

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**KAMILA CRISTINA DE OLIVEIRA**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DE PACIENTES COM  
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO  
TRIÂNGULO MINEIRO**

**UBERLÂNDIA**

**JUNHO DE 2018**

**KAMILA CRISTINA DE OLIVEIRA**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DE PACIENTES COM  
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO  
TRIÂNGULO MINEIRO**

Trabalho de pesquisa apresentado como requisito na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, no curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia.  
Orientadora: Dra. Patrícia Magnabosco

**UBERLÂNDIA**

**JUNHO DE 2018**

## RESUMO

**Introdução:** As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo. No Brasil, a Doença arterial coronariana e o infarto agudo do miocárdio são responsáveis por cerca de 6 a 10% dos óbitos da população e pelo maior gasto com internações hospitalares do SUS. Existe uma elevada prevalência de fatores de risco modificáveis responsáveis por mais de 90% do risco de desenvolvimento de doença arterial coronária como: tabagismo e sedentarismo, sendo a HAS o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares. Portanto além de educação em saúde, a identificação do perfil da população e dos fatores de risco peculiares a cada população e o seu adequado controle são importantes na redução da mortalidade das doenças cardiovasculares. **Objetivo:** caracterizar a população acometida por IAM atendida no HC/UFU no ano de 2015; identificar os principais fatores de risco e associá-los ao perfil sociodemográfico e clínico e avaliar o controle da pressão arterial da população com IAM. **Material e métodos:** estudo exploratório, descritivo, transversal, documental, retrospectivo e com abordagem quantitativa, realizado através da análise de 150 prontuários de pacientes atendidos no HC/UFU com diagnóstico de IAM. **Resultados:** A maioria 112(74,7%) eram do sexo masculino, com 60 anos ou mais 78(52,0%) e brancos 81(54,0%), sedentários 85(90,4%) com história de etilismo 98(65,3%) e tabagismo 90(60,0%), e como principal comorbidade a HAS 112(74,7%), o que corrobora com literatura. A média da pressão arterial foi de 131/76mmHg sendo que 65 (43,3%) da população apresentaram valores alterados da pressão arterial. Os idosos 42(64,6%) do sexo masculino 41(63,1%) apresentaram menor controle da pressão arterial. **Conclusão:** Os principais fatores de risco identificados foram: sexo masculino, cor da pele branca, ser casado, idosos, com história de tabagismo, etilismo e hipertensão arterial. Faz-se necessário, portanto, por parte dos gestores e profissionais a implementação de ações de educação em saúde entre os grupos de risco evidenciado. Além disso, os serviços de urgência e emergência hospitalares devem estar preparados para o diagnóstico precoce e tratamento imediato dos pacientes com infarto do miocárdio afim de proporcionar melhor prognóstico e redução de mortalidade.

**PALAVRAS CHAVES:** Infarto do miocárdio. Fatores de risco. Hipertensão.

## ABSTRACT

**Introduction:** cardiovascular diseases are the leading cause of morbidity and mortality in Brazil and in the world. In Brazil, coronary artery disease and myocardial infarction are responsible for about 6 to 10% of deaths in the population and the greatest expense with hospitalizations of the SUS. There is a high prevalence of modifiable risk factors account for more than 90% of the risk of developing coronary artery disease as: smoking and physical inactivity, and HAS the main Rico factor for cardiovascular diseases. So in addition to health education, identification of the profile of the population and of the risk factors peculiar to each population and appropriate your control are important in reducing mortality from cardiovascular diseases.

**Objective:** to characterize the population affected by IAM met at HC/UFU in the year 2015; identify key risk factors and associate them to the socio-demographic and clinical profile and evaluate control of identify key risk factors and associate them to the socio-demographic and clinical profile and assess the blood pressure control of the population.

**Material and methods:** exploratory study, descriptive, transversal, retrospective documentary and quantitative approach, carried out through the analysis of medical records of 150 patients attended at HC/UFU with diagnosis of IAM.

**Results:** most 112 (74.7%) were male, with 60 years or more 78 (52.0%) and whites (54.0%), sedentary 81 85 (90.4%) with a history of alcoholism 98 (65.3%) and smoking 90 (60.0%), and as principal comorbidity SAH 112 (74.7%), which corroborates with literature. The average blood pressure was 131/65 which 76mmHg (43.3%) of the population showed altered blood pressure values. The elderly 42 (64.6%) of the 41 male (63.1%) showed reduced blood pressure control.

**Conclusion:** the main risk factors identified were: male, white skin color, be married, older, with a history of smoking, alcoholism and hypertension. It is necessary, therefore, on the part of managers and professionals implementing health education activities among the risk groups evidenced. In addition, the urgency and emergency hospital services should be prepared for early diagnosis and immediate treatment of the patients with myocardial infarction in order to provide improved prognosis and mortality reduction.

**KEY WORDS:** Myocardial infarction. Risk factors. Hypertension.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição da amostra segundo variáveis sociodemográficas e sexo. Uberlândia, 2018.....	15
Tabela 2- Distribuição da amostra segundo variáveis estilo de vida do sexo masculino e feminino. Uberlândia, 2018.....	17
Tabela 3- Distribuição da amostra segundo a variável comorbidades e sexo masculino e feminino. Uberlândia, 2018.....	19
Tabela 4- Distribuição da amostra segundo a presença de Hipertensão Arterial e os principais fatores de risco para IAM identificados na população. Uberlândia, 2018.....	21
Tabela 5- Distribuição dos participantes segundo controle da pressão arterial e outros fatores de risco para IAM. Uberlândia, 2018.....	23
Tabela 6- Média da PA e idade dos participantes com IAM. Uberlândia, 2018.....	24

## SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	6
2.OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo geral.....	11
2.2Objetivos específicos.....	11
3.METODOLOGIA.....	12
3.1Tipo de Pesquisa.....	12
3.2Local e População.....	12
3.3Tamanho amostral.....	12
3.4Coleta de dados.....	13
3.5Critérios de inclusão e exclusão.....	13
3.6Análise de dados.....	13
3.7Aspectos éticos.....	14
4.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
4.1Características sociodemográficas.....	15
4.2Hábitos de vida.....	16
4.3Características clínicas.....	18
4.4Associações entre principais fatores de risco para IAM.....	20
5.CONCLUSÃO.....	26
6.REFERÊNCIAS.....	27
7.APÊNDICES.....	30

## 1.INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo (OMS,2011). De acordo com projeções para o ano 2020, as doenças cardiovasculares (DCV) a as Doenças arteriais coronarianas (DAC) permanecerão como causas principais de mortalidade e incapacitação. O aumento dessas doenças resulta, provavelmente, de fatores, como: reduções da mortalidade por causas infecto-parasitárias, aumento da expectativa de vida, estilo de vida e mudanças socioeconômicas associadas à urbanização, conduzindo a níveis mais elevados de fatores de risco para DCV; suscetibilidade especial de determinadas populações (por causa de genes específicos), levando a maior impacto sobre eventos clínicos quando comparadas às populações de regiões ocidentais desenvolvidas (AVEZUM, 2006).

No Brasil, dentre as DAC, o IAM é responsável por cerca de 6 a 10% dos óbitos da população. Estima-se que anualmente ocorram 300 a 400 mil casos, ou seja, a cada 5 a 7 casos ocorre um óbito, acometendo principalmente o sexo masculino. No ano de 2010, a taxa de mortalidade por doença isquêmica no coração foi de 52,4 % e o total de óbitos por doença isquêmica alcançou os números de 99.955. Do total de óbitos, mais de 50% ocorrem de forma súbita, antes mesmo da chegada do paciente ao hospital. Destes, 40 a 65% acontecem na primeira hora do início dos sintomas e aproximadamente 80% nas primeiras 24 horas após o evento (FIGUEIREDO, 2013).

De acordo com os dados apresentados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde no Brasil, no ano de 2012 ocorreram o total de 1.181.166 óbitos, sendo que as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) foram as principais causas de morte (28,2%). Dentre os 333.295 óbitos causados pelas DAC, 104.397 (31,3%) devem-se às doenças isquêmicas do coração e 100.194 (30,0%) às doenças cerebrovasculares. Na faixa etária igual ou acima dos 40 anos, as DAC foram responsáveis por 32,8% do total de óbitos (BRASIL, 2014).

Sabe-se que, a principal fonte de cobertura de saúde no país é dada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) foram responsáveis pelo maior gasto com internações hospitalares, correspondendo a um total de R\$1,9 bilhão ou 19% do custo total com hospitalizações. No ano de 2011, pelo SUS, os custos diretos alcançaram o total de R\$ 522.286.726,00, correspondendo a 0,77% do orçamento total e, pelo Sistema Suplementar, de R\$ 515.138.617,00, sendo os custos indiretos de R\$ 2,8 bilhões, estimando-se em R\$ 3,8

bilhões o custo total para a assistência ao paciente com alguma SCA. Assim, detectar e prever esta eventualidade, torna-se essencial para a diminuição dos óbitos, quanto dos gastos (PIEGAS, 2013).

Devido os grandes avanços na detecção dos sinais do IAM e rápidas condutas à pessoa acometida, percebe-se que nas últimas quatro décadas ocorreram progressivas e significativas reduções da mortalidade por esta patologia. Porém, é importante salientar que, para o sucesso das terapias disponíveis, é necessário um intervalo de tempo curto, em torno de duas horas, entre a ocorrência do início dos sintomas do infarto e a chegada a emergência. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) afirma que a demora na busca por atendimento, faz com que apenas 50% dos pacientes cheguem ao hospital nas primeiras seis horas de aparecimento dos sintomas (FIGUEIREDO, 2013).

Diante da necessidade de condutas imediatas acometido pelo IAM, é fundamental o conhecimento dos sinais mais comuns que podem contribuir para uma abordagem em tempo hábil. O paciente com suspeita de IAM primeiramente tem seus sinais e sintomas avaliados através do exame clínico, a partir dos sinais e sintomas mais frequentes, dentre eles estão a elevação da pressão arterial, a presença de dor no peito ou, em alguns casos, no membro superior esquerdo, suor frio, falta de ar, palpitações, náuseas ou vômitos (JARROS, 2018).

Geralmente, os indivíduos com IAM queixam-se de dor torácica com duração acima de trinta minutos, classificando-a como “esmagadora” e, algumas vezes, pode irradiar para a mandíbula, membro superior direito, dorso, ombros e epigástrico. A dor assemelha-se à angina no peito, porém, sintomas como náuseas, dor epigástrica e vômito são comuns, tornando-a mais grave nos casos de infarto. Outros sintomas como tontura, fraqueza muscular, palpitações, fadiga e dispneia podem ser significativas, sobretudo nos idosos, e podem ocorrer com ou sem dor torácica. Todos estes sintomas são decorrentes da interrupção do fluxo de sangue para o músculo cardíaco (BOTELHO, 2013).

Devido a diminuição de oxigênio para o coração no IAM, este processo causa a morte de cardiomiócitos devido a isquemia prolongada. Geralmente, essa isquemia é causada por trombose e/ou vasoespasmos sobre uma placa aterosclerótica. O processo migra do subendocárdio para o subepicárdio. A maior parte dos eventos é causada por ruptura súbita e formação de trombos sobre placas vulneráveis, inflamadas, ricas em lipídios e com capa fibrosa delgada. Por outro lado, uma porção menor associa-se à erosão da placa aterosclerótica, a qual também pode ocasionar a isquemia cardíaca (PESARO; SERRANO; NICOLAU, 2004).

As placas ateroscleróticas são as principais responsáveis pela oclusão das artérias coronárias. São formadas pelo acúmulo de gordura, que são depositadas na parede do vaso sanguíneo, obstruindo assim o fluxo sanguíneo por estreitamento de uma artéria coronária. Estas formações das placas de ateroma ocorrem em regiões inespecíficas do coração. Em 90% dos casos, o infarto ocorre na presença de doença aterosclerótica. Contudo, no restante dos casos, o infarto ocorre na ausência de doença coronariana típica e não necessariamente relaciona-se a aterosclerose (SIERVULI, 2014; JARROS, 2018).

Fisiologicamente, a inicial consequência bioquímica da isquemia do miocárdio baseia-se na interrupção de glicólise aeróbica e conseqüentemente no estabelecimento da glicólise anaeróbica dentro de poucos segundos. Isso leva a uma produção inadequada de fosfatos de alta energia e ao acúmulo de ácido láctico, o que resulta na diminuição do pH celular e em alterações metabólicas. Sem energia para a manutenção da atividade metabólica normal e integridade da membrana celular, há a morte da célula por necrose, liberando suas macromoléculas na circulação, as quais são identificadas por meio de exames laboratoriais como Creatinina fosfoquinase (CK), Creatina fosfoquinase fração MB (CK-MB), sendo fundamental para que condutas de manejo do paciente com IAM sejam realizadas em tempo adequado, no intuito de evitar maiores danos (JARROS, 2018).

Nos últimos anos, novas intervenções terapêuticas foram formuladas e introduzidas na prática clínica, que resultaram em diminuição da morbidade e aumento da sobrevivência pós-infarto agudo do miocárdio, destacando-se a cirurgia de revascularização do miocárdio. Este procedimento constitui-se como alternativa complementar para a recuperação da circulação coronariana e diminuição da morte celular do músculo cardíaco, frente ao risco de um acidente coronariano agudo, ou em condições crônicas. Assim, o objetivo principal desta intervenção terapêutica baseia-se na preservação funcional do miocárdio, ao mesmo tempo em que o controle simultâneo dos fatores de risco atua sobre a evolução da doença, garantindo o resultado cirúrgico e favorecendo melhor prognóstico do paciente e melhorias da sua qualidade de vida (ZORNOFF, et al. 2002; NASCIMENTO et al. 2016).

A terapia fibrinolítica tem sido preconizada, ainda na fase pré-hospitalar a fim de reduzir o tamanho da área acometida pelo IAM, desde que seja feita até 12 horas após o início da sua sintomatologia. Para os hospitais referenciados no tratamento do IAM, a intervenção coronariana percutânea é considerada a melhor estratégia de reperfusão atualmente disponível, desde que realizada em seus primeiros momentos a fim de minimizar os riscos de possíveis complicações, incluindo o óbito do paciente (COELHO, 2010).

A cirurgia de revascularização do miocárdio tem-se demonstrado ser um procedimento seguro que apresenta bons resultados para o tratamento da insuficiência coronariana. Além de ser uma das primeiras escolhas de tratamento frente a uma isquemia miocárdica, proporciona alívio dos sintomas e a melhora da qualidade de vida, assim como o retorno mais precoce do paciente às atividades laborais e o aumento da expectativa de vida, e preveni outras possíveis complicações (BORGES, et al. 2014; CANI et al. 2016).

As indicações para a cirurgia de revascularização do miocárdio são para pacientes sintomáticos e que tenham intolerância ao tratamento medicamentoso; nos casos de lesões importantes impossíveis de serem corrigidas com angioplastia; em infarto ou choque cardiogênico; na angina instável, dentre outras. Assim, este procedimento proporciona ao paciente a remissão dos sintomas de angina e contribuindo para o aumento da expectativa de vida dos pacientes (COLÓSIMO et al. 2015; JANSSEN, 2015 ).

Desta forma, as metas de tratamento de pacientes com SCA propostas pela American Heart Association (2013) visam reduzir a extensão da necrose miocárdica que ocorre em pacientes com IAM para, assim, preservar a função ventricular esquerda, prevenir a insuficiência cardíaca e minimizar outras complicações cardiovasculares; prevenir importantes eventos cardíacos como IAM não fatal e necessidade de revascularização urgente; tratar complicações agudas e com risco de vida da SCA. Porém, é importante salientar que, para o sucesso das terapias disponíveis, é necessário um intervalo de tempo curto, em torno de duas horas, entre a ocorrência do início dos sintomas do infarto e a chegada a emergência. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) afirma que a demora na busca por atendimento, faz com que apenas 50% dos pacientes cheguem ao hospital nas primeiras seis horas de aparecimento dos sintomas (FIGUEIREDO, 2013; SORIANO, 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as medidas de reabilitação Cardíaca (RC) garantem à cardiopatas melhores condições físicas, mentais e sociais. Atualmente, a intervenção ocorre na fase hospitalar, englobando atitudes tomadas do início do evento à alta, e na fase ambulatorial, ou seja, fora do ambiente hospitalar. Os programas de reabilitação ambulatorial foram desenvolvidos com ênfase no exercício físico, acompanhadas por ações educacionais para mudanças no estilo de vida, no intuito de melhora a qualidade de vida dos pacientes acometidos por alguma doença coronariana, além ser fundamental para educação em saúde no que se refere aos fatores de risco modificáveis e não modificáveis (BOTELHO et al. 2013)

No Brasil, existe uma elevada prevalência de fatores de risco modificáveis, como responsáveis por mais de 90% do risco de desenvolvimento de doença arterial coronária (DAC). Entre os fatores de risco modificáveis a Dislipidemia (DLP), tabagismo, inatividade física, obesidade, Diabetes Mellitus (DM), dietas não saudáveis e estresse psicossocial, ingestão de álcool e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (BRUNORI et al. 2014; PIMENTA, 2014; FANTINI, 2015; NASCIMENTO, 2016).

A HAS, considerada um problema de saúde pública devido a sua elevada prevalência e dificuldade de controle, é descrita como um dos mais importantes fatores de risco para as DCV. A mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (VII DIRETRIZES..., 2016).

Por outro lado, os fatores de risco não modificáveis relacionam-se a idade acima de 55 anos, história familiar de DCV, etnia para algumas afecções e principalmente o sexo masculino (BRUNORI et al. 2014; PIMENTA, 2014; FANTINI, 2015; NASCIMENTO, 2016).

Frente aos diversos fatores que contribuem para o desenvolvimento das doenças coronarianas, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), ressalta a importância de haver esforços, para adesão de ações de prevenção em saúde visando educar a população sobre os sinais/sintomas do IAM, inclusive com a possibilidade de acesso a um telefone de emergência à menor suspeita; treinar pessoal especializado, disponibilizando material adequado para tratamento das emergências médicas ainda dentro das ambulâncias (FIGUEIREDO, 2013).

Desta forma, de acordo com Almeida (2014) além de educação em saúde da população, a identificação do perfil da população e dos fatores de risco peculiares a cada população e o seu adequado controle são importantes na redução da mortalidade das doenças cardiovasculares. Informações de hospitais públicos são acessíveis a partir dos dados disponibilizados pelo Datasus, mas quando se trata da rede suplementar de saúde, responsável pela assistência a 40 milhões de brasileiros, não são encontrados dados. Sabe-se que são populações diferentes e não se deve fazer uma simples extrapolação de dados, pois a prevalência dos fatores de risco e o impacto de cada fator diferem nas diferentes populações. Portanto justifica-se a relevância desta pesquisa e seus desdobramentos tanto junto a população em geral como entre profissionais de saúde.

## **2.OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

- Caracterizar a população acometida por IAM entre pacientes atendidos no HC/UFU no ano de 2015.

## **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar os principais fatores de risco para o IAM presentes na população de estudo.
- Associar os principais fatores de risco para IAM com as variáveis sociodemográficas, estilo de vida e clínicas.
- Analisar o controle da pressão arterial da população com IAM.

## **3.MATERIAL E MÉTODOS**

### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal, documental, retrospectivo e com abordagem quantitativa.

Esta pesquisa é parte de um estudo retrospectivo de 5 anos intitulado “Influência da P.A. de admissão na mortalidade de Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio” de iniciação científica aprovado no Edital nº 5/2017 bolsas de iniciação científica PIBIC/FAPEMIG/UFU na área de Ciências da Saúde.

### **3.2 LOCAL E POPULAÇÃO**

Os dados foram coletados a partir dos registros nos prontuários no SAME do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) no município de Uberlândia-MG. O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) possui 520 leitos e mais de 50 mil m<sup>2</sup> de área construída de atendimento exclusivo pelo sistema Único de Saúde (SUS) é referência em média e alta complexidade para 86 municípios da macro e micro regiões do Triângulo Norte. Construído como unidade de ensino para o ciclo profissionalizante do curso de Medicina da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia, foi inaugurado em 26 de agosto de 1970, iniciou suas atividades em outubro do mesmo ano.

A população constituiu de pacientes com diagnóstico de IAM atendidos no Hospital de Clínicas da UFU de janeiro a dezembro do ano de 2015.

### **3.3 TAMANHO AMOSTRAL**

Foi solicitado junto a Gerência de Informações Hospitalares - Setor de Estatísticas e Informações Hospitalares- HCU/UFU a listagem dos pacientes internados com diagnóstico médico referente à IAM no ano de 2015. Nesse período foram levantados 245 pacientes com IAM.

A partir desses dados foi realizado o cálculo amostral com amostra probabilística de base aleatória simples. Erro amostral 5%; nível confiança 95% , com definição de amostra significativa de 150 prontuários.

### **3.4 COLETA DE DADOS**

Os dados foram coletados pela própria autora e pesquisadora do estudo, no período de 01/08/2017 á 31/01/2018. Os prontuários selecionados que atendiam aos critérios da pesquisa, foram escolhidos através de sorteio do total de pacientes atendidos com diagnostico de IAM no ano de 2015, perfazendo um total de 150, conforme definição por cálculo amostral.

Foi utilizado formulário com questões estruturadas abrangendo dados sociodemográficos e econômicos: naturalidade, procedência, sexo, idade, cor da pele e estado civil; hábitos de vida: prática de atividade física, tabagismo e etilismo; dados clínicos : comorbidades (diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade, DVP, dislipidemia, valvulopatias, Re-IAM, AVC, DPOC, nefropatia e ICC) , média de aferição da Pressão Arterial Sistêmica de admissão; fatores de risco; medicamentos usados (Apêndice I).

### **3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Os critérios de inclusão foram o diagnóstico de IAM confirmado mediante a realização do exame clínico, idade maior ou igual a 18 anos.

Os critérios de exclusão foram presença de choque cardiogênico (PAS <90mmHg ou 30mmHg abaixo do valor basal, evidências de hipoperfusão tissular, tais como, oligúria, cianose, extremidades frias e alteração nos níveis da consciência) na admissão do paciente.

### **3.6 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS**

Para analisar estatisticamente os dados, os mesmos foram tabulados no programa excel® em dupla digitação e posteriormente realizado validação entre as duas planilhas.

Posteriormente, os dados foram importados no Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 21.0, com realização da análise estatística.

A verificação da distribuição normal das variáveis quantitativas foi feita pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis contínuas que apresentaram distribuição normal foram apresentadas em média  $\pm$  desvio padrão e aquelas que apresentaram distribuição não normal foram apresentados em mediana com valores mínimos e máximos. Possíveis associações entre

as variáveis qualitativas serão estudadas a partir do teste Quiquadrado de Pearson. O nível de significância adotado foi de  $\alpha = 0.05$ .

### **3.7 ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudo, sendo documental, houve dispensa do TCLE. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia protocolo nº 2.023.101 (Apêndice II).

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Neste estudo foram abordadas as variáveis sociodemográficas: naturalidade, procedência, sexo, idade, cor da pele e estado civil.

Dos 150 prontuários de pacientes com IAM avaliados, 112 (74,7%) eram do sexo masculino e 38 (25,3%) do sexo feminino, a maioria brancos 81(54,0%), com faixa etária entre 60 anos ou mais 78 (52,0%), na sua maioria naturais de fora de Uberlândia-MG 108 (72%) porém com procedência deste município 116 (77,3%).

A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos da população estudada.

**Tabela1- Distribuição da amostra segundo variáveis sociodemográficas e sexo. Uberlândia, 2018.**

Variáveis sociodemográficas	Masculino		Feminino		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Naturalidade</b>							
Uberlândia	32	21,3	10	6,7	42	28	0,789
Fora de Uberlândia	80	53,3	28	18,7	108	72	
<b>Procedência</b>							
Uberlândia	87	58	29	19,3	116	77,3	0,862
Fora de Uberlândia	25	16,7	9	6	34	22,7	
<b>Cor da Pele</b>							
Branca	68	45,3	13	8,7	81	54	0,013
Parda	38	25,3	23	15,3	61	40,7	
Negra	6	4	2	1,3	8	5,3	
<b>Estado Civil</b>							
Solteiro	29	19,3	3	2	32	21,3	0,019
Casado	73	48,7	26	17,3	99	66	
Separado	5	3,3	6	4	11	7,3	
Viúvo	5	3,3	3	2	8	5,3	
<b>Faixa etária</b>							
<40	12	8	1	0,7	13	8,7	0,006
40 a 49	45	30	10	6,7	55	36,7	
50 a 59	4	2,7	0	0	4	2,7	
> ou = 60	51	34	27	18	78	52	
<b>Total</b>	112	74,7	38	25,3	150	100	

O sexo masculino foi predominante. Em relação a idade observamos uma maior incidência de IAM entre aqueles com mais de 40 anos com maior prevalência após os 60 anos de idade. Tal fato corrobora com a literatura que nos evidencia uma maior ocorrência de IAM entre o sexo masculino, com idade superior a 40 anos e média de 60 anos. Em um estudo realizado no interior do estado de São Paulo, entre os 52 pacientes com IAM investigados, 40 (76,9%) eram homens e apenas 12 (23,1%) mulheres, com média etária de 60 anos (SOLER et

al,2012). O Protocolo de Síndrome de doença Coronariana de Belo Horizonte cita o sexo masculino como fator de risco adicional para infarto agudo do miocárdio, assim como idade superior a 40 anos (MAFRA,2012).

Sabe-se que, há relatos da literatura que, com relação ao sexo masculino, na maioria dos casos, os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades e rejeitam a possibilidade de adoecer, devido à cultura patriarcal. Esse fato poderia ser apontado como um dos fatores que favorece o adoecimento dos mesmos e contribui para os altos índices de morbimortalidade nessa população por diversas doenças, destacando-se prevalência para doenças coronarianas. Entretanto, estudos apontam aumento da frequência e da mortalidade por IAM em mulheres, especialmente após a menopausa, devido à diminuição da proteção hormonal (SORIANO, 2016).

A prevalência do sexo masculino está inversamente proporcional a adesão a tratamentos e acompanhamento médico e de saúde, uma vez que as mulheres tendem a perceber mais os problemas de saúde e procurarem atendimento (ALVES; GODOY, 2001).

## 4.2 HÁBITOS DE VIDA

Os dados sobre o estilo de vida: prática de atividade física, tabagismo e etilismo entre a população estudada estão apresentados na Tabela 2. Percebe-se que a grande maioria dos indivíduos vítimas de IAM não praticavam nenhuma atividade física 85(90,4%) dos pacientes analisados. O consumo de tabaco prévio (ex tabagista) e atual estava presente na rotina de 85 (82,6,0%) desses pacientes e o etilismo (prévio e atual) entre 33 (32%) pessoas.

**Tabela 2- Distribuição da amostra segundo variáveis estilo de vida do sexo masculino e feminino. Uberlândia, 2018.**

Variáveis Estilo de Vida/ Sexo	Masculino		Feminino		P	Total	
	N	%	N	%		N	%
<b>Atividade Física</b>							
Não	73	77,7	12	12,8	0,134	85	90,4

Sim	6	6,4	3	3,2		09	9,6
<b>TOTAL</b>	79	84,0	15	16,0		94	100
<b>Tabagista</b>							
Não	42	40,8	12	11,7	0,628	54	52,4
Sim	40	38,8	9	8,7		49	47,6
<b>TOTAL</b>	82	79,6	21	20,4		103	100
<b>Ex-Tabagista</b>							
Não	47	45,6	20	19,4	0,001	67	65,0
Sim	35	34,0	1	1,0		36	35,0
<b>TOTAL</b>	82	79,6	21	20,4		103	100
<b>Etilista</b>							
Não	63	18,4	21	20,4	0,015	84	81,6
Sim	19	61,2	0	0,0		19	18,4
<b>TOTAL</b>	82	79,6	21	20,4		103	100
<b>Ex-Etilista</b>							
Não	69	67,0	20	19,4	0,186	89	86,4
Sim	13	12,6	1	1,0		14	13,6
<b>TOTAL</b>	82	79,6	21	20,4		103	100

\*as variáveis apresentaram total diferentes do total da amostra (150 participantes) devido dados incompletos no prontuário.

Sobre as características do estilo de vida dos prontuários analisados, pudemos identificar o baixo índice de prática de atividade física 9 (9,6%). Soler (2011) cita o sedentarismo em 82,7% da população com IAM em seu estudo, todavia a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) não cita o sedentarismo entre os principais fatores de risco para a doença diferentemente do Protocolo de Síndromes Coronarianas de Belo horizonte (2012) que relaciona sedentarismo entre o grupo de risco assim como doenças como diabetes, hipertensão arterial, história familiar, obesidade e tabagismo.

Sobre o tabagismo avaliou se que o tabaco esteve presente na grande maioria dos pacientes, uma parcela como tabagista no momento do infarto 49 (47,6%) e outros como ex tabagistas 36 (35,0%). De acordo com o INCA (2018) o tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo, com maior prevalência entre homens e está relacionado a diversas patologias entre elas a angina e o IAM, com relação a 25% dos óbitos causados por SCA e IAM, 45% das mortes causadas por DCA na faixa etária abaixo dos 60 anos e por 45% das mortes por infarto agudo do miocárdio na faixa etária abaixo dos 65 anos.

### 4.3 – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

As variáveis relacionadas as comorbidades dos pacientes foram: diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade, DVP, dislipidemia, valvulopatias, Re-IAM, AVC, DPOC, nefropatia e ICC. Observou-se que a grande maioria dos pacientes apresentavam a hipertensão arterial como comorbidade 112 (74,7%), em seguida as dislipidemias 39(26%), diabetes mellitus 35 (23,3%). Na tabela 3 são apresentados tais comorbidades em relação ao sexo.

**Tabela 3- Distribuição da amostra segundo a variável comorbidades e sexo masculino e feminino. Uberlândia, 2018.**

Comorbidades	Masculino		Feminino		P	Total	
	N	%	N	%		N	%
<b>Diabete Mellitus</b>							

Não	86	57,3	29	19,3	0,953	115	76,7
Sim	26	17,3	9	6		35	23,3
<b>HAS</b>							
Não	32	21,3	6	4	0,117	38	25,3
Sim	80	53,4	32	21,3		112	74,7
<b>Obesidade</b>							
Não	103	68,7	34	22,7	0,637	137	91,3
Sim	9	6	4	2,7		13	8,7
<b>DVP</b>							
Não	107	71,3	35	23,3	0,416	142	94,7
Sim	5	3,3	3	2		8	5,3
<b>Dislipidemia</b>							
Não	79	52,7	32	21,3	0,097	111	74
Sim	33	22	6	4		39	26
<b>Valvulopatias</b>							
Não	111	74	38	25,3	0,559	149	99,3
Sim	1	0,7	0	0		1	0,7
<b>Re-IAM</b>							
Não	105	70	38	25,3	0,114	143	95,3
Sim	7	4,7	0	0		7	4,7
<b>AVE</b>							
Não	99	66	37	24,7	0,100	136	90,7
Sim	13	8,7	1	0,7		14	9,3
<b>DPOC</b>							
Não	106	70,7	38	25,3	0,145	144	96
Sim	6	4	0	0		6	4
<b>Nefropatia</b>							
Não	106	70,7	36	24	0,982	142	94,7
Sim	6	4	2	1,3		8	5,3
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>74,7</b>	<b>38</b>	<b>25,3</b>		<b>150</b>	<b>100</b>

A hipertensão arterial foi a comorbidade mais presentes entre os pacientes com IAM investigados 112 (74,7%), o que confirma o estudo feito na região metropolitana de São Paulo-SP onde a Hipertensão arterial apresentou associação independente positiva com IAM (OR de 3,26 – IC 95% = 1,95-5,46) além de outras doenças como diabetes mellitus, dislipidemias e fatores modificáveis (AVEZUM; PIEGAS; PEREIRA, 2006).

Santos et al. (2006) ao estudarem os fatores de risco mais frequentes para doença arterial coronariana, relataram maiores taxas para hipertensão arterial sistêmica (78,1%) e dislipidemias (53,1%), assim como no estudo de Jesus (2013) onde a hipertensão arterial esteve presente em 84,6% dos casos, com mortalidade de 24,6%. Nesta pesquisa o diabetes (29,6%) foi o segundo fator de risco que apresentou mortalidade de 33,8%, a dislipidemia estava presente em 7,5% dos casos, porém com mortalidade associada de 38,9%.

No que se refere a HAS como fator de risco para doenças cardiovasculares e sua alta prevalência em vários países do mundo, torna-a um considerável problema de saúde pública, que pode se minimizado com ações em saúde. No ano 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e as estimativas para o ano de 2025 revelam que os números podem alcançar cerca de 29% da população. Alguns estudos realizados no Brasil revelaram que a prevalência da hipertensão varia entre 22,3 e 43,9%, com média de 32,5% (RADOVANOVIC et al. 2014; COLÓSIMO et al. 2015).

#### 4.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA IAM

Entre os fatores de risco, pudemos identificar que a Hipertensão arterial foi o mais significativo e presente na população investigada. Diante disso avaliamos a relação entre HAS e alguns dos principais fatores de risco para o IAM citados na literatura.

Conforme nos apresenta a tabela 4 notamos que a HAS esta presente principalmente entre os homens 32 (28,6%), não idosos 21(30,9%), brancos 26 (32,1%), e tabagistas 20 (40,8%). Observamos ainda que entre os obesos a maioria apresenta HAS 10 (62,5%).

**Tabela 4- Distribuição da amostra segundo a presença de Hipertensão Arterial e os principais fatores de risco para IAM identificados na população. Uberlândia, 2018.**

Variáveis	Hipertensão Arterial Sistêmica				p*	Total (n=150)	
	Sim		Não			n	%
	N	%	N	%			

<b>Sexo</b>							
Masculino	32	28,6	80	71,4	0,117	112	74,7
Feminino	6	15,8	32	84,2		38	25,3
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>25,3</b>	<b>112</b>	<b>74,7</b>		<b>150</b>	<b>100</b>
<b>Idoso</b>							
Sim	17	20,7	65	79,3	0,115	82	54,7
Não	21	30,9	47	69,1		68	45,3
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>25,3</b>	<b>112</b>	<b>74,7</b>		<b>150</b>	<b>100</b>
<b>Cor</b>							
Branca	26	32,1	55	67,9	0,002	81	54,0
Parda	12	19,7	49	80,3		61	40,7
Negra	0	0	8	7,1		8	5,3
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>25,3</b>	<b>112</b>	<b>74,7</b>		<b>150</b>	<b>100</b>
<b>Atividade física</b>							
Sim	0	0	9	100,0	0,200	9	9,6
Não	26	30,6	59	69,4		85	90,4
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>27,7</b>	<b>68</b>	<b>72,3</b>		<b>94</b>	<b>100,0</b>
<b>Obesidade</b>							
Sim	10	62,5	6	37,5	0,102	134	89,3
Não	55	41,0	79	59,0		16	10,7
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>43,3</b>	<b>85</b>	<b>56,7</b>		<b>150</b>	<b>100,0</b>
<b>Tabagismo</b>							
Sim	20	40,8	29	59,2	0,200	49	47,6
Não	6	11,1	48	88,9		54	52,4
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>27,7</b>	<b>77</b>	<b>72,3</b>		<b>103</b>	<b>100,0</b>
<b>Etilismo</b>							
Sim	3	15,8	16	84,2	0,200	19	12,7
Não	23	27,4	61	72,6		84	56,0
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>27,7</b>	<b>77</b>	<b>72,3</b>		<b>103</b>	<b>100,0</b>
<b>Diabetes melitus</b>							
Sim	7	20,0	28	80,0	0,407	35	23,3
Não	31	27,0	84	73,0		115	76,7
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>25,3</b>	<b>112</b>	<b>74,7</b>		<b>150</b>	<b>100</b>

\*as variáveis apresentaram total diferentes do total da amostra (150 participantes) devido dados incompletos no prontuário.

De acordo com a literatura é notório que HAS é um fator de risco bem estabelecido para doença cardiovascular em diferentes ambientes clínicos, principalmente o IAM, e faz parte dos sistemas de escore de risco bem estabelecidos para a angina de peito (WENFANG, et al. 2015). A partir de tal fato, é relevante avaliar a relação entre a hipertensão arterial e outros fatores de risco pré-estabelecidos para doenças cardiovasculares.

A presente pesquisa demonstra maior incidência de HAS entre o sexo masculino, brancos, e não idosos, porém com diferença não significativa, diferentemente dos dados obtidos

em um estudo realizado em São Paulo onde a maioria era do sexo feminino e com idade acima dos 60 anos (RADOVANOVIC et al,2014).

A variável atividade física não demonstrou associação significativa com a compleição de HAS, apesar de evidenciar que entre os que praticam atividade física não há hipertensos, assim como os resultados encontrados em pesquisa realizada em Sinop-MT, todavia, os autores desse estudo relatam que os estudos longitudinais são mais apropriados para avaliar os efeitos da atividade física sobre a pressão arterial (MARTINS et al.,2010). Já Fagard (2005) afirma que a prática regular de atividade física pode ser benéfica tanto na prevenção quanto no tratamento da HA, reduzindo ainda a morbimortalidade. Indivíduos ativos apresentam risco 30% menor de desenvolver HA que os sedentários, e o aumento da atividade física diária reduz a PA.

Já entre os obesos percebemos que a maioria destes apresentavam também HAS corroborando com pesquisa realizada no interior de Minas Gerais que demonstrou maiores níveis pressóricos alterados entre os obesos em comparação com a população não obesa (MAGNABOSCO,2007).

De acordo com a VII Diretriz de Hipertensão Arterial (2016) O aumento de peso está diretamente relacionado ao aumento da PA tanto em adultos quanto em crianças. Além disso ressalta também a importância de abandonar o tabagismo uma vez que tal hábito aumenta o risco para mais de 25 doenças, incluindo a DCV, sendo apontado como fator negativo no controle de hipertensos.

Em relação ao tabagismo, verificou-se que os fumantes e ex-fumantes apresentaram maior prevalência de hipertensão, corroborando resultados encontrados em outros estudos (RADOVANOVIC et al,2011; NASCENTE et al.,2009). Em pesquisa realizada no Japão observou-se que o tabagismo e HAS são os dois principais fatores de risco para a mortalidade de adultos por doenças não transmissíveis (IKEDA et al.,2012).

Nas tabelas 5 e 6 são apresentados dados sobre a média da PA de admissão dos pacientes e o controle da Pressão arterial e variáveis : HAS, idade e sexo , além da avaliação entre idosos.

A média de PA aferidas foi de 131/76 mmHg, sendo que a alteração dos níveis pressóricos foi identificada entre hipertensos com 60 anos ou mais do sexo masculino.

Entre os pacientes já com diagnóstico de hipertensão arterial 61 (40,7%) estavam com alteração da PA, de um total de 65 pacientes ao todo e 51 (34%) com níveis normais. Já em relação a faixa etária houve uma prevalência de pacientes com 60 anos ou mais com alteração da PA sendo 42 (28%) e abaixo de 60 anos foram 23(15,3%) dos pacientes com PA fora da normalidade .

**Tabela 5: Distribuição dos participantes segundo controle da pressão arterial e outros fatores de risco para IAM. Uberlândia, 2018.**

Variáveis	Alterado		Normal		P	Total	
	N	%	n	%		N	%
<b>HAS</b>							
Não	4	2,7	34	22,7	0,001	38	25,3
Sim	61	40,7	51	34,0		112	74,7
<b>FAIXA ETARIA</b>							
≤ 39 anos	2	1,3	8	5,3	0,064	10	6,7
40 á 59 anos	21	14,0	37	24,7		58	38,7
≥ 60 anos	42	28,0	40	26,7		82	54,7
<b>SEXO</b>							
Masculino	41	27,3	71	47,3	0,004	112	74,7
Feminino	24	16,0	14	9,3		38	25,3
<b>IDOSO</b>							
Não idoso	23	15,3	45	30,0	0,032	68	45,3
Idoso	42	28,0	40	26,7		82	54,7
<b>TOTAL</b>	65	43,3	85	56,7		150	100

\*valores controlado < 140/90 mmHg (VII Diretrizes Brasileiras Hipertensão....2016).

**Tabela 6: Média da PA e idade dos participantes com IAM no ano 2015. Uberlândia, 2018**

Variáveis	Valores na aferição da PA			
	Mínimo	Máximo	Média	DP
<b>Idade(anos)</b>	30	93	60,41	13,8

<b>PAS</b> (mmHg)	80	180	131,41	23,6
<b>PAD</b> (mmHg)	40	110	76,67	14,3

A alteração da pressão Arterial Sistêmica estava presente entre grande parte dos pacientes, perfazendo um total de 65 (43,3%) dos indivíduos com quadro de IAM. As pressões sistólica, diastólica e a de pulso estão bem estabelecidas como fator de risco cardiovascular. Sesso et al. (2000) analisaram as pressões sistólica, diastólica, média e pressão de pulso como preditores de risco para eventos cardiovasculares, incluídos infarto do miocárdio, angina, cirurgia de revascularização miocárdica, angioplastia coronariana percutânea, acidente vascular cerebral e morte cardíaca, evidenciando tal relação o que vai de encontro ao presente estudo.

A alteração da PA estava presente principalmente entre aqueles com idade avançada, ou seja, pacientes com 60 anos ou mais. Os dados do Framingham Heart Study indicam que a pressão arterial sistólica (PAS) aumenta gradualmente em todos os grupos etários, enquanto pressão arterial diastólica (PAD) aumenta até a idade de 60 anos e, em seguida, começa a diminuir a pressão de pulso (PP), como o componente pulsátil da hemodinâmica, é um indicador da rigidez arterial; assim como a pressão arterial média (PAM) é influenciada pelo débito cardíaco e resistência vascular periférica (WENFANG, et al. 2015 e ROTH, et al, 2015).

Segundo WENFANG, et al. (2015) a PAS e PAD alta ou baixa pode estar associada a mortalidade precoce em pacientes com SCA, enquanto que em trombólise, no escore de risco de IAM e outros modelos de prognóstico, apenas a PAS de baixo nível foi dada como ponto alto correspondente para predizer a mortalidade de pacientes com IAM. Alguns estudos têm mostrado que a elevada pressão de admissão está associada com risco aumentado de hemorragia intracerebral em pacientes com IAM após trombolítica terapia. Ainda, vale ressaltar que a pressão arterial elevada, durante ou após a procedimento é considerada um fator de risco independente para pequenos sangramentos e hematoma em pacientes que se submetem PIC e Angioplastia (HUANG, et al. 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial (2017) dados norte-americanos de 2015 revelaram que HAS estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM, 77% de AVE e 75% com IC. No Brasil atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. Uma estratégia fundamental é monitorar mais de perto a PA de indivíduos pré-

hipertensos pois uma significativa proporção deles irá desenvolver HA e suas complicações (WEBER,2014)

## **5. CONCLUSÃO**

A partir da avaliação da população acometida por Infarto Agudo do miocárdio entre pacientes atendidos no HCUFU no ano de 2015 concluímos que o perfil desses indivíduos é de maioria do sexo masculino, não naturais de Uberlândia-MG, todavia residentes nesse município, brancos, casados e com faixa etária maior ou igual a 60 anos.

Os principais fatores de risco para IAM identificados foram o sexo masculino, tabagismo, etilismo, sedentarismo, idade avançada (acima de 60 anos) além da hipertensão arterial sistêmica.

Ao associarmos tais fatores de risco notamos relação entre o sexo masculino e outros fatores como sedentarismo, tabagismo, etilismo, DM, HAS além da alteração na aferição da PA na admissão do paciente. Já a HAS mostrou relação com a cor dos pacientes, sendo mais presente entre os brancos e ainda com fator tabagismo.

Já a avaliação do controle da PA evidenciou que a maioria dos pacientes com quadro de IAM estavam com índices pressóricos alterados sendo na maioria idosos do sexo masculino.

Diante disso, nota-se que para a prevenção e diminuição dos índices de doenças do coração como o IAM é fundamental estabelecer estratégias cujo objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle dos níveis pressóricos por meio da modificação do estilo de vida, educação em saúde e/ou uso regular de medicamentos garantindo maior qualidade de vida desses indivíduos (SBHA,2017).

Percebemos também a necessidade de fomentar a informação entre a população em geral, sendo necessária por parte dos gestores e profissionais da Atenção Primária como as UBSFs que permitem estreitamento da relação entre usuários e a equipe de saúde, a implementação de ações educação em saúde, promoção e prevenção de saúde na sociedade como um todo, principalmente entre aqueles considerados grupo de risco a partir da observação dos fatores de risco existentes.

Esta pesquisa apresentou algumas limitações. Trata-se de um estudo transversal, o que não permite estabelecer relações de causa e efeito. Outra limitação foi a presença de prontuários com preenchimento incompletos. Em vista disto, algumas variáveis com informações faltantes foram analisadas separadamente e apresentados os valores totais diferentes do total da amostra.

## 6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C et al. Comparação do perfil clínico-epidemiológico entre homens e mulheres na síndrome coronariana aguda. **Rev Bras Cardiol**, v. 27, n. 6, p. 423-429, 2014.

AVEZUM, Á.; PIEGAS, L.S.; PEREIRA, J.C.R. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. **Arq Bras Cardiol**, v. 84, n. 3, p. 206-13, 2006.

BORGES, D.L et al. Características clínicas e demográficas de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio em um hospital universitário. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 14, n. 3, 2014.

BOTELHO, P.M et al. Benefícios da reabilitação cardíaca ambulatorial em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. **movimento**, v. 5, n. 1, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações sobre saúde: mortalidade**. 2014a. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>><<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 20 out. 2014a.

BRUNORI, E.H.F.R et al. Associação de fatores de risco cardiovasculares com as diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 538-546, 2014.

CANI, K.C et al. Características clínicas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **ASSOBRAFIR Ciência**, v. 6, n. 3, p. 43-54, 2016.

COELHO, L.M.; RESENDE, E.S. Perfil dos pacientes com infarto do miocárdio, em um hospital universitário. 2010.

COLÓSIMO, F.C et al. Hipertensão arterial e fatores associados em pessoas submetidas à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 201-208, 2015.

FAGARD, RH. Physical activity, physical fitness and the incidence of hypertension. **J Hypertens**. 2005;23(2):265-7.

FIGUEIREDO, A.E et al. Determinação do tempo de apresentação a emergência de pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 1, p. 93-101, 2013.

JANSSEN, A.M.S et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 1, 2015.

JARROS, I.C.; JUNIOR, G.Z. Avaliação de risco cardíaco e o diagnóstico do infarto agudo do miocárdio no Laboratório de análises clínicas. **Revista UNINGÁ Review**, v. 19, n. 3, 2018.

JESUS, A.V.; CAMPELO, V.; SILVA, M.J.S. Perfil dos pacientes admitidos com Infarto Agudo do Miocárdio em Hospital de Urgência de Teresina-PI. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 1, p. 25-33, 2013.

MAFRA, A.A.; LODI-JUNQUEIRA, L.; RIBEIRO, A.L.P. *et al* / Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Protocolo Clínico sobre Síndrome Coronariana Aguda**. –Belo Horizonte 2012.

MAGNABOSCO, P. Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência dissertação. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2007.

NASCIMENTO, P.V et al. Fatores de risco cardiovascular em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 10, n. 3, p. 1007-1015, 2016.

PIEGAS, L.S et al. Comportamento da síndrome coronariana aguda: resultados de um registro brasileiro. **Arq Bras Cardiol**, v. 100, n. 6, p. 502-10, 2013.

PIMENTA, H.B.; CALDEIRA, A.P. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1731-1739, 2014.

PESARO; SERRANO; NICOLAU. Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 2, p. 214-20, 2004.

RADOVANOVIC, C.A.T et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2014.

SANTOS, E. S. et al. Registro de Síndrome Coronariana Aguda em um Centro de Emergências em Cardiologia **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, p. 597-602, nov. 2006.

SESSO, HD; STAMPFER, MJ; ROSNER, B et al. Systolic and diastolic blood pressure, pulse pressure, and mean arterial pressure as predictors of cardiovascular disease risk in men. **Hypertension** 2000; 36: 801-7

SIERVULI, M.T.F et al. Infarto do miocárdio: alterações morfológicas e breve abordagem da influência do exercício físico. **Rev Bras Cardiol**, v. 27, n. 5, p. 349-55, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, **Arquivo Brasileiro de cardiologia**, 2017.

SOLER, A.B.; BECCARIA, L.M.; CONTRIN, L.M.; CESARINO, C B. .Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular** vol. 27, núm. 3, 2011, pp. 411-418

SORIANO, K.S. et al. Perfil de pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio internados em uma unidade coronariana de Belo Horizonte. **Enfermagem Revista**, v. 19, n. 1, p. 21-29, 2016.

ZORNOFF, L. AM et al. Perfil clínico, preditores de mortalidade e tratamento de pacientes após infarto agudo do miocárdio, em hospital terciário universitário. **Arq Bras Cardiol**, v. 78, n. 4, p. 396-405, 2002.

WEBER, MA; SCHIFFRIN, EL; WHITE, WA; et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **J Hypertens**. 2014;32(1):3-15.

## 7. APÊNDICES

### 7.1 APÊNDICE I

Instrumento de coleta de dados

Dados sociodemográficos e econômicos
--------------------------------------

Data de coleta: Questionário nº [     ]	
Data de nascimento:     /     /	Sexo: 1- (     ) Masculino 2- (     ) Feminino
Naturalidade:	Procedência:
Cor: 1-(     ) branca 2-(     ) parda 3-(     ) negra 4-(     ) amarela 5-(     ) outra	
Estado Civil: 1-(     ) solteiro 2-(     ) casado 3-(     ) separado 4-(     ) viúvo	
Religião: 1- (     ) católico 2- (     ) evangélico 3- (     ) espírita 4- (     ) não possui religião 5 - (     ) não acredita em Deus 6 - (     ) outra	
Escolaridade:     anos	
Condição de Trabalho: 0-(     ) Não 1-(     ) Sim 2-(     ) aposentado	
<b>Dados clínicos hospitalar</b>	
Data do infarto do miocárdio:	
Local do infarto: 1-Inferior 2-Anterior + septal 3- Anterior extenso 4-Inferior + dorsal 5-Inferior + VD 6-Inferior + posterior +VD 7-Inferior + posterior 8-Anterior 9-Inferior + posterior + dorsal + lateral 10-Lateral 11-Septal 12-Septal direito 13-Anterior + lateral alto 14-Inferior + lateral 15-Inferior + dorsal + lateral 16-Dorsal + VD 17-Anterior + lateral 18-Posterior + lateral 19-Posterior	20-Septal + inferior + dorsal + VD 21-Anterior + septal + inferior + VD 22-Anterior extenso + posterior + lateral 23-Anterior extenso + posterior 24-Anterior extenso + lateral 25-Lateral alto 26-Anterior + inferior + dorsal 27-Anterior extenso + inferior 28-Inferior + VD + atrial 29-Anterior extenso + septal 30-Anterior + lateral + dorsal 31-Anterior + inferior 32-Inferior + apical 33-Lateral alto + dorsal 34-Anterior extenso + lateral alto 35-Inferior+lateral+dorsal+VD 36 - Lateral alto e baixo 37 - Inferior-lateral-dorsal 38 - Inferior + anteroseptal 39 - Lateral+septal 40- Lateral + inferior + VD
Data de admissão no hospital:	
Data do Início da dor:	
Horário do Início da dor:	
PAS de admissão:	
PAD de admissão:	
FC:	
FR:	
Sat O2:	
Dxt:	
AR:	
ACV:	
ABD:	
SN:	
ECG ritmo:	
Classe de Killip:     (variável de 1 a 4)	
Comorbidades: Diabetes 0.não 1.sim HAS 0.não 1.sim Obesidade 0.não 1.sim Doença vascular periférica 0.não 1.sim Dislipidemias 0.não 1.sim Valvulopatias 0.não 1.sim	re-IAM: 0.não 1.sim AVE 0.não 1.sim DPOC/bronquite: 0.não 1.sim Nefropatia: 0.não 1.sim ICC: 0.não 1.sim
Morte: 0 não 1 sim	
Data da morte:	
<b>Causa da morte:</b>	
Atividade Física: 0-(     ) não 1-(     ) sim	



<p>Parede posterior:</p> <p>Miocárdio: _____</p> <p>Conclusão:</p>
<p>Cateterismo/coronariografia data: _____</p> <p>Tronco de coronária esquerda:</p> <p>Artéria descendente anterior:</p> <p>Artéria circunflexa: 40</p> <p>Artéria coronária direita:</p> <p>Ventriculografia:</p> <p>Intercorrências:</p> <p>Conclusão:</p>
<p>Técnica de angioplastia data: _____</p> <p>Resultado angiográfico: 0 ruim 1 bom</p> <p>Fluxo TIMI 0 a 3: _____</p>

## 7.2 APÊNDICE II

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Influência da P.A de Chegada na Mortalidade de Pacientes com IMCSST

**Pesquisador:** Patrícia Magnabosco

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 64107916.5.0000.5152

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.023.101

**Apresentação do Projeto:**

Segundo os pesquisadores:

As doenças cardiovasculares continuam sendo a primeira causa de morte no Brasil, responsáveis por quase 32% de todos os óbitos. Além disso são a terceira maior causa de internações no país. Entre elas, o infarto agudo do miocárdio ainda é uma das maiores causas de morbidade e mortalidade. Um número limitado de estudos avaliaram o valor prognóstico da elevada PAS admissão e relataram conflitantes resultados. Portanto, diante de resultados controversos relacionados à associação dos valores da PA de admissão na mortalidade de paciente com infarto agudo do miocárdio e escassez de estudos sobre tal temática, faz-se necessária a abordagem desta problemática.

**Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal, documental, retrospectivo e com abordagem quantitativa. Os dados serão coletados a partir dos registros nos prontuários, pelo próprio pesquisador no SAME do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU). A população alvo constitui-se de pacientes com quadro clínico de IMCSST que foram atendidos no Hospital de Clínicas da UFU no período de janeiro de 2011 a julho de 2016.

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br