

Perfil dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda submetidos a Cineangiografias em hospital público - privado

Profile of patients with Acute Coronary Syndrome undergoing Cineangiography in public - private hospital

DOI:10.34119/bjhrv5n4-121

Recebimento dos originais: 14/04/2022

Aceitação para publicação: 30/06/2022

Kamyla Mascena Teixeira

Graduanda do curso de Medicina

Instituição: Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC)

Endereço: Av. Juiz de Fora, 1100, Juiz de Fora – MG, CEP: 36048-000

E-mail: kamyfamascena@hotmail.com

Rodrigo Veng Magalhães

Graduando do Curso de Medicina

Instituição: Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC)

Endereço: Av. Juiz de Fora, 1100, Juiz de Fora – MG, CEP: 36048-000

E-mail: rodrigoveng@hotmail.com

João Avelar Issa Neto

Graduando do Curso de Medicina

Instituição: Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC)

Endereço: Av. Juiz de Fora, 1100, Juiz de Fora – MG, CEP: 36048-000

E-mail: avelarmocim@hotmail.com

Cristiano Ferreira de Araujo

Graduando do Curso de Medicina

Instituição: Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC)

Endereço: Av. Juiz de Fora, 1100, Juiz de Fora – MG, CEP: 36048-000

E-mail: cristianocfa@hotmail.com

Arnon Francisco Rocha Vasconcelos

Graduando do Curso de Medicina

Instituição: Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC)

Endereço: Av. Juiz de Fora, 1100, Juiz de Fora – MG, CEP: 36048-000

E-mail: arnonfrv@yahoo.com.br

Thiago Nogueira de Faria

Graduando do curso de medicina

Instituição: Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC)

Endereço: Av. Juiz de Fora, 1100, Juiz de Fora - MG CEP 36048-000

E-mail: thiagonogueira10@hotmail.com

Luiz Augusto de Freitas Carvalho

Graduando do Curso de Medicina

Instituição: Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Juiz de Fora

Endereço: Av. Juiz de Fora, 1100, Juiz de Fora – MG, CEP: 36048-000

E-mail: gutonaza45@hotmail.com

Anna Marcella Neves Dias

Mestre

Instituição: Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Juiz de Fora

Endereço: Av. Juiz de Fora, 1100, Juiz de Fora – MG, CEP: 36048-000

E-mail: annamarcelladiaz@yahoo.com.br

Nathália Barbosa do Espírito Santo Mendes

Mestre

Instituição: Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Juiz de Fora

Endereço: Av. Juiz de Fora, 1100, Juiz de Fora – MG, CEP: 36048-000

E-mail: nathaliabesanto@gmail.com

Maria Augusta de Mendonça Lima

Médica

Instituição: Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC)

Endereço: Av. Juiz de Fora, 1100, Juiz de Fora – MG, CEP: 36048-000

E-mail: mariaaugustamendoncalima@gmail.com

RESUMO

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no Brasil, dentre elas há um destaque maior para a doença isquêmica do coração. As formas terapêuticas são selecionadas de acordo com a história clínica, exame físico e avaliações complementares de cada paciente, como destaque na intervenção há a cineangiocoronariografia que é um importante método de revascularização miocárdica. O objetivo foi identificar o perfil dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda submetidos à cineangiocoronariografia internados em hospital público/privado de Juiz de Fora, MG e analisar a prevalência de fatores de risco para doença arterial coronariana. Foi realizado um estudo observacional, transversal, prospectivo, de série de casos em pacientes com SCA submetidos à cineangiocoronariografia internados em hospital público/privado de Juiz de Fora – MG, no período de janeiro à março de 2021. Foram incluídos 40 pacientes com idade entre média de idade de $60,67 \pm 8,54$ anos (41-80 anos) sendo a faixa etária predominante a dos indivíduos de 50 a 70 anos, correspondendo a 75% da amostra; 67,5% dos pacientes eram do sexo masculino, os fatores de risco predominantes foram a história familiar positiva para coronariopatia, tabagismo e hipertensão arterial sistêmica. É notório a importância das influências ambientais e dos fatores de risco convencionais no desenvolvimento da DAC. No entanto, com base nesse estudo, não se pode inferir políticas de saúde pública devido ao baixo número da amostra e outras limitações do estudo.

Palavras-chave: revascularização miocárdica, Síndrome Coronariana Aguda, cateterismo, infarto agudo do miocárdio.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the main causes of death in Brazil, among them ischemic heart disease. The therapeutic forms are selected according to the clinical history, physical examination and complementary evaluations of each patient, and as a highlight in the

intervention there is the coronary cineangiography, which is an important method of myocardial revascularization. The objective was to identify the profile of patients with Acute Coronary Syndrome undergoing cineangiography admitted to a public/private hospital in Juiz de Fora, MG and to analyze the prevalence of risk factors for coronary artery disease. This was an observational, cross-sectional, prospective, case series study in patients with ACS undergoing cineangiography admitted to a public/private hospital in Juiz de Fora - MG, from January to March 2021. Forty patients with a mean age of 60.678.54 years (41-80 years) were included, being the predominant age group the individuals from 50 to 70 years old, corresponding to 75% of the sample; 67.5% of the patients were male, the predominant risk factors were positive family history for coronary heart disease, smoking and systemic arterial hypertension. The importance of environmental influences and conventional risk factors in the development of CAD is well known. However, based on this study, public health policies cannot be inferred due to the low sample size and other limitations of the study.

Keywords: myocardial revascularization, Acute Coronary Syndrome, catheterization, acutemyocardialinfarction.

1 INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular (DCV) é a primeira causa de morte em todo o mundo e também no Brasil, sendo a doença isquêmica do coração (DIC) e doenças cerebrovasculares (DCbV) as causas de óbito mais frequentes.^{1,2}

No Brasil, desde a década de 60, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte sendo a Doença Arterial Coronariana (DAC) a maior responsável pelas mortes cardiovasculares e a Síndrome Coronariana Aguda (SCA) uma de suas manifestações.³

A aterosclerose é o substrato fisiopatológico das DCVs e decorre de inflamação gerada na parede do endotélio vascular secundária à liberação de substâncias inflamatórias e vasoativas que geram perda de sua integridade funcional propiciando um meio aterogênico, pró-trombótico e pró-inflamatório. Fatores de risco como dislipidemia, tabagismo, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), além de outros são os responsáveis pelo insulto gerado na parede endotelial promovendo a inflamação que participa de todas as fases do processo aterosclerótico.^{5,6}

A SCA é uma das manifestações da doença coronária podendo se apresentar com supradesnivelamento do segmento ST no eletrocardiograma (SCACSST) ou como uma SCA sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST). A abordagem do paciente compreende uma série de medidas entre elas a cineangiocoronariografia. Esta é fundamental na avaliação e tomada de decisão terapêutica em pacientes com SCACSST. Este exame deve ser realizado não somente visando instituir um procedimento de revascularização, mas determinar o grau de

comprometimento das artérias coronárias e estabelecer a presença e extensão do dano miocárdico.⁷

A SCASSST, que engloba as situações de angina instável e de IAM sem supradesnivelamento de ST (IAMSSST), constitui manifestação clínica frequente da DAC. As decisões a respeito do tipo de estratégia (invasiva ou conservadora) a ser indicada e sobre o melhor momento da coronariografia devem ser sempre individualizadas, levando-se em conta dados da história clínica e exame físico, testes não invasivos, exames laboratoriais e a preferência do paciente.⁸

Devido á elevada morbimortalidade e evidências indiscutíveis de que alguns fatores aumentam o risco de Síndrome Coronariana Aguda impõe-se a necessidade de reavaliação dos fatores de risco ao longo do tempo para que as estratégias de prevenção possam ser implementadas de forma mais efetiva.

O objetivo do presente estudo foi identificar o perfil dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda submetidos à cineangiocoronariografia internados em hospital público/privado de Juiz de Fora, MG e analisar a prevalência de fatores de risco para doença arterial coronariana.

2 MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional, transversal, prospectivo, de série de casos em pacientes com SCA submetidos à cineangiocoronariografia internados em hospital público/privado de Juiz de Fora – MG, no período de janeiro à março de 2021. Foram considerados critérios de exclusão: pacientes que não aceitaram participar do estudo ou não tivessem possibilidade de responder as questões que dependiam de auto-relato. No total 7 pacientes foram excluídos do estudo.

Para análise dos fatores de risco utilizou-se um questionário contendo os seguintes dados: idade (em anos), sexo, nível de instrução (< 8 anos ou > 8 anos de estudo), renda por dependente (expresso em salários-mínimos: < 2 salários mínimos, de 2 a 5 salários mínimos e > 5 salários mínimos), fatores de risco tabagismo (auto-relato: fumante atual e ex-fumante ou não tabagista) uso de bebida alcoólica (auto-relato: uso de qualquer quantidade de bebida alcoólica ou sem uso de bebida alcoólica), história familiar de doença arterial coronária (auto-relato), sedentarismo (ativo: qualquer atividade física pelo menos 3 vezes/semana ou sedentário: qualquer atividade física menor do que 3 vezes/semana ou nenhuma atividade física), hipertensão arterial sistêmica (auto-relato de HAS e/ou uso de medicação anti-hipertensiva), diabetes mellitus(auto-relato de DM e/ou uso de medicação hipoglicemiante e

dislipidemia (auto-relato de aumento de colesterol e/ou triglicérides e/ou uso de medicação hipolipemiante), índice de massa corporal (cálculo baseado no peso e altura aferidos) e circunferência abdominal (aferida).

Para detecção de transtornos depressivos foi aplicado o questionário PHQ-2, constituído por dois itens relacionados à frequência de humor deprimido e anedonia nas duas últimas semanas.

Os dados foram armazenados no programa Excel 2017, Microsoft Corporation®USA. Para a análise estatística, utilizou-se o programa SPSS 23.0, IBM®SPSS Statistic. Medidas de posição e tendência central foram utilizadas para a descrição de variáveis contínuas e proporções para as variáveis categóricas estudadas.

Na análise do *p*-valor e os intervalos de confiança o valor crítico foi definido em 95%. Os dados foram agrupados e apresentados em tabelas e gráficos.

3 RESULTADOS

Tabela 1. Características basais da população estudada

Número de pacientes		40	
Idade em anos (média±DP)		60,68 ± 8,54	
		n	%
Sexo			
masculino		27	67,5%
feminino		13	32,5%
Renda			
< 2 Salários mínimos		18	45,0%
2 – 5 Salários mínimos		14	35,0%
≥ 5 Salários mínimos		7	17,5%
Não respondeu		1	2,5%
Circunferência abdominal anormal (>102 cm: Homem ou >88 cm: mulher)			
normal		14	35,0%
IMC			
peso normal		9	22,5%
sobrepeso		17	42,5%
obesidade		14	35,0%
Escolaridade			
< 8 anos de estudos		24	60,0%
> 8 anos de estudos		16	3,5%
Tabagismo			
sim		30	75,0%
não		10	25,0%
Consumo álcool			
sim		10	25,0%
não		30	75,0%

Hipertensão arterial	28	70,0%
Diabetes	16	40,0%
Sedentarismo	25	62,5%
Dislipidemia	15	37,5%
HF de DAC	33	82,5%
Depressão	4	10,0%

DP=Desvio padrão; IMC=Índice massa corporal; HF=História familiar; DAC= Doença arterial coronariana

Foram incluídos 40 pacientes com idade entre média de idade de $60,67 \pm 8,54$ anos (41-80 anos) sendo a faixa etária predominante a dos indivíduos de 50 a 70 anos, correspondendo a 75% da amostra; 67,5% dos pacientes eram do sexo masculino. Em relação ao perfil educacional e econômico, 60,0% dos pacientes apresentaram menos de 8 anos de escolaridade e quase metade viviam com uma renda menor do que 2 salários mínimos. (Tabela 1)

Na análise dos fatores de risco para Doença Arterial Coronariana (DAC), destacaram-se História Familiar de DAC com prevalência de 82,5%; cintura abdominal acima do que estabelecem as diretrizes estava presente em 65% dos pacientes sendo que 100% das mulheres estavam acima dos 88 cm utilizado como ponto de corte, 25% dos pacientes faziam uso atual de bebida alcoólica e 75% dessa amostra nunca fizeram uso de tabaco. Hipertensão Arterial estava presente em 70,0% sendo mais prevalente nas mulheres nesta amostra (84,6% x 63,0%), Sedentarismo esteve presente em 62,5% também mais prevalente nas mulheres.

Nesta amostra 77,5% apresentavam-se com sobrepeso ou obesidade; a dislipidemia estava presente em 37,5% dos pacientes e a depressão em 10%.

Quando analisamos gênero e fatores de risco para DAC (Tabela 2) observamos que sobrepeso e obesidade foram mais prevalentes no sexo feminino, assim como, sedentarismo, HAS e dislipidemia não havendo, no entanto, significância estatística. Já tabagismo e consumo atual de bebida alcoólica mais prevalentes no sexo masculino, mas sem significância estatística também; fato que pode estar relacionado ao pequeno tamanho da amostra.

Quando analisamos sobrepeso/obesidade e fatores de risco (Tabela 3) observamos que o sobrepeso teve maior tendência de ocorrer no grupo com menor escolaridade e a obesidade no grupo com maior escolaridade nesta amostra. Tanto sobrepeso quanto obesidade também tenderam a ser mais prevalentes nos pacientes com menor renda mensal, mas sem significância estatística. O sedentarismo foi mais prevalente nos pacientes com sobrepeso e obesidade quando comparados com aqueles com IMC normal. E os pacientes com sobrepeso considerados

ativos foram quase o dobro quando comparados com os obesos (46,7% x 26,7%) significando que os obesos tendem a ser mais sedentários. Em relação ao tabagismo atual, nesta amostra, encontramos que os com sobrepeso se destacaram com maior percentual em relação aos obesos.

Tabela 2. Gênero e fatores de risco para DCA

	Masculino [27]		Feminino [13]		Todos [40]		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
< 60 anos	13	48,1%	4	30,8%	17	42,5%	0,243
≥ 60 anos	14	51,9%	9	69,2%	23	57,5%	
[média ± DP]	60,4 ± 7,6		61,2 ± 10,5		60,7 ± 8,5		0,779
IMC							
peso normal	8	29,6%	1	7,7%	9	22,5%	0,125
sobrepeso	10	37,0%	7	53,8%	17	42,5%	0,253
obesidade	9	33,3%	5	38,5%	14	35,0%	0,488
Cintura abdominal							
>102cm: Masculino e >88 cm: Feminino	13	48,1%	13	100,0%	26	65,0%	0,038
Atividade Física							
sedentário	16	59,3%	9	69,2%	25	62,5%	0,399
ativo	11	40,7%	4	30,8%	15	37,5%	0,399
Tabagismo							
Ex-fumante	14	51,9%	5	38,4%	19	47,5%	0,324
atual	7	25,9%	4	30,8%	11	27,5%	
nunca fumou	6	22,2%	4	30,8%	10	25,0%	
Consumo álcool							
ex-etilista	16	59,3%	5	38,5%	21	52,5%	0,479
consumo atual	8	29,6%	2	15,4%	10	25,0%	0,280
nunca bebeu	3	11,1%	6	46,1%	9	22,5%	
Hipertensão arterial	17	63,0%	11	84,6%	28	70,0%	0,152
Diabetes	11	40,7%	5	38,5%	16	40,0%	0,416
Dislipidemia	7	25,9%	8	61,5%	15	37,5%	0,033
HF de DAC	22	81,5%	11	84,6%	33	82,5%	0,420

DP=Desvio padrão; IMC=Índice massa corporal; HF=História familiar; DAC= Doença arterial coronariana

Tabela 3. Obesidade e fatores de risco

	normal		IMC sobrepeso		obesidade		Todos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Escolaridade								
< 8 anos de estudos	5	20,8%	11	45,8%	8	33,3%	24	100,0%
> 8 anos de estudos	4	25,0%	6	37,5%	6	37,5%	16	100,0%
	[p = 0,470]		[p = 0,423]		[p = 0,474]			
Renda								
< 2 SM	3	16,7%	8	44,4%	7	38,9%	18	100,0%
2 F 5	4	28,6%	6	42,9%	4	28,6%	14	100,0%
≥ 5 SM	2	28,6%	3	42,9%	2	28,6%	7	100,0%
	[p = 0,679]		[p = 0,996]		[p = 0,794]			
Atividade Física								
sedentário	5	20,0%	10	40,0%	10	40,0%	25	100,0%
ativo	4	26,7%	7	46,7%	4	26,7%	15	100,0%
	[p = 0,460]		[p = 0,466]		[p = 0,305]			
Tabagismo								
nunca fumou	1	10,0%	5	50,0%	4	40,0%	10	100,0%
ex-fumante	5	26,3%	7	36,8%	7	36,8%	19	100,0%
atual	3	27,3%	5	45,5%	3	27,3%	11	100,0%
	[p = 0,549]		[p = 0,864]		[p = 0,809]			

4 DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que em pacientes submetidos à cineangiocoronariografia, houve uma prevalência do sexo masculino (67,5%) com idade entre 50 a 70 anos (75%), em comparação ao sexo feminino, compactuando assim com outros estudos, nos quais os homens foram mais propensos a apresentarem infarto agudo do miocárdio com supra de ST em comparação às mulheres de idade mais avançada⁹, assim como nos pacientes submetidos a intervenção coronária percutânea prevaleceram pacientes do sexo masculino (65,3%) e ambos os gêneros apresentaram idade maior que 50 anos (93,6%)¹³. Somando-se a isso, dados disponíveis pelo programa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do Ministério da Saúde do Brasil mostrou que os homens são mais vulneráveis a enfermidades agudas e crônicas, morrendo de forma precoce em comparação às mulheres, vivendo sete anos a menos e com maior capacidade de adquirirem doenças cardiovasculares, o que evidencia que homens, nos últimos anos, morrem mais do que as mulheres por Infarto Agudo do Miocárdio, Doença Isquêmica Crônica do Coração e Angina

pectoris. Em contrapartida, em um estudo realizado nos pacientes com doença arterial coronariana não obstrutiva, houve uma prevalência de 1,5 vezes no sexo feminino, porém a DAC não obstrutiva está associada a um prognóstico favorável em comparação a doença obstrutiva¹⁰. Desta forma, estudos afirmam que uma grande parcela dos indivíduos masculinos negligencia sua própria saúde, uma vez que estes não procuram a unidade para prevenção, apenas para ações curativas, visto que, muitas vezes, o adoecimento é visto pelos homens como um sinal de fraqueza, sendo muito difícil admitir que sua saúde não está boa, principalmente se o mesmo estiver inserido em um âmbito patriarcal em que o homem é visto como provedor de sua família. Ademais, a procura ocorre muitas vezes por vontade da companheira, no qual homens casados são mais dependentes de suas mulheres no cuidado à saúde, sendo o casamento um fator de proteção pra diversas doenças. Outro motivo relaciona-se ao constrangimento de se expor ao médico, antagônico a mulher, que em sua socialização foi mais habituada a ter seu corpo exposto na medicina¹¹. Associado a isso, além das mulheres na pré-menopausa possuírem o estrogênio como possível fator protetor de eventos cardiovasculares, o auto cuidado e a boa saúde fazem parte do processo de construção social feminino¹², o que determina e colabora para a comprovação de que mulheres com SCA são menos prováveis de serem tratadas com terapias médicas orientadas por diretrizes, menos probabilidade de passarem por cateterismo cardíaco, e menos probabilidade de receber reperfusão oportuna⁷, ou seja, esse resultado do atual estudo pode estar sendo mascarado por essa realidade.

Há uma forte relação dos homens com o uso do álcool e tabaco que são importantes fatores de riscos para o infarto agudo de miocárdio. Com base nos dados deste estudo, o número de pessoas que bebem ou já beberam tem forte associação com o aparecimento de doenças coronarianas (77,5%), assim como nos indivíduos tabagistas (75%) em ambos os sexos. Entretanto a intensidade do consumo de álcool pode estar intimamente relacionada com esse desfecho. Segundo James H. O'Keefe, MD *et al*(2014). relata que a ingestão habitual de álcool leve a moderada está associada as taxas mais baixas de mortes e doença arterial coronariana, e a ingestão excessiva deste é a terceira principal causa de morte prematura nos Estados Unidos¹⁴. Já isso não acontece com o uso do tabaco pois pequenas quantidades já são o suficiente para a evolução de uma coronariopatia, uma vez que não apresentou redução estatisticamente significativa para pacientes que fumam menos de 1,5 maços por dia em comparação aos que fumam mais que isso¹⁵. Do mesmo modo o tabagismo atua sinergicamente com outros fatores de risco convencionais, aumentando muito o risco basal quando associado a cada fator de risco individualmente, podendo adiantar um evento coronário em até uma década⁵. Sabe-se que a nicotina leva a produção de estresse oxidativo, disfunção endotelial, aumento da ligação e

transmigração de monócitos para a parede do vaso, e facilita a fagocitose dos macrófagos, o que leva a um estado de inflamação contínua no organismo, contribuindo assim para o desenvolvimento da aterosclerose¹⁶. Além disso, em um estudo com a população Chinesa em 2018 detectou uma correlação do tabagismo e alcoolismo com fator genético (polimorfismo do gene EBF1) para às mudanças na pressão arterial, no conteúdo de lipídios no sangue e na qualidade da parede dos vasos o que aumenta o risco de uma coronariopatia¹⁷. Logo, os estudos afirmam que a cessação do tabagismo já é o suficiente para a prevenção de doenças cardiovasculares mesmo em fumantes ao longo prazo¹⁸.

Segundo os dados obtidos, 80% dos entrevistados com sobrepeso ou obesidade são sedentários. A obesidade se relaciona veementemente a falta de atividade física e de um estilo de vida mais ativo assim os pacientes neste estudo com sobrepeso considerados ativos representam quase o dobro quando comparados com os obesos. Vários fatores podem ser atribuídos ao sedentarismo no mundo moderno, visto que os fatores ambientais influenciam diretamente a dinâmica e os hábitos dos indivíduos. French (2001) analisou o tempo gasto da população adulta com atividades físicas e práticas inativas como assistir televisão e o uso de computadores e celulares e chegou ao resultado de que as horas gastas com atividades sedentárias aumentaram nos últimos anos. Além disso, a população utiliza cada vez mais meios de transporte como ônibus, metrô, carros e aplicativos de viagens para se locomoverem, o que pode explicar o alto índice de sedentarismo entre os participantes do presente estudo¹⁹. Outro dado associado a obesidade foi a renda familiar e o grau de escolaridade. Os participantes com a renda familiar menor que dois salários mínimos apresentaram maiores índices de obesidade, sendo a renda um importante fator de risco para o aumento ou agravamento de uma doença coronariana. Os brasileiros de baixa renda consomem mais alimentos com alta concentração de açúcares e gorduras e medida que a renda diminui, adquirem itens mais baratos e com alta densidade energética²⁰. Outros estudos afirmam que para obtenção de uma dieta mais saudável é necessário gastar mais dinheiro, visto que gastos com frutas e vegetais, itens indispensáveis para melhores metas nutricionais, deixam a dieta mais cara. Dessa forma, a população de classe alta gasta mais com alimentos saudáveis em comparação com a população de baixa renda^{19,21,22}. Outro fator ligado ao sobrepeso e a obesidade é o nível de escolaridade. Nos dados obtidos, os pacientes com escolaridade inferior a 8 anos superaram em 4,1% os pacientes com um maior grau de escolaridade. Alguns estudos também correlacionaram esses aspectos e mostram que um maior grau de instrução sugere que essas pessoas têm comportamentos mais saudáveis e menores chances de consumo de álcool e drogas, além de procurarem mais atendimentos médicos e de realizarem exames de prevenção para doenças crônicas e esporádicas^{23,24}.

Pesquisas em pacientes mais jovens (homens ≤ 55 anos e mulheres ≤ 65 anos) e na maioria dos pacientes apresentando angina instável, a prevalência de fatores de risco convencionais foi ainda maior, com apenas aproximadamente 10% a 15% dos pacientes sem qualquer um dos 4 fatores de risco convencionais (tabagismo, diabetes, hiperlipidemia e hipertensão)⁵. No presente estudo, de acordo com as comorbidades apresentadas pelos pacientes, pode-se perceber que a Hipertensão Arterial (70%) é prevalente nas coronariopatias e em segundo lugar a Diabetes (40%), seguida da dislipidemia (37,5%). A hipertensão arterial foi mais prevalente nas mulheres (84,6%) do que nos homens (63%), uma relação que coincidiu com outro estudo maior (F=88,3%, M=75,9%)²⁵. Já a Diabetes mostrou-se o inverso em questão de gênero (F=38,5%; M=40,7%). Há relatos que os mecanismos fisiopatológicos da hipertensão como disfunção endotelial, desregulação do sistema nervoso autônomo, alteração da vaso-reatividade e um substrato genético, contribuem para um evento isquêmico cardiovascular, entretanto suspeita-se que a elevação crônica da pressão parece atuar de forma cardioprotetora na fase aguda de um IAM quando os pacientes hipertensos parecem ter melhor prognóstico hospitalar²⁶. Em um estudo que visava investigar as características clínicas dos pacientes diabéticos infartados constatou que estes prevaleceram nos grupos de pessoas mais velhas, do sexo feminino, com mais complicações e as lesões nas artérias coronárias eram mais graves e mais extensas²⁷. Os mecanismos fisiopatológicos que justificam a coronariopatia na DM é multifatorial que levam a um estado pró-inflamatório e pró-trombótico, o que favorece a lesão dos vasos e a formação da placa de ateroma²⁸.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016 a Síndrome Metabólica ocorre quando o paciente tem 3 dos 5 critérios: obesidade abdominal, hipertensão arterial, diabetes ou pré-diabetes, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia²⁹. Há muitas implicações relacionando essas comorbidades, quando presente juntas, ao risco ainda maior para as coronariopatias e ao aumento da letalidade intra-hospitalar^{30,31}. Segundo o estudo INTERHEART (2010) a presença da síndrome metabólica está associada ao aumento de 2,5 vezes na chance de desenvolver um IAM e este risco aumenta à medida que mais componentes dos critérios estão presentes³². Os dados desse estudo sugerem uma possível relação do infarto agudo do miocárdio com a síndrome metabólica uma vez que as comorbidades que preenchem os critérios estão presentes em grande parte dos pacientes como 65% apresentam medida abdominal elevada, 70% de hipertensos, 40% de diabéticos e 37,5% de dislipidêmicos. O critério maior para o desenvolvimento dessa síndrome é a presença de uma elevada circunferência abdominal, o que traduz em um excesso de gordura visceral que é altamente inflamatória favorecendo assim a produção de reagentes de fase aguda no fígado, implicados na trombogênese e na estabilidade

do coágulo, além do aumento da proteína C reativa ou seja, a inflamação resulta na formação, progressão e ruptura das placas ateroscleróticas⁶.

Com relação a depressão, não é possível chegar a uma conclusão definitiva sobre sua associação com doenças cardiovasculares, sendo relatado por alguns estudos que apenas ela, isoladamente, não é capaz de levar um indivíduo a uma cardiopatia, sendo imprescindível a soma de outros fatores como obesidade, hipertensão e diabetes, os quais potencializariam um eventual problema cardíaco^{33,34}. Porém, outras pesquisas realizadas mostraram que pacientes que fazem uso de antidepressivos são mais propensos à uma maior mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio, devido a ocorrências de arritmias, hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, aumento da ativação plaquetária e disfunção endotelial³⁵. Portanto se torna incapaz de determinar se a depressão é um fator de risco ou uma consequência da DAC, sendo assim, essa indagação só poderá ser respondida mediante a diversas pesquisas e investigações que ainda precisam ser executadas para que se chegue a um desenlace concreto.

Realmente nossos dados comprovam uma baixa prevalência de depressão nos pacientes internados, sendo apenas 10% da totalidade acometidos por essa condição, todavia, a internação e os procedimentos efetuados, associados ao aumento da morbidade dos pacientes com DAC, pode servir de fator desencadeante para o surgimento de uma depressão^{36,37}, assim como pelo desencadeamento de transtorno de ansiedade explicado pelo estresse pós traumático em que o indivíduo acometido por uma efemeridade que o coloca em risco de morte reflete sobre possíveis sequelas e limitações que o mesmo será exposto após esses eventos, sendo necessário um estudo longitudinal e prospectivo acompanhando cada paciente por um tempo mais longo para se ter a confirmação verídica sobre esse fato. Contudo, pode-se considerar que a depressão ocorra mais em pacientes após o infarto e não que ela seja um fator de risco propriamente dito.

Segundo Michaela Bertuzzi, ScD. *et al.* (2003), os indivíduos com pelo menos um parente de primeiro grau com histórico de doença isquêmica coronariana tiveram aproximadamente o dobro do risco para IAM³⁸. A história familiar de coronariopatia foi o fator de risco predominante nos pacientes deste estudo (82,5%), o que define a importância genética na doença coronariana. Contudo, somente essa variável não pode se justificar o infarto precoce uma vez que ela está presente na maioria das vezes associada a outro fator ambiental modificável, como a obesidade abdominal em 65% dos pacientes desse estudo. Logo, estudos ressaltam a importância crucial das influências ambientais e dos fatores de risco convencionais (obesidade, hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemias) no desenvolvimento da doença arterial coronariana^{5, 39}.

5 CONCLUSÃO

Há uma prevalência do sexo masculino de 67,5%, com faixa etária predominante de 50 a 70 anos, correspondendo a 75,0% da amostra. Os homens são mais vulneráveis as enfermidades agudas e crônica, apresentam uma forte relação com os fatores de risco para o IAM, estão mais susceptíveis ao alcoolismo, tabagismo, alimentação inapropriada e ao sedentarismo.

A história familiar de coronariopatia se destacou entre os fatores de risco, estava presente em 82,5% dos entrevistados, o que evidencia a importância genética no manejo de prevenção e controle das coronariopatias. O uso de álcool atual estava presente em 25% e o tabagismo em 75% dos pacientes em ambos os sexos. O sedentarismo estava presente em 62,5% da amostra, que estão enfaticamente relacionados a falta de atividade física e a um estilo de vida mais ativo e saudável. A renda se caracteriza como um importante fator de risco para uma doença coronariana, já que participantes com renda familiar menor que dois salários mínimos apresentaram maiores índices de obesidade, assim como o nível de escolaridade, pessoas com menos de 8 anos dedicados aos estudos tendem a apresentar maiores índices de sobrepeso e obesidade.

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é intimamente relacionada às coronariopatias, chegou a 70% dos entrevistados, assim como o diabetes (40%), a dislipidemia (37,5%). Quando relacionada ao gênero sexual, a HAS foi mais prevalente nas mulheres (84,6%) do que no sexo masculino (63%). Na amostra, 77,5% apresentavam-se com sobrepeso ou obesidade; a dislipidemia estava presente em 37,5% dos pacientes e a depressão em 10%

Não é possível determinar uma relação da depressão com a DAC, pois ela se comporta tanto como um fator de risco quanto uma consequência, necessitando de estudos mais específicos.

É notório a importância das influências ambientais e dos fatores de risco convencionais (obesidade, hipertensão, diabetes, dislipidemias) no desenvolvimento da DAC. Portanto é crucial fazer a prevenção dos fatores de risco modificáveis, com a ampliação de ações que visem o controle da pressão arterial, da glicemia, dos colesteróis, aconselhamentos nutricionais e o incentivo a prática de atividade física, que se caracteriza como uma das principais formas de atuação na prevenção de fatores de risco modificáveis. No entanto, com base nesse estudo, não se pode inferir políticas de saúde pública devido ao baixo número da amostra e outras limitações do estudo.

6 LIMITAÇÕES DE ESTUDO

A grande limitação desse estudo foi a amostra muito pequena o que compromete a análise dos dados de forma geral principalmente quando os comparamos ao que encontramos na literatura. Outra limitação foi o fato de não incluirmos pacientes que, por algum motivo, estavam sedados e também pacientes com déficit cognitivo. Ainda, a pandemia de Covid -19 fez com que houvesse suspensão temporária das pesquisas e como medida de contingência um menor tempo de coleta de dados para que fosse mantido o cronograma de apresentação do TCC. Também o Serviço de Hemodinâmica do local de pesquisa, por problemas de manutenção do aparelho, precisou suspender as atividades por 14 dias durante o período da pesquisa e, assim, também as internações de pacientes com síndrome coronariana aguda.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a nossa orientadora, Prof. Dra. Maria Augusta de Mendonça Lima pelo empenho, dedicação ao trabalho e por todas orientações. As nossas professoras de Saúde Coletiva e coorientadoras Prof. Me. Anna Marcella Neves Dias e Prof. Me. Nathália Barbosa do Espírito Santo Mendes, Aos pacientes e funcionários do Centro de Terapia Intensiva do Hospital Doutor João Felício pela colaboração e excelente recepção.

TABELAS

Tabela 1. Características basais da população estudada

Número de pacientes	40	
Idade em anos (média±DP)	60,68 ± 8,54	
	n	%
Sexo		
masculino	27	67,5%
feminino	13	32,5%
Renda		
< 2 Salários mínimos	18	45,0%
2 – 5 Salários mínimos	14	35,0%
≥ 5 Salários mínimos	7	17,5%
Não respondeu	1	2,5%
Circunferência abdominal		
anormal (>102 cm: Homem ou >88 cm: mulher)	26	65,0%
normal	14	35,0%
IMC		
peso normal	9	22,5%
sobrepeso	17	42,5%
obesidade	14	35,0%
Escolaridade		
< 8 anos de estudos	24	60,0%
> 8 anos de estudos	16	3,5%
Tabagismo		
sim	30	75,0%
não	10	25,0%
Consumo álcool		
sim	10	25,0%
não	30	75,0%
Hipertensão arterial	28	70,0%
Diabetes	16	40,0%
Sedentarismo	25	62,5%
Dislipidemia	15	37,5%
HF de DAC	33	82,5%
Depressão	4	10,0%

DP=Desvio padrão; IMC=Índice massa corporal; HF=História familiar; DAC= Doença arterial coronariana

Tabela 2. Gênero e fatores de risco para DCA

	Masculino [27]		Feminino [13]		Todos [40]		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
< 60 anos	13	48,1%	4	30,8%	17	42,5%	
≥ 60 anos	14	51,9%	9	69,2%	23	57,5%	0,243
[média ± DP]	60,4 ± 7,6		61,2 ± 10,5		60,7 ± 8,5		0,779
IMC							
peso normal	8	29,6%	1	7,7%	9	22,5%	0,125
sobrepeso	10	37,0%	7	53,8%	17	42,5%	0,253
obesidade	9	33,3%	5	38,5%	14	35,0%	0,488
Cintura abdominal							
>102cm: Masculino e >88 cm: Feminino	13	48,1%	13	100,0%	26	65,0%	0,038
Atividade Física							
sedentário	16	59,3%	9	69,2%	25	62,5%	0,399
ativo	11	40,7%	4	30,8%	15	37,5%	0,399
Tabagismo							
Ex-fumante	14	51,9%	5	38,4%	19	47,5%	0,324
atual	7	25,9%	4	30,8%	11	27,5%	
nunca fumou	6	22,2%	4	30,8%	10	25,0%	
Consumo álcool							
ex-etilista	16	59,3%	5	38,5%	21	52,5%	0,479
consumo atual	8	29,6%	2	15,4%	10	25,0%	0,280
nunca bebeu	3	11,1%	6	46,1%	9	22,5%	
Hipertensão arterial	17	63,0%	11	84,6%	28	70,0%	0,152
Diabetes	11	40,7%	5	38,5%	16	40,0%	0,416
Dislipidemia	7	25,9%	8	61,5%	15	37,5%	0,033
HF de DAC	22	81,5%	11	84,6%	33	82,5%	0,420

DP=Desvio padrão; IMC=Índice massa corporal; HF=História familiar; DAC= Doença arterial coronariana

REFERÊNCIAS

1. Mansur AP, Favarato D. Mortality due to cardiovascular diseases in Brazil and in the metropolitan region of São Paulo: a 2011 update. *ArqBrasCardiol.* 2012;99(2):755-61.
2. GBD 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. 2016. *Lancet.* 2017; 390(10100):1345-422.
3. Ribeiro AL, Duncan BB, Brant LC, Lotufo PA, Mill JG, Barreto SM. Cardiovascular Health in Brazil: Trends and Perspectives. *Circulation.* 2016;133(4):422-33.
4. Ross R. The pathogenesis of atherosclerosis: an update. *N Engl J Med.* 1986;314(8):488-500.
5. Khot UN, Khot MB, Bajzer CT, Sapp SK, Ohman EM, Brener SJ, et al. Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. *JAMA.* 2003;290(7):898-904.
6. Libby P, Okamoto Y, Rocha VZ, Folco E. Inflammation in atherosclerosis: transition from theory to practice. *Circ J.* 2010;74(2):213-20.
7. 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. *ArqBrasCardiol.* 2015; 105(2):1-105.
8. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista sobre Intervenção Coronária Percutânea. *ArqBrasCardiol* 2017; 109(1Supl.1):1-81.
9. Mohammad A, Jehangeer H, Shaikhow S. Prevalência e fatores de risco de doença arterial coronariana prematura em pacientes submetidos à angiografia coronária no Curdistão, Iraque. *BMC Cardiovascular Disorders.* 2015; 15 (1).
10. Wang Z, Zhang L, Elmariah S, Han H, Zhou Y. Prevalência e prognóstico de doença arterial coronariana não obstrutiva em pacientes submetidos a angiografia coronária ou angiografia por tomografia computadorizada coronariana. *MayoClinicProceedings.* 2017; 92 (3): 329-346.
11. Mussi FC, Teixeira JB. Fatores de risco cardiovascular, doenças isquêmicas do coração e masculinidade. *Rev Cubana Enferm [Internet].* 2018
12. Melo J, Campos R, Carvalho P, Meireles M, Andrade M, Rocha T et al. Fatores de risco cardiovascular em mulheres climatéricas com doença arterial coronariana. *Revista Internacional de Ciências Cardiovasculares.* 2017.
13. Lima M, Dantas R, Mendes N, Alves L, Silva T, Brito A et al. Aspectos clínico-epidemiológicos de pacientes submetidos à Intervenção Coronariana Percutânea em um hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2018; 71(6): 2883-2890.

14. O'Keefe J, Bhatti S, Bajwa A, DiNicolantonio J, Lavie C. Alcohol and Cardiovascular Health: The Dose Makes the Poison...or the Remedy. *MayoClinicProceedings*. 2014; 89(3):382-393.
15. Grubb A, Pumill C, Greene S, Wu A, Chiswell K, Mentz R. Tobacco smoking in patients with heart failure and coronary artery disease: A 20-year experience at Duke University Medical Center. *American Heart Journal*. 2020; 230:25-34.
16. Wang Z, Wang D, Wang Y. Cigarette Smoking and Adipose Tissue: The Emerging Role in Progression of Atherosclerosis. *MediatorsofInflammation*. 2017; 2017:1-11.
17. Ying Y, Luo Y, Peng H. EBF1 gene polymorphism and its interaction with smoking and drinking on the risk of coronary artery disease for Chinese patients. *BioscienceReports*. 2018; 38(3).
18. Messner B, Bernhard D. Smoking and Cardiovascular Disease. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*. 2014;34(3):509-515.
19. French S, Story M, Jeffery R. Environmental Influences on Eating and Physical Activity. *Revisão Anual de Saúde Pública*. 2001; 22(1):309-335.
20. Borges C, Claro R, Martins A, Villar B. Quanto custa para as famílias de baixarenda obterem uma dieta saudável no Brasil?. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015; 31(1):137-148.
21. Drewnowski A, Specter S. Pobreza e obesidade: o papel da densidade e dos custos de energia. *The American JournalofClinicalNutrition*. 2004; 79(1):6-16.
22. Cade J, Upmeier H, Calvert C, Greenwood D. Custos de uma dieta saudável: análise do Estudo de Coorte de Mulheres do Reino Unido. *Nutrição em saúde pública*. 1999; 2(4):505-512.
23. Bessaria V. Análise da relação entre escolaridade e a saúde da população brasileira. 2021.
24. Ishitani L, Franco G, Perpétuo I, França E. Desigualdade social e mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2006; 40 (4): 684-691.
25. Lima M, Dantas R, Mendes N, Alves L, Silva T, Brito A et al. Clinical-epidemiological aspects of patients submitted to Percutaneous Coronary Intervention in a university hospital. 2021.
26. Konstantinou K, Tsioufis C, Koumelli A, Mantzouranis M, Kasiakogias A, Doumas M et al. Hypertension and patients with acute coronary syndrome: Putting blood pressure levels into perspective. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2019;21(8):1135-1143.
27. Bai Y, Cong JL, Cheng SL, Sun L, Wu SX, Sun HF, Huang JK, Guan TT, Zhang L, Yang XH. [A follow-up study on the clinical characteristics among patients with diabetes mellitus combined with acute myocardial infarction]. *Zhonghua Liu Xing Bing XueZaZhi*. 2019 Jun 10;40(6):692-696.

28. Sethi S, Akl E, Farkouh M. Diabetes Mellitus and Acute Coronary Syndrome: Lessons From Randomized Clinical Trials. *Current Diabetes Reports*. 2012;12(3):294-304.
29. Abeso - Associação brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica. *Diretrizes brasileiras de obesidade*: 2009/2010. São Paulo, 2009. Disponível em: <Disponível em: <https://abeso.org.br/diretrizes/> >. Acesso em: 04 mai. 2021.
30. Zeller M. Prevalence and Impact of Metabolic Syndrome on Hospital Outcomes in Acute Myocardial Infarction. *Archives of Internal Medicine*. 2005;165(10):1192.
31. Sarkar S, Paul BK, Chakraborty PK, Akhter S, Hossain MM, Hoque MR, Sarkar SR, Ferdousi S, Yesmin M. Association between Metabolic Syndrome and Acute Myocardial Infarction (AMI). *Mymensingh Med J*. 2016; 25(4):628-634.
32. Mente A, Yusuf S, Islam S, McQueen M, Tanomsup S, Onen C et al. Metabolic Syndrome and Risk of Acute Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*. 2010;55(21):2390-2398.
33. Cocchio S, Baldovin T, Furlan P, Buja A, Casale P, Fonzo M et al. A depressão é um fator de risco real para mortalidade por infarto agudo do miocárdio? Um estudo de coorte retrospectivo. *BMC Psychiatry*. 2019; 19 (1).
34. Misteli G, Stute P. Depressão como fator de risco para síndrome coronariana aguda: uma revisão. *Arquivos de Ginecologia e Obstetrícia*. 2015; 291 (6): 1213-1220.
35. Cocchio S, Baldovin T, Furlan P, Buja A, Casale P, Fonzo M et al. A depressão é um fator de risco real para mortalidade por infarto agudo do miocárdio? Um estudo de coorte retrospectivo. *BMC Psychiatry*. 2019; 19 (1).
36. FENG, Hsin-Pei. et al. Risco de ansiedade e transtornos depressivos em pacientes com infarto do miocárdio, *Medicina*: agosto de 2016 - Volume 95 - Edição 34 - p e4464.
37. Santos J. Ansiedade e Depressão após Infarto do Miocárdio: Fatores Inflamatórios Podem Ser Envolvidos?. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2018.
38. Bertuzzi M, Negri E, Tavani A, La Vecchia C. Family history of ischemic heart disease and risk of acute myocardial infarction. *Prev Med*. 2003 Sep;37(3):183-7. doi: 10.1016/s0091-7435(03)00094-x. PMID: 12914823.
39. Précoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol*. 2019; [online]. ahead print, PP.0-0.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO

1 – DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

Nome: _____ Prontuário: -----

Data de nascimento: _____ 1.5. Idade atual: _____(anos)

Sexo: ()Fem ()Masc Data da Admissão:

Peso: _____Kg Altura: _____cm => () dados medidos IMC (peso em Kg/altura²
em metros): _____Kg/m² Medidas da cintura abdominal: _____(cm)Endereço residencial: _____ Cidade:
_____ Estado: _____ CEP: _____ Telefones p/ contato:

2 – NÍVEL DE INSTRUÇÃO

() Menos de 08 anos de estudo () Mais de 8 anos de estudo

3 – RENDA FAMILIAR Somar a renda de todos que residem na mesma casa:

3.1) Renda familiar (em salários mínimos):

() Menos 02 salários () Maior que 02 e menor que 5 salários () Maior que 05
salários

() Não quis falar

3.2. Número de pessoas que dependem dessa renda (incluir filhos e/ou companheira
beneficiários de pensão alimentícia): _____

4. RELIGIÃO

() NÃO INFORMOU () católica () Evangélico () espírita () Tesemunha de Jeová

outras: ----- **Prática da religião:** () praticante (frequenta pelo menos 1
vez/semana) () não praticante () não tem religião

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR DO PACIENTE

1) Tabagismo: () nunca fumou () ex – tabagista: fumou: durante _____ =>
_____cig./dia / () atual: _____cig./dia => há _____ 9.4. () eventual:
_____cig./semana.**2) Atividade física:** () sedentário () ativo

- 3) **Hipertensão Arterial Sistêmica:** () sim () não () não sabe
- 4) **Colesterol alto:** () sim () não () não sabe
- 5) **Triglicerídeos alto:** () sim () não () não sabe
- 6) **Diabetes Mellitus (DM):** () sim- tipo I () sim- tipo II () não tem DM () não sabe se tem DM
- 7) **Álcool:** () nunca bebeu () ex- usuário () Se bebe atualmente nº de vezes na semana: -----
- 8) **História familiar de doença arterial coronariana precoce:** () SIM () NÃO

PHQ – 2

PERGUNTA: Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?^[1,2]

	NENHUMA VEZ (0)	VÁRIOS DIAS (1)	MAIS DA METADE DOS DIAS (2)	QUASE TODOS OS DIAS (3)
1 – Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas				
2 – Se sentir “para baixo”, deprimido(a) ou sem perspectiva				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">TOTAL:</div>				

Obs.: Detecção de Depressão Maior se Total ≥ 3 (merece maior investigação)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Informações ao Participante

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem como título “Perfil dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda submetidos a cineangiocoronariografia internados em hospital público/privado”. Isto significa que iremos identificar os prováveis fatores que contribuíram para que você tivesse um infarto.

O motivo que nos leva a estudar este tema é porque se conhecermos que fatores contribuem para o infarto na nossa comunidade poderemos fazer ações que possam ajudar a prevenir a doença. Serão aplicados questionários para avaliar sua atividade física no dia a dia, para avaliar a dependência do tabaco caso tenha hábito de fumar e um questionário para avaliar se você tem depressão.

Antes de aceitar a participar da pesquisa leia atentamente as explicações abaixo que informam o que será realizado:

1. Os pesquisadores envolvidos estão capacitados e instruídos para aplicação dos questionários, sendo capazes de esclarecer qualquer dúvida antes, durante ou após a entrevista.
2. Você pode se recusar a participar do estudo e poderá abandonar o estudo em qualquer momento, sem que haja penalização ou prejuízo para você. Durante o preenchimento do questionário, você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta que, por ventura, lhe causar algum constrangimento.
3. A participação como voluntário (a) não dará ao (a) participante nenhum privilégio nem prejuízo, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do Projeto a qualquer momento. Você será "indenizado por danos comprovadamente causados pela participação na pesquisa" caso sejam identificados.
4. Serão garantidos o sigilo e a privacidade, sendo reservado ao (a) participante o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo (a) de acordo com o preconizado na resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa em seres humanos no Brasil.
5. Considera-se que o trabalho apresenta risco mínimo, pois esta pesquisa utiliza questionários como forma de obtenção de dados, não realizando nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas ou sociais dos participantes do estudo.
6. As pessoas que irão analisar os dados do questionário não terão acesso aos nomes, e sim às suas iniciais. Na apresentação dos resultados os nomes dos participantes serão preservados. Estes só serão apresentados em conjunto, portanto o sigilo quanto aos dados está garantido.
7. Os questionários serão aplicados no horário mais conveniente ao participante. Gastaremos cerca de 10 a 15 minutos com a entrevista.
8. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado pelo participante e pelo pesquisador responsável. O documento consta de duas vias: uma pertencente ao pesquisador responsável e outra pertencente ao (a) participante da pesquisa e vale exclusivamente para esta pesquisa.
9. Caso tenha qualquer pergunta sobre esta pesquisa ou deseje ter outras informações ou esclarecimentos a respeito da mesma, por gentileza, entre em contato com um dos pesquisadores envolvidos através do telefone (32) 99988-4485.
10. A proposta do presente estudo é: avaliar as características dos pacientes com infarto agudo do miocárdio submetidos a um cateterismo cardíaco porque isto pode fazer diferença na prevenção da doença em nossa comunidade. Além disso, com essas informações poderemos atuar junto a

comunidade, conscientizando quanto aos programas de saúde e atendimento preventivo das doenças do coração.

11. Os resultados estarão disponíveis para acesso de todos os participantes no final da pesquisa.

Após ter lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, todas as dúvidas sobre o projeto de pesquisa e a participação foram esclarecidas, portanto, a minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e, por isso dou meu consentimento.

Juiz de Fora, de de 2019

Nome (Participante)

Assinatura (Participante)

Nome (Testemunha imparcial)


Assinatura (Testemunha imparcial)

Nome (Responsável legal)

Assinatura (Responsável legal)

Pesquisadora Responsável: Maria Augusta de Mendonça Lima
Fone: (32) 3217-5239 / 99988-4485
E-mail: maulima@cardiol.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA/MG		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Perfil dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda submetidos a cineangiogramia internados em hospital público/privado.		
Pesquisador: Maria Augusta de Mendonça Lima		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 29760219.9.0000.5139		
Instituição Proponente: Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 3.907.872		
Apresentação do Projeto:		
<p>A Doença Arterial Coronariana é uma das principais causas de morte do mundo e está relacionada à uma série de fatores de risco que estão em constante evolução, sendo a Síndrome Coronariana Aguda uma de suas manifestações. A abordagem do paciente com esse quadro compreende uma série de medidas, entre elas a realização de cineangiogramia. O objetivo deste estudo consistirá em identificar o perfil dos pacientes internados submetidos à cineangiogramia. Será realizado um estudo observacional, transversal, realizado através de questionários, abordando quesitos como idade, sexo, nível de instrução, renda por dependente, fatores de risco e depressão. No estudo serão incluídos todos os pacientes internados que realizem cineangiogramia no período de 12 meses, na instituição anteriormente mencionada, que são em um número aproximado de 1.200 pacientes. Os dados serão armazenados no programa Excel 2017, Microsoft Corporation®USA. Para a análise estatística, será utilizado o programa SPSS23.0, IBM®SPSS Statistic.</p>		
Objetivo da Pesquisa:		
Os objetivos elencados são claros e compatíveis com a metodologia apresentada. São assim expressos:		
Objetivo Primário:		
Identificar o perfil dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda submetidos à		
Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353		
Bairro: xxx		CEP: 36.021-630
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA	
Telefone: (32)3229-2311	E-mail: comitedeetica@santacasajf.org.br	

Página 01 de 03

SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE JUIZ DE
FORA/MG



Continuação do Parecer: 3.907.872

cineangiografias internados no Hospital João Felício localizado no município de Juiz de Fora, MG.

Objetivo Secundário:

1) Analisar a prevalência de fatores de risco para doença cardiovascular em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda submetidos a cineangiografia internados em hospital público/privado de Juiz de Fora - MG. 2) Verificar a influência da depressão, entre os diferentes gêneros, na repercussão cardiovascular nos pacientes que foram submetidos ao procedimento estudado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras podemos destacar com benefícios que o estudo contribuirá com políticas públicas de saúde relacionadas aos casos de indivíduos com Síndrome Coronariana Aguda que foram submetidos à cineangiografia. Em relação aos riscos destacam que esse estudo possui riscos mínimos pois serão aplicados questionários, podendo no entanto ter constrangimento ao responder as questões.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ao analisarmos esse estudo observamos que o mesmo pode agregar conhecimentos importantes na Saúde Pública em relação a Síndrome Coronariana Aguda, no que diz respeito a prevenção e o perfil prevalente dessa patologia, contribuindo assim para a sua prevenção e tratamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados de forma satisfatória condizentes com as normas éticas que norteiam a pesquisa envolvendo Seres humanos, propostas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Recomendações:

Recomenda-se que seja suprimido do TCLE as logomarcas da UNIPAC E FAME e que conste no mesmo o contato do Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, necessário caso o participante da pesquisa necessite de informações éticas referentes ao estudo. Recomenda-se ainda que ao final do estudo seja enviado para esse CEP um Relatório Final, para que o mesmo possa ser publicado do Anais do acima referido Comitê.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Opina-se pela aprovação desse estudo pelo mesmo estar concernente com as normas éticas propostas pela Resolução 466/2012 do CNS, e com as premissas éticas de nossa instituição.

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353

Bairro: xxx

CEP: 36.021-630

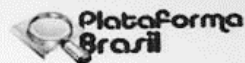
UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)3229-2311

E-mail: comitedeetica@santacasajf.org.br

Página 02 de 03

SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE JUIZ DE
FORA/MG

Continuação do Parecer 3.907.872

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1468546.pdf	09/03/2020 09:05:17		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	09/03/2020 09:04:57	Anna Marcella Neves Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/03/2020 09:01:57	Anna Marcella Neves Dias	Aceito
Outros	Declaracao.pdf	09/03/2020 09:01:41	Anna Marcella Neves Dias	Aceito
Outros	lattes.pdf	09/03/2020 09:00:07	Anna Marcella Neves Dias	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/02/2020 20:02:49	Anna Marcella Neves Dias	Aceito
Outros	PHQ.docx	20/11/2019 10:37:48	Maria Augusta de Mendonça Lima	Aceito
Outros	Questionario.docx	20/11/2019 10:37:29	Maria Augusta de Mendonça Lima	Aceito
Outros	191109054313.pdf	20/11/2019 10:30:01	Maria Augusta de Mendonça Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 10 de Março de 2020

Assinado por:

Maria José Guedes Gondim Almeida
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353

Bairro: xxx

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

CEP: 36.021-630

Telefone: (32)3229-2311

E-mail: comitedeetica@santacasajf.org.br

TERMO AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**Termo de Autorização**

Ilmo(a) Senhor(a) Talles ramos Filho
Diretor do Hospital Doutor João Felício

Vimos, por meio desta, apresentar os acadêmicos do curso de Graduação em Medicina de Juiz de Fora (FAME/JF), do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC): Arnon Francisco Rocha Vasconcelos, matrícula nº 171-001917; Cristiano Ferreira de Araújo, matrícula nº 171-001912; João Avelar Issa Neto, matrícula nº 171-001824; Kamilya Mascena Teixeira, matrícula nº 171-001808; Luiz Augusto de Freitas Carvalho, matrícula nº 171-002853; Rodrigo Veng Magalhães, matrícula nº 171-003008; Thiago Nogueira de Faria, matrícula nº 171-001978; que estão desenvolvendo o Projeto de Pesquisa intitulado "Perfil dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda submetidos a cineangiogramia internados em hospital público/privado", como parte de requisito parcial para conclusão do referido curso.

Os alunos supracitados realizarão uma pesquisa cujo objetivo é identificar o perfil dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda submetidos à cineangiogramia.

Os dados coletados poderão ser usados como fonte de informação para definir o perfil epidemiológico dos pacientes e analisar a prevalência de fatores de risco para doença, além de verificar a influência da depressão, entre os diferentes gêneros, na repercussão cardiovascular. O mesmo será executado sob a orientação da Prof. Dra. Maria Augusta de Mendonça Lima.

A pesquisa será feita através de um questionário contendo dados como idade, sexo, nível de instrução, renda por dependente, fatores de risco, índice de massa corporal e circunferência abdominal e outro questionário para rastreamento da depressão.

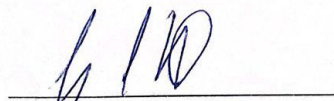
Considerando que os participantes da pesquisa serão selecionados nesta Instituição, solicitamos autorização para a realização da mesma. Cabe esclarecer que os trâmites necessários para o cumprimento da ética na realização das pesquisas envolvendo seres humanos, dispostos pela Resolução CNS 466/12, serão observados com rigor.

O projeto será cadastrado no site "Plataforma Brasil" e então encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos de uma Instituição indicada e só será iniciado após ter sido aprovado por este Comitê. O senhor receberá uma cópia da carta de aprovação tão logo ela esteja disponível.

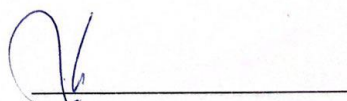
Colocamos nossa contribuição para o que for necessário e, desde já, contamos com a vossa valiosa contribuição.

Atenciosamente,

Juiz de Fora, 24 de outubro de 2019.

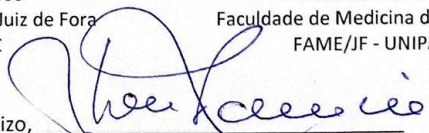


Prof. Dr. César Carvalho Esteves
Coordenador do Curso
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora
FAME/JF - UNIPAC



Prof. Dra. Maria Augusta de Mendonça Lima
Orientadora da Pesquisa
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora
FAME/JF - UNIPAC

Autorizo,



Talles Ramos Filho
Diretor do Hospital Dr. João Felício