

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

MARIANA INÁCIO SILVA

**PERFIL DE PACIENTES COM INFARTO DO MIOCÁRDIO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO NO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

Uberlândia - MG

2023

MARIANA INÁCIO SILVA

**PERFIL DE PACIENTES COM INFARTO DO MIOCÁRDIO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO NO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

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

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Nasser Figueiredo

Coorientadora: Profa. Dra. Patrícia Magnabosco

Uberlândia

2023



ATA DE DEFESA - GRADUAÇÃO

Curso de Graduação em:	Enfermagem				
Defesa de:	FAMED32902: Trabalho de Conclusão de Curso				
Data:	21/11/2023	Hora de início:	14:00	Hora de encerramento:	14:30
Matrícula	11811ENF004				
Nome do Discente:	Mariana Inácio Silva				
Título do Trabalho:	Perfil de pacientes com infarto do miocárdio em um hospital universitário no interior de Minas Gerais				

Reuniu-se na Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem, assim composta: Professores: Deborah Raquel Carvalho de Oliveira - FAMED, Aline Guarato da Cunha Bragato - FAMED e Valéria Nasser Figueiredo - FAMED como orientador(a) do(a) candidato(a).

Iniciando os trabalhos, o(a) presidente da mesa, Valéria Nasser Figueiredo, apresentou a Comissão Examinadora e o(a) candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu ao(à) discente a palavra, para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do(a) discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do curso.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado(a). Nota: 100

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Valéria Nasser Figueiredo**, Professor(a) do Magistério Superior, em 21/11/2023, às 14:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Aline Guarato da Cunha Bragato, Professor(a) Substituto(a) do Magistério Superior**, em 21/11/2023, às 14:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Déborah Raquel Carvalho de Oliveira, Professor(a) Substituto(a) do Magistério Superior**, em 21/11/2023, às 15:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4975445** e o código CRC **5327CBFD**.

Referência: Processo nº 23117.081431/2023-51

SEI nº 4975445

Dedico este trabalho a Deus, aos meus pais, irmãos e ao meu noivo, por todo estímulo, carinho, apoio e companheirismo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço sobretudo a Deus, por me permitir estudar na universidade dos meus sonhos, principalmente, por me encorajar e me sustentar em todos os momentos, Ele é a base de tudo. Sou grata aos meus pais, Maria do Carmo e Wellington José, por todo amor e dedicação à minha vida. Mãe, você é meu maior exemplo de mulher e ser humano, a personificação da empatia, força e perseverança. Pai, você é exemplo de superação. Agradeço aos meus irmãos, Wayne e Wytalo, por todo apoio durante a graduação, especialmente, ao meu irmão, pessoa que sempre me incentivou a estudar e me mostrou que este é o caminho. Agradeço ao meu noivo José Antônio pelo apoio, incentivo e companheirismo. Sou grata à todos os meus professores da graduação e as preceptoras que tive durante os estágios supervisionados finais, todas essas pessoas empáticas, acolhedoras e determinadas tornaram a caminhada mais leve. À professora e orientadora Valéria Nasser Figueiredo, expresse minha eterna gratidão pelo apoio e acolhimento a mim oferecidos, no 4º período da graduação, os quais foram muito importantes para a continuidade dessa trajetória, bem como, pela atenção e orientação prestadas para o desenvolvimento deste trabalho. Agradeço também à coorientadora Patrícia Magnabosco. Sou grata às amigas que cultivei durante a graduação, especialmente à Yanne, Ana Júlia, Gabriella, Nathália e Katiane. Por fim, agradeço à Universidade Federal de Uberlândia (UFU) por todas as oportunidades e acolhimento.

RESUMO

Introdução: O infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IMCSST) é a síndrome coronariana aguda de maior gravidade. O sexo se destaca dentre os fatores de risco não modificáveis. **Objetivo:** Analisar o perfil sociodemográfico e clínico de indivíduos com IMCSST subdividido entre os sexos. **Método:** Estudo observacional, transversal, com amostragem não probabilística de abordagem quantitativa. Realizado no Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), com amostra de 145 indivíduos com IMCSST. Os dados antropométricos foram mensurados. Para a coleta de dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida, utilizou-se o instrumento elaborado pelos próprios pesquisadores. A avaliação dos resultados se deu por meio da análise estatística bivariada. Para as análises inferenciais, adotou-se nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). **Resultados:** Foi observado prevalência do sexo masculino (71%) e diferença significativa entre os sexos: a maioria dos indivíduos brancos ($p = 0,037$), casados ($p = 0,000$), empregados ($p = 0,000$), com maior média de renda familiar ($p = 0,001$) e de renda per capita ($p = 0,017$) são do sexo masculino. Há prevalência do tabagismo no sexo feminino ($p = 0,042$), enquanto no sexo masculino há prevalência de ex-tabagistas ($p = 0,038$), indivíduos com maior anos maço ($p = 0,040$) e que fazem uso de bebida alcóolica ($p = 0,009$). Prevalência de claudicação intermitente ($p = 0,003$) e maior frequência respiratória no sexo feminino ($p = 0,008$). No hemograma foi observada a prevalência de maiores intervalos de referência quanto as hemácias ($p = 0,002$), hemoglobina ($p = 0,001$) e hematócrito ($p = 0,001$) no sexo masculino. Quanto ao tratamento, somente a classe medicamentosa BCC teve prevalência no sexo feminino ($p = 0,025$). **Considerações finais:** O IMCSST apresentou prevalência no sexo masculino e associações significativas entre os grupos e algumas variáveis estudadas, demonstrando diferenças sociais, comportamentais e biológicas. Estes resultados são importantes para compreender as distinções entre os sexos e como estas podem impactar o curso do IMCSST como um todo.

Palavras-chave: Infarto do miocárdio. Diferenças entre os sexos. Fatores de risco.

ABSTRACT

Introduction: ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) is the most severe acute coronary syndrome. Sex stands out among the non-modifiable risk factors. Objective: Analyzing the sociodemographic and clinical profile of individuals with STEMI subdivided between sexes. Method: Observational, cross-sectional study, with non-probability sampling with a quantitative approach. Carried out at the Hospital de Clínicas de Uberlândia of the Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), with a sample of 145 individuals with STEMI. Anthropometric data were measured. In order to collect sociodemographic, clinical and lifestyle data, the instrument created by the researchers themselves was used. The results were evaluated using bivariate statistical analysis. For inferential analyses, a significance level of 5% ($\alpha=0.05$) was adopted. Results: There was a prevalence of males (71%) and a significant difference between the sexes: the majority of white ($p = 0.037$), married ($p = 0.000$), employed ($p = 0.000$), with a higher average income family ($p = 0.001$) and per capita income ($p = 0.017$) individuals are male. There is a prevalence of smoking in females ($p = 0.042$), while in males there is a prevalence of ex-smokers ($p = 0.038$), individuals with longer pack years ($p = 0.040$) and who use alcoholic beverages ($p = 0.009$). Prevalence of intermittent claudication ($p = 0.003$) and higher respiratory rate in females ($p = 0.008$). In the blood count, the prevalence of higher reference intervals for red blood cells ($p = 0.002$), hemoglobin ($p = 0.001$) and hematocrit ($p = 0.001$) was observed in males. Regarding treatment, only the BCC medication class was prevalent in females ($p = 0.025$). Final considerations: IMCSST showed prevalence in males and significant associations between the groups and some variables studied, demonstrating social, behavioral and biological differences. These results are important to understand the distinctions between the sexes and how these can impact the course of IMCSST as a whole.

Keywords: Myocardial infarction. Differences between the sexes. Risk factors.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 METODOLOGIA.....	12
3 RESULTADOS.....	15
4 DISCUSSÃO.....	21
5 CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS.....	27
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	32
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	35
APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	36
ANEXO A – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL.....	43

1 INTRODUÇÃO

O grupo de patologias que afetam o coração e os vasos sanguíneos são denominadas Doenças Cardiovasculares (DCVs) as quais incluem: Doença Arterial Coronariana (DAC), doença cerebrovascular, doença arterial periférica, entre outras (OPAS/OMS, 2023). Mais de 17 milhões de pessoas morrem todos os anos devido às DCVs, caracterizando-as como principal causa de morte no mundo. Semelhante ao cenário mundial, no Brasil, este grupo de doenças também lideram as estatísticas de mortalidade, com destaque para a DAC que, na última década, foi a principal causa de morte para homens e mulheres no país, correspondendo a 12% do total de óbitos, conforme estimativas do Estudo GBD 2019. A DAC é caracterizada pela obstrução das artérias coronárias por placas ateroscleróticas, ocasionando diminuição do fluxo sanguíneo para o miocárdio, desta forma, tal condição engloba indivíduos com angina estável, insuficiência cardíaca isquêmica e Infarto do Miocárdio (IM) prévio (Oliveira GMM *et al.*, 2022).

O IM ocorre em razão de uma isquemia miocárdica prolongada que resulta na necrose do músculo cardíaco. De acordo com a quarta definição universal do IM, para sua caracterização, é necessário constatar presença de lesão aguda do miocárdio (valores elevados de troponina cardíaca-Tnc com, pelo menos, um valor acima do percentil 99 do limite superior de referência e necessariamente, manifestar padrão de aumento ou redução destes valores) além de ter evidência de isquemia aguda, a partir de um dos seguintes critérios: sintomas que sugerem isquemia do miocárdio, Eletrocardiograma (ECG) com novas alterações isquêmicas e novas ondas Q patológicas, nova perda de miocárdio viável ou nova alteração de contratilidade compatível com etiologia isquêmica evidenciados por exame de imagem, detecção de trombo coronário por autópsia ou angiografia (IM do tipo 1) (Thygesen *et al.*, 2018).

Além disso, o ECG é essencial para classificar o IM em IMSSST (IM Sem Supradesnivelamento do Segmento ST) ou IMCSST (IM Com Supradesnivelamento do Segmento ST) a fim de conduzir adequadamente o quadro clínico e designar o tratamento específico, que neste último caso, trata-se da reperfusão imediata para reestabelecer o fluxo coronário (Piegas *et al.*, 2015). O IMCSST é a síndrome coronariana aguda de maior gravidade, cuja o principal sintoma é a dor torácica aguda decorrente do bloqueio repentino do fluxo de sangue para o miocárdio em consequência da oclusão completa de uma artéria coronária, sendo a aterosclerose, sua principal causa (Campos *et al.*, 2017). Diante disso, neste tipo grave de IM,

o tempo até o início do tratamento é fator crucial para evitar complicações da doença e até mesmo, óbitos (Piegas *et al.*, 2015).

Dados do Ministério da Saúde apontam que no Brasil, há cerca de 300 mil casos de IM por ano, com desfecho desfavorável em um terço deles, evoluindo para óbito. A perspectiva futura relacionada ao IM é alarmante, pois a ocorrência destes eventos no país podem aumentar aproximadamente 250% até 2040 (Brasil, 2021). Ademais, o IM é a DCV com maior impacto financeiro no Brasil, sendo que em 2015 o custo por cada caso no SUS foi estimado em R\$ 48.118 reais (Stevens *et al.*, 2018). Conforme dados do SUS, no período de 2008 a 2019, no sistema público de saúde, o IM foi responsável pelo crescimento de 54% no número de hospitalizações, bem como, o aumento em 31% da Intervenção Coronariana Percutânea (ICP) primária, considerada como padrão ouro no tratamento do IMCSST. Por outro lado, neste mesmo período, houve uma redução da mortalidade hospitalar por IM de 15,9% para 12,9%. (Oliveira GMM *et al.*, 2022).

O tratamento do IMCSST compreende terapias de reperfusão - ICP, tratamento medicamentoso e não medicamentoso e em alguns casos, abordagem cirúrgica. A ICP é feita pelo uso do cateter balão, e se necessário, implante do stent coronário, enquanto a reperfusão química utiliza agentes fibrinolíticos para recanalizar a artéria acometida. O tratamento medicamentoso é realizado com uso de antiplaquetários, heparina, anticoagulantes orais, nitratos, Betabloqueadores (BB), Bloqueadores do Sistema Renina-angiotensina-aldosterona (IECA) e estatinas. Quanto o tratamento não medicamentoso, este baseia-se na reabilitação cardiovascular e mudança do estilo de vida através da adesão de práticas de atividade física regular, alimentação adequada e saudável, cessação do tabagismo e do uso de álcool, entre outros. Por fim, a revascularização cirúrgica de urgência é utilizada em caso de falhas nas terapias de reperfusão e complicações decorrentes do IM (Piegas *et al.*, 2015; Brasil, 2022).

No que se refere aos fatores de risco cardiovasculares relacionados ao IM, estes são divididos em modificáveis e não modificáveis. O primeiro diz respeito aos fatores comportamentais/hábitos de vida e intermediários. Dentre os comportamentais estão o tabagismo, uso de álcool, sedentarismo e alimentação rica em gorduras, sódio e açúcar, os quais contribuem significativamente para o desenvolvimento dos fatores de risco intermediários como a Hipertensão Arterial (HA), Diabetes Mellitus (DM), dislipidemia, sobrepeso e obesidade, depressão e estresse. Os fatores de risco não modificáveis incluem sexo, idade,

hereditariedade e raça. (Brasil, 2022; OPAS/OMS, 2023). O sexo se destaca dentre estes fatores de risco, uma vez que existem distinções biológicas, sociais e comportamentais entre os sexos feminino e masculino que impactam de forma substancial nas estatísticas do IM (Oliveira GMM *et al.*, 2023).

Considerando o IMCSST a complicação aguda mais grave das DCVs e principalmente, a relevância das diferenças sociodemográficas e clínicas entre os sexos feminino e masculino que influenciam na prevalência, manifestação clínica, tratamento e prognóstico do IM, torna-se imprescindível conhecê-las a fim de traçar estratégias específicas e direcionadas acerca do manejo clínico e epidemiológico da doença. Perante o exposto, este trabalho tem como objetivo analisar o perfil sociodemográfico e clínico de indivíduos com IMCSST subdividido entre os sexos.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Estudo observacional, transversal, com amostragem não probabilística de abordagem quantitativa.

2.2 Local do estudo

A coleta de dados foi realizada no Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), especificamente nos setores de Pronto Socorro, Clínica Médica, Unidade de Dor torácica e Unidade de Terapia Intensiva. O HCU-UFU configura-se como um hospital de ensino brasileiro de grande porte, referência em atendimentos de média e alta complexidade para 86 municípios de macro e micro regiões do Triângulo Norte e maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais. Foi reconhecido pelo Programa Boas Práticas Clínicas em Cardiologia (BPC) em nível de excelência no tratamento da Síndrome Coronariana Aguda (SCA) (HC-UFU, 2019).

2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Indivíduos com idade ≥ 18 anos, do sexo feminino ou masculino, que possuem diagnóstico clínico de IMCSST, ou seja, evidência de lesão aguda do miocárdio e de isquemia aguda e supradesnivelamento do segmento ST de pelo menos 1 mm (plano frontal) ou 2 mm (plano horizontal) em duas derivações contíguas. Os critérios de exclusão baseiam-se na

impossibilidade de participação no estudo devido à perfis clínicos críticos, são eles: déficit cognitivo e classificação de Killip III e IV. Assim sendo, a amostra foi composta por 145 indivíduos com IMCSST.

2.4 Coleta de dados

O período da coleta de dados se deu entre julho de 2020 a junho de 2022, com duração média de 20 minutos por paciente e ocorreu entre o intervalo do primeiro dia ao quinto dia pós-IMCSST.

Foi utilizado um teste de rastreio cognitivo denominado Mini Exame do Estado Mental (ANEXO A) que objetivou avaliar a capacidade cognitiva do paciente e sua aptidão a participar da pesquisa. Trata-se de um questionário composto por 19 itens, subdivididos em orientação, memória imediata, atenção e cálculo, evocação e linguagem. O escore máximo é de 30 pontos, sendo que o mínimo necessário para se considerar cognitivamente apto são 21 pontos (Melo; Barbosa, 2015).

O instrumento para coleta de dados sociodemográficos e clínicos (APÊNDICE A) foi elaborado pelos próprios pesquisadores. Estes são subdivididos em Perfil sociodemográfico (gênero, idade, cor da pele autorreferida, Índice de Massa Corporal - IMC, estado civil, religião, escolaridade, condição de trabalho, renda familiar, renda per capita, procedência, naturalidade); Perfil clínico (dislipidemia, HA, DM; Índice Tornozelo Braquial – ITB; obesidade, Doença Vascular Periférica – DVP; valvulopatias, Reinfarto do Miocárdio – re-IM; Acidente Vascular Encefálico – AVE; Doença Pulmonar Obstrutiva crônica – DPOC; nefropatia, Insuficiência Cardíaca Congestiva – ICC); Hábitos de vida (tabagismo, ex tabagista, uso de bebida alcoólica e atividade física); Antecedentes familiares (HA, IM, AVE, DM, dislipidemia); Dados clínicos (dispneia, varizes, edema, claudicação intermitente, sinais vitais: pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, frequência respiratória, saturação de oxigênio, controle de glicemia capilar, temperatura axilar, pulso; fração de ejeção, escala de Killip para IM – Killip; resultado angiográfico, local do infarto e exames laboratoriais); Tratamentos (trombólise, ICP, anticoagulantes, antiplaquetários, IECA, BB, Bloqueadores dos Canais de Cálcio (BCC), estatina, nitrato, diurético).

A mensuração dos dados antropométricos foi realizada por uma balança eletrônica digital, marca Omron HBF-214, com capacidade para 150 kg e sensibilidade de 50 g, do tipo

plataforma. A estatura foi medida com uma fita métrica e o paciente em posição ortostática em uma parede com ângulo de 90 graus em relação ao chão. O IMC foi calculado pela razão peso (kg)/altura² (m) e sua classificação se deu da seguinte forma: peso normal (IMC entre 18,5 e 24,9 Kg/m²), sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 Kg/m²) e obesidade (IMC \geq 30 Kg/m²) (WHO, 2000). A PA e FC foram aferidas utilizando aparelhos de medição de PA portáteis automáticos (modelo HEM-7113 Omron®). As verificações da PA foram realizadas de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020), ou seja, por três vezes, com intervalo de 1 a 2 minutos entre as aferições. A primeira leitura foi descartada e realizado média das duas últimas, sem “arredondamentos”, o braço utilizado como referência foi aquele que obteve maior valor da PA (Barroso *et al.*, 2021).

Com relação ao perfil clínico, para considerar diagnóstico de HA e DM, o indivíduo deveria fazer uso de anti-hipertensivo e hipoglicemiante e/ou de insulina, respectivamente, antes da ocorrência do IMCSST, conforme informações registradas no prontuário. Foram considerado indivíduos com dislipidemia aqueles que fizessem uso de estatina ou com alteração em pelo menos um dos componentes: HDL-C, LDL-C ou triglicerídeos. O cálculo do ITB se deu pela razão da maior PAS do membro inferior/menor PAS braquial, dos lados esquerdo e direito. (Barroso, *et al.*, 2021).

Considerou-se como valores normais aqueles \geq 0,90 e os valores \geq 1,40 sugeriram calcificação arterial, um importante marcador de rigidez arterial em pacientes sem DVP (Rabkin; Him; Sweeney, 2012). No que se refere aos hábitos de vida, foram considerados como tabagistas e/ou indivíduos que fazem uso de bebida alcoólica, aqueles que fumavam no mínimo 1 cigarro por dia e/ou bebiam com frequência \geq 2 vezes por semana, respectivamente. Foram classificados como sedentários, aqueles que afirmaram praticar exercícios físicos 2 ou menos vezes na semana e aqueles que não praticam com nenhuma frequência.

Quanto aos dados clínicos, utilizou-se o resultado do ecocardiograma para avaliar a fração de ejeção do ventrículo esquerdo. A fração de ejeção é o parâmetro que avalia a função sistólica do ventrículo esquerdo e tem grande importância no manejo e prognóstico da doença cardíaca (Luis; Chan; Pellikka, 2019). A faixa de valores normais é de 54 – 74 % para mulheres e 52 - 72 % para homens, valores abaixo caracterizam disfunção discreta, moderada (30 a 40%) e grave (< 30%) (Lang *et al.*, 2015). Quanto a classificação de Killip proposta por Thomas Killip III e John T. Kimball em 1967, esta foi utilizada para classificar a gravidade da insuficiência cardíaca no IMCSST e sua estratificação consiste em: “Killip I: sem sinais de

descompensação cardíaca; Killip II: com estertores crepitantes pulmonares, terceira bulha e pressão venosa jugular elevada; Killip III: com edema pulmonar agudo; Killip IV: com choque cardiogênico ou hipotensão arterial (PAS <90 mmHg) (Mello *et al.*, 2014). Cabe salientar que os pacientes com Killip III E IV foram excluídos do estudo.

2.5 Análise de dados

Os dados foram organizados em uma planilha no Programa Excel, validados por dupla digitação e a análise estatística foi realizada por meio do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS Windows), versão 25.0[®].

As variáveis contínuas foram apresentadas como médias e desvios-padrão e as variáveis categóricas como proporções (%). Para verificar a associação das variáveis sociodemográficas/clínicas, hábitos de vida e os sexos, realizou-se análise bivariada, utilizando o teste exato de Fisher e o teste da razão de verossimilhança, a qual incluiu medidas de associação em tabelas de contingência. Para as análises inferenciais adotouse nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$).

2.6 Aspectos Éticos

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado para assinatura à todos os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa. O trabalho teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, registrado sob parecer de nº3.848.998 (APÊNDICE C) e CAAE: 23136219.0.0000.5152 atendendo as exigências do Conselho Nacional de Saúde para realização de pesquisas com seres humanos.

3 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos 145 indivíduos com IMCSST incluídos neste estudo, subdivididos entre o sexo feminino e masculino. Foi observado a prevalência do sexo masculino (71%) e diferença significativa entre os grupos quanto às variáveis cor, estado civil, condição de trabalho, renda familiar e renda per capita. Sendo que a maioria dos indivíduos brancos (58,3%; $p = 0,037$), casados (49,5%; $p = 0,000$) empregados (44,7%; $p = 0,000$), com maior média de renda familiar ($p = 0,001$) e de renda per capita ($p = 0,017$) são do sexo masculino.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos indivíduos com IMCSST subdivididos entre o sexo feminino (n=42) e masculino (n=103). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2023.

	Feminino	Masculino	P
Idade, anos	62,45±13,92	61,93±11,40	0,818
Cor, n (%)			
Branca	23 (54,8%)	60 (58,3%)	0,037
Parda	13 (31%)	40 (38,8%)	
Negra	6 (14,3%)	2 (1,9%)	
Amarela	0 (0,0%)	1 (1,0%)	
IMC, n (%)			
Baixo Peso	1 (2,4%)	3 (2,9%)	0,273
Normal	18 (42,9%)	36 (35,3%)	
Sobrepeso	10 (23,8%)	40 (39,2%)	
Obeso I	10 (23,8%)	16 (15,7%)	
Obeso II	0 (0%)	3 (2,9%)	
Obeso III	3 (7,1%)	4 (3,9%)	
IMC, kg/m²	26,9208±6,49873	26,8538±5,52121	0,950
Estado Civil, n (%)			
Solteiro	14 (33,3%)	14 (13,6%)	0,000
Casado	7 (16,7%)	51 (49,5%)	
Separado	0 (0,0%)	1 (1%)	
Viúvo	18 (42,9%)	12 (11,7%)	
União Estável	2 (4,8%)	11 (10,7%)	
Divorciado	1 (2,4%)	14 (13,6%)	
Religião, n (%)			
Católico	25 (59,5%)	60 (58,3%)	0,634
Evangélico	12 (28,6%)	26 (25,2%)	
Espírita	3 (7,1%)	4 (3,9%)	
Não possui religião	2 (4,8%)	11 (10,7%)	
Seicho-no-ie	0 (0,0%)	1 (1%)	
Testemunha de Jeová	0 (0,0%)	1 (1,0%)	
Escola, n (%)			
Analfabeto	2 (4,9%)	0 (0%)	0,114
1 a 4 anos	19 (46,3%)	41 (42,3%)	
5 a 7,99	5 (12,2%)	19 (19,6%)	
≥ a 8 anos	15 (36,6%)	37 (38,1%)	
Escolaridade, anos	5,95±3,860	6,67±3,763	0,311
Condição de trabalho, n (%)			
Sim	8 (19%)	46 (44,7%)	0,000
Não	8 (19%)	5 (4,9%)	
Aposentado	15 (35,7%)	45 (43,7%)	
Pensionista	11 (26,2%)	7 (6,8%)	
Renda familiar, reais	1933,57±975,012	3306,11±2457,066	0,001
Renda per capita, reais	907,54±509,173	1462,98±1449,531	0,017
Procedência, n (%)			
Uberlândia	20 (47,6%)	58 (56,3%)	0,364
Outros	22 (52,4%)	45 (43,7%)	
Natural, n (%)			
Uberlândia	6 (14,3%)	10 (9,7%)	0,559
Outros	36 (85,7%)	93 (90,3%)	

Os valores são expressos em n (porcentagem) ou média (DP). IMC: Índice de Massa Corporal; p = probabilidade (p ≤ 0,05).

Fonte: Autoral (2023).

A Tabela 2 refere-se ao perfil clínico dos indivíduos incluídos no estudo e nos sugere que não há diferença significativa entre os sexos feminino e masculino ($p > 0,05$).

Tabela 2 – Perfil clínico dos indivíduos com IMCSST subdivididos entre o sexo feminino (n=42) e masculino (n=103). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2023.

	Feminino	Masculino	P
Dislipidemia, n (%)			
Sim	21 (50%)	41 (39,8%)	0,273
Não	21 (50%)	62 (60,2%)	
HA, n (%)			
Sim	32 (76,2%)	67 (65%)	0,239
Não	10 (23,8%)	36 (35%)	
DM, n (%)			
Sim	15 (35,7%)	28 (27,2%)	0,322
Não	27 (64,3%)	75 (72,8%)	
ITB, n (%)			
Normal	26 (86,7%)	71 (89,9%)	0,733
Calcificação	4 (13,3%)	8 (10,1%)	
ITB, unidade	1,1562±0,11905	1,1688±0,11367	0,611
Obesidade, n (%)			
Obeso	13 (31%)	23 (22,5%)	0,297
Não obeso	29 (69%)	79 (77,5%)	
DVP, n (%)			
Sim	8 (19%)	12 (11,7%)	0,289
Não	34 (81%)	91 (88,3%)	
Valvulopatias, n (%)			
Sim	0 (0%)	1 (1%)	1,000
Não	42 (100%)	102 (99%)	
re-IM, n (%)			
Sim	11 (26,2%)	22 (21,4%)	0,521
Não	31 (73,8%)	81 (78,6%)	
AVE, n (%)			
Sim	2 (4,8%)	4 (3,9%)	1,000
Não	40 (95,2%)	99 (96,1%)	
DPOC, n (%)			
Sim	6 (14,3%)	5 (4,9%)	0,079
Não	36 (85,7%)	98 (95,1%)	
Nefropatia, n (%)			
Sim	6 (14,3%)	6 (5,8%)	0,106
Não	36 (85,7%)	97 (94,2%)	
ICC, n (%)			
Sim	4 (9,5%)	3 (2,9%)	0,108
Não	38 (90,5%)	100 (97,1%)	

Os valores são expressos em n (porcentagem) ou média (DP). HA: Hipertensão Arterial; DM: Diabetes mellitus; ITB: Índice Tornozelo-braquial; DVP: Doença Vascular Periférica; re-IM: Reinfarto do Miocárdio; AVE: Acidente Vascular Encefálico; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva; p = probabilidade ($p \leq 0,05$).

Fonte: Autoral (2023).

No que concerne aos hábitos de vida, observa-se a prevalência do tabagismo no sexo feminino (54,8%; $p = 0,042$). Enquanto no sexo masculino há prevalência de ex-tabagistas

(60%; $p = 0,038$), indivíduos com maior anos maço (carga tabágica) ($p = 0,040$) e que fazem uso de bebida alcoólica (47,6%; $p = 0,009$). (Tabela 3).

Tabela 3 – Hábitos de vida dos indivíduos com IMCSST subdivididos entre os sexos feminino (n=42) e masculino (n=103). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2023.

	Feminino	Masculino	P
Tabagismo, n (%)			
Sim	23 (54,8%)	37 (35,9%)	0,042
Não	19 (45,2%)	66 (64,1%)	
Ex-Tabagista, n (%)			
Sim	6 (31,6%)	39 (60%)	0,038
Não	13 (68,4%)	26 (40%)	
Anos Maço	25,3448±24,68122	41,2336±38,04706	0,040
Uso de bebida alcoólica, n (%)			
Sim	10 (23,8%)	49 (47,6%)	0,009
Não	32 (76,2%)	54 (52,4%)	
Atividade Física, n (%)			
Sim	6 (14,3%)	25 (24,3%)	0,264
Não	36 (85,7%)	78 (75,7%)	

Os valores são expressos em n (porcentagem) ou média (DP). IMC: Índice de Massa Corporal; $p =$ probabilidade ($p \leq 0,05$).

Fonte: Autoral (2023).

A Tabela 4 mostra os antecedentes familiares dos indivíduos com IMCSST do presente estudo e nos sugere que não há diferença significativa entre os sexos feminino e masculino ($p > 0,05$).

Tabela 4 – Antecedentes familiares dos indivíduos com IMCSST subdivididos entre os sexos feminino (n=42) e masculino (n=103). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2023.

Antecedentes Familiares	Feminino	Masculino	(Continua) P
HA, n (%)			
Sim	29 (69%)	75 (72,8%)	0,901
Não	5 (11,9%)	11 (10,7%)	
Não sei	8 (19%)	17 (16,5%)	
IM, n (%)			
Sim	21 (50%)	53 (51,5%)	0,489
Não	15 (35,7%)	42 (40,8%)	
Não sei	6 (4,1%)	8 (5,5%)	
AVE, n (%)			
Sim	15 (35,7%)	33 (32%)	0,908
Não	23 (54,8%)	59 (57,3%)	
Não sei	4 (9,5%)	11 (10,7%)	
DM, n (%)			
Sim	25 (59,5%)	50 (48,5%)	0,484

			(Conclusão)
Antecedentes Familiares	Feminino	Masculino	P
Não	12 (28,6%)	37 (35,9%)	
Não sei	5 (11,9%)	16 (15,5%)	
Dislipidemia, n (%)			
Sim	14 (33,3%)	34 (33%)	0,999
Não	13 (31%)	32 (31,1%)	
Não sei	15 (35,7%)	37 (35,9%)	

HA: Hipertensão Arterial; IM: Infarto do miocárdio; AVE: Acidente Vascular Encefálico; DM: Diabetes Mellitus; p = probabilidade ($p \leq 0,05$).

Fonte: Autoral (2023).

A Tabela 5 refere-se aos dados clínicos dos indivíduos com IMCSST. A variável claudicação intermitente apresentou diferença significativa entre os sexos com prevalência no sexo feminino (64,3%; $p = 0,003$). As mulheres também manifestaram maior frequência respiratória quando comparado aos homens ($p = 0,008$). Por outro lado, no hemograma foi observada a prevalência de maiores intervalos de referência quanto as hemácias ($p = 0,002$), hemoglobina ($p = 0,001$) e hematócrito ($p = 0,001$) no sexo masculino.

Tabela 5 – Dados clínicos dos indivíduos com IMCSST subdivididos entre os sexos feminino (n=42) e masculino (n=103). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2023.

	Feminino	Masculino	(Continua) P
Dispneia, n (%)			
Sim	10 (34,5%)	19 (18,4%)	0,496
Não	32 (76,2%)	84 (81,6%)	
Varizes, n (%)			
Sim	15 (35,7%)	20 (19,6%)	0,054
Não	27 (64,3%)	82 (80,4%)	
Edema, n (%)			
Sim	2 (4,8%)	2 (2%)	0,580
Não	40 (95,2%)	100 (98%)	
Claudicação Intermitente, n (%)			
Sim	27 (64,3%)	38 (36,9%)	0,003
Não	15 (35,7%)	65 (63,1%)	
Sinais Vitais			
Pressão Arterial Sistólica, mmHg	115,9211±18,73338	120,1801±20,02880	0,263
Pressão Arterial Diastólica, mmHg	67,6447±12,38373	70,6022±13,95389	0,258
Frequência respiratória, irpm	20,29±1,852	18,95±2,988	0,008
Saturação de Oxigênio, %	94,67±2,843	94,52±3,196	0,802
Controle de Glicemia Capilar, mg/dl	146,60±53,568	144,28±67,899	0,847
Temperatura axilar, ° C	36,119±0,7093	35,926±0,6362	0,112
Pulso, bpm	79,02±16,112	75,51±12,333	0,159
Fração de ejeção, %	49,64±12,181	48,78±11,561	0,693
Killip, n (%)			
Sem congestão Pulmonar	23 (76,7%)	57 (77%)	0,483
B3 e estertores pulmonares	7 (23,3%)	15 (20,3%)	
Resultado angiográfico, n (%)			

	Feminino	Masculino	(Conclusão) P
Ruim	1 (3,3%)	3 (4,3%)	0,679
Bom	29 (96,7%)	66 (94,3%)	
Regular	0 (0,0%)	1 (1,4%)	
Local do Infarto, n (%)			
Inferior	12 (32,4%)	32 (33,7%)	0,200
Anterior + septal	4 (10,8%)	4 (4,2%)	
Anterior extenso	2 (5,4%)	10 (10,5%)	
Inferior + VD	1 (2,7%)	9 (9,5%)	
Inferior+posterior	0 (0,0%)	2 (2,1%)	
Anterior	9 (24,3%)	21 (22,1%)	
Lateral	0 (0,0%)	2 (2,1%)	
Anterior + lateral alto	0 (0,0%)	2 (2,1%)	
Inferior + lateral	3 (8,1%)	4 (4,2%)	
Inferior + dorsal + lateral	0 (0,0%)	2 (2,1%)	
Anterior + lateral	2 (5,4%)	3 (3,2%)	
Posterior + lateral	0 (0,0%)	1 (1,1%)	
Lateral alto	2 (5,4%)	0 (0,0%)	
Anterior + inferior	2 (5,4%)	2 (2,1%)	
Inferior + lateral + dorsal + VD	0 (0,0%)	1 (1,1%)	
Exames laboratoriais			
Leucócitos, mil/mm ³	11,4681±3,62038	11,0020±3,52474	0,475
Hemácias, milhões/mm ³	4,3302±0,63381	4,6843±0,58220	0,002
Hemoglobina, g/dL	13,128±1,9932	14,259±1,8012	0,001
Hematócrito, %	38,331±5,8682	41,485±4,7735	0,001
VCM, fL	88,745±5,9731	88,912±5,4426	0,871
HCM, pg	30,443±2,2836	30,537±2,2318	0,819
CHCM, g/dL	34,302±1,3249	34,342±1,1968	0,861
RDW, %	13,545±2,2288	13,372±1,0478	0,526
Plaquetas, mil/mm ³	259,50±83,258	230,14±89,000	0,069
MPV, fL	10,152±0,9091	10,488±1,0496	0,072
Segmentados, %	71,595±10,6797	74,208±9,7300	0,157
Linfócitos, %	18,829±10,1007	16,164±7,9642	0,095
Monócitos, %	5,400±3,0692	6,412±2,9273	0,066
Ureia, mg/dL	35,407±16,4957	37,944±22,5977	0,512
Creatinina, mg/dL	4,2917±21,46782	1,1672±0,63682	0,142
Sódio, mEq/L	133,2774±20,61049	136,8713±3,24858	0,089
Potássio, mEq/L	4,3241±0,86250	4,3120±0,65443	0,928
Magnésio, mg/dL	1,9009±0,21012	4,0794±20,03994	0,541
CKMB, ng/ml	120,4753±146,58184	128,5547±174,76520	0,803
Troponina, ng/ml	2,34322±2,826643	3,48940±6,753062	0,304
HDL, mg/dL	46,544±14,7713	43,850±13,2813	0,421
LDLd, mg/dL	102,68±36,048	106,87±35,697	0,629
Triglicérides, mg/dL	158,830±106,6181	157,302±123,0926	0,962

Os valores são expressos em n (porcentagem) ou média (DP). Killip: Escala de Killip para Infarto do Miocárdio; VD: Ventrículo Direito; VCM: Volume Corpuscular Médio; HCM: Hemoglobina Corpuscular Média; CHCM: Concentração de Hemoglobina Corpuscular Média; RDW: Amplitude de Distribuição dos Glóbulos Vermelhos; MPV: Volume Plaquetário Médio; CKMB: Creatinofosfoquinase-MB-Massa; HDL: Colesterol HDL; LDLd: Colesterol LDL. p = probabilidade ($p \leq 0,05$).

Fonte: Autoral (2023).

De acordo com a Tabela 6, somente a classe medicamentosa BCC teve prevalência no sexo feminino ($p = 0,025$).

Tabela 6 – Tratamentos utilizados pelos indivíduos com IMCSST subdivididos entre os sexos feminino (n=42) e masculino (n=103). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2023.

	Feminino	Masculino	P
Trombólise, n (%)			
Sim	35 (87,5%)	86 (85,1%)	0,796
Não	5 (12,5%)	15 (14,9%)	
ICP, n (%)			
Sim	40 (97,6%)	99 (96,1%)	1,000
Não	1 (2,4%)	4 (3,9%)	
Anticoagulantes, n (%)			
Sim	30 (71,4%)	64 (62,1%)	0,340
Não	12 (28,6%)	39 (37,9%)	
Antiplaquetários, n (%)			
Sim	41 (97,6%)	96 (93,2%)	0,438
Não	1 (2,4%)	7 (6,8%)	
IECA, n (%)			
Sim	16 (38,1%)	38 (36,9%)	1,000
Não	26 (61,9%)	65 (63,1%)	
BCC, n (%)			
Sim	4 (9,5%)	1 (1%)	0,025
Não	38 (90,5%)	102 (99%)	
BB, n (%)			
Sim	13 (31%)	35 (34%)	0,846
Não	29 (69%)	68 (66%)	
Estatina, n (%)			
Sim	38 (90,5%)	87 (84,5%)	0,433
Não	4 (9,5%)	16 (15,5%)	
Nitrato, n (%)			
Sim	15 (35,7%)	51 (49,5%)	0,145
Não	27 (64,3%)	52 (50,5%)	
Diurético, n (%)			
Sim	16 (38,1%)	45 (43,7%)	0,582
Não	26 (61,9%)	58 (56,3%)	

ICP: Intervenção coronária percutânea; IECA: Inibidores da enzima conversora de angiotensina; BCC: bloqueadores dos canais de cálcio; BB: Beta-bloqueadores; p = probabilidade ($p \leq 0,05$).

Fonte: Autoral (2023).

4 DISCUSSÃO

Entre os 145 indivíduos com IMCSST incluídos neste estudo, a maioria são do sexo masculino (71%) e tal prevalência é evidenciada na literatura. Em um estudo constituído por 809 pacientes com IMCSST, 632 (78,1%) representaram o sexo masculino (Oliveira CC *et al.*, 2023). Outra pesquisa cuja amostra foi de 1362 pacientes com IMCSST, 894 destes eram homens (Milan *et al.*, 2023). O mesmo ocorreu no registro VICTIM, que avaliou pacientes com IMCSST em quatro unidades hospitalares diferentes, totalizando 878 pessoas, das quais somente 33,4% eram mulheres (Oliveira JC *et al.*, 2021).

De acordo com o “Posicionamento sobre Doença Isquêmica do Coração – a Mulher no Centro do Cuidado – 2023”, o IMCSST é mais comum no sexo masculino e a manifestação da

DAC, mais precoce. No grupo de indivíduos com menos de 60 anos, os homens apresentam frequência de SCA de três a quatro vezes mais comparado às mulheres, que manifestam de 7 a 10 anos mais tarde (Oliveira GMM *et al.*, 2023). No entanto, no presente estudo, a associação entre as variáveis sexo e idade não foram estatisticamente significantes ($p = 0,818$).

No que tange ao perfil sociodemográfico dos indivíduos com IMCSST, a prevalência do sexo masculino foi significativamente maior quanto à cor branca, casados e empregados, além de apresentarem maior média de renda familiar e de renda per capita quando comparado às mulheres. Simões e colaboradores (2021) destacam que a prevalência da DAC, principal etiologia do IM, apresenta diferença quanto à cor/raça, sendo maior em indivíduos brancos. Um estudo que avalia o perfil dos pacientes acometidos por IM entre 2012 e 2016 aponta que do total de 474.608 pacientes atendidos nacionalmente, a maioria (189.929) se auto declaram brancos (Moreira *et al.*, 2018).

Outro estudo brasileiro com uma amostra de 150 pacientes avaliou a influência dos fatores de risco na DAC, e destacou a prevalência do sexo masculino, cor branca (67,3%), casados (61,3%) e renda mensal de 2 a 3 salários-mínimos (Brunori *et al.*, 2014). A predominância deste perfil sociodemográfico em pacientes com DAC também foi observada em outros trabalhos (Maier; Martins, 2016; Fiorin, 2017).

Diante disso, embora as pesquisas supracitadas demonstrem a prevalência de determinada cor, estado civil, condição de trabalho e renda em pacientes infartados, não foi encontrada na literatura uma significância estatística entre os sexos e as variáveis. Todavia, é importante registrar que a amostra da pesquisa em questão é composta majoritariamente por homens. Sendo assim, uma hipótese para a diferença entre os sexos demonstrada neste trabalho pode estar relacionada aos dados sociodemográficos da população brasileira, independentemente da ocorrência do IMCSST.

A título de exemplificar, um estudo de base populacional com amostra de 986 idosos, aponta maioria de casados no sexo masculino (76,1% vs 40,7%) além de maior atividade dos homens no trabalho remunerado comparado às mulheres (Souza *et al.*, 2018). De acordo com dados do IBGE de 2022, de 89,6 milhões de mulheres acima de 14 anos, 41,9 milhões não possuem trabalho formal. Além disso, no sexo feminino, o rendimento médio mensal é 21% menor que no masculino (DIEESE, 2022). É importante destacar que a privação socioeconômica é considerada um fator de risco cardiovascular sub-reconhecido neste grupo (Oliveira GMM *et al.*, 2022).

Em relação ao perfil clínico dos pacientes, não foi observada diferença significativa quando comparado os sexos. Posto isso, este estudo diverge dos achados da literatura, os quais destacam que os fatores de risco cardiovasculares apresentam associação significativa com os sexos dos indivíduos acometidos pelo IMCSST. Estudo realizado em Portugal mostra que HA, DM e Doença Renal Crônica (DRC) são mais incidentes no sexo feminino (Oliveira CC *et al.*, 2023). Outro aponta prevalência do sexo feminino no diagnóstico de HA (75,1% vs 59%), DM (42% vs 28,5%) e dislipidemia (50,2% vs 33,3%) com ($p < 0,001$) (Oliveira JC *et al.*, 2021). Ademais, o trabalho realizado por Soeiro *et al.* (2018) cita a HA como fator de risco mais prevalente, observado em 72,9% das mulheres e 67,8% dos homens ($p = 0,001$).

Por outro lado, alguns hábitos de vida que também fazem parte dos fatores de risco cardiovasculares apresentaram diferenças significativas entre os sexos. Observa-se a prevalência do tabagismo no sexo feminino. Enquanto a maioria de ex-tabagistas e indivíduos com maior média de anos maço (carga tabágica) são homens. No entanto, a prevalência do tabagismo diverge da literatura pois estudos relacionados ao IM apontam que esta é estatisticamente maior no sexo masculino comparado ao feminino, sendo 33,6% vs 25,4%; $p = 0,0001$ e 66,8% vs 14%; $p = 0,0001$ (Soeiro *et al.*, 2018; Oliveira CC *et al.*, 2022).

Porém, no presente estudo, a prevalência de mulheres fumantes acometidas por IMCSST pode ter relação com o maior risco cardiovascular no sexo feminino, que associado ao tabagismo, apresenta-se 25% maior nas mulheres, especialmente relacionado à ocorrência de IM (Vogel *et al.*, 2021; De Oliveira *et al.*, 2022). Ademais, Santos e Cruz (2018) destacam que o histórico de tabagismo é mais frequente entre os homens, o que pode ser corroborado pelos resultados desta pesquisa através da prevalência de ex-tabagistas e anos maço neste grupo.

Quanto ao uso de bebida alcóolica, houve prevalência no sexo masculino. De forma similar, um estudo composto por 150 pacientes diagnosticados com IM apresentou diferença significativa, cuja prevalência do uso de álcool na população masculina foi de 92,3%; $p = 0,000$ (Ribeiro *et al.*, 2021). Outras pesquisas também apontam maior consumo de bebida alcóolica neste grupo (Almeida *et al.*, 2015; Silva, 2018; Oliveira GMM *et al.*, 2021).

Diante disso, observa-se que os fatores de risco comportamentais são mais expressos no sexo masculino. De acordo com Oliveira GMM e colaboradores (2023), as distinções entre os sexos ultrapassam aspectos biológicos, sendo pautadas também em aspectos sociais e comportamentais que influenciam estilos de vidas e comportamentos diferentes entre homens e mulheres.

Antecedentes familiares são evidenciados como importantes fatores de risco cardiovasculares não modificáveis. Estudos mostram que IM, HA, DM e DLP são as comorbidades mais prevalentes na história familiar de indivíduos acometidos pelo IM, em ambos os sexos (Brunori *et al.*, 2014; Fiorin *et al.*, 2016). No entanto, a história familiar tem maior impacto no sexo feminino, o qual apresenta um risco quatro vezes maior de SCA do que homens da mesma idade (Haider *et al.*, 2020, *apud* Oliveira GMM *et al.*, 2023). Desse modo, o presente estudo diverge dos achados da literatura pois não foi encontrada diferença significativa entre os sexos e os antecedentes familiares.

No que se refere aos dados clínicos, algumas variáveis apresentam associação significativa com os sexos. A claudicação intermitente e a frequência respiratória tem maior prevalência nas mulheres. A claudicação intermitente é a dor nos membros inferiores ao realizar esforço físico devido a redução do aporte sanguíneo para o local, que é cessada ao repouso. Consiste na principal manifestação clínica da DVP, especialmente da DAP (Doença Arterial Periférica) e tem como principais fatores de risco a DM, HA, tabagismo, idade e sexo masculino (De Luccia; Covre MR; Presti C, 2015; SBACVSP, 2014).

Dado o exposto, observa-se que a prevalência relacionada ao sexo contrapõe-se à literatura. No entanto, a diferença significativa da claudicação intermitente no sexo feminino registrada neste estudo pode ter relação com o resultado do mesmo, o qual mostra maior número de mulheres com DVP e predominância dos demais fatores de risco (DM, HA, tabagismo e idade) nesta população estudada.

Já a maior frequência respiratória no sexo feminino constatada no presente trabalho pode estar relacionada à dispneia, que quando manifestada tende a apresentar este parâmetro aumentado como sinal físico (Martinez; Padua; Terra Filho, 2004). De acordo com Oliveira GMM e colaboradores (2023) embora os sintomas de dor no IM seja semelhante entre os sexos, sintomas como palpitações, dor maxilar, cervical, no dorso e dispneia são mais prevalentes entre as mulheres. Além disso, nos indivíduos com IC, as manifestações de dispneia e ortopneia são mais frequentes no sexo feminino quando comparada ao masculino (Swaraj *et al.*, 2021).

O hemograma apresenta diferença significativa entre os sexos quanto a maiores valores de hematócrito, hemácias e hemoglobina, com prevalência no sexo masculino. Tal achado está em consonância com a literatura pois, de acordo com a pesquisa nacional de saúde sobre os intervalos de referência do hemograma na população adulta brasileira composta por 2803 indivíduos, há associação significativa do sexo e os intervalos de referência, com maior número

de glóbulos vermelhos (milhões/mm³), hemoglobina (g/dL) e hematócrito (%) na população masculina (Sá *et al.*, 2023).

Estes parâmetros podem ser observados em outros estudos (Abbam *et al.*, 2021; Rosenfeld *et al.*, 2019). Sendo assim, o maior intervalo de referência observado nos homens pode ter relação com o estímulo dos hormônios androgênicos na eritropoiese, que consiste na produção e maturação de glóbulos vermelhos. Por outro lado, nas mulheres, a redução da reserva de ferro devido a menstruação pode influenciar nos valores menores apresentados (Bachman *et al.*, 2014; Wakeman *et al.*, 2007).

Por fim, houve associação significativa entre os sexos e o uso da classe medicamentosa bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), com prevalência no sexo feminino. Este achado é corroborado por um estudo composto por 1362 pacientes com IMCSST, o qual obteve diferença entre os sexos quanto aos medicamentos prescritos na alta hospitalar, sendo os BCC mais destinados às mulheres quando comparado aos homens, que tiveram os IECAs como os medicamentos mais prescritos. O mesmo estudo concluiu ainda que a terapia medicamentosa do IMCSST baseada em diretrizes é menos aplicada ao sexo feminino (Milan *et al.*, 2023).

A informação supracitada está em conformidade com a literatura visto que os medicamentos recomendados para pacientes portadores de DAC são as estatinas, antiplaquetários, IECAs e BB, sendo os BCC indicados em casos específicos, como vasoespasm coronariano ou contra-indicações de BB, uma vez que não demonstra benefícios quanto a diminuição de eventos cardiovasculares quando comparado aos outros (Oliveira GMM *et al.* 2023; Piegas *et al.*, 2015). Por outro lado, a prevalência do uso de BCC no sexo feminino também pode estar associada ao número elevado de mulheres hipertensas na amostra desta pesquisa, tendo em vista que este é um dos medicamentos utilizados no tratamento da HA (Braz Nogueira *et al.*, 2020).

É importante destacar que o estudo possui algumas limitações. Devido ao delineamento transversal deste, O IMCSST não teve sua incidência mensurada e nem relação de causa e efeito estabelecida com os fatores de risco cardiovasculares na população feminina e masculina. Ademais, por se tratar de um estudo unicêntrico, com uma amostra limitada a 145 indivíduos, os resultados não refletem todas as possíveis diferenças estatísticas entre os sexos e as variáveis estudadas.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo buscou analisar o perfil sociodemográfico e clínico de indivíduos com IMCSST subdividido entre os sexos. Em síntese, o IMCSST apresentou prevalência no sexo masculino. Constatou-se associações significativas entre os grupos e algumas variáveis estudadas, demonstrando diferenças sociais, comportamentais e biológicas. Assim sendo, a maioria dos indivíduos brancos, casados, empregados, com maior renda familiar e maior renda per capita, são do sexo masculino.

No que concerne as diferenças comportamentais, no sexo feminino foi observada a prevalência do tabagismo, enquanto no masculino prevaleceu o ex-tabagismo, anos maço e o uso de bebida alcóolica. Em relação as diferenças biológicas, no hemograma foi observada a prevalência de maiores intervalos de referência quanto as hemácias, hemoglobina e hematócrito no sexo masculino. Já as manifestações clínicas, especificamente a claudicação intermitente e a maior frequência respiratória prevaleceram na população feminina. Sobre os tratamentos utilizados, a diferença estatística encontrada foi referente ao uso de BCC, com prevalência nas mulheres.

Dado o exposto, embora não tenha se estabelecido relações causais, estes resultados são importantes para compreender as diferenças entre os sexos e como estas podem impactar o curso do IMCSST como um todo, desde o risco cardiovascular até o tratamento e prognóstico. Posto isso, é de suma importância que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o IM transcenda as características gerais e considere as distinções entre os sexos, possibilitando o desenvolvimento de estratégias específicas voltadas ao manejo clínico e epidemiológico da doença. Por fim, cabe ressaltar a importância de novos estudos com desenho longitudinal e multicêntrico para estabelecer análises mais amplas acerca do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes infartados com ênfase nas diferenças entre os sexos e suas implicações estatísticas relacionadas ao IM.

REFERÊNCIAS

ABBAM, Gabriel et al. Reference intervals for selected haematological and biochemical parameters among apparently healthy adults in different eco-geographical zones in Ghana. **PloS one**, v. 16, n. 1, p. e0245585, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0245585.

ALMEIDA, Maria Celita de et al. **Síndrome coronariana aguda: diferenças das características epidemiológicas e desfechos clínicos entre os sexos**. 2015. Tese de Doutorado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13905>. Acesso em: 03 out. 2023.

BACHMAN, Eric et al. A testosterona induz eritrocitose através do aumento da eritropoietina e da supressão da hepcidina: evidência de um novo ponto de ajuste da eritropoietina/hemoglobina. **Revistas de Gerontologia Série A: Ciências Biomédicas e Ciências Médicas**, v. 6, pág. 725-735, 2014. DOI: 10.1093/gerona/glt154.

BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial–2020. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, p. 516-658, 2021. DOI: 10.36660/abc.20201238.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de cuidado: Infarto Agudo do Miocárdio, Unidade de atenção primária, Prevenção Secundária, Medidas não farmacológicas. [Brasília]: Ministério da Saúde, 14 mar. 2022. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/infarto-agudo-do-miocardio/unidade-de-atencao-primaria/prevencao-secundaria/#pills-medidas-nao-farmacologicas>. Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança “Use o coração para vencer as doenças cardiovasculares”. **Biblioteca Virtual em Saúde**: [Brasília], 2021. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/use-o-coracao-para-vencer-as-doencas-cardiovasculares-29-9-dia-mundial-do-coracao/>. Acesso em: 02 out 2023.

BRAZ NOGUEIRA, J. R. V. et al. Guidelines de 2018 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. **Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular**, p. 66-70, 2020. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy339.

BRUNORI, Evelise Helena Fadini Reis et al. Associação de fatores de risco cardiovasculares com as diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, p. 538-546, 2014. DOI: 10.1590/0104-1169.3389.2449.

CAMPOS, Henrique Augusto Becho de et al. Impacto da adoção de processos de trabalho hospitalares na redução do tempo porta-balão. **Rev. Bras. Cardiol. Invasiva**, v. 25, n. 1-4, p. 7-11, 2017. DOI: 031160/JOTCI2017;25(1-4)A0003.

DE LUCCIA, Vice-Coordenador Nelson; COVRE, Marcos Rogerio; PRESTI, Calógero. DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA OBSTRUTIVA DE MEMBROS INFERIORES DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. Disponível em: <https://sbacv.org.br/storage/2018/02/daopmmii.pdf>. Acesso em: 08 out 2023.

DE OLIVEIRA, Ingrid Porfírio et al. Prevalência do tabagismo em pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento st em um hospital público-privado: Prevalence of smoking in patients with acute myocardial infarction with st segment elevation in a public-private hospital. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 9, p. 62003-63014, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n9-173.

DIEESE. Infográfico Mulheres: inserção no mercado de trabalho. 2023. São Paulo: DIEESE 2023. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/infografico/2023/infograficosMulheres2023.pdf>. Acesso em: 19 set 2023.

FIORIN, Bruno Henrique. Evidências De Validade E Confiabilidade Da Escala De Avaliação Multidimensional-Midas Em Paciente Pós Infarto Agudo Do Miocárdio. 2017. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/50252>. Acesso em: 03 out 2023.

GUIMARÃES, Cristiane. HCU alcança níveis de excelência no tratamento da Síndrome Coronariana Aguda. **Comunica UFU**, 2019. Disponível em: <https://comunica.ufu.br/noticias/2019/10/hcu-alcanca-niveis-de-excelencia-no-tratamento-da-sindrome-coronariana-aguda>. Acesso em: 20 set 2023.

HAIDER, Ahmed et al. Sexo e gênero na medicina cardiovascular: apresentação e resultados da síndrome coronariana aguda. **Revista Europeia do Coração**, v. 13, pág. 1328-1336, 2020. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz898.

LANG, Roberto M. et al. Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography in adults: an update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. **European Heart Journal-Cardiovascular Imaging**, v. 16, n. 3, p. 233-271, 2015. DOI: 10.1093/ehjci/jev014.

LUIS, Sushil A.; CHAN, Jônatas; PELLIKKA, Patricia A. Avaliação ecocardiográfica da função sistólica do ventrículo esquerdo: uma visão geral das técnicas contemporâneas, incluindo ecocardiografia com speckle-tracking. In: **Procedimentos da Clínica Mayo**. Elsevier, 2019. pág. 125-138. DOI: 10.1016/j.mayocp.2018.07.017.

MAIER, Gláucia de Souza Omori; MARTINS, Eleine Aparecida Penha. Assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda segundo indicadores de qualidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, p. 757-764, 2016. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690420i.

MARTINEZ, José Antônio Baddini; PADUA, Adriana Inacio; TERRA FILHO, João. Dispneia. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 37, n. 3/4, p. 199-207, 2004. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v37i3/4p199-207.

MELLO, Bruno Henrique Gallindo de et al. Validação da classificação de Killip e Kimball e mortalidade após infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 103, p. 107-117, 2014. DOI: 10.5935/abc.20140091.

MELO, Denise Mendonça de; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, p. 3865-3876, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152012.06032015.

MILAN, Victoria B. et al. Diferenças entre os Sexos nos Desfechos de Pacientes com Infarto do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST Submetidos à Intervenção Coronária Percutânea Primária. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, p. e20220673, 2023. DOI: 10.36660/abc.20220673.

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles et al. Perfil dos pacientes atendidos por infarto agudo do miocárdio. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 16, n. 4, p. 212-214, 2018. Disponível em: < <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/issue/view/23>> Acesso em: 18 set 2023.

OLIVEIRA, Cátia Costa et al. Diferenças entre os Sexos no Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST—Análise Retrospectiva de um Único Centro. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, 2023. DOI: 10.36660/abc.20211040.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de et al. Estatística Cardiovascular—Brasil 2021. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 118, p. 115-373, 2022. DOI: 10.36660/abc.20211012.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de et al. Posicionamento sobre Doença Isquêmica do Coração—A Mulher no Centro do Cuidado—2023. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, p. e20230303, 2023. DOI: 10.36660/abc.20230303.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de et al. Position Statement on Women's Cardiovascular Health—2022. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 119, p. 815-882, 2022. DOI: 10.36660/abc.20220734.

OLIVEIRA, Jussielly Cunha et al. Acesso à Terapia de Reperusão e Mortalidade em Mulheres com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST: Registro VICTIM. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, p. 695-703, 2021. DOI: 10.36660/abc.20190468.

Organização Mundial da Saúde. OPAS/OMS. Doenças Cardiovasculares, Dia Mundial da Hipertensão 2023. Folha informativa. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>. Acesso em: 15 set 2023.

Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol**. 2015; 105(2):1-105. DOI: 10.5935/abc.20150107.

Rabkin SW, Him S, Sweeney C. Ankle-Brachial Index as an Indicator of Arterial Stiffness in Patients Without Peripheral Artery Disease. *Angiology*. 2012; 63(2):150-4. DOI: 10.1177/0003319711410307.

RIBEIRO, Hortensia Paula Bernardino et al. Infarto agudo do miocárdio: perfil clínico e fatores associados ao óbito em pacientes atendidos em uma unidade de pronto atendimento. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 32319-32330, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n3-786.

ROSENFELD, Luiz Gastão et al. Valores de referência para exames laboratoriais de hemograma da população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190003.supl.2.

SÁ, Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de et al. Intervalos de referência de hemograma da população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, p. e230004, 2023. DOI: 10.1590/1980-549720230004.supl.1.1.

SANTOS, Josemare Tosta Daiube; CRUZ, Jonathan Bastos. Influência de gênero em sintomas de síndrome coronariana aguda. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 2, p. 162-169, 2018. DOI: 10.33233/eb.v17i2.2341.

SILVA, Marialice Gyarakí Da. Perfil dos indivíduos admitidos com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio no hospital municipal de Ariquemes Rondônia–região amazônica. 2018. Disponível em: <http://repositorio.faema.edu.br:8000/jspui/handle/123456789/2344>. Acesso em: 01 out. 2023.

SIMÕES, Taynãna César et al. Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3991-4006, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.02982021.

Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular Regional São Paulo. Doença arterial obstrutiva periférica. [Internet]. São Paulo: **SBACVSP**; 2014. Disponível em: <https://sbacvsp.com.br/doenca-arterial-obstrutiva-periferica/>. Acesso em: 18 out 2023.

SOEIRO, Alexandre de Matos et al. Diferenças prognósticas entre homens e mulheres com síndrome coronariana aguda. Dados de um registro brasileiro. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, p. 648-653, 2018. DOI: 10.5935/abc.20180166.

SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva et al. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00173317, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00173317.

STEVENS, Bryce et al. Os custos das doenças cardíacas no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, p. 29-36, 2018. DOI: 10.5935/abc.20180104.

SWARAJ, Sascha et al. Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida – o sexo importa?. **Relatórios Atuais de Insuficiência Cardíaca**, v. 18, p. 345-352, 2021. DOI: 10.36660/abc.20210752.

THYGESEN, Kristian et al. Quarta definição universal de infarto do miocárdio (2018). **Circulação**, v. 138, n. 20, pág. e618-e651, 2018. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000617.

VOGEL, Birgit et al. Comissão Lancet sobre mulheres e doenças cardiovasculares: reduzindo a carga global até 2030. **The Lancet**, v. 10292, pág. 2385-2438, 2021. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00684-X.

WAKEMAN, L. et al. Intervalos de referência hematológicos robustos e de rotina para adultos saudáveis. **Revista Internacional de Hematologia Laboratorial**, v. 4, pág. 279-283, 2007. DOI: 10.1111/j.1365-2257.2006.00883.x.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: **World Health Organization**, 2000. p.253 (WHO Obesity Technical Report Series, n. 894). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11234459/>. Acesso em: 18 set 2023.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dados Sociodemográficos e Clínicos																			
Data de coleta:		Questionário n° []																	
Data de nascimento: / /	Sexo: 1- () Masculino 2- () Feminino	Peso:	Altura:																
Naturalidade:		Procedência:																	
Cor auto referida: 1-() Branca 2-() Parda 3-() Negra 4-() Amarela 5-() Outra _____																			
Estado Civil: 1-() Solteiro 2-() Casado 3-() Separado 4-() Viúvo 5-() União estável 6-() Divorciado																			
Religião: 1-() Católico 2-() Evangélico 3-() Espirita 4-() Não possui 5-() Não acredita em Deus 6-() Outra _____																			
Escolaridade: anos																			
Condição de Trabalho: 1-() Sim 2-() Não 3-() Aposentado		Profissão: _____																	
Ocupação: 1-() Braçal 2-() Autônomo 3-() Liberal 4-() Não se aplica																			
Renda Familiar: R\$		N° Pessoas na casa:																	
Condição Sanitária: 1-() Não 2-() Sim																			
Dados Clínicos																			
Data do infarto do miocárdio:																			
Local do infarto:		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																	
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																			
Data de admissão no hospital: / /		Data do Início da dor: / /	Horário do Início da dor: :																
PAS de admissão:		PAD de admissão:																	
FR: _____ irpm	Dispneia: 1-() Sim 2-() Não	Sat O ₂ : _____ %																	
FC: _____ bpm	Dxt: _____ mg/dL	T: _____ °C																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">PA</td> <td style="text-align: center;">MSD</td> <td style="text-align: center;">PA1 _____ mmHg</td> <td style="text-align: center;">PA2 _____ mmHg</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Média braquial</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MSE</td> <td style="text-align: center;">PA1 _____ mmHg</td> <td style="text-align: center;">PA2 _____ mmHg</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MID</td> <td style="text-align: center;">PA1 _____ mmHg</td> <td style="text-align: center;">PA2 _____ mmHg</td> <td style="text-align: center;">Maior MID</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MIE</td> <td style="text-align: center;">PA1 _____ mmHg</td> <td style="text-align: center;">PA2 _____ mmHg</td> <td style="text-align: center;">Maior MIE</td> </tr> </table>				PA	MSD	PA1 _____ mmHg	PA2 _____ mmHg	Média braquial	MSE	PA1 _____ mmHg	PA2 _____ mmHg	MID	PA1 _____ mmHg	PA2 _____ mmHg	Maior MID	MIE	PA1 _____ mmHg	PA2 _____ mmHg	Maior MIE
PA	MSD	PA1 _____ mmHg	PA2 _____ mmHg		Média braquial														
	MSE	PA1 _____ mmHg	PA2 _____ mmHg																
	MID	PA1 _____ mmHg	PA2 _____ mmHg			Maior MID													
	MIE	PA1 _____ mmHg	PA2 _____ mmHg	Maior MIE															
ITB direito: Maior PAS MID / maior média da PAS braquial = _____ ITB esquerdo: Maior PAS MIE / maior média da PAS braquial = _____																			
Pulso: _____ bpm Regular: 1-() Não 2-() Sim Fibrilação Atrial: 1-() Sim 2-() Não Varizes: 1-() Sim 2-() Não Edema: 1-() Sim 2-() Não Claudicação intermitente: 1-() Sim 2-() Não Pulso poplíteo presente: 1-() Não 2-() Sim Pulso tibial posterior presente: 1-() Não 2-() Sim Pulso pedioso presente: 1-() Não 2-() Sim																			
Circunferência abdominal: cm		Circunferência quadril: cm	Relação cintura/quadril: cm																
ECG ritmo:																			
Classe de Killip: (variável de 1 a 4)																			

Antecedentes pessoais:	
Diabetes: 1-() Sim 2-() Não	re-IAM: 1-() Sim 2-() Não
HAS: 1-() Sim 2-() Não	AVE: 1-() Sim 2-() Não
Obesidade: 1-() Sim 2-() Não	DPOC/bronquite: 1-() Sim 2-() Não
Doença vascular periférica: 1-() Sim 2-() Não	Nefropatia: 1-() Sim 2-() Não
Dislipidemias: 1-() Sim 2-() Não	ICC: 1-() Sim 2-() Não
Valvulopatias: 1-() Sim 2-() Não	
Antecedentes familiares:	
HAS: 1-() Sim 2-() Não 3-() Não sei	
Quem: 1-() Pai 2-() Mãe 3-() Avós 4-() Irmão(s) 5-() Tio 6-() Outros _____	
IAM: 1-() Sim 2-() Não 3-() Não sei	
Quem: 1-() Pai 2-() Mãe 3-() Avós 4-() Irmão(s) 5-() Tio 6-() Outros _____	
AVC: 1-() Sim 2-() Não 3-() Não sei	
Quem: 1-() Pai 2-() Mãe 3-() Avós 4-() Irmão(s) 5-() Tio 6-() Outros _____	
Diabetes: 1-() Sim 2-() Não 3-() Não sei	
Quem: 1-() Pai 2-() Mãe 3-() Avós 4-() Irmão(s) 5-() Tio 6-() Outros _____	
Dislipidemias: 1-() Sim 2-() Não 3-() Não sei	
Quem: 1-() Pai 2-() Mãe 3-() Avós 4-() Irmão(s) 5-() Tio 6-() Outros _____	
Angina pectoris: 1-() Sim 2-() Não 3-() Não sei	
Quem: 1-() Pai 2-() Mãe 3-() Avós 4-() Irmão(s) 5-() Tio 6-() Outros _____	
Outra: 1-() Sim 2-() Não Qual? _____	
Quem: 1-() Pai 2-() Mãe 3-() Avós 4-() Irmão(s) 5-() Tio 6-() Outros _____	
Morte: 1-() Sim 2-() Não	Data da morte: _____
Causa da morte:	
Atividade Física: 1-() Não 2-() Sim	
Tabagismo: 1-() Sim 2-() Não	
Ex-tabagista: 1-() Sim, há quantos anos que parou de fumar? _____ 2-() Não -66() – Não se aplica	
Cálculo dos anos-maço: Com que idade começou a fumar? ____ anos	
Idade que parou de fumar totalmente _____ anos	
Quantos cigarros fuma/fumava: _____/dia	
Etilismo: 1-() Sim 2-() Não	
Ex-etilista: 1-() Sim 2-() Não -66() – Não se aplica	
Frequência: 1-() 1x/sem 2-() 2x/sem 3-() 3x/sem 4-() 4x/sem 5-() 5x/sem 6-() 6x/sem	
7-() Todos os dias -66() – Não se aplica	
Dados bioimpedância:	
Características do tratamento:	
Estratégias de reperfusão:	
Trombólise: 1-() Sim 2-() Não	Intervenção coronária percutânea: 1-() Sim 2-() Não
Medicamentos:	
Anticoagulantes: 1-() Sim 2-() Não	Antiplaquetários: 1-() Sim 2-() Não
IECA: 1-() Sim 2-() Não	Bloqueador do Canal de Cálcio: 1-() Sim 2-() Não
β Bloqueador: 1-() Sim 2-() Não	Estatinas: 1-() Sim 2-() Não
Nitrato: 1-() Sim 2-() Não	Diurético: 1-() Sim 2-() Não
Exames Internação:	
Ecocardiograma Data: _____	
Aorta:	
Átrio esquerdo:	
Ventrículo Esquerdo:	
Diâmetro diastólico:	
Diâmetro sistólico:	
Fração de ejeção:	
Septo interventricular:	
Parede posterior:	
Miocárdio: _____	
Conclusão: _____	

<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: 1- () Ruim 2- () Bom</p> <p>Fluxo TIMI 0 a 3: _____</p>

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Risco para Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Profa. Dra. Valéria Nasser Figueiredo, Profa. Dra. Maria Beatriz Guimarães Raponi e Ludmylla Soares Carrijo. Nesta pesquisa nós estamos buscando investigar a influência do risco de apneia do sono no prognóstico pós infarto do miocárdio. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Ludmylla Soares Carrijo nos setores de Clínica Médica, Unidade Coronariana, Unidade de Dor Torácica e Emergência e Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, na cidade de Uberlândia – Minas Gerais. Na sua participação, você será submetido a um questionário de coleta de dados sociodemográficos, econômicos e clínicos. Serão avaliados antropometria (bioimpedância, peso, altura, circunferência abdominal e de quadril) e histórico médico prévio. Você será submetido à medida indireta da pressão arterial com aparelho colocado em seu braço e tornozelo para obter os resultados. Será aplicado o instrumento STOP-BANG, com o objetivo de classificar o risco de Apneia Obstrutiva do Sono. Será avaliada a Sonolência Diurna Excessiva através da Escala de Sonolência de Epworth, que avalia a probabilidade de adormecer em seis situações envolvendo as atividades diárias. Considerando a realização do estudo, durante o processo, há o risco de vazamento das informações coletadas e risco de identificação dos participantes, no entanto, mesmo considerando o possível risco, a equipe executora se compromete a adotar todas as ações necessárias para preservar o seu anonimato, garantindo a sua privacidade, ou seja, não iremos colocar o seu nome no instrumento de coleta de dados e assim que os resultados de pesquisa forem publicados em revista científica, a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa. A entrevista terá duração de aproximadamente 30 minutos. Informamos que os riscos na pesquisa consistem em demanda de um tempo dos participantes na produção diária da atividade, em detrimento de alguma outra atividade rotineira. A participação não aplicará nenhum dano à saúde por se tratar de medida indireta de pressão arterial (método não invasivo), realização de exame físico e aplicação de questionários verbais. Caso for detectado pelo observador/docente, durante a medida da pressão arterial, alteração nos valores de referência, acima ou abaixo do normal, serei imediatamente orientado a procurar serviços de saúde disponíveis no município. Os benefícios abrangem a avaliação do quadro clínico, e colaboração na procura de achados clínicos que se associem ao risco de apneia obstrutiva do sono. 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. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Profa. Dra. Valéria Nasser Figueiredo, Profa. Dra. Maria Beatriz Guimarães Raponi e Ludmylla Soares Carrijo, pelo telefone (34) 3218-2852, endereço: UFU Campus Umuarama – Bloco 2U – Av. Pará, 1720 – Bairro Umuarama, Uberlândia – MG, CEP 38400-902. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP 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 da pesquisa

Rubrica do Participante da pesquisa

Rubrica do Pesquisador

APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Risco para Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio

Pesquisador: Valéria Nasser Figueiredo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 23136219.0.0000.5152

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.848.998

Apresentação do Projeto:

Nos termos do protocolo apresentado:

INTRODUÇÃO:

A apneia obstrutiva do sono é caracterizada pelo colapso intermitente das vias aéreas superiores durante o sono. A polissonografia é o padrão-ouro no diagnóstico da apneia obstrutiva do sono, no entanto, há pouca disponibilidade em hospitais públicos brasileiros.

HIPÓTESE:

Pacientes infartados têm alto risco para apneia obstrutiva do sono.

OBJETIVO: Caracterizar o risco de apneia obstrutiva do sono em pacientes infartados.

MÉTODO:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. O estudo será feito com pacientes de ambos os sexos, maiores que 18 anos, com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. Os participantes serão submetidos a coleta de dados sociodemográficos, econômicos e clínicos; avaliação de

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)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.848.998

antropometria, através de bioimpedância, peso, altura, circunferência abdominal e de quadril; medida indireta da pressão arterial; aplicação do questionário STOP-BANG objetivando classificar o risco para apneia obstrutiva do sono; aplicação da Escala de Sonolência de Epworth, avaliando a probabilidade de adormecer em situações que envolvam atividades do cotidiano.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

diagnóstico de IAMcSST confirmado mediante a realização do exame clínico, alterações dos marcadores bioquímicos de necrose miocárdica através da detecção de aumento e/ou queda de marcadores cardíacos (de preferência a troponina) com pelo menos um valor acima do percentil 99 do limite superior de referência, sintomas de isquemia com duração superior a 30 minutos há menos de 24 horas, supradesnívelamento do segmento ST de pelo menos 1 mm (plano frontal) ou 2 mm (plano horizontal) em duas derivações contíguas; ambos os sexos, idade maior ou igual a 18 anos e aceitar participar do estudo.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO: (I) incompetência cognitiva ou impossibilidade de acompanhamento; (II) classificação Killip III e IV; (III) recusa em continuar participando do estudo mesmo após a assinatura do TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

Nos termos do projeto:

Objetivo Primário: Caracterizar o risco de apneia obstrutiva do sono em pacientes infartados.

Objetivo Secundário: Caracterizar os pacientes quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas; Determinar o risco de apneia obstrutiva do sono em pacientes com infarto agudo do miocárdio; Verificar a associação entre as variáveis clínicas, os fatores de risco e o risco para apneia obstrutiva do sono.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nos termos do projeto:

Riscos: Há o risco de identificação do participante, no entanto, mesmo considerando o possível risco, a equipe executora se compromete, através de termo de compromisso (Apêndice A) a adotar todas as ações necessárias para preservar o anonimato dos participantes, garantindo a privacidade dos mesmos. Os pesquisadores criarão um código aleatório para cada indivíduo, somente a caráter

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)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.848.998

de organização das entrevistas, reduzindo a possibilidade de sua identificação nas fases do projeto, mesmo com a publicação dos resultados desta pesquisa em revistas científicas. Será garantida a total privacidade e será mantido sigilo sobre as informações fornecidas. Poderá também apresentar desconforto causado pela punção venosa para coleta de sangue padronizada pela instituição. O risco mais comum no procedimento de coleta sanguínea é a formação de um pequeno hematoma local, proveniente do extravasamento de sangue venoso. Caso isso ocorra, o voluntário será orientado a pressionar o local da punção por 5 minutos e aplicar compressas frias posteriormente. No entanto, a coleta seguirá a semiotécnica descrita na literatura para que seja bem-sucedida. e para que o paciente se sinta confortável e seguro.

Benefícios: O resultado desta pesquisa constituirá de subsídios que possibilitarão a indicação de recomendações de medidas e ações de políticas voltadas para a melhor atenção a apneia do sono e, conseqüentemente, alcançar a redução dos agravos e complicações pós IM.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa possibilitará ações políticas mais assertivas ao que tange os cuidados aos pacientes com apneia do sono, bem como a redução de agravos pós IM, apresentando assim relevante aspecto social.

=====

ANÁLISE DAS PENDÊNCIAS ANTERIORES:

PENDÊNCIA 2: Não ficou claro se será necessária a coleta de sangue mencionada tanto no PB Informações Básicas do Projeto, como no Projeto Detalhado. Desta forma, inclua a justificativa para a coleta de sangue, bem como insira esta informação no TCLE.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: Conforme mencionado na página 12, no item "4.6 Delineamento do estudo: A coleta de material para análises bioquímicas e hematológicas serão realizadas pelo protocolo adotado no serviço de rotina. Não iremos solicitar exames laboratoriais adicionais. " Neste sentido, entendemos que não há necessidade desta informação no TCLE, já que os exames mencionados são solicitados pelos protocolos já existentes na Instituição e no atendimento a população do estudo.

=>**ANÁLISE DO CEP/UFU:** Pendência não atendida, pois não está claro se os pesquisadores irão

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)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.848.998

coletar sangue para fins de pesquisa ou apenas usar dados bioquímicos e hematológicos de rotina, do prontuário do paciente, que está em acompanhamento no HC-UFU, tanto no formulário Plataforma Brasil como no Projeto Detalhado. Ressaltamos ainda, que como foi informado pelo autor da pesquisa que existe o risco da punção venosa para a coleta de sangue, esta etapa necessita ser mencionada no TCLE e no campo risco do formulário Plataforma Brasil e projeto detalhado, para esclarecimento do participante. Solicitamos adequação da presente pendência.

RESPOSTA FINAL DOS PESQUISADORES: Reforçamos que iremos utilizar apenas os dados bioquímicos e hematológicos realizados pelo protocolo adotado no serviço de rotina do prontuário do paciente. Não iremos solicitar exames laboratoriais adicionais. Foi excluído do Projeto Detalhado a parte que o avaliador sugeriu que estava confusa. Nesse sentido, não iremos mencionar no TCLE que existe o risco da punção venosa.

ANÁLISE FINAL DO CEP/UFU: Pendência atendida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto assinada e datada pelo diretor da unidade. Currículos da equipe executora identificados e qualificados. Orçamento detalhado. Documento da equipe executora assinado e datado. Autorização da Instituição coparticipante datado e assinado. TCLE está de acordo com as normativas do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: NOVEMBRO DE 2020.

*Tolerância máxima de seis (06) meses para atraso na entrega do Relatório Final.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

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)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.848.998

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo Participante da pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador:

- O Participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante da pesquisa ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.848.998

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1445928.pdf	17/12/2019 14:35:38		Aceito
Outros	resposta_ao_cep2.pdf	17/12/2019 14:34:51	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/12/2019 14:34:07	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	17/12/2019 14:33:57	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_do_hcu.pdf	13/11/2019 11:55:33	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito
Outros	resposta_ao_cep.pdf	13/11/2019 11:55:17	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/11/2019 11:54:25	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito
Outros	Escala.pdf	07/10/2019 19:51:58	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.docx	01/10/2019 15:58:42	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito
Outros	Questionario_STOPBANG.pdf	01/10/2019 15:57:22	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito
Outros	EquipeExecutora.pdf	01/10/2019 15:55:16	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito
Outros	Coleta_de_dados.pdf	01/10/2019 15:54:23	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisador.pdf	01/10/2019 15:52:27	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 19 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador(a))

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



Continuação do Parecer: 3.848.998

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)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

ANEXO A – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão" (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

ESCORE: (___/30)

