantes. A adesão foi avaliada por meio do instrumento *Adherence to Refills and Medications Scale* (ARMS). A análise estatística foi descritiva apresentada por meio de tabelas de distribuição simples. Observou-se que 82,4% dos participantes apresentaram adesão ao tratamento anti-hipertensivo. A não adesão apresentou maior número entre fumantes, adultos e indivíduos com renda per capita igual ou inferior a um salário-mínimo. O número de cigarros fumados por dia também apresentou crescente número com a não adesão medicamentosa. Conclui-se que fatores comportamentais e socioeconômicos influenciam negativamente a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pessoas que sofreram infarto do miocárdio, reforçando a importância de estratégias educativas direcionadas a esse público.

**Palavras-chave:** Infarto do Miocárdio; Hipertensão; Adesão Medicamentosa.

## **ABSTRACT**

Adherence to antihypertensive treatment is essential for the prevention of adverse cardiovascular events, especially among individuals who have experienced acute myocardial infarction. This study aimed to evaluate adherence to antihypertensive medication and associated factors in people with hypertension who suffered myocardial infarction and were treated in the emergency department of a university hospital in Uberlândia, Minas Gerais, Brazil. This is a cross-sectional study with a quantitative approach, conducted with 85 participants. Adherence was assessed using the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS). Data were analyzed using appropriate statistical tests, adopting a significance level of 5%. It was observed that 82.4% of the participants showed adherence to antihypertensive treatment. Adherence was significantly lower among smokers, adults, and individuals with a per capita income equal to or lower than one minimum wage. The number of cigarettes smoked per day showed an inverse association with medication adherence. In conclusion, behavioral and socioeconomic factors negatively influence adherence to antihypertensive treatment among individuals who have suffered myocardial infarction, reinforcing the importance of targeted educational strategies for this population.

**Keywords:** Myocardial Infarction; Hypertension; Medication Adherence.

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1 - Distribuição dos participantes conforme variáveis sociodemográficas, estilo de vida e clínicas. Uberlândia, 2025.</b> .....	16
<b>Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo hábitos de vida e sexo. Uberlândia, 2025.</b> .....	17
<b>Tabela 3 - Escores de adesão segundo variáveis sociodemográficas e comportamentais.</b> .....	18
<b>Tabela 4 - Associação das variáveis socioeconômicas e clínicos segundo adesão medicamentosa da hipertensão. Uberlândia, 2025.</b> .....	18
<b>Tabela 5 - Associação das variáveis do estudo segundo adesão ao tratamento medicamentos da hipertensão. Uberlândia, 2025.</b> .....	19
<b>Tabela 5 - Associação das variáveis do estudo segundo adesão ao tratamento medicamentos da hipertensão. Uberlândia, 2025 (continuação).</b> Erro! Indicador não definido.	
<b>Tabela 6 - Regressão linear múltipla entre variáveis clínicas e a adesão ao tratamento (escore ARMS).</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>Tabela 7 - Associação entre tabagismo e adesão ao tratamento (&gt;80%) e análise de risco (Odds Ratio).</b> .....	Erro! Indicador não definido.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>12</b>
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1.1 <i>Delineamento do estudo</i>.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1.2 <i>Local do estudo</i>.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1.3 <i>População e amostra</i>.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1.4 <i>Critérios de inclusão e exclusão</i>.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1.5 <i>Coleta de dados</i>.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1.6 <i>Instrumentos</i>.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.7 <i>Análise dos dados</i>.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.8 <i>Aspectos éticos</i> .....</b>	<b>14</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>15</b>
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXO B .....</b>	<b>27</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>29</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>30</b>

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são responsáveis por um alto índice de mortes no mundo. Segundo a World Heart Federation (2021), ocorrem mais de 18,6 milhões de mortes por ano devido a essas patologias. Diante disso, um fator relevante para a morte entre os adultos são as complicações da doença arterial coronariana (DAC) e, consequentemente, podendo ocasionar o infarto do miocárdio (IM) (MI et al., 2023).

O estudo Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors (GBD) relacionou condições não genéticas responsáveis por risco cardiovasculares como: pressão arterial sistólica alta, colesterol alto de lipoproteína de baixa densidade (LDL-C), alto índice de massa corporal (IMC), alta glicose plasmática em jejum, riscos relacionados ao desbalanço alimentar, tabagismo, tabagismo passivo, alto uso de álcool, baixa frequência de atividade física, poluição do ar por partículas ambientais, poluição do ar doméstico por combustíveis sólidos, exposição ao chumbo e temperatura baixa ou alta. Entre esses fatores, a pressão arterial sistólica elevada é o principal fator de risco modificável para morte cardiovascular prematura em todo o mundo, causando 10,8 milhões de morte cardiovascular e 11,3 milhões de mortes em 2021 e está particularmente associada à doença coronariana (Vaduganathan et al., 2022).

O IM é um dos maiores problemas de saúde em todo o mundo. Ele ocorre quando há baixa ou interrupção completa do fluxo sanguíneo em uma determinada região do coração, o que impede a oxigenação dos miócitos. Essa condição pode variar desde um episódio discreto em uma doença crônica de longo prazo, passando despercebido, até se tornar um evento catastrófico que resulta em morte súbita ou sérios problemas hemodinâmicos. É importante ressaltar que a maioria dos casos de IM está associada à DAC subjacente. Os sintomas clássicos do IM incluem desconforto torácico ou sensação de pressão que pode irradiar para a mandíbula, pescoço, costas, ombro ou braço; vertigem, sudorese e dispneia (Centers for disease control, 2022; Ojha; Dhamoon, 2021).

Além disso, existem fatores de risco não alteráveis para o IM, como a idade avançada, o sexo masculino (homens têm maior probabilidade de ter um infarto do miocárdio em idade mais jovem) e a predisposição genética (quando um parente de primeiro grau tem histórico de eventos cardiovasculares antes dos 50 anos de idade) (Ojha; Dhamoon, 2021).

Ao dar entrada na sala de emergência com sintomas sugestivos de infarto, o paciente é submetido a uma série de exames para confirmar o diagnóstico. Entre eles estão o

eletrocardiograma, análise de amostras de sangue para avaliar os níveis de proteína, como a troponina, e exames de imagem (“Heart attack - diagnosis | NHLBI, NIH”, 2022).

Para alcançar a estabilização de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a hipertensão, é essencial que o paciente adote adequadamente o tratamento recomendado pelo profissional de saúde. Nesse viés, há duas abordagens para tratar as DCNT: a mudança de estilo de vida, sem recorrer a medicamentos, e a terapia farmacológica. Ambas as estratégias estão alinhadas com o conceito de adesão ao tratamento delineado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que engloba desde a adoção de hábitos, como uma dieta balanceada e atividade física, até a utilização de fármacos (Batista et al., 2022).

Por outro lado, a adesão ao tratamento é um fenômeno singular e multifatorial, variando significativamente entre diversos grupos populacionais. Esse comportamento é influenciado por fatores como localização geográfica, hábitos de vida, acesso aos serviços de saúde e condição socioeconômica, entre outros. Diante disso, é crucial compreender que a não adesão ao tratamento pode ter impactos negativos substanciais, podendo comprometer efetivamente o controle das doenças, resultando em um aumento do risco de hospitalização e, até mesmo, de mortalidade. (Remondi, F.A, et al, 2014).

Apesar da ampla produção científica sobre hipertensão arterial e IM de forma isolada, ainda são limitados os estudos nacionais que avaliam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pessoas que sofreram infarto, especialmente no contexto de serviços de urgência e emergência. A identificação de fatores associados à adesão nesse cenário torna-se fundamental, uma vez que a hipertensão mal controlada contribui diretamente para recorrência de eventos cardiovasculares e piores desfechos clínicos.

Nesse sentido, este artigo tem como objetivo analisar as variáveis clínicas, sociodemográficas e a adesão à medicação anti-hipertensiva em pacientes com IM atendidos no pronto-socorro, buscando compreender fatores associados à adesão terapêutica e suas implicações para o cuidado de enfermagem.

## OBJETIVOS

### **Objetivo Geral:**

Caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico de pessoas com hipertensão que sofreram infarto do miocárdio atendidas em um hospital universitário.

### **Objetivos específicos:**

- Descrever as variáveis clínicas e sociodemográficas da população estudada;
- Identificar o período entre o início dos sinais e/ou sintomas do infarto do miocárdio até a entrada no serviço de saúde;
- Identificar o período entre a entrada no serviço de saúde e o início do tratamento realizado;
- Caracterizar a população quanto aos exames realizados, tratamentos instituídos e desfecho clínico;
- Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e o desfecho clínico.

## **JUSTIFICATIVA**

A hipertensão arterial sistêmica é um dos principais fatores de risco modificáveis para o IM. Apesar disso, a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo permanece frequente e representa um importante problema de saúde pública. Embora existam estudos sobre hipertensão arterial e IM de forma isolada, ainda são limitadas as investigações que avaliem a adesão medicamentosa em pessoas hipertensas que sofreram infarto, especialmente no contexto hospitalar brasileiro. Dessa forma, compreender o perfil clínico e sociodemográfico dessa população e os fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo pode contribuir para o planejamento de intervenções de enfermagem mais efetivas, direcionadas à prevenção de novos eventos cardiovasculares e à melhoria da continuidade do cuidado.

## METODOLOGIA

### **1.1.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal, de abordagem quantitativa.

### **1.1.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no Pronto-Socorro Adulto do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFG), localizado no município de Uberlândia, Minas Gerais.

### **1.1.3 População e amostra**

A população do estudo foi de conveniência composta por pessoas diagnosticadas com infarto do miocárdio atendidas no pronto-socorro do HC-UFG no período de janeiro 2024 a fevereiro 2025. A amostra foi constituída por 85 participantes.

### **1.1.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de infarto do miocárdio e hipertensão arterial prévia. Foram excluídos pacientes em estado crítico, classificados como Killip III ou IV, gestantes e indivíduos sem condições clínicas ou cognitivas para responder aos instrumentos, uma vez que essas condições poderiam comprometer a segurança do participante e a fidedignidade das informações coletadas.

### **1.1.5 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) pelos participantes, no período de janeiro de 2024 a fevereiro de 2025. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas individuais realizadas em momento oportuno, sem prejuízo da assistência, e complementados por consulta aos prontuários eletrônicos para obtenção das informações clínicas, terapêuticas e de desfecho.

### **1.1.6 Instrumentos**

Utilizou-se um questionário semiestruturado (Apêndice B) para coleta das variáveis sociodemográficas, clínicas e terapêuticas, além do instrumento validado **Adherence to Refills and Medications Scale** (ARMS) (Anexo A) para avaliação da adesão medicamentosa. A avaliação da capacidade cognitiva dos participantes foi realizada por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo B), sendo incluídos apenas aqueles que apresentaram pontuação compatível com preservação cognitiva, garantindo a compreensão e fidedignidade das respostas.

### **1.1.7 Análise dos dados**

Os dados foram organizados em planilha eletrônica e analisados por meio do software **Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)**. Inicialmente, realizou-se estatística descritiva, com apresentação das variáveis categóricas em frequências absolutas e relativas, e das variáveis numéricas por meio de medidas de tendência central e dispersão. Para a análise bivariada, foram aplicados testes estatísticos apropriados conforme a natureza das variáveis. Posteriormente, realizou-se análise de regressão para identificação de associações entre as variáveis independentes e a adesão ao tratamento medicamentoso, adotando-se nível de significância de 5%.

### **1.1.8 Aspectos éticos**

O estudo respeitou os princípios éticos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, sob parecer nº **6.413.452**. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, riscos e benefícios, e incluídos somente após a assinatura do TCLE.

## **RESULTADOS**

Participaram do estudo 85 pacientes diagnosticados com infarto agudo do miocárdio (IAM), sendo a maioria do sexo masculino 55 (65,9%), aposentada 53 (62,4%), de cor não branca 44 (51,8%) e casado ou em união estável 53 (62,4%), conforme mostra a Tabela 1.

**Tabela 1 - Distribuição dos participantes conforme variáveis sociodemográficas, estilo de vida e clínicas. Uberlândia, 2025.**

Variável	N	Média ± DP ou n (%)
Idade (anos)	85	66,25 ± 11,798
Sexo masculino	55	64,6 %
Sexo feminino	30	35,4 %
Ensino Fundamental incompleto	70	76,5 %
Ensino Fundamental completo	15	23,5 %
Cor da pele: branca	41	48,2 %
Cor da pele: não branca	44	51,8 %
Estado civil: casado (a)/ união estável	53	62,4 %
Profissão: aposentado	53	62,4 %
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	84	28,53 ± 5,56
Circunferência abdominal (cm)	85	105,37 ± 13,29
Tempo de hipertensão (anos)	85	15,79 ± 12,49
Número de comorbidades	85	1,55 ± 1,097
Tempo dos sintomas até a entrada no hospital (horas)	83	18,05 ± 40,57
Tempo até o início do tratamento (minutos)	85	18,57 ± 28,69
Adesão ao tratamento	84	16,72 ± 3,65
Nº medicamentos para hipertensão	85	69 ± 0,86
Renda per capita	85	1,14 ± 0,79
Salário-mínimo	60	2,43 ± 1,35
Idade que começou a fumar	60	16,7 ± 6,58
Número de cigarros por dia	30	21,48 ± 19,89
Tempo que parou de fumar (anos)	30	29,3 ± 13,82
Frequência bebida fermentada	23	2,57 ± 2,21
Frequência bebida destilada	7	1,29 ± 0,48

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação aos hábitos de vida, os dados estão demonstrados na tabela 2.

**Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo hábitos de vida e sexo. Uberlândia, 2025.**

<b>Hábitos de vida</b>	<b>Sexo</b>		
	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Fumante</b>			
Sim	12 (14,1)	18 (21,2)	30 (35,3)
Não	18 (21,2)	37 (43,5)	55 (64,7)
Ex-fumante	8 (9,4)	22 (25,9)	30 (35,3)
Não ex-fumante	22 (25,9)	33 (38,8)	55 (64,7)
<b>Uso de bebida alcoólica atual</b>			
Sim	6 (7,1)	18 (21,2)	24 (28,2)
Não	24 (28,2)	37 (43,5)	61 (71,8)
Bebida fermentada	5 (16,7)	18 (32,7)	23 (27,1)
Não usa bebida fermentada	25 (29,4)	37 (43,5)	62 (72,9)
Bebida destilada	2 (2,4)	5 (5,9)	7 (8,2)
Não usa bebida destilada	28 (32,9)	50 (58,8)	78 (91,8)
Ex etilistas	6 (7)	30 (35,3)	36 (42,3)
<b>Realiza atividade física &gt;150 min/semana</b>			
Sim	5 (5,9)	11 (12,9)	16 (18,8)
Não	25 (29,4)	44 (51,8)	69 (81,2)

Fonte: Dados da pesquisa.

A média de idade de início do tabagismo foi de 16,7 anos, com um consumo médio de 21,48 cigarros por dia.

No que tange às comorbidades, a dislipidemia foi a mais prevalente 55 (64,7%), seguida por diabetes mellitus 39 (45,9%) e doença coronariana prévia 38 (44,7%).

Quanto ao uso habitual de medicamentos anti-hipertensivos, os mais frequentes foram bloqueadores dos receptores da angiotensina (74,1%), diuréticos (61,2%) e antagonistas adrenérgicos (42,4%). A média de medicamentos anti-hipertensivos utilizados por paciente foi de 2,14

De acordo com à adesão ao tratamento medicamentoso, 70 (82,4%) foram aderentes, enquanto 15 (17,6%) foram classificados como não aderentes. A média da adesão foi de 16,72, com desvio padrão de 3,65.

No que concerne ao desfecho clínico, observou-se que a maioria dos pacientes não apresentou complicações, 73 (85,9%) evoluindo sem intercorrências. Já as complicações clínicas foram identificadas em 12 (14,1%) pacientes, sendo 4 casos de edema agudo de pulmão (33,3%), 4 choques cardiológicos (33,3%) e 4 (33,3%) necessitaram de intervenção cirúrgica para revascularização do miocárdio. A parada cardiorrespiratória ocorreu em 4 (33,3%).

A análise dos escores de adesão segundo variáveis sociodemográficas e comportamentais revelou que pacientes fumantes apresentaram menor número de adesão em comparação aos não fumantes. Quanto ao sexo as médias da adesão foram muito próximas, como também, quanto ao consumo de álcool (Tabela 3).

**Tabela 3 - Escores de adesão segundo variáveis sociodemográficas e comportamentais.**

Variáveis Sociodemográficas/Comportamentais	N	Média ( $\pm$ desvio padrão)
Feminino	30	16,40( $\pm$ 3,91)
Masculino	55	16,89( $\pm$ 3,52)
<b>Consumo de álcool</b>		
Sim	24	16,0( $\pm$ 1,58)
Não	61	17,0( $\pm$ 4,17)
<b>Tabagismo</b>		
Sim	30	18,1( $\pm$ 5,01)
Não	55	15,96( $\pm$ 2,36)

Fonte: Dados da pesquisa.

Os valores das medianas encontradas entre adesão medicamentosa e carga medicamentosa, número de comorbidades, alfabetização e apoio social, apresentaram-se muito próximos, conforme apresentado na tabela 4.

**Tabela 4 - Associação das variáveis socioeconômicas e clínicas segundo adesão medicamentosa da hipertensão. Uberlândia, 2025.**

Adesão ao tratamento	N	Posto
		Médio
<b>Carga medicamentosa</b>	Uso de 1	21
	Uso de 2 ou mais	63

<b>Comorbidades</b>	Somente 1	42	45,68
	2 ou mais	43	40,38
<b>Nível de alfabetização</b>	Alfabetizado	78	42,76
	Analfabeto	7	45,71
<b>Apoio social (companheiro)</b>	Sim	53	44,77
	Não	32	40,06

Fonte: Dados da pesquisa.

Os exames laboratoriais realizados na admissão hospitalar evidenciaram que 78 (91,8%) pacientes apresentaram troponina positiva e 61 (71,8%) apresentaram supradesnivelamento do segmento ST no eletrocardiograma. O cateterismo foi realizado em 84 (98,8%) pacientes.

Quanto à classificação de Killip, 69 (81,2%) pacientes não apresentavam sinais de insuficiência cardíaca na admissão, 5 (5,9%) apresentaram sinais de insuficiência cardíaca leve a moderada, 4 (4,7%) edema pulmonar e 4 (4,7%) choque cardiogênico.

A análise do cateterismo coronariano revelou que a artéria descendente anterior foi a mais frequentemente obstruída, evidenciado em 58 pacientes, (68,2%), seguida pela coronária direita, obstruída em 49 pacientes, (57,6%), circunflexa, evidenciado em 38 pacientes, (44,7%) e coronária esquerda, em 7 pacientes, (8,2%).

Em relação ao desfecho clínico, 3 pacientes (3,5%) evoluíram para óbito durante o período de internação. Na análise estatística, verificou-se que esses pacientes apresentaram um posto médio de adesão medicamentosa (62,67) contra 41,75 dos pacientes que sobreviveram.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que a adesão ao tratamento medicamentoso para hipertensão entre pacientes com IAM pode ter sido influenciada por fatores como idade, renda per capita e tabagismo, o que reforça achados de estudos prévios que demonstram que características sociodemográficas, como escolaridade, status socioeconômico e comportamentos de saúde, interferem tanto na adesão terapêutica quanto nos desfechos clínicos cardiovasculares (Lee et al., 2021; Li et al., 2021).

A caracterização da população estudada revelou que a maioria dos pacientes atendidos no pronto-socorro apresentava idade acima de 60 anos (69,4%), sendo predominante o sexo masculino (65,9%). Outro fator em destaque, relacionado às comorbidades, foi a predominância de dislipidemia (64,7%) seguido por diabetes mellitus (45,9%) e doença coronariana (44,7%), fatores amplamente reconhecidos como influenciadores na evolução do IAM.

Quanto à escolaridade, observou-se que 62,4% dos participantes tinham ensino fundamental incompleto e 8,2% eram analfabetos, indicando uma baixa escolarização na amostra. Esses achados estão de acordo com a literatura, a qual aponta que indivíduos mais velhos frequentemente apresentam múltiplos fatores de risco cardiovascular, como hipertensão e diabetes, enquanto pacientes mais jovens com IAM tendem a apresentar maiores taxas de tabagismo e dislipidemia isolada. Além disso, a maior prevalência do sexo masculino entre os casos de infarto é um padrão descrito em diferentes faixas etárias, especialmente entre os mais jovens (Sagris et al., 2022).

Em relação ao tempo decorrido entre o início dos sintomas e a busca por atendimento, observou-se um tempo médio de 18 horas, indicando atraso relevante na procura por cuidados médicos. Esse atraso pode estar relacionado a fatores como desconhecimento dos sintomas, subestimação da gravidade, dificuldades logísticas ou geográficas de acesso aos serviços de saúde, o que está em consonância com estudos prévios que relatam entraves semelhantes no contexto do atendimento pré-hospitalar a paciente com IAM, que destacam a importância na prontidão do socorro para reduzir complicações e mortalidade (Souza et al., 2022).

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo, medida pelo escore ARMS, revelou uma média de 16,72 (em uma escala onde escores mais baixos indicam melhor adesão). Identificou-se que a adesão foi menor entre pessoas com idade menor 59 anos, tabagistas e indivíduos com renda per capita até 1 salário-mínimo. Esses achados podem evidenciar que fatores clínicos e socioeconômicos impactam diretamente na continuidade do cuidado, sendo a baixa adesão um dos principais fatores de risco para complicações cardiovasculares.

Em uma pesquisa longitudinal de coorte com mais de 120 mil adultos jovens hipertensos, evidenciaram que a não adesão à medicação anti-hipertensiva foi associada a um risco significativamente aumentado de IAM, acidente vascular cerebral e mortalidade cardiovascular, mesmo em faixas etárias mais jovens (Lee et al, 2021). Da mesma forma, outro estudo demonstrou que níveis mais baixos de adesão estavam relacionados a maior risco de eventos cardiovasculares em longo prazo, mesmo após ajustes por variáveis dependentes do tempo (Li et al., 2021). Os autores destacam que renda, escolaridade e tabagismo estão entre os principais determinantes sociais que interferem negativamente na adesão ao tratamento.

Os exames realizados na admissão hospitalar mostraram que 91,8% dos pacientes apresentaram troponina positiva e 71,8% mostraram supradesnívelamento do segmento ST no eletrocardiograma (ECG), indicando quadros clínicos compatíveis com IAM com supradesnívelamento do segmento ST, o que é compatível com a necessidade urgente de intervenção. Além disso, o cateterismo foi realizado em 98,8% dos casos, reforçando a conduta de estratificação invasiva e precoce.

Além disso, a artéria descendente anterior foi a mais frequentemente obstruída (68,2%), seguida pela coronária direita (57,6%), a circunflexa (44,7%) e a coronária esquerda (8,2%). A obstrução da descendente anterior é especialmente relevante, pois está associada a infartos de maior gravidade e pior prognóstico clínico, uma vez que essa artéria irriga a porção anterior do ventrículo esquerdo.

Estudo de Sagris et al. (2022) corrobora esse achado, demonstrando que a descendente anterior também é a artéria mais comumente acometida em infartos, principalmente entre pacientes jovens, o que pode refletir um padrão anatômico e funcional mais vulnerável à obstrução aterosclerótica.

No que tange ao tratamento medicamentoso instituído, foi identificado que 74,1% dos pacientes faziam uso de bloqueadores dos receptores da angiotensina, 61,2% usavam diuréticos e 42,4% utilizavam antagonistas adrenérgicos, indicando que, em grande parte, o tratamento farmacológico seguiu as recomendações nacionais. A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2025) orienta o uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA), diuréticos tiazídicos e bloqueadores dos canais de cálcio como terapias de primeira linha para o controle da pressão arterial, especialmente em pacientes com risco cardiovascular elevado ou comorbidades como diabetes

e doença renal crônica. Dessa forma, o perfil terapêutico observado na amostra está em conformidade com as práticas preconizadas no contexto clínico brasileiro.

O desfecho clínico dos pacientes apresentou variações associadas a fatores como tabagismo e idade. Pacientes tabagistas apresentaram menor adesão ao tratamento , o que pode estar relacionado a piores prognósticos clínicos. Além disso, a Classificação de Killip indicou que 81,2% não apresentavam sinais de insuficiência cardíaca no momento da admissão, o que pode ter contribuído para desfechos mais favoráveis, embora 4,7% tenham evoluído com choque cardiogênico. Ainda assim, 3 pacientes (3,5%) evoluíram para óbito durante a internação, número que, embora pequeno, reforça a gravidade do IAM e a importância de medidas precoces de intervenção e adesão ao tratamento.

Esse achados reforçam a importância de intervenções educativas e políticas públicas voltadas para o diagnóstico precoce, adesão terapêutica e redução do tempo de atendimento. A abordagem multidisciplinar, com foco na educação em saúde e monitoramento contínuo, pode ser fundamental para reduzir complicações e mortalidade.

Assim, este estudo contribui para o entendimento das principais barreiras e facilitadores no manejo do IAM podendo subsidiar estratégias para otimizar a adesão terapêutica e reduzir o tempo de atendimento. No entanto, algumas limitações devem ser consideradas como o não alcance da amostra conforme cálculo amostral, o desenho transversal que impede inferências causais e a ausência de variáveis psicológicas ou de acesso à informação em saúde, o que pode impactar a generalização dos resultados. Estudos futuros são necessários para aprofundar a compreensão sobre as motivações individuais para o atraso na busca por atendimento e os determinantes da adesão terapêutica em diferentes contextos regionais.

## CONCLUSÃO

O estudo permitiu caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico de pessoas com hipertensão que sofreram infarto do miocárdio atendidas em um hospital universitário, evidenciando predominância do sexo masculino, idade avançada, presença de comorbidades e elevada prevalência de fatores de risco modificáveis.

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo mostrou-se em menor média principalmente ao tabagismo, à idade adulta e à baixa renda per capita, destacando o impacto de fatores comportamentais e socioeconômicos na continuidade do cuidado. O número de cigarros consumidos por dia apresentou quantidade inversa com a adesão medicamentosa.

Esse achados reforçam a importância do acompanhamento multiprofissional e da implementação de estratégias educativas voltadas à adesão ao tratamento, especialmente entre populações mais vulneráveis, contribuindo para a melhoria da assistência prestada a pessoas que sofreram infarto do miocárdio.

## REFERÊNCIAS

1. AMERICAN HEART ASSOCIATION. *Get With The Guidelines–Coronary Artery Disease (GWTG-CAD) registry*: AHA, [2024]. Disponível em: <https://www.heart.org/>. Acesso em: 24 de novembro 2025.
2. BATISTA, G. F.; NASCIMENTO, A. C. de M.; SOUZA, B. de F.; TOMÉ, L. S. A.; COSTA, M. G. O.; DANTAS, J. M. C.; TARGINO, R. **Main factors influencing treatment adherence for Systemic Arterial Hypertension: an integrative review**. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 1, p. e26311124760, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i1.24760. Disponível em: <https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/24760>. Acesso em: 14 aug. 2023.
3. BRANDÃO, Andréa Araujo et al. **Diretriz brasileira de hipertensão arterial – 2025**. Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 122, n. 09, 2025.
4. CDC. “**Heart Attack Symptoms, Risk Factors, and Recovery | Cdc.Gov**”. Centers for Disease Control and Prevention, 12 de julho de 2022. Disponível: [https://www.cdc.gov/heartdisease/heart\\_attack.htm](https://www.cdc.gov/heartdisease/heart_attack.htm). Acesso em: 14 jul. 2023.
5. **Heart Attack - Diagnosis** | NHLBI, NIH. 24 de março de 2022. Disponível em: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/heart-attack/diagnosis>. Acesso em: 16 jul. 2023.
6. HOSPITAL IGESP. **Protocolo de Conduta no Atendimento da Dor Torácica**, 2022. Disponível em: <https://hospitaligesp.com.br/wpcontent/uploads/2022/02/006-007- Protocolo-de-Dor-Tora%CC%81cica.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2023.
7. KRIPALANI S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA, **Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease Value**. Health 2009 12(1):118-23.10.1111/j.1524-4733.2008.00400.x19911444
8. MI, S. et al., **Genetic, sociodemographic, lifestyle, and clinical risk factors of recurrent coronary artery disease events: a population-based cohort study**, **European Heart Journal**, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad380>. 2023; ehad380, Acesso em: 15 jul. 2023.
9. OJHA, N.; RHAMOON, A. S. **Myocardial Infarction. StatPearls, StatPearls Publishing**, 2023. PubMed. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537076/#:~:text=Most%20myocardial%20 infarctions%20are%20due>. Acesso em: 15 jul. 2023
10. REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. DE. . **Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais**. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, n. 1, p. 126–136, jan. 2014.
11. SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Mini Exame do Estado Mental Porto Alegre**, RS, 2021. em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202101/29102908-mini-exame-do-estado-mental-meem.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2023.
12. VADUGANATHAN, Muthiah, et al. “**The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk**”. Journal of the American College of Cardiology, vol. 80, no 25, dezembro de 2022, p. 2361–71. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.11.005>

13. WORLD HEART FEDERATION. **What is cardiovascular disease?** [2021]. Disponível em: <https://world-heart-federation.org/world-heart-day/cvd-causes-conditions/what-is-cvd/>. Acesso em: 14 jul. 2023.
14. LEE, Hokyou, et al. “**Adherence to Antihypertensive Medication and Incident Cardiovascular Events in Young Adults With Hypertension**”. *Hypertension*, vol. 77, no 4, abril de 2021, p. 1341–49. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16784>. Acesso em 11 de abril de 2025.
15. LI, Jiqing, et al. “**Antihypertensive Medication Adherence and Cardiovascular Disease Risk: A Longitudinal Cohort Study**”. *Atherosclerosis*, vol. 320, março de 2021, p. 24–30. PubMed, <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2021.01.005>. Acesso em 11 de abril de 2025.
16. SAGRIS, Marios, et al. “**Risk Factors Profile of Young and Older Patients with Myocardial Infarction**”. *Cardiovascular Research*, vol. 118, no 10, julho de 2022, p. 2281–92. PubMed, <https://doi.org/10.1093/cvr/cvab264>. Acesso em: 11 de abril de 2025.
17. SOUZA, Vitor Latorre, et al. “**Aspectos pré-hospitalares no atendimento de pacientes acometidos com infarto agudo do miocárdio**”. *Revista de Enfermagem da UFJF*, vol. 9, no 1, junho de 2023. periodicos.ufjf.br, <https://doi.org/10.34019/2446-5739.2023.v9.40680>. Acesso em: 14 de abril de 2025.

## ANEXO A

### **ARMS (ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE)**

Com que frequência você: Nunca (1) Às Vezes (2) Quase sempre (3) Sempre (4)

- T1. Esquece de tomar seus medicamentos? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- T2. Decide não tomar seus medicamentos naquele dia? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- R3. Esquece de ir à farmácia pegar seus medicamentos? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- R4. Deixa acabar seus medicamentos? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- T5. Deixa de tomar seu medicamento porque vai a uma consulta médica? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- T6. Deixa de tomar seu medicamento quando se sente melhor? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- T7. Deixa de tomar seu medicamento quando se sente mal ou doente? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- T8. Deixa de tomar seu medicamento quando está mais descuidado consigo mesmo? [ 1 ] [ 2 ]  
[ 3 ] [ 4 ]
- T9. Muda a dose do seu medicamento por alguma necessidade? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- T10. Esquece de tomar o medicamento quando tem que tomar mais de uma vez/dia? [ 1 ] [ 2 ]  
[ 3 ] [ 4 ]
- R11. Deixa de adquirir seu medicamento por causa do preço muito caro? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- R12. Se antecipa e busca seu medicamento na farmácia antes mesmo de  
acabar seu medicamento em casa? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]

#### **SOMATÓRIA TOTAL:**

Melhor adesão = 12      Pior Adesão = 48

SOMA T :/32

SOMA R :/16

**Kripalani, S,Risser, J,Gatti ME, Jacobson TA (2009).**

## ANEXO B

### Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

**Orientação temporal (0–5 pontos):**

1. Em que ano estamos?
2. Em que semestre?
3. Em que mês?
4. Em que dia do mês?
5. Em que dia da semana?

**Orientação espacial (0–5 pontos):**

1. Em que estado estamos?
2. Em que cidade estamos?
3. Em que bairro ou região estamos?
4. Em que rua ou avenida estamos?
5. Em que local estamos (hospital, casa, etc.)?

**Registro (0–3 pontos):**

Diga ao entrevistado: “Vou dizer três palavras e quero que o(a) senhor(a) repita”.

→ *Caneca – Tijolo – Tapete.*

**Atenção e cálculo (0–5 pontos):**

Escolha uma das duas opções:

- a) Subtraia 7 de 100 sucessivamente (100, 93, 86, 79, 72, 65).
- b) Soletre a palavra **MUNDO** de trás para frente (**O D N U M**).

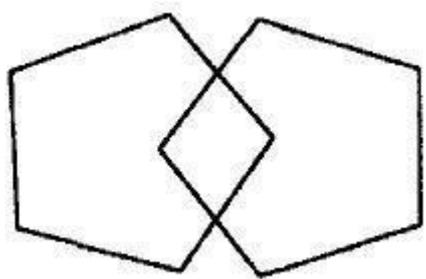
**Evocação (0–3 pontos):**

Peça para o entrevistado repetir as três palavras ditas anteriormente.

→ *Caneca – Tijolo – Tapete.*

**Linguagem (0–9 pontos):**

1. Nomeie dois objetos mostrados (ex.: relógio e caneta). (0–2)
2. Repita a frase: “Nem aqui, nem ali, nem lá.” (0–1)
3. Obedeça à ordem de três estágios:
  - o Pegue este papel com a mão direita;
  - o Dobre-o ao meio;
  - o Coloque-o no chão. (0–3)
4. Leia e execute a frase: “*Feche os olhos.*” (0–1)
5. Escreva uma frase completa, com sujeito e sentido. (0–1)
6. Copie o desenho abaixo (dois pentágonos intersectados formando um quadrilátero). (0–1)



**Pontuação total: 0 a 30 pontos**

Interpretação:

- 24–30 = sem déficit cognitivo
- 18–23 = déficit leve
- <18 = déficit importante

Fonte: Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul (2021).

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Perfil Clínico, Sociodemográfico, Tratamento e Adesão medicamentosa de Pessoas com hipertensão que sofreram Infarto do Miocárdio de um Hospital Universitário”, sob a responsabilidade dos pesquisadores docente Patrícia Magnabosco – FAMED-UFU e acadêmica do curso de Enfermagem FAMED/UFU Nicole Silvia Nunes. Nesta pesquisa nós estamos buscando avaliar as variáveis clínicas, sociodemográficas, tratamentos realizados e adesão à medicação antihipertensiva de pessoas com infarto do miocárdio atendidas no pronto socorro de um hospital universitário. O Termo/Registro de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo obtido pela pesquisadora Nicole Silva Nunes, após a explicação da pesquisa e sua aceitação em participar da mesma, antes da coleta de dados. Você tem o tempo que for necessário para decidir se quer ou não participar da pesquisa. (conforme item IV da Resolução nº 466/2012 ou Capítulo. III da Resolução nº 510/2016). Na sua participação, você irá responder um questionário sobre dados sociodemográficos, hábitos de vida e clínico composto por 15 perguntas. Também irá responder um questionário contendo 12 questões referentes a adesão ao tratamento medicamento da hipertensão arterial. A coleta de dados terá duração de aproximadamente 20 minutos. O pesquisador responsável atenderá as orientações das Resoluções nº 466/2012, Capítulo XI, Item XI.2: f e nº 510/2016, Capítulo VI, Art. 28: IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. É compromisso do pesquisador responsável a divulgação dos resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV). Você não terá nenhum gasto e nem ganho financeiro por participar na pesquisa. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19). Poderá ocorrer o risco de identificação dos participantes, porém, este será minimizados através de codificação para cada formulário, onde os pesquisadores se responsabilizam por manter sigilo das informações. Outro risco seria o constrangimento em responder algumas perguntas. Neste caso, a aplicação dos questionários será individual e realizada em um local reservado. Os benefícios serão os aproveitamentos dos resultados da avaliação do perfil clínico, sociodemográfico, tratamento e adesão medicamentosa de pessoas com infarto do miocárdio que poderá ser de grande valor para orientar o planejamento de políticas públicas de saúde para esta população, bem como para outras localidades que apresentam características semelhantes. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. Você tem o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você, assinada e rubricada pelos pesquisadores. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com a Patrícia Magnabosco no endereço Avenida Pará, nº 1720, Bloco 2U, sala 21, Umuarama – Uberlândia/MG, ou no telefone 34 99321-4419. Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha no link: [https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documents/Cartilha\\_Direitos\\_Eticos\\_2020.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documents/Cartilha_Direitos_Eticos_2020.pdf). Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – CEP, da Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A sala 224, campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; pelo telefone (34) 3239-4131 ou pelo e-mail [cep@propp.ufu.br](mailto:cep@propp.ufu.br). O CEP/UFU é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia,        de        de 20

- Assinatura do(s) pesquisador(es).....
- Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.
- Assinatura do Participante.....

## APÊNDICE B

### Instrumento de Coleta de Dados

Data da Entrevista:

<b><u>1) Dados Sócio-econômicos:</u></b> <b>1-1) Sexo:</b> (1) Feminino (2) Masculino <b>1-2) Data de nascimento:</b> .../.../...
<b>1-3) Profissão:</b> (1) Profissional Liberal (2) Aposentado (3) Serviço Braçal (4) Dona de Casa (5) Empregada doméstica (6) Empresário (7) Agricultor (8) outro..... (9) Desempregado <b>1-4) Estado Civil:</b> (1) Casado ou mora com companheiro(a) (2) Solteiro (3) Viúvo (4) Separado (a), desquitado (a) ou divorciado (a) <b>1-5) Cor da pele:</b> (1) branca (2) não branca <b>1-6) Escolaridade:</b> (1) analfabeto (2) ensino fundamental incompleto (3) ensino fundamental completo (4) ensino médio incompleto (5) ensino médio completo (6) ensino superior incompleto (7) ensino superior completo <b>1-7) Anos de estudos.....anos.</b> <b>1-8) Renda total da família..... salários mínimos.</b> Número de indivíduos que residem na mesma casa.....
<b>2) Fatores de risco:</b> <b>2-1)- Tabagismo</b> Fuma? ( )sim ( )não Idade começou a fumar...anos. Quantidade de cig./dia..... Ex-fumante? ( )sim ( )não Idade começou a fumar....anos . Há quanto tempo parou (anos)... Quantos cig/dia..... <b>2-2) Consumo de Bebida Alcoólica</b> Faz uso de algum tipo de bebida alcoólica atualmente? ( ) Sim ( ) Não. Tipo de bebida.....Frequência.....x por semana. Já fez uso de algum tipo de bebida alcoólica anteriormente? ( ) Sim ( ) Não Se sim, Tipo bebida alcoólica. ....Frequência x por semana. Por quanto tempo(anos)..... Há quanto tempo parou(anos). <b>2-3) Realiza atividade Física (&gt;150 min por semana):</b> ( ) sim ( ) não <b>2-4) Medidas Antropométrica:</b> PESO: .....Kg Altura: ...cm Circunferência abdominal: ....cm IMC: ..... kg/m <sup>2</sup> <b>2-5) Comorbidades:</b> ( ) DM ( ) Dislipidemia ( ) Doença coronariana. Outras:.....
<b><u>3) Dados da Hipertensão Arterial:</u></b> <b>3-1) Tempo de diagnóstico de HAS.....anos</b> <b>3-3) Quais os medicamentos em uso para hipertensão:</b>
<b><u>4) Dados do IM:</u></b> <b>4.1 : Data que ocorreu o IM:</b> ..... <b>Horário:</b> ..... <b>4.2 Tempo do início dos sintomas e entrada no Pronto Socorro (Serviço de Urgência):</b> ..... <b>4.3 Tempo de entrada no serviço de urgência e início do tratamento:</b> ..... <b>4.4 Exames realizados e resultados:</b>  <b>4.5. Local do Infarto:</b>  <b>4.6 Classificação Killip</b>  <b>4.7 Tipo de Tratamento realizado.</b>  <b>4.8 Desfecho clínico:</b>