

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DE MÉDIA E
ALTA COMPLEXIDADE**

KELLY DOS REIS PINTO

**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM INFARTO
AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE BELO HORIZONTE-
MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE

2019

KELLY DOS REIS PINTO

**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM INFARTO
AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE BELO HORIZONTE-
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Assistência em Enfermagem de Média e Alta
Complexidade da Escola de Enfermagem da
UFMG como requisito à obtenção de título de
especialista Cardiologia e Hemodinâmica , sob a
orientação da Prof.^a.Dr.^a. Salete Maria de Fátima
Silqueira

Belo Horizonte

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Pinto, Kelly Dos Reis

Perfil sócio demográfico e clínico de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio em um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais. [manuscrito] / Kelly Dos Reis Pinto. - 2019.

35 f.

Orientador: Salete Maria de Fátima Silqueira.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Estratégia do Cuidar em Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Cardiologia Hemodinâmica.

1.Epidemiologia. 2.Infarto Agudo do Miocárdio. 3.Fatores de risco. I.Silqueira, Salete Maria de Fátima . II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

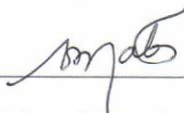
KELLY DOS REIS PINTO

**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PACIENTES COM
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

BANCA EXAMINADORA :



Prof. Salete Maria de Fátima Silqueira Müller



Prof. Selme Silqueira de Matos



Prof. Alexandra Dias Moreira D'Assunção

Aprovada em 29 de março de 2019.

Belo Horizonte

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por todas as coisas visíveis e invisíveis.

Aos nossos familiares amados, pelo apoio e compreensão nos momentos em que a nossa ausência se justificou para a concretização de nosso objetivo.

A todos aqueles que nesse último ano passaram a fazer parte da nossa história.

Aos amigos, com os quais este trabalho é compartilhado.

A todos os professores, pela dedicação ao ensinar e compartilhar as suas experiências e conhecimentos, para o nosso crescimento profissional e pessoal.

A todas as demais pessoas que estiveram na nossa trajetória de formação, o nosso reconhecimento e sincero obrigado pelo apoio e encorajamento.

RESUMO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) requer evidência de morte da célula miocárdica causada por isquemia prolongada. Achados característicos incluem na zona do infarto ocorre via necrose de coagulação e prossegue com inflamação, fagocitose de miócitos necróticos e reparo, resultando na formação de cicatriz. O objetivo do estudo foi identificar o perfil sócio demográfico e clínico de pacientes adultos jovens com IAM em um hospital público de Belo Horizonte Minas Gerais. O método de pesquisa utilizado foi o documental, descritivo transversal, com abordagem quantitativa, envolvendo 100 prontuários de pacientes com IAM que atenderam os critérios de inclusão. Os dados coletados foram analisados por meio de estatística descritiva. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais. Resultado: a maioria dos pacientes eram do sexo masculino, idade de 41anos a 50 anos, com diagnóstico prévio de Hipertensão Arterial (HA), Diabetes Mellitus (DM), alteração de colesterol, tabagista, etilista e não realizavam atividade física. Conclusão: Apesar de vários programas do governo voltados para prevenção e promoção da saúde como Hipertensão e do Diabetes (Hiperdia), controle do tabagismo, etilismo, incentivo a prática de atividade física e outros, o número de IAM tem aumentado na população brasileira e mundial.

Palavras-chave: Epidemiologia. Infarto Agudo do Miocárdio. Fatores de risco.

ABSTRACT

The Myocardial infarction requires evidence of myocardial cell death due to prolonged ischemia. Characteristic findings include the infarct zone occurs through the coagulation necrosis and proceeds with inflammation, phagocytosis and repair of necrotic myocytes resulting in scar formation. Goals: Identify the epidemiological clinical profile of young adult patients with Acute Myocardial Infarction in a public hospital in Belo Horizonte - Minas Gerais. Method: documentary, cross-sectional research with a quantitative approach, involving 100 medical records of patients with Myocardial infarction who met the inclusion criteria. Data were analyzed using descriptive statistics. The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais. Results: Most patients were male, aged 41anos to 50 years, with previous diagnosis of hypertension, diabetes mellitus, cholesterol changes, smoker, drinker and did not perform physics. Conclusion: despite of various government programs for prevention and health promotion as hyperdia, tobacco control, alcohol consumption, encouraging physical activity and others. Much remains to be worked and developed so that people become aware of the need for prevention.

Key words: Epidemiology. Acute Myocardial Infarction, Risk factors.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Tabela 1	Caracterização do Perfil Clínico de Pacientes com IAM em um Hospital de Público de MG de 2015 a 2018 (n=100).....	19
Tabela 2	Caracterização Clínica de Pacientes com IAM em um Hospital de Público de MG de 2015 a 2018 (n=100).....	20
Gráfico 1	Caracterização de Pacientes com Estresse e Distúrbio de Ansiedade que evoluíram com IAM em um Hospital de Público de MG de 2015 a2018 (n=100).....	21
Tabela 3	Caracterização de Pacientes que faziam uso de drogas ilícitas e que evoluíram com IAM em um Hospital de Público de MG de 2015 a2018 (n=100).....	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DAC	Doença Arterial Coronariana
DAP	Doença Arterial Periférica
DATASUS	Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCV	Doenças Cardiovasculares
DCNT	Doenças Crônicas Não transmissíveis
DIP	Doenças infecto-Parasitárias
DM	Diabetes Mellitus
ENB	Departamento de Enfermagem Básica
HÁ	Hipertensão Arterial
HIPERDIA	Hipertensão e do Diabetes
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	Lipoproteínas de Baixa Densidade
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCO	Unidade Coronariana
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVO	15
3 METODOLOGIA	16
3.1 Tipo de estudo	16
3.2 Descrição da área de estudo	16
3.3 Instrumento para coleta de dados e população	16
3.5 Coleta de dados	17
3. 6 Critérios de Inclusão:	17
3. 7 Critério de Exclusão:	17
3. 8 Tratamento dos dados	17
3. 9. Aspectos éticos	17
4 RESULTADOS	19
6. DISCUSSÃO	23
7. CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE	33

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), as Doenças Cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no mundo. Em 2016, 17 milhões de pessoas foram vítimas de problemas coronarianos, como ataques cardíacos e derrames (OPAS, 2017).

De acordo com Medeiros *et al.* (2018) as DCV são as que mais causam morte mundialmente, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. O perfil epidemiológico da população mundial vem apresentando modificações ao decorrer dos anos, desde 1960 as Doenças infecto-Parasitárias (DIP) tem diminuído a incidência e as Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) estão crescendo de forma acentuada. O número de óbitos causados por DCNT são a causa de 80% em países pobres de baixa renda. Isso se teve a maior exposição a fatores de risco como ao baixo nível de escolaridade e menor acesso aos serviços de saúde.

As DCNT são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Numerosos estudos demonstram que as DCV possuem fatores de risco modificáveis e fatores de risco não modificáveis. Os fatores de risco modificáveis são diabetes mellitus, aumento de colesterol, pressão arterial elevada, obesidade, tabagismo, etilismo e sedentarismo. E os fatores de risco não modificáveis são idade, sexo e genética (história familiar de doenças cardiovasculares) (BOURBON *et al.*, 2016).

No entanto estudos realizados em outros países e no Brasil tem mostrado que o nível de conhecimento da população sobre os fatores de riscos para DCV é escasso, e estão associados a questões socioeconômicas e ao nível de escolaridade (BONOTTO *et al.*, 2016).

De acordo com a pesquisa realizada nas 26 capitais do Brasil entre fevereiro a dezembro 2016, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), concluiu que em uma década ocorreu o aumento de 61,8% de diabetes, aumento de 14,2% de Hipertensão Arterial (HA), estabilidade no consumo abusivo de álcool, mais da metade da população esta com o peso acima do recomendado e 18,9% dos brasileiros estão obesos. Em compensação ocorreu o crescimento no consumo regular de frutas e hortaliças, reduziu consumo de refrigerantes e sucos artificiais e aumentou atividade física no lazer. Esses dados apontam que a população brasileira tem modificados seus

hábitos alimentares e de vida, porém, muito ainda precisa ser feito para atingir bons parâmetros de qualidade de saúde. (BRASIL, 2018).

No Brasil das DCV com maior frequência é o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), segundo os Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), mostram que houve um aumento de 48% do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) entre 1996 e 2011. “Se essa tendência persistir, a previsão é de que o IAM se torne a principal causa isolada de morte em 2020” (COSTA *et al.*, 2018, MEDEIROS *et al.*, 2018, p.566).

Conforme Bonow (2013) o diagnóstico patológico do infarto do miocárdio (IAM) requer evidência de morte da célula miocárdica causada por isquemia prolongada. Achados característicos incluem na zona do infarto ocorre via necrose de coagulação e prossegue com inflamação, fagocitose de miócitos necróticos e reparo, resultando na formação de cicatriz.

Segundo o Linha Guia de Infarto do Miocárdio, a doença arterial coronariana aumenta a sua ocorrência quando associado a outros fatores de risco cardiovasculares. Basicamente, quanto mais fatores de risco cardiovasculares presentes em um determinado indivíduo, maior a sua chance de desenvolver doença coronariana. Isso se deve ao fato de que a formação da placa aterosclerótica na luz da coronária é influenciada pelos principais fatores de riscos: História familiar de DAC prematura (familiar 1º grau sexo masculino < 55 anos e sexo feminino < 65 anos), Homem > 45 anos e mulher > 55 anos, Tabagismo, Hipercolesterolemia Lipoproteínas de Baixa Densidade (LDL) colesterol elevado, HA sistêmica, Diabete *Melitus*, Obesidade Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 30 Kg/m², Gordura abdominal, Sedentarismo, dieta pobre em frutas e vegetais e estresse psicossocial (LANGOWISKI, 2017).

A maior parte das mortes causadas por DCNT é atribuída aos fatores de risco modificáveis como tabagismo, etilismo, sedentarismo e consumo alimentar inadequado. Esses fatores de risco contribuem para o adoecimento da população (BRASIL, 2018).

As DCNT segundo a OPAS em 2015 foram responsáveis por 17 milhões de mortes, em pacientes com menos de 70 anos. Sendo que 82% estão em países de baixa e média renda e 37% são causadas por DCVs, (OPAS, 2017).

No Brasil, de acordo com Mertins *et al.* (2016) o gasto que as doenças cardiovasculares geram para as agências financiadoras de saúde é muito significativo e impactante no orçamento. Isso se deve ao elevado custo de medicações e internações, que exigem usufruir serviços de alta complexidade.

No estado de Minas Gerais foi observado que ocorreu o aumento dos gastos a cada ano, de acordo com o levantamento do DATASUS mês de dezembro 2015 R\$ 4.402.575,52 dezembro de 2016, R\$ 5.106.732,36 dezembro de 2017 R\$ 5.309.766,55 e dezembro de 2018 R\$ 5.580.650,13 (DATASUS, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou juntamente com os governos em todo mundo programas para ampliar os esforços de prevenção e controle de DCV, esses programas são: MPOWER para controle do tabagismo, SHAKE para redução de sal e HEARTS para o fortalecimento da gestão de DCV em atenção primária à saúde. Lançada em setembro de 2016, a *Global Hearts Initiative* já foi implementada em vários países. Nessas situações, os profissionais estão sendo treinados para melhores medidas testadas e acessíveis para proteger as pessoas contra doenças cardiovasculares e ajudá-las se recuperarem após um ataque cardíaco ou acidente cerebral (OMS, 2019).

A criação de programas para prevenção e controle da Hipertensão e do Diabetes (HIPERDIA) destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de HA e Diabetes Mellitus (DM) atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, com vistas a reduzir a morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório. A implantação desse programa possibilita o conhecimento da magnitude dessas doenças, o planejamento da aquisição de medicamentos e a capacitação profissional na rede de saúde brasileira. De acordo com a OPAS (2017), as pessoas com doenças cardiovasculares ou com alto risco cardiovascular (devido à presença de um ou mais fatores de risco como HA, DM, hiperlipidemia ou doença já estabelecida) é fundamental o diagnóstico e tratamento precoce, por meio de serviços de aconselhamento ou manejo adequado de medicamentos (BRASIL, 2011)

Porém de acordo com a VIGITEL o acesso ao diagnóstico de DM e HA ainda é desigual no país. Observou em pesquisa que entre as 26 capitais do país que, o Rio de Janeiro, Porto Seguro, Recife, Salvador e Belo Horizonte, possuem melhor

acesso ao diagnóstico de HA e nas capitais de Palmas, São Luis, Boa Vista e Macapá os piores acessos ao diagnóstico. O mesmo acontece referente ao acesso ao diagnóstico de diabetes mellitus, as capitais com melhor diagnóstico Rio de Janeiro, Recife, Aracaju, Curitiba, São Paulo e Belo Horizonte. E os estados com pior acesso ao diagnóstico para diabetes mellitus são Rio Branco, Manaus, Boa Vista e Palmas (BRASIL, 2018).

De acordo com o estudo realizado pela Fio Cruz em 2033 as doenças do aparelho circulatório, terão uma redução nas taxas de mortalidade de 58,7%. Essa tendência pode ser observada devido a redução de fatores de risco, incorporação de protocolos mais adequados para o manejo clínico de algumas condições e a possibilidade de introdução de novas tecnologias (SILVA JÚNIOR, RAMALHO, 2015).

No cotidiano da nossa atuação como enfermeiros em uma Unidade Coronariana (UCO), em um hospital público de Belo Horizonte Minas Gerais, foi observado um número crescente de pacientes jovens que procuraram o serviço de saúde com diagnóstico de IAM. Portanto, se faz presente vários fatores que contribuem para o adoecimento dessa população jovem como o estresse, obesidade, diabetes, tabagismo, hipertensão e colesterol fora de controle, além do histórico familiar da pessoa. Esses fatores são apontados como os grandes responsáveis pelo aumento das estatísticas. Pelo exposto este estudo se justifica pela necessidade de conhecer o perfil clínico dessa clientela e assim determinar os fatores que mais pré dispõem o adoecimento dessa população.

2. OBJETIVO

- Identificar o perfil sócio demográfico e clínico de pacientes com IAM em um hospital público de Belo Horizonte Minas Gerais.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo transversal que foi realizado com prontuários de pacientes com IAM no período de Outubro a Dezembro de 2018.

De acordo com Gil (2008) as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

3.2 Descrição da área de estudo

O estudo foi realizado em um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais (MG). A instituição conta com 500 leitos e destes em média 45% dos pacientes são cardiopatas. Atende os residentes na Região de Belo Horizonte, sendo referência para as demais cidades vizinhas da região metropolitana.

3.3 Instrumento para coleta de dados e população

Os dados foram obtidos por consulta em 100 prontuários preenchidos pela equipe multidisciplinar de pacientes internados, na UCO com diagnóstico de IAM, no período de Abril de 2015 á Outubro de 2018. Foram selecionados os prontuários através da Classificação Internacional de Doenças (CID) da Doença do IAM.

As variáveis sociodemográficas analisadas foram: sexo, faixa etária, etilismo, tabagismo e uso drogas ilícitas. As variáveis clínicas analisadas foram: diabetes, HA sistêmica, dislipidemia ou aumento de colesterol, quadro de ansiedade, uso de medicamento prévio e doenças prévias. As variáveis uso de medicamento prévio e doenças prévias não foram possíveis aborda-las no trabalho devido a falta de dados fidedignos nos prontuários dos pacientes gerando duplicidade de informação.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados dos prontuários foi realizada no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) dessa instituição. Os dados dos prontuários foram coletados pela autora e após, registrados em um formulário que se encontra no Apêndice. Realizadas as leituras extensivas dos registros de enfermagem existentes nos prontuários dos pacientes sujeitos da pesquisa.

3.6 Critérios de Inclusão:

Foram incluídos nesta pesquisa, pacientes internados na UCO, com idade de 18 anos até 55 anos, prontuários com Classificação Internacional de Doenças (CID) de IAM, internados 2015 até Outubro de 2018.

3.7 Critério de Exclusão:

Foram analisados 158 prontuários, excluídos da pesquisa 58 prontuários que, não possuíam as informações necessárias para obtenção do perfil sócio demográfico e clínico, pacientes com idade acima de 55 anos, prontuários que não estavam disponíveis para coleta.

3.8 Tratamento dos dados

Para atingir os objetivos propostos, foi preenchido instrumentos de coleta dos dados desenvolvidos pela autora e após, os dados coletados foram transferidos para EPI info 3.5.1, onde foram analisados e transferidos para tabela e gráficos para melhor visualização.

3.9. Aspectos éticos

O projeto faz parte de um projeto maior já aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa submetido à Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem

Básica (ENB) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG sob número 72769417.7.0000.5149. Dessa forma, serão consultados os prontuários, e, não os pacientes, foi solicitado ao COEP a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) garantindo preservação da identidade dos pacientes e da instituição.

Todos os prontuários foram utilizados para fins de pesquisa, sem divulgar o nome da instituição e nem os nomes dos pacientes envolvidos em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

4 RESULTADOS

A amostra constitui-se de 100 prontuários de pacientes com IAM, procedentes de um Hospital público de grande porte localizado em Belo Horizonte, internados na UCO.

Tabela 1- Caracterização do Perfil Clínico de Pacientes com IAM em um Hospital de Público de MG de 2015 a 2018 (n=100)

Variáveis	N	(%)
Faixa etária (em anos)		
33 a 40	10	10%
41 a 49	58	58%
50 a 55	32	32%
Dislipidemia		
Feminino Sim	13	13%
Masculino Sim	52	52%
Feminino Não	11	11%
Masculino Não	24	24%
Atividade Física		
Sim	8	8%
Não	92	92%
Etilismo		
Sim	46	46%
Não	54	54%

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se que maior incidência de IAM ocorreu na faixa etária dos 41 anos a 49 anos, ou seja, 58% da população, seguida da faixa etária de 50 anos a 55 anos (32%) da população e por último dos 33 anos a 40 anos com 10% da população. Em relação dislipidemia que é um dos principais fatores de risco, esteve mais presente no sexo masculino com 52%, do que nas mulheres com 13%. Referente a prática de atividade física 92% da população não praticava nenhuma atividade e somente 8% pratica alguma atividade física. O uso de bebida alcoólica foi presente

em 46% da população estudada e 54% não utilizavam nenhum tipo de bebida alcoólica.

Tabela 2 – Caracterização Clínica de Pacientes com IAM em um Hospital de Público de MG de 2015 a 2018 (n=100).

Variáveis	Sexo Feminino	Sexo Masculino
Sexo	24%	76%
Hipertensão Arterial Sim	22%	67%
Hipertensão Arterial Não	2%	9%
Diabetes Mellitus***	6%	44%
Tabagismo***	12%	38%

***Valor referente da população que era formada por 50% de DM e 50% de Tabagista

Fonte: Dados da Pesquisa

A maior parte da população infartada encontrada nessa pesquisa era do sexo masculino 76% e 24% do sexo feminino.

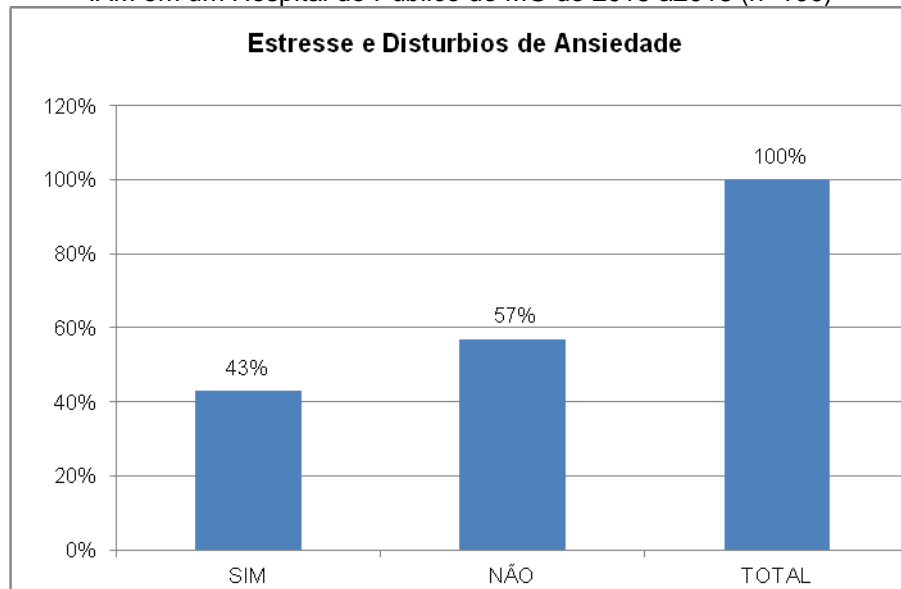
A HA estava presente em 24% da população do sexo feminino, sendo que 22% apresentavam HA e 2% não apresentavam HA. Já na população do sexo masculino formada por 76% da população, 67% eram hipertensos e somente 9% não apresentavam HA.

Em relação ao DM, 50% da população possuem o diagnóstico prévio e 50% não possuíam e não desenvolveu durante o período de pesquisa, portanto, a pesquisa foi enfatizada nos 50% de fumantes, sendo distribuídos em 44% dos pacientes do sexo masculino e 6% do sexo feminino.

A população de fumantes era de 50% de fumantes e 50% de não fumantes, sendo realizado o evidenciado durante a pesquisa a somente a população de fumantes, distribuídos em 38% do sexo masculino e 12% do sexo feminino. Os não fumantes totalizavam 50% da população estudada.

A HA estava presente em 24% da população do sexo feminino, sendo que 22% apresentavam HA e 2% não apresentavam HA. Já na população do sexo masculino formada por 76% da população, 67% eram hipertensos e somente 9% não apresentavam HA.

Gráfico 1 - Caracterização de Pacientes com Estresse e Distúrbio de Ansiedade que evoluíram com IAM em um Hospital de Público de MG de 2015 a2018 (n=100)



Fonte: Dados da Pesquisa

De acordo com a pesquisa o número de pacientes com estresse e distúrbio de ansiedade foi de 43% e os pacientes que não possuem estresse e distúrbio de ansiedade de 57%. De acordo com Gomes *et al.* (2016) o estresse e os distúrbio de ansiedade, são fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Tabela 3 - Caracterização de Pacientes que faziam uso de drogas ilícitas e que evoluíram com IAM em um Hospital de Público de MG de 2015 a2018 (n=100)

Uso de Outras Drogas	Frequency	Percent
COCAINA	5	5,00%
CRACK/MACONHA	1	1,00%
CRACK	2	2,00%
MACONHA	1	1,00%
NÃO	91	91,00%
Total	100	100,00%

Fonte: Dados da Pesquisa

Relativo ao uso de drogas ilícitas, dos 100 pacientes pesquisados 5% utilizavam cocaína, 1% utilizavam crack e maconha, somente crack 2%, somente maconha 1% e 91% não utilizavam nenhum tipo de droga.

O uso de drogas ilícitas tem contribuído consideravelmente para o surgimento de DCV, de acordo com a SBC (2018) tem aumentado o risco de doenças cardiovasculares.

6. DISCUSSÃO

Nesse estudo, foi observado que a maior parte da população infartada é do sexo masculino, a faixa etária de maior incidência, que foi acometida pelo infarto foi de 41 a 49 anos.

A incidência da Dislipidemia como um fator de risco presente para evolução de IAM é de 65% da população, distribuído em 13% do sexo feminino e 52% sexo masculino, não possuíam a dislipidemia 35%, distribuído em 11% do sexo feminino e 24% do sexo masculino. Atividade física só está presente em 8% da população, sendo o sedentarismo o fator de risco mais elevado nessa população, o etilismo 46% já realizavam consumo de álcool. DM e Tabagismo, dos 100% da população estudada 50% da população eram diabéticos e 50% fumantes. Desses 50% de diabéticos, 6% eram do sexo feminino e 44% do sexo masculino. O tabagismo 12% eram do sexo feminino e 36% masculino. O estresse e distúrbio de ansiedade 57% não possuíam essa característica, já o uso de drogas ilícitas somente 9% da população utiliza, sendo a maconha a droga com incidência.

Na análise do gráfico pacientes com IAM por Gênero, observa que o número de pacientes do sexo masculino acometidos por IAM é maior do que do sexo feminino. Este resultado está de acordo com, Mussi e Teixeira (2018) os homens tem maior vulnerabilidade para adoecer do que as mulheres justificam assim o aparecimento de doenças crônicas e morrem mais precocemente os homens do que mulheres. A cada três mortes de adultos, duas são de homens. O tempo de vida média dos homens, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças cardiovasculares (DCV).

Ainda sobre gênero, Medeiros *et al.* (2018) apontaram que no período de 2008 a 2016 notificações de 21.398 casos de óbitos por IAM ocorridos no Brasil entre homens e mulheres de 30 a 59 anos. Na maioria das regiões, o sexo masculino apresentou maior predominância de mortes notificadas com 13.587 óbitos e 7.811 no sexo feminino.

Os fatores de risco que contribuem para adoecimento do sexo masculino foram apontados por Mussi e Teixeira (2018) como sendo, doenças isquêmicas do coração e cardiovascular em adultos jovens, o coeficiente de mortalidade por DCV é

cerca de 50% maior na população masculina comparado à feminina. Os homens apresentam comportamentos que expressam resistência ao cuidado à saúde e estão associados a fatores socioculturais e institucionais que, conjunta ou individualmente, fomentam a exposição às situações de risco e à dificuldade de reconhecerem suas necessidades de saúde, eles procuram menos os serviços de saúde, não realizam o monitoramento de sua saúde e não fazem prevenção e controle dos fatores de risco cardiovascular.

No que se refere à caracterização clínica de pacientes com IAM, verifica-se que a faixa etária, predominou de 41 anos a 49 anos com 58%. Vários estudos demonstraram que apesar da faixa etária com maior probabilidade de se acometido pelo infarto agudo do miocárdio é dos 60 anos aos 69 anos, o número de infarto abaixo entre pacientes adultos jovens tem aumentado muito, segundo dados do DataSUS, do Ministério da Saúde, em 2013 houve um crescimento de 13% de infartos entre adultos com idade abaixo dos 50 anos (DATASUS, 2019).

Em relação a dislipidemia, dos 100 prontuários pesquisados 65% possuíam dislipidemia ou alguma alteração dos níveis de colesterol, sendo 13% do sexo feminino com dislipidemia e 52% do sexo masculino. Dislipidemias, também chamadas de hiperlipidemias, referem-se ao aumento dos lipídios (gordura) no sangue, principalmente do colesterol e dos triglicerídeos. O colesterol é uma substância semelhante à gordura com função importante em muitos processos bioquímicos do organismo. Ele é um importante constituinte das membranas das células e das lipoproteínas que são as proteínas que transportam o colesterol no sangue. É também precursor dos ácidos biliares e de alguns hormônios e da vitamina D. Sem uma quantidade adequada de colesterol no sangue a vida não seria possível. O excesso de colesterol no sangue é um dos principais fatores de risco da aterosclerose (SBC, 2018).

Na aterogênese (formação de lesões ateromatosas), o papel do colesterol total, particularmente o contido nas partículas de LDL (LDL-C), resultam de uma série de estudos observacionais e experimentais nas últimas décadas, passando por estudos pré-clínicos, patológicos, clínicos e genéticos, em diferentes populações (SBC, 2018).

Observou-se que em relação a prática de atividade física 92% da população estudada, não realizavam nenhuma atividade física. De acordo com a SBC (2018), os estudos ao longo das últimas décadas evidenciaram que a prática do exercício físico, exerce um papel muito importante na prevenção e no tratamento de DCV. O exercício físico melhora a estrutura e a função vascular, sendo assim o endotélio, aumenta a biodisponibilidade de óxido nítrico e diminui a concentração de endotelina.

A maioria dos pacientes deste estudo eram sedentários. Segundo a SBC (2018), o sedentarismo destaca-se entre os maiores fatores de risco na mortalidade global. A prática regular de exercícios físicos aeróbios é associada a decréscimo da morbidade e mortalidade cardiovascular, comprovadamente reduzindo o risco de evento coronariano fatal e não fatal em indivíduos aparentemente saudáveis, com escore de risco coronariano elevado e também em cardiopatas.

O uso do álcool e o etilismo, foi observado em 54% da população e 46 % não faziam uso de bebidas alcoólicas. A OMS ressalta que ocorreu o aumento do consumo de álcool per capita no Brasil de 43,5% em dez anos e agora supera a média internacional. Em 2006, cada brasileiro a partir de 15 anos bebia o equivalente a 6,2 litros de álcool puro por ano. Em 2016, a taxa chegou a 8,9. Com isso, o País figura-se na 49.^a posição do ranking mundial entre os 193 avaliados. O consumo de álcool é um fator causal em mais de 200 doenças e lesões. Está associado ao risco de desenvolvimento de problemas de saúde, tais como distúrbios mentais e comportamentais, incluindo dependência ao álcool, doenças não transmissíveis graves, como cirrose hepática, alguns tipos de câncer e doenças cardiovasculares, bem como lesões resultantes de violência e acidentes de trânsito (OMS, 2019).

No que diz respeito a DM, de acordo com a Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). 50 % da população estudada tinha o diagnóstico de DM, 44 % do sexo masculino e 6% do sexo feminino. Várias são as evidências clínicas e epidemiológicas que sustentam o conceito de que indivíduos com DM, tipo 2 apresentam risco cardiovascular aumentado (SBD, 2018).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) os pacientes com diabetes podem ter Doença Arterial Coronariana (DAC) e não apresentar sintomas.

Cerca de um, em cada cinco, apresenta isquemia silenciosa, já um em cada 15, sofre de isquemia grave, o que se verifica quando testes mais sensíveis, como cintilografia miocárdica ou ecocardiograma de estresse são realizados (SBC, 2018). Quanto ao Tabagismo 50 % dos pacientes eram tabagistas, sendo 38% do sexo masculino e 12% do sexo feminino. De acordo com Stefanini (2011) o tabagismo é considerado um dos mais importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares, a nicotina eleva a frequência cardíaca e a probabilidade de espasmo dos vasos sanguíneos, aumentando, portanto, a predisposição da formação de coágulos na placa aterosclerótica. Neste sentido, o risco do tabagista a desenvolver infartos e angina é altíssimo (ALVES *et al.*, 2017).

O tabagismo, também está associado a exposição à fumaça do cigarro causando prejuízos e vasodilatação dependente do endotélio em artérias coronárias, assim, como em leitos microvasculares (SBC, 2018).

Nesse estudo, observou que a HA estava presente em 89% da população estudada, sendo 22% do sexo feminino e 67% do sexo masculino. E somente 11% não apresentavam HA. Dados norte-americanos de 2015 revelaram que HA estava presente em 69% dos pacientes como primeiro episódio de IAM, 77% de Acidente Vascular Encefálico (AVE), 75% com Insuficiência Cardíaca (IC) e 60% com Doença Arterial Periférica (DAP). A HA é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE (SBC, 2018).

Na coleta de dados referente ao estresse e distúrbio de ansiedade, foi observado que 43% da população possuíam relato de estresse e distúrbio de ansiedade e 57% não tinham relato de estresse e distúrbio de ansiedade. De acordo com Gomes *et al.* (2016) os fatores do estresse e o risco cardiovascular, totalizam 90% da população mundial, esse fator está diretamente ligado às doenças do aparelho circulatório, que estão entre as principais causas de óbitos nos Brasil. Ainda sobre o estresse, o eixo hipotálamo pituitária adrenal, quando ativado, causa uma série de alterações neuroendócrinas no organismo, como o aumento da frequência cardíaca e a elevação da pressão arterial, dentre outras. Os efeitos psicológicos são desencadeados, como ansiedade, déficit na atenção e na memória. Sendo assim, o estresse é um grave fator de risco para doenças cardiovasculares.

Esses dados nos alertam para a necessidade do cuidado da nossa saúde mental e psicológica e colabora para o acometimento do IAM.

O uso de drogas ilícitas, encontrado foi pequeno na coleta de dados, entretanto, sabemos que aumento do uso de drogas ilícitas na nossa sociedade tem aumentado consideravelmente. Por esse motivo criou-se a Política Nacional de Saúde Mental, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), esse compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país, para organizar a assistência às pessoas com necessidade de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. Atinge pacientes com depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas) (MS, 2017).

Relacionado ao uso de drogas ilícitas, conforme o estudo de Antunes e Ramos (2014) todas as substâncias psicoativas e ilícitas, potencializa o risco cardiovascular, entretanto, a cocaína tem sido a substância mais frequentemente associada a ocorrência de doenças cardíacas, como o IAM, angina, aceleração do processo de aterosclerose, miocardite, cardiomiopatia, arritmias, hipertensão arterial sistêmica, dissecação aórtica e endocardite.

Muitos prontuários analisados não tinham com clareza os dados escritos de estresse, distúrbio de ansiedade, uso de drogas ilícitas e dificuldade a análise. De acordo com Caixeiro *et al* (2008), o registro de enfermagem no prontuário constitui-se de um mecanismo de comunicação entre os profissionais de saúde, documento respaldado legalmente para o paciente, o profissional e para a instituição de saúde. O prontuário é essencial para avaliação do cliente e desenvolvimento da assistência prestada.

Os pacientes que recebiam alta hospitalar após internação na UCO eram encaminhados para o ambulatório de cardiologia desse hospital, onde eles tinham atendimento com a equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e farmacêuticos). O atendimento prestado no ambulatório permitia que os pacientes da UCO tivessem melhor assistência, evitando muitas das vezes reinternação. Os pacientes pós alta são orientados sobre a importância do uso regular das medicações, hábitos alimentares, fisioterapia para fortalecimento

cardiorrespiratório, apoio psicológico e cuidados de enfermagem e médicos específicos. Esses pacientes são acompanhados mensalmente ou de 3 em 3 meses até que recebe alta do laboratório.

O planejamento da alta ela inicia na admissão do paciente, a alta hospitalar precisa ser segura e qualificada. Os profissionais de saúde devem fornecer todo o apoio à família, acolher, orientar, envolvendo o usuário e familiar nas decisões relacionadas ao tratamento e disponibilizar os encaminhamentos específicos à atenção aos cuidados durante a internação hospitalar (ROCHA, 2016).

Compreende-se que o conhecimento sozinho não seja suficiente para realizar mudanças de comportamento, é necessário que sejam fornecidos subsídios para as pessoas adquirirem autonomia para uma tomada de decisão mais consciente e condizente com sua real situação e necessidade de saúde (OLIVEIRA; PÜSCHEL, 2013).

7. CONCLUSÃO

Percebe-se, que o objetivo desse estudo foi alcançado considerando que a maioria dos pacientes com IAM, já possuíam diagnóstico prévio de HA, DM, não realizavam atividade física, alteração do colesterol, tabagista, etilista, do sexo masculino e a faixa etária predominante foi dos 41 aos 50 anos.

De acordo com o esse estudo, o paciente com IAM possuem perfil clínico e fatores de risco que contribuem para o adoecimento.

Apesar de vários programas do governo voltados para prevenção e promoção da saúde como Hipertensão, controle do tabagismo, etilismo a prática de atividade física e outros. Ainda é necessário fomentar as estratégias governamentais de promoção da saúde, como objetivo de aumentar o conhecimento sobre os fatores de risco para DCNT e como consequência, modificar o estilo de vida das pessoas acometidas com IAM ou excluir ou controlar os fatores de risco daquelas pessoas que possuem algum fator de risco.

As variáveis de uso de medicamentos prévios não foram possíveis serem analisadas devido a falta de dados nos prontuários e exatidão dessas informações. Referente às variáveis; uso de drogas ilícitas, estresse e distúrbios da ansiedade existem poucos estudos relacionados ao risco ao IAM. Após estes resultados observa-se a necessidade de maior investimento em estudos primários a partir dos resultados desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALVES, Edna Aparecida; *et al.* Infarto Agudo do Miocárdio: a importância do profissional de enfermagem em um sistema de triagem estruturado. **Revista Saúde em Foco** – Edição nº 9 – Ano: 2017. Disponível em: http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2017/074_infartoagudo_domiocardio.pdf Acesso em: 20 março de 2019.

ANTUNES, Manuella Leanza Derouineau; RAMOS, Vânia Pinheiro. **Prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares em usuários de drogas.** 2014 Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/616030/876489/Prevalencia_dos_fatores_de_risco_para_doen%C3%A7as.pdf. Acesso em: 20 março de 2019.

BONOW, R. D; *et al.* Braunwald: Tratado de doenças cardiovasculares. 9ªed ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p.1112.

BOURBON, Mafalda; *et al.* Doenças cardiovasculares. INSA. **Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.** Portugal, 2016. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/DoencasCardiovasculares.pdf> Acesso em: 20 março de 2019.

BONOTTO, Gabriel Missaggia, *et al.* Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.1, p.293-302, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0293.pdf> Acesso em: 20 março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / **Ministério da Saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p.148. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf Acesso em: 20 março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p.130. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf Acesso em: 20 março de 2019.

CAIXEIRO, Sandra Maria Oliveira; DARGAM, Bianca; THOMPSON, Grace Nascimento. Comunicação escrita: importância para os profissionais de enfermagem nas salas de pré-parto. **Rev. enferm. UERJ**; v.16, n.2; p. 218-223, abr.-jun. 2008.

Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a13.pdf> Acesso em: 20 março de 2019.

COSTA, Francisco Ariel Santos da; *et al.* Perfil demográfico de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil: revisão integrativa. **Revista de Políticas Públicas, SANARE**, Sobral, Ceara. v.17 n.02, p.66-73, Jul./Dez., 2018. Disponível em: Acesso em: 20 março de 2019. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1263> Acesso em: 20 março de 2019.

DATASUS, Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Dados do DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) Morbidade hospitalar do SUS – por local de internação. **Ministério da Saúde**, 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niMG.def> Acesso 28 de Junho de 2018

DATASUS, Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Dados do DATASUS demonstram o número de casos de Infarto Agudo do Miocárdio em São Paulo, **Portal da Saúde**, 2019. Disponível em : <http://datasus.saude.gov.br/nucleos-regionais/sao-paulo/noticias-sao-paulo/602-dados-do-datasus-demonstram-o-numero-de-casos-de-infarto-agudo-do-miocardio-em-sao-paulo> Acesso 28 de Junho de 2018

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. Editora Atlas. 6ªed. São Paulo, 2008.

GOMES, Cármen Marilei; *et al.* Estresse e risco cardiovascular: intervenção multiprofissional de educação em saúde. **Rev Bras Enferm [Internet]**. v.69, n.2, p.351-9. Marc/abr., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0351.pdf> Acesso 28 de Junho de 2018.

LANGOWISKI, André Ribeiro. Linha guia de Infarto Agudo do Miocárdio. **Superintendente de Atenção à Saúde – SAS**. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.2017. p.48. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaInfartoMiocardio_2017.pdf Acesso em: 20 março de 2019.

MEDEIROS, Tatiana Laís Fonsêca de; *et al.* Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.2, n.2, p.565-72, fev., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/230729/27889> Acesso em: 20 março de 2019.

MERTINS, Simone Mathioni; *et al.* Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Revista Avances em Enfermagem**. v.34, n.1, p.30-38. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n1/v34n1a04.pdf> Acesso em: 20 março de 2019.

MS. Ministério da Saúde Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Portal saúde**. Julho de 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>. Acesso em: 20 março de 2019.

MUSSI, Fernanda Carneiro; TEIXEIRA, Jules Ramon Brito. Fatores de risco cardiovascular, doenças isquêmicas do coração e masculinidade. **Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]**. v.34, n.2, mar. 2018. Disponível em: <http://revenirmeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1613/354>Acesso em: 20 março de 2019.

OLIVEIRA, Larissa Bertacchini de; PÜSCHEL, Vilanice Alves de Araújo. Conhecimento sobre a doença e mudança de estilo de vida em pessoas pós-infarto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 4, p. 1026-1033, 2013. Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/pdf/v15n4a21.pdf > Acesso em: 20 março de 2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Doença cardiovascular. **World Health Organization [Internet]**. 2019. Disponível em: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/# Acesso em: 20 março de 2019.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças cardiovasculares**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=comcontent&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE OPAN Acesso em: 20 de março de 2019.


Rocha, Ana Letícia Alves. Integralidade no acesso a política de saúde em transplantes em um Hospital-escola. **Tese [on line]**, São José do Rio Preto; s.n; 2016. 20 p. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ses-32329> Acesso em: 20 de março de 2019.

SBC. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arq Bras Cardiol**, v.111, n.3, p.436-539, 2018. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v11103/pdf/11103021.pdf> Acesso em: 20 março de 2019.

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018** / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo: Editora Clannad, 2018. <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>

SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa da; RAMALHO, Walter Massa. Cenário epidemiológico do Brasil em 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas. **Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 16p. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/17-PJSSaudeAmanha_Texto0017_A4_07-01-2016.pdf Acesso em: 20 março de 2019.

APÊNDICE

 <p>Programa de Pós Graduação em Enfermagem Escola de Enfermagem da UFMG</p>	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	Número do questionário:
		Data da coleta: / / 2018
		Leito:
1 <input type="checkbox"/> Unidade CLÍNICA		2 <input type="checkbox"/> Unidade CIRÚRGICA
Dados Sócio demográficos		
NOME:		Prontuário:
Idade (em anos): / 2018	Sexo: 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino	Data internação: / /
Escolaridade: 1 <input type="checkbox"/> Analfabeto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental 3 <input type="checkbox"/> Médio 4 <input type="checkbox"/> Superior 5 <input type="checkbox"/> Não informado		
Estado Civil: 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado / União estável 3 <input type="checkbox"/> Divorciado / separado 4 <input type="checkbox"/> Viúvo(a) 5 <input type="checkbox"/> Não informado		
Renda Familiar: 1 <input type="checkbox"/> sem renda 2 <input type="checkbox"/> ≤ 1 salário 3 <input type="checkbox"/> 1-2 salários 4 <input type="checkbox"/> ≥ 2 salários 5 <input type="checkbox"/> outro: 6 <input type="checkbox"/> Não informado		
Profissão: _____ Desempregado	Ocupação: 1 <input type="checkbox"/> Aposentado 2 <input type="checkbox"/> Do lar 3 <input type="checkbox"/>	
4 <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cidade / Bairro de origem:		
Procedência: 1 <input type="checkbox"/> PA 2 <input type="checkbox"/> UPA 3 <input type="checkbox"/> Enfermaria 4 <input type="checkbox"/> Outro:		
Local de admissão(cidade):	Hospital:	
Chegada ao serviço: 1 <input type="checkbox"/> SAMU 2 <input type="checkbox"/> PM 3 <input type="checkbox"/> Bombeiro 4 <input type="checkbox"/> Familiares/amigos 5 <input type="checkbox"/> Próprio paciente		
Hábitos de vida		
Padrão de sono: 1 <input type="checkbox"/> Preservado 2 <input type="checkbox"/> Bom 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Não dorme 6 <input type="checkbox"/> Não informado	Quantas horas sono?	
Atividade física: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Quanto tempo por semana:	Qual atividade:
Tabagismo: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não informado	Cigarros/dia _____ Anos/maço:	
Ex-tabagista: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não informado		
Fumava _____ cigarros/dia	Fumou por _____ anos	Parou há _____ anos

Etilismo:	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Não informado	Qual?	Quantidade?
Outras drogas:					
Doenças Prévias / Fatores de risco cardiovasculares					
1 <input type="checkbox"/> Dislipdemia	2 <input type="checkbox"/> História familiar DCV		3 <input type="checkbox"/> Diabetes		
4 <input type="checkbox"/> Hipertensão	5 <input type="checkbox"/> Obesidade		6 <input type="checkbox"/> Cardiopatias		
7 <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal	8 <input type="checkbox"/> Tabagismo		9 <input type="checkbox"/> Etilismo		
10 <input type="checkbox"/> IAM prévio Hipotireoidismo	11 <input type="checkbox"/> ACV prévio		12 <input type="checkbox"/>		
13 <input type="checkbox"/> Hipertireoidismo / tireotoxicose	14 <input type="checkbox"/> Depressão		15 <input type="checkbox"/> Sedentarismo		
16 <input type="checkbox"/> DPOC	17 <input type="checkbox"/> IC				
Passado cirúrgico e intervenções invasivas					
1 <input type="checkbox"/> CATE (data e nº)					
2 <input type="checkbox"/> ICP (data e nº)					
3 <input type="checkbox"/> CRVM (data)					
4 <input type="checkbox"/> Outras:					
Medicações em uso					
Diuréticos:	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Uso regular	Qual?	
Anti-hipertensivos:	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Uso regular	Qual?	
Antiagregante plaquetário:	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Uso regular	Qual?	
Anticoagulantes:	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Uso regular	Qual?	
Antidepressivos / ansiolíticos:	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Uso regular	Qual?	
β – Bloqueadores:	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Uso regular	Qual?	
Outros:					
Diagnóstico Médico na UCO					
1 <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca (IC)	2 <input type="checkbox"/> IAM com SST		3 <input type="checkbox"/> IAM sem SST		
4 <input type="checkbox"/> Aneurisma de Aorta Abdominal	5 <input type="checkbox"/> Síndrome Coronariana Aguda (SCA)		6 <input type="checkbox"/> Arritmia		
7 <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória (PCR) Congênita	8 <input type="checkbox"/> Taquicardia Supra ventricular (TSV)		9 <input type="checkbox"/> Cardiopatia		
10 <input type="checkbox"/> Crise Hipertensiva	11 <input type="checkbox"/> TEP		12 <input type="checkbox"/> Angina estável		
13 <input type="checkbox"/> Angina instável Cardiogênico	14 <input type="checkbox"/> FA		15 <input type="checkbox"/> Choque		
16 <input type="checkbox"/> BAV 2º grau e 3º grau Tamponamento cardíaco	17 <input type="checkbox"/> Pericardite		18 <input type="checkbox"/>		
19 <input type="checkbox"/> Choque Septico					
Informações adicionais					
Colonização por microrganismo multirresistente:		1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	Qual?	

