



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS
DE IAMCSST EM SERGIPE – REGISTRO VICTIM**

JACKELINE ANDRADE DE PINHO

Aracaju/SE

2017

JACKELINE ANDRADE DE PINHO

**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS
DE IAMCSST EM SERGIPE – REGISTRO VICTIM**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Augusto Soares Barreto-Filho

Aracaju/SE

2017



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

É concedida à Universidade Federal de Sergipe permissão para reproduzir cópias desta monografia e emprestar ou vender tais cópias somente para propósitos acadêmicos e científicos. O autor reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte deste trabalho acadêmico pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor.

Jackeline Andrade de Pinho

Aracaju/SE

2017

JACKELINE ANDRADE DE PINHO

**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS
DE IAMCSST EM SERGIPE – REGISTRO VICTIM**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Autora: Jackeline Andrade de Pinho

Orientador: Prof. Dr. José Augusto Soares Barreto Filho

Aracaju/SE

2017

JACKELINE ANDRADE DE PINHO

**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS
DE IAMCSST EM SERGIPE – REGISTRO VICTIM**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Augusto Soares Barreto-Filho.

Aprovada em ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Aracaju/SE

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por seu amor soberano, por permitir que eu realizasse meu grande sonho de ser médica, por ter me banhado de fé e determinação para que eu lutasse contra todos os obstáculos até o fim. Toda honra e glória a ti senhor.

Agradeço também aos meus pais, pelo apoio incondicional, por terem abraçado os meus sonhos como se fossem de vocês. Não chegaria até aqui sem vocês, amo-os demais.

Gostaria de prestar um agradecimento especial ao meu orientador e grande mestre, professor José Augusto Barreto Filho, pela oportunidade concedida de poder participar do estudo VICTIM, por aprender a cada encontro não somente a ser médica, mas também a ser humana, a ter sabedoria e humildade diante das mais diversas situações que a profissão me desafiar. O senhor é nosso grande exemplo de profissional e vida. Muito obrigada professor!

Agradeço também ao estudo VICTIM, pesquisa da qual sinto orgulho em fazer parte e às coorientadoras Laís Oliveira, Ticiane Munareto, Jussuely Oliveira e Larissa Andreline, obrigada pelo tempo dedicado e por todos os ensinamentos e paciência na construção deste trabalho. Vocês foram fundamentais meninas. A Ikaro, estatístico do nosso estudo, obrigada pela ajuda com as tabelas.

Aos amigos que escolhi para toda vida: Isadora, Vitor, Suiany obrigada pelo apoio mútuo nessa pesquisa e em toda faculdade, tudo seria mais difícil sem o amor de vocês. A Vinicius meu grande amigo, pela ajuda com as traduções. A minha irmã Letícia pelo auxílio diante das minhas dúvidas com formatação de texto e pela compreensão com as horas de estudo necessárias em nosso quarto. A Layla por seu conhecimento compartilhado com regras e normas necessárias à confecção deste trabalho. Ao meu namorado Matheus, pelo incentivo à construção de uma monografia cuidadosa, pela compreensão e disposição em me ajudar com o que foi necessário para que meu trabalho fosse concluído.

A todos que de alguma forma torcem por minha felicidade, muito obrigada! Tudo conquistado com trabalho e determinação se torna primoroso.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AP: Angioplastia Primária
- AVC: Acidente Vascular Cerebral
- BRE: Bloqueio Ramo Esquerdo
- CK-MB: Creatinofosfoquinase – MB
- CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CRF: Case Report Form
- DAC: Doença Arterial Coronariana
- DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DCI: Doença Cardíaca Isquêmica
- DCV: Doenças Cardiovasculares
- DM: Diabetes Mellitus
- ECG: Eletrocardiograma
- HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica
- IAM: Infarto Agudo do Miocárdio
- IAMCSST: Infarto agudo do miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST
- IAMSSST: Infarto agudo do miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST
- IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICP: Intervenção coronária percutânea
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- PA: Pressão Arterial
- RM: Revascularização Miocárdica
- SCA: Síndrome Coronariana Aguda
- SUS: Sistema Único de Saúde
- TC: Tomografia Computadorizada
- TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- VICTIM: Via Crucis para o Tratamento do Infarto do Miocárdio

SUMÁRIO

I- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	9
1.1- EPIDEMIOLOGIA	9
1.2- DEFINIÇÃO	10
1.3- DIAGNÓSTICO	10
1.4- ETIOGENIA E FISIOPATOGENIA	12
1.5- QUADRO CLÍNICO	13
1.6- TRATAMENTO	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
II- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	20
III- ARTIGO ORIGINAL	30
3.1- RESUMO.....	31
3.2- ABSTRACT.....	33
3.3- INTRODUÇÃO	34
3.4- MATERIAIS E MÉTODOS	35
3.5- RESULTADOS.....	36
3.6- DISCUSSÃO	38
3.7- CONCLUSÃO	42
3.8- AGRADECIMENTOS.....	43
3.9- POTENCIAL CONFLITO DE INTERESSES.....	43
3.10- FONTES DE FINANCIAMENTO	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
4.0- ANEXOS	45
TABELA 1	46
TABELA 2.....	47
TABELA 3.....	48

I- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1- EPIDEMIOLOGIA

As doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no Brasil e no mundo, sendo responsáveis por cerca de 32% da mortalidade geral, além de ser o terceiro motivo de internações (SOARES et al., 2009).

De acordo com dados do sistema de informática do SUS (DATASUS), cerca de 100 mil pessoas morrem anualmente por infarto agudo do miocárdio (IAM), no Brasil. Em 2012 cerca de 49511 homens e 34602 mulheres morreram por IAM e em 2013, o mesmo DATASUS apontou esse evento como principal causa de morte no país. Houve também um aumento de 48% entre os anos de 1996 a 2011. Tendência esta que se persistir, em 2020 o infarto será a principal causa isolada de morte (SCHMIDT et al., 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 17,5 milhões de pessoas morreram devido às doenças cardiovasculares (DCV) em 2012. Dessas mortes, cerca de 7,4 milhões foram devido à doença cardíaca coronariana (WHO, 2016).

Das 56,4 milhões de mortes no mundo em 2015, cerca de 15 milhões foram lideradas por doença cardíaca isquêmica (DIC) e acidente vascular cerebral (AVC). Estas doenças se mantiveram como principal causa de morte mundial nos últimos 15 anos (WHO, 2017).

Os estudos mostram que a maioria das mortes por infarto acontecem nas primeiras horas do início do quadro clínico da doença, sendo 40 a 65% na primeira hora e cerca de 80% das mortes nas primeiras 24 horas do início dos sintomas (PIEGAS et al., 2015). Ademais, outros estudos apontam que a mortalidade do IAM é maior no sistema público quando comparado ao privado, no Brasil. Esse fato é atribuído às dificuldades de acesso dos pacientes aos métodos de reperfusão e às internações nas unidades de terapia intensiva, entre outros entraves (MARINO et al., 2016).

Um outro estudo feito na Bahia com o total 150 pacientes admitidos no sistema privado e público com diagnóstico de IAM, mostrou evolução clínica mais favorável dos pacientes privados (81% killip I) quando comparados aos pacientes do SUS (52,8% Killip I). Além disso, este mesmo estudo mostrou maior internação em UTI (94%) e

menor mortalidade (15%) dos pacientes privados quando comparados aos do serviço público (8%) e (85%), respectivamente (FERREIRA et al., 2009).

1.2- DEFINIÇÃO

A doença arterial coronariana pode apresentar-se cronicamente como angina estável ou diante de uma isquemia aguda como síndrome coronariana aguda, subdividindo-se em angina instável no qual não há elevação dos marcadores de necrose do miocárdio e IAM com supradesnivelamento de ST (IAMCSST) no eletrocardiograma (ECG) e necessidade de intervenção imediata ou IAM sem supradesnivelamento de ST (IAMSSST) (CANNON et al., 2013; ANTMAN et al., 2013).

Definimos IAM quando há evidência de necrose miocárdica em um contexto clínico de isquemia, associados a marcadores de necrose miocárdica e ao menos um dos seguintes critérios: Sintomas sugestivos da isquemia; alterações no eletrocardiograma (ECG) como surgimento de novas ondas Q, alterações no seguimento ST ou novo bloqueio do ramo esquerdo (BRE); perda do miocárdio viável em exame de imagem e/ou identificação de trombo intracoronariano por angiografia (Arq.Bras.Cardiol, 2014).

O IAM está relacionado ao desequilíbrio entre a demanda e a oferta de oxigênio ao tecido, devido à obstrução da artéria coronariana por placas ateromatosas, trombo ou êmbolo (PIRES E STARLING, 2006). O IAM também pode ser causado devido à reestenose em pacientes que realizaram intervenção coronariana percutânea (ANTMAN et al., 2013).

1.3- DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é baseado no quadro clínico do paciente, alterações no eletrocardiograma e na elevação das enzimas cardíacas. (LOZOVY et al., 2008). Segundo o Ministério da Saúde, para que o paciente receba tratamento de reperfusão em tempo adequado e diminua morbi-mortalidade do IAM, é necessário reconhecimento e tratamentos precoce da doença.

O IAMCSST é caracterizado pelo supradesnivelamento do segmento ST em duas derivações consecutivas maior que 0,1 mv ou novo bloqueio de ramo esquerdo no eletrocardiograma, bem como a detecção ou não da elevação das enzimas CKMB e troponina em 24 horas do quadro clínico (SCHMIDT et al.,2015).

De acordo com as derivações que apresentarem a elevação do segmento ST no ECG, é possível realizar a análise topográfica do segmento isquêmico afetado no IAM. Elevação de ST em D2, D3 E AVF representa IAM de parede inferior; De DI e AVL parede lateral alta; De V1,V2,V3,V4,V5 e V6, D1 e AVL parede anterior extensa; V1,V2 e V3 parede anterossseptal; anterolateral V4,V5 e V6, D1 e AVL; parede dorsal V7 e V8. Podemos encontrar também infarto do ventrículo direito, com o aparecimento de elevação do segmento ST > 1mm nas derivações direitas: V1, V3R,V4R,V5R e V6R. Em geral associa-se ao infarto da parede inferior e ou lateral. Segundo este mesmo artigo, a artéria culpada mais frequente no IAM é a descendente anterior (entre 44% a 56%), seguida pela coronária direita e circunflexa (FILHO et al.; 2011).

Em geral são realizadas três dosagens seriadas entre 9 a 12 horas do início do quadro clínico. A creatino-quinase com as subunidades M e B (CK-MB) começa a elevar-se entre 3 a 8 horas do início do infarto e apresenta pico em 24h com queda de seus valores após 72 a 96 horas. Sua especificidade é de cerca de 45% para o músculo cardíaco e cerca de 1% para o músculo esquelético. (ANDRIOLO et al.,2007).

Em comparação com CK-MB, a troponina apresenta-se mais sensível nas primeiras horas do IAM, além de especificidade de aproximadamente 100% e mantém-se elevada por até 10 dias. Para o diagnóstico, são dosadas as subunidades de troponina tipo T e I, pois estas permitem a seus níveis começam a se elevar entre 4 a 6 horas do quadro inicial de IAM, com pico em até 11 horas. Para produção e anticorpos específicos detectados com o método ELISA. (LOZOVYOY et al., 2008).

A mioglobina é útil para observar-se reinfarto cardíaco pois seus valores aumentam de 1 a 2 horas dos sintomas, atingindo pico em 12 horas e queda em 24horas, porém não é específica do músculo cardíaco, podendo elevar-se também em lesões musculares esqueléticas e renais. (ANDRIOLO et al.; 2007).

1.4- ETIOGENIA E FISIOPATOGENIA

Sabe-se que os eventos isquêmicos cardiovasculares são frutos de um processo inflamatório dinâmico conhecido como aterosclerose (STEPTOE; BRYDON, 2006). Esta é uma doença inflamatória crônica que acomete a camada íntima das artérias de médio e grande calibre, de origem multifatorial como hipertensão, dislipidemia e tabagismo. A agressão ao endotélio e sua consequente disfunção, aprisionam partículas de LDL que sofrem oxidação. Proteínas quimiotáticas induzem monócitos que migram para o espaço subendotelial e transforma-se em macrófagos. Estes, captam LDL oxidadas e transformam-se em células espumosas que são o principal componente das lesões macroscópicas da lesão aterosclerótica. Há também a migração e proliferação das células musculares lisas para a camada íntima, produzindo matriz extracelular, componente da capa fibrótica (XAVIER et al., 2015).

A ruptura ou erosão da placa levará à exposição de material altamente trombogênico, formação do trombo e consequente Síndrome Coronariana Aguda (STEPTOE; BRYDON, 2009).

O turbilhonamento sanguíneo seja por aumento da frequência cardíaca ou dos níveis pressóricos, a ausência de equilíbrio entre os fatores pró-coagulantes e anti-trombóticos e a vasoconstrição coronariana são fatores que podem levar à ruptura da placa aterosclerótica. (STEPTOE; BRYDON, 2009).

Uma estenose causada pela placa de ateroma de até 40% não altera o fluxo, sendo compensado através do esforço. Porém essas placas podem romper-se e juntamente com trombose, obstruir os vasos levando a infarto agudo do miocárdio. Estenoses de 80 a 90% provocam diminuição do fluxo mesmo em repouso e angina estável (GIRALDEZ et al., 2009).

A região subendocárdica cardíaca tem maior consumo de oxigênio que a região epicárdica, devido à maior compressão na parede, tornando-se uma região mais propícia à isquemia. Quando há obstrução do fluxo coronariano na região epicárdica, há também uma queda de fluxo na região endocárdica, que normalmente já havia uma dilatação máxima para manutenção da irrigação nesta região cardíaca. Assim, diante da obstrução dos vasos em região epicárdica, há redistribuição do fluxo priorizando a região epicárdica e consequentemente necrose do miocárdio da região subendocárdica (menos irrigada) para a subepicárdica, representado pelo supradesnivelamento de ST no eletrocardiograma (GIRALDEZ et al., 2009).

O endotélio tem função protetora, liberando mediadores como óxido nítrico e prostaciclina para vasodilatação e proteção da agregação plaquetária. Ao sofrer lesão por uma placa de ateroma, por exemplo, esse endotélio perde sua capacidade protetora e libera substâncias como a serotonina que levarão à vasoconstrição (GIRALDEZ et al., 2009).

Vale ressaltar também que com a erosão ou ruptura da placa, a cascata de coagulação é ativada e assim os fatores VII e X ativados convertem protrombina em trombina e esta converte fibrinogênio em fibrina, formando assim trombo na coronária (ANTMAN et al., 2013).

1.5- QUADRO CLÍNICO

Diversos estudos demonstram que a falta de conhecimento dos sintomas, apresentação do quadro clínico à noite, baixo nível sócio-econômico, presença de diabetes, diferenças de gênero e idade podem retardar a busca por atendimento (SAMPAIO et al., 2012).

O paciente diante de um IAM pode apresentar manifestações tipicamente anginosas (queixa mais prevalente) como dor retroesternal, em aperto (Sinal de Levine), com irradiação para membro superior esquerdo, com duração igual ou superior a vinte minutos e apenas melhora parcial diante de nitratos ou repouso. A dor pode irradiar-se também para membro superior direito, mandíbula, dorso e epigástrico, esta confundindo-se muitas vezes com indigestão (ANTMAN et al., 2013). Pode vir associado a náuseas, vômitos, sudorese, palpitações, dispnéia e síncope (PESARO et al., 2004).

Alguns pacientes, no entanto, podem apresentar manifestações atípicas do IAM, em que a não percepção ou alta tolerância à dor ainda não possui mecanismos totalmente esclarecidos, mas pode estar relacionado à redução da sensibilidade à dor (PINTO et al., 2011).

A diversidade de apresentação de manifestações atípicas de IAM dificultam o diagnóstico, devido à ausência de apresentação clínica padrão (MENYAR et al.; 2011). Os sintomas atípicos se caracterizam de maneira abrangente como ausência de dor torácica ou dor em um local diferente do padrão de IAM (dor atípica), ou ainda a presença isolada ou associada de dispnéia, síncope, náuseas, êmese ou nenhum desses sintomas (FUJINO et al.; 2016).

Diabetes, idade avançada e sexo feminino são concordantes em estudos que demonstram tais características associadas à maior prevalência de apresentação atípica do IAM (FUJINO et al.; 2016).

1.6- TRATAMENTO

O principal objetivo do tratamento do IAMCSST é a restauração do fluxo coronariano, através das terapias de reperfusão, seja ela química através dos trombolíticos ou mecânica por meio da intervenção percutânea primária (ICP), sendo esta última considerada tratamento padrão ouro no tratamento do IAMCSST. Todavia, ambas terapias podem reduzir a área cardíaca infartada, além da redução da mortalidade a curto e a longo prazo. Deve-se ressaltar o uso das mesmas em até 12 horas do início dos sintomas. A revascularização cirúrgica é menos frequente, realizada em situações especiais (FERRARI, MANENTI, THOMAS JR, 2007; PIEGAS et al.,2015).

A intervenção percutânea primária (ICP) é definida como processo de recanalização mecânica (PIEGAS et al.; 2015) para restauração do fluxo coronariano obstruído, com ou sem implante de stents. Estes podem ser convencionais (maioria utilizada pelo SUS) ou farmacológicos. Estudos mostram que os stents farmacológicos apresentam menores taxas de reintervenção (redução de estenose), porém não é descartada a ocorrência de trombose à longo prazo com o uso destes (TAKIMURA et al.; 2014).

Com a ICP há maior taxa de sucesso na reperfusão completa da coronária obstruída, porém há pequenos riscos de nefropatia grave devido ao contraste iodado (cerca de 2%), ou ainda de taquicardia ou fibrilação ventricular, além de menores conseqüências como hematomas e sangramentos relacionados ao acesso vascular (linha de cuidado iam rede de atenção à urgência).

São muitas as evidências científicas a respeito dos benefícios clínicos trazidos com a intervenção percutânea primária (ICP). Entretanto, ter acesso à intervenção em tempo hábil parece ser crucial na redução da área cardíaca infartada, assim como na redução da mortalidade. Assim, o reconhecimento dos sintomas pela população, o diagnóstico precoce pelas equipes de saúde e a transferência para serviços especializados na ICP, são fatores-chave para o acesso desses pacientes à reperfusão em

tempo adequado (idealmente até 90 minutos, podendo estender-se até 12 horas do início dos sintomas) (BARBOSA et al.; 2014).

Estudos mostram que pacientes com maior tempo de acesso à reperfusão (entre seis a doze horas), apresentaram mais complicações quando comparados a pacientes com intervenção em menor tempo (inferior a seis horas). Idade avançada, maiores níveis pressóricos, Killip superior a II e até mesmo maior mortalidade foram associadas aos pacientes de acesso mais tardio à ICP. É possível que uma das causas desse pior desfecho clínico esteja relacionada ao atraso quanto à chegada ao pronto-socorro (BARBOSA et al.; 2014).

A presença de fatores de risco como diabetes mellitus, sexo feminino e idade avançada estão presentes em vários estudos que associam tais características à maior prevalência de apresentação atípica de infarto. Vários estudos corroboram também que a diversidade de apresentação de manifestações atípicas de IAM dificultam o diagnóstico, devido à ausência de um padrão, podendo interferir no tempo de acesso desse tipo de paciente à reperfusão (FUJINO et al.; 2016; Menyar et al.; 2011).

No tocante aos trombolíticos, estes são mais efetivos quando utilizados nas primeiras três horas dos sintomas, e apesar de eficácia reduzida, pode ainda ser utilizado nas primeiras doze horas em pacientes com permanência de dor torácica (ANTMANN.,2013). Eles vão atuar na transformação do plasminogênio em plasmina que contribui para dissolução do trombo (MEMBERS et al., 2013).

O uso de trombolíticos apesar de custo-efetivo, fácil acesso no pré-hospitalar, pode ser contra-indicado em alguns pacientes, possui menor taxa de reperfusão completa quando comparado à ICP e pode ocasionar por vezes, acidente vascular cerebral (AVC). O trombolítico mais utilizado no ambiente pré-hospitalar é o tenecteplase (TNk-TPA) utilizado em dose única em bolos de cinco a dez segundos. Quanto à ICP, esta deve ser realizada em até 90 minutos do diagnóstico confirmado de IAM, ou quando há evidências da permanência da isquemia miocárdica em até 12 a 24 horas do início do quadro (PIEGAS et al., 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRIOLO, A. Marcadores bioquímicos de lesão cardíaca. **Fleury Medicina e Saúde** (2007). Disponível em: <http://www.fleury.com.br/medicos/educacao-medica/artigos/Pages/marcadores-bioquimicos-de-lesao-cardiaca.aspx>. Acesso em: 17 de março de 2017.

ANTMAN, E. M. et al. Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento de ST. **Medicina interna de Harrison**, v. 2, ed. 18, p. 2021-2035, 2013.

BARBOSA, R.R., et al. Resultados da ICPp de Acordo com o Tempo Total de Isquemia. **Rev Bras Cardiol Invasiva**. v. 2, ed. 22, p.137-42, 2014.

BASSAN, R.; PIMENTA, L.; LEÃES, P. E.; TIMERMAN, A. Sociedade Brasileira de Cardiologia – I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. **ArqBrasCardiol**, v.79, supl. II, p.1, 2002.

CANNON, C.P., BRAUNWALD, E. Angina Instável e Infarto Agudo do Miocardio sem Supradesnívelamento do Segmento ST. **Medicina interna de Harrison**, v. 2, ed. 18, p. 2021-2035, 2013.

GUIANNINI, S.D., et al. III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v.77, supl.3, p. 1-48, Nov. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2001001500001&lng=en&nrm=iso. Acessado em 17 mar. 2017.

NICOLAU, J.C., et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do segment ST (II edição 2007, atualização 2013. **Arq. Bras. Cardiol.**; 2014; 102 (3 supl.1): 1- 61.

XAVIER, HT et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.** 2013, vol.101, n.4, suppl.1, pp.1-20. ISSN 0066-782X.

FERRARI, A.D.L.; MANENTI, E.; THOMAS JR, N.R. IAM com Supra-ST - Trombólise ou ICP: Consenso. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, Ano XVI, n. 11, 2007.

FERREIRA, G.M.T.M., et al. Maior letalidade e morbidade por infarto agudo do miocárdio em hospital público, em Feira de Santana - Bahia. **Arq. Bras. Cardiol.** 2009, vol.93, n.2, pp.97-104. ISSN 0066-782X.

FILHO, P.P; LEIVAS, J.A.S.L. O valor do ECG na identificação da Artéria Culpada no IAM. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul**, Ano XIX nº 21 Jan/Fev/Mar/Abr 2011.

FUJINO M, et al. Impact of symptom presentation on in-hospital outcomes in patients with acute myocardial infarction. **J Cardiol.** 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jjcc.2016.10.002>. Acessado em: 17 mar. 2017.

GIRALDEZ, R.R.C.V.; SERRANO, C.V.JR.; NICOLAU, J.C. **Clínica Médica-FMUSP**. 1ª Ed, v.2, São Paulo, Manoele Ed., 2009.

LOZOVVOY, M.A.B.; PRIENSNITZ, J.C.; SILVA, S.A. Infarto agudo do miocárdio: aspectos clínicos e laboratoriais. **Interbio**, v.2, n.1, 2008.

MARINO, B.C.A., et al. Perfil Epidemiológico e Indicadores de Qualidade em Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda na Região Norte de Minas Gerais - Projeto Minas Telecardio 2. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 2, p. 106-115, Ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2016004100106&lng=en&nrm=iso. Acesso em 17 mar, 2017.

MEMBERS, W.C. et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **Circulation**, v. 128, n. 16, p. e240–e327, 2013.

MENYAR A.; et al. Atypical presentation of acute coronary syndrome: A significant independent predictor of in-hospital mortality. **Journal of cardiology**. v.57, p. 165-171, 2011.

SCHMIDT, M.M.; QUADROS, A.S.; MARTINELLI, E.S.; et al. Prevalência, etiologia e características dos pacientes com infarto agudo do miocárdio tipo 2 Instituto de Cardiologia, Fundação Universitária de Cardiologia, Porto Alegre, RS, Brasil **Rev Bras Cardiol Invasiva**. v. 23 ed. 18, p. 119-123. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. DATASUS. Infarto agudo do miocárdio é primeira causa de mortes no País, revela dados do Datasus, 2014. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/559-infarto-agudo-do-miocardio-e-primeira-causa-de-mortes-no-pais-revela-dados-do-datasus>. Acesso em 15 de março de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Linha do cuidado do infarto agudo do miocárdio na rede de atenção às urgências. 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cp_06_infarto_agudo_miocardio_2011.pdf. Acesso em 17 de março de 2017.

SAMPAIO, E.S; MENDES, A.S.; GUIMARÃES, A.C; MUSSI, F.C. Percepção de Clientes com infarto do Miocárdio sobre os sintomas e a decisão de procurar atendimento. **Ciência Cuidado e Saúde**. 2012. Disponível em: http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17591/pdf_1. Acesso em: 17 de março de 2017.

SOARES, J.S.; SOUZA, N.R.M.; NOGUEIRA, J.F.; CUNHA, C.C.; RIBEIRO, G.S.; PEIXOTO, R.S. et al. Tratamento de uma coorte de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. **Arq Bras Cardiol** v. 92, n.6, p.464-71, 2009.

PESARO, A.E.P.; SERRANO JUNIOR, C.V.; NICOLAU, J.C. Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p.214-220, 2004.

PIEGAS, L.S. et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.105, n. 2, Supl. 1, Agosto 2015.

PINTO, D; LUNET, N.; AZEVEDO, A. Prevalência e determinantes de apresentação atípica de síndrome coronário agudo. **Acta Med Port**, v. 24(S2), p. 307-318, 2011.

PIRES, M. T. B.; STARLING, S.V. **Manual de urgências em pronto-socorro**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TAKIMURA, C.K., et al. Estudo Pré-Clínico de Stent com Polímero Biodegradável e Liberação Abluminal de Sirolimus. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 102, n. 5, p. 432-440, Mai 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2014000500003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cardiovascular Diseases (CVDs). Revisão em setembro de 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>. Acesso em 17 de março de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Top 10 causes of death worldwide. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>. Acesso em 17 de março de 2017.

II- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

1. Os Arquivos Brasileiros de Cardiologia (Arq Bras Cardiol) são uma publicação mensal da Sociedade Brasileira de Cardiologia, indexada no Cumulated Index Medicus da National Library of Medicine e nos bancos de dados do MEDLINE, EMBASE, LILACS, Scopus e da SciELO com citação no PubMed (United States National Library of Medicine) em inglês e português.

2. Ao submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade de o trabalho não ter sido previamente publicado e nem estar sendo analisado por outra revista. Todas as contribuições científicas são revisadas pelo Editor-Chefe, pelo Supervisor Editorial, Editores Associados e pelos Membros do Conselho Editorial. Só são encaminhados aos revisores os artigos que estejam rigorosamente de acordo com as normas especificadas. Os trabalhos também são submetidos à revisão estatística, sempre que necessário. A aceitação será feita na originalidade, significância e contribuição científica para o conhecimento da área.

3. Seções

3.1. Editorial: todos os editoriais dos Arquivos são feitos através de convite. Não serão aceitos editoriais enviados espontaneamente.

3.2. Carta ao Editor: correspondências de conteúdo científico relacionadas a artigos publicados na revista nos dois meses anteriores serão avaliadas para publicação. Os autores do artigo original citado serão convidados a responder.

3.3. Artigo Original: Os Arquivos aceitam todos os tipos de pesquisa original na área cardiovascular, incluindo pesquisas em seres humanos e pesquisa experimental.

3.4. Revisões: os editores formulam convites para a maioria das revisões. No entanto, trabalhos de alto nível, realizados por autores ou grupos com histórico de publicações na área serão bem-vindos. Não serão aceitos, nessa seção, trabalhos cujo autor principal não tenha vasto currículo acadêmico ou de publicações, verificado através do sistema Lattes (CNPQ), Pubmed ou SciELO. Eventualmente, revisões submetidas

espontaneamente poderão ser re-classificadas como —Atualização Clínica e publicadas nas páginas eletrônicas, na internet (ver adiante).

3.5. Comunicação Breve: experiências originais, cuja relevância para o conhecimento do tema justifique a apresentação de dados iniciais de pequenas séries, ou dados parciais de ensaios clínicos, serão aceitos para avaliação.

3.6. Correlação Anátomo-Clínica: apresentação de um caso clínico e discussão de aspectos de interesse relacionados aos conteúdos clínico, laboratorial e anátomo-patológico.

3.7. Correlação Clínico-Radiográfica: apresentação de um caso de cardiopatia congênita, salientando a importância dos elementos radiográficos e/ou clínicos para a consequente correlação com os outros exames, que comprovam o diagnóstico. Última-se daí a conduta adotada.

3.8. Atualização Clínica: Essa seção busca focar temas de interesse clínico, porém com potencial de impacto mais restrito. Trabalhos de alto nível, realizados por autores ou grupos com histórico de publicações na área serão aceitos para revisão.

3.9. Relato de Caso: casos que incluam descrições originais de observações clínicas, ou que representem originalidade de um diagnóstico ou tratamento, ou que ilustrem situações pouco frequentes na prática clínica e que mereçam uma maior compreensão e atenção por parte dos cardiologistas serão aceitos para avaliação.

3.10. Imagem Cardiovascular: imagens clínicas ou de pesquisa básica, ou de exames complementares que ilustrem aspectos interessantes de métodos de imagem, que esclareçam mecanismos de doenças cardiovasculares, que ressaltem pontos relevantes da fisiopatologia, diagnóstico ou tratamento serão consideradas para publicação.

3.11. Ponto de Vista: apresenta uma posição ou opinião dos autores a respeito de um tema científico específico. Esta posição ou opinião deve estar adequadamente fundamentada na literatura ou em sua experiência pessoal, aspectos que irão ser a base do parecer a ser emitido.

4. Processo de submissão: os manuscritos deverão ser enviados via internet, seguindo as instruções disponíveis no endereço: <http://www.arquivosonline.com.br> do portal da SBC.

5. Todos os manuscritos são avaliados para publicação no menor prazo possível, porém, trabalhos que mereçam avaliação especial para publicação acelerada (—fast-track) devem ser indicados na carta ao editor.

6. Os textos e as tabelas devem ser editados em word e as figuras e ilustrações devem ser anexados em arquivos separados, na área apropriada do sistema. Figuras devem ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 DPI. As Normas para Formatação de Tabelas, Figuras e Gráficos encontram-se em http://www.arquivosonline.com.br/publicacao/informacoes_autores.asp.

7. Todos os artigos devem vir acompanhados por uma carta de submissão ao editor, indicando a seção em que o artigo deva ser incluído (vide lista acima), declaração do autor de que todos os coautores estão de acordo com o conteúdo expresso no trabalho, explicitando ou não conflitos de interesse* e a inexistência de problemas éticos relacionados.

8. Conflito de interesses: Quando existe alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que pode derivar algum conflito de interesse, essa possibilidade deve ser comunicada e será informada no final do artigo.

9. Formulário de contribuição do autor: O autor correspondente deve assinar e enviar por email os formulários:

http://www.arquivosonline.com.br/publicacao/normas/pdf/contribution_form_abc_portugues.pdf , especificando a função exercida de cada participante do estudo/artigo. Os artigos aceitos não serão publicados até o seu recebimento.

10. Ética

10.1. Os autores devem informar, no texto, se a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa de sua instituição em consoante à Declaração de Helsinki.

10.2. Nos trabalhos experimentais envolvendo animais, as normas estabelecidas no —Guide for the Care and Use of Laboratory Animals¹ (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D. C. 1996) e os Princípios Éticos na Experimentação Animal do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA) devem ser respeitados.

11. Citações bibliográficas: Os Arquivos adotam as Normas de Vancouver – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal (www.icmje.org).

12. Idioma: os artigos devem ser redigidos em português (com a ortografia vigente) e/ou inglês.

12.1. Para os trabalhos que não possuem versão em inglês ou que essa seja julgada inadequada pelo Conselho Editorial, a revista providenciará a tradução sem ônus para o(s) autor(es).

12.2 Caso já exista a versão em inglês, tal versão deve ser enviada para agilizar a publicação.

12.3. As versões inglês e português serão disponibilizadas na íntegra no endereço eletrônico da SBC (<http://www.arquivosonline.com.br>) e da SciELO (www.scielo.br), permanecendo à disposição da comunidade internacional.

13. Avaliação pelos Pares (peer review): Todos os trabalhos enviados aos ABC serão submetidos à avaliação inicial dos editores, que decidirão, ou não, pelo envio para revisão por pares (peer review), todos eles pesquisadores com publicação regular em revistas indexadas e cardiologistas com alta qualificação (Corpo de Revisores dos ABC <http://www.arquivosonline.com.br/conselhoderevisores/>).

13.1. Os autores podem indicar até cinco membros do Conselho de Revisores que gostariam que analisassem o artigo, assim como podem indicar até cinco revisores que não gostariam que participassem do processo.

13.2. Os revisores farão comentários gerais sobre o trabalho e decidirão se ele deve ser publicado, corrigido segundo as recomendações ou rejeitado.

13.3. Os editores, de posse dos comentários dos revisores, tomarão a decisão final. Em caso de discrepâncias entre os revisores, poderá ser solicitada uma nova opinião para melhor julgamento.

13.4. Quando forem sugeridas modificações, essas serão encaminhadas ao autor principal para resposta e, em seguida, aos revisores para que verifiquem se as exigências foram satisfeitas.

13.5. Em casos excepcionais, quando o assunto do manuscrito assim o exigir, o Editor poderá solicitar a colaboração de um profissional que não conste do Corpo de Revisores.

13.6. Os autores têm o prazo de trinta para proceder às modificações solicitadas pelos revisores e submeter novamente o artigo. A inobservância desse prazo implicará na retirada do artigo do processo de revisão.

13.7. Sendo aceitos para revisão, os pareceres dos revisores deverão ser produzidos no prazo de 30 dias.

13.8. As decisões serão comunicadas por correio eletrônico.

13.9. Os editores não discutirão as decisões por telefone, nem pessoalmente. Todas as réplicas deverão ser submetidas por escrito para a revista.

13.10. Direitos Autorais: Os autores dos artigos aprovados deverão encaminhar para os Arquivos previamente à publicação, a declaração de transferência de direitos autorais, assinada por todos os coautores (preencher a carta no link:

http://publicacoes.cardiol.br/pub_abc/autor/pdf/Transferencia_de_Direitos_Autorais.pdf
- scanear e enviar por e-mail).

13.11. Limites de texto: A contagem eletrônica de palavras deve incluir a página inicial, resumo, texto, referências e legenda de figuras.

14. Os artigos deverão seguir a seguinte ordem:

14.1. Página de título;

14.2. Texto

14.3. Agradecimentos

14.4. Legendas de figuras

14.5. Tabelas

14.6. Figuras

14.7. Referências

14.8. Primeira Página:

- Deve conter o título completo do trabalho de maneira concisa e descritiva, em português e inglês, assim como um título resumido (inferior a 50 caracteres, incluindo espaços) para ser utilizado no cabeçalho das demais páginas do artigo;
- Devem ser incluídos de três a cinco descritores (palavras-chave), assim como a respectiva tradução para as key words (descriptors). Os descritores devem ser consultados nos sites: <http://decs.bvs.br/>, que contém termos em português, espanhol e inglês ou www.nlm.nih.gov/mesh, para termos somente em inglês.

14.9. Segunda Página:

- Resumo: O resumo deve ser estruturado em cinco seções, evitando abreviações e observando o número máximo de palavras.

O Relatos de Casos não devem apresentar resumo. Não cite referências no resumo:

- Fundamento (racional para o estudo);
- Objetivos;
- Métodos (breve descrição da metodologia empregada);

- Resultados (apenas os principais e mais significativos);
- Conclusões (frase(s) sucinta(s) com a interpretação dos dados).

14.10. Texto: Deve ser dividido em introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões.

14.10.1. Introdução:

- Não ultrapassar mais que 350 palavras.
- Faça uma descrição dos fundamentos e do racional do estudo, justificando com base na literatura.

14.10.2. Métodos: Descreva detalhadamente como foram selecionados os sujeitos da pesquisa observacional ou experimental (pacientes ou animais de experimentação, incluindo o grupo controle, quando houver), incluindo idade e sexo.

- A definição de raças só deve ser utilizada quando for possível de ser feita com clareza e quando for relevante para o tema explorado.
- Identifique os equipamentos e reagentes utilizados (incluindo nome do fabricante, modelo e país de fabricação) e dê detalhes dos procedimentos e técnicas utilizadas de modo a permitir que outros investigadores possam reproduzir os seus dados.
- Justifique o emprego dos seus métodos e avalie possíveis limitações.
- Descreva todas as drogas e fármacos utilizados, doses e vias de administração.
- Descreva o protocolo utilizado (intervenções, desfechos, métodos de alocação, mascaramento e análise estatística).
- Em caso de estudos em seres humanos indique se o trabalho foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa e se os pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.
- Ao final da sessão de métodos, indicar as fontes de financiamento do estudo.

14.10.3. Resultados: sempre que possível, subdivididos em itens para maior clareza de exposição e apoiados em número não excessivo de gráficos, tabelas, quadros e figuras. Orienta-se evitar superposição dos dados como texto e tabela.

14.10.4. Discussão: relacionada diretamente ao tema a luz da literatura, salientando os aspectos novos e importantes do estudo, suas implicações e limitações. O último

período deve expressar conclusões ou, se pertinentes, recomendações e implicações clínicas.

14.10.5. Conclusões

15. Agradecimentos: devem vir após o texto. Nesta seção é possível agradecer a todas as fontes de apoio ao projeto de pesquisa, assim como contribuições individuais.

15.1. Cada pessoa citada na seção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome, uma vez que pode implicar em endosso dos dados e conclusões.

15.2. Não é necessário consentimento por escrito de membros da equipe de trabalho, ou colaboradores externos, desde que o papel de cada um esteja descrito nos agradecimentos.

16. Referências: Os Arquivos seguem as Normas de Vancouver.

16.1. As referências devem ser citadas numericamente, por ordem de aparecimento no texto, formatadas sobrescritas.

16.2. Se forem citadas mais de duas referências em seqüência, apenas a primeira e a última devem ser digitadas, sendo separadas por um traço (Exemplo: 5-8).

16.3. Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula (Exemplo: 12, 19, 23). As abreviações devem ser definidas na primeira aparição no texto.

16.4. As referências não podem ter o parágrafo justificado e sim alinhado à esquerda.

16.5. Comunicações pessoais e dados não publicados não devem ser incluídos na lista de referências, mas apenas mencionados no texto e em nota de rodapé na página em que é mencionado.

16.7. Citar os autores da obra se forem seis ou menos ou apenas os seis primeiros seguidos de et al, se forem mais de seis.

16.8. As abreviações das revistas devem estar em conformidade com o Index Medicus/Medline – na publicação List of Journals Indexed in Index Medicus ou através do site <http://www.nlm.nih.gov/pubs/libprog.html> at <http://locatorplus.gov>.

16.9. Só serão aceitas citações de revistas indexadas, ou, em caso de livros, que possuam registro ISBN (International Standard Book Number).

16.10. Resumos apresentados em congressos (abstracts) só serão aceitos até dois anos após a apresentação e devem conter na referência o termo —resumo de congresso|| ou —abstractl.

17. Política de valorização: Os editores estimulam a citação de artigos publicados nos Arquivos.

18. Tabelas: devem ser apresentadas quando necessárias para a efetiva compreensão do trabalho, não contendo informações redundantes já citadas no texto e numeradas por ordem de aparecimento. Indicar os marcadores de rodapé na seguinte ordem: *, †, ‡, §, //, ¶, #, **, ††, etc. O Manual de Formatação de Tabelas, Figuras e Gráficos para Envio de Artigos à Revista ABC está no endereço: <http://www.arquivosonline.com.br/publicacao/normas/pdf/Manual-de-Formatacao-ABC.pdf>.

19. Figuras: para a submissão, as figuras devem ter boa resolução para serem avaliadas pelos revisores. As legendas das figuras devem ser formatadas em espaço duplo, estar em páginas numeradas e separadas, ordenadas após as Referências. As abreviações usadas nas ilustrações devem ser explicitadas nas legendas. O Manual de Formatação de Tabelas, Figuras e Gráficos para Envio de Artigos à Revista ABC está no endereço: <http://www.arquivosonline.com.br/publicacao/normas/pdf/ManualdeFormatacao-ABC.pdf>.

20. **Imagens (online):** Para os artigos aprovados que contenham exames (exemplo: ecocardiograma e filmes de cinecoronariografia) devem ser enviados como imagens em movimento no formato AVI ou MPEG para serem disponibilizados no site <http://www.arquivosonline.com>

III- ARTIGO ORIGINAL

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS DE IAMCSST EM SERGIPE - REGISTRO VICTIM

CHARACTERIZATION OF PATIENTS WITH ATYPICAL STEMI MANIFESTATIONS IN SERGIPE- VICTIM REGISTRY

Jackeline Andrade de Pinho¹, Laís Costa Souza Oliveira², Jussielly Cunha Oliveira², Larissa Andreline Maia Arcelino³, Jeferson Cunha Oliveira⁴, Ikaro Daniel de Carvalho Barreto⁵, Ticiane Munareto Lima,⁶ José Augusto Soares Barreto Filho⁷,

¹ Graduando em Medicina da Universidade Federal de Sergipe – Aracaju (SE) – Brasil.

² Enfermeira, Ms. Ciências da Saúde, Doutoranda em Ciências da Saúde – UFS.

³ Enfermeira, Mestranda em Ciências da Saúde – UFS.

⁴ Graduando em Farmácia da Universidade Federal de Sergipe – Itabaiana (SE) – Brasil.

⁵ Estatístico – UFS, Mestrando – Programa de Pós Graduação em Biometria e Estatística Aplicada/UFPE.

⁶ Nutricionista, Mestranda Ciências da Saúde – UFS

⁷ MD, PhD Divisão de Cardiologia Da Universidade Federal de Sergipe Núcleo de Pós Graduação em Medicina (NPGME) da Universidade Federal de Sergipe. Clínica e Hospital São Lucas.

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio, Características da População, Sinais e Sintomas, Perfil de Saúde.

Keywords: Acute Myocardial Infarction, Population Characteristics, Signs and Symptoms, Health Profile

3.1- RESUMO

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS DE IAMCSST EM SERGIPE - REGISTRO VICTIM

Introdução: Reconhecer prontamente um paciente diante de um quadro clínico de IAM e possibilitar o acesso à terapia de reperfusão coronariana em tempo hábil é um desafio. Principalmente quando estamos diante de pacientes que desviam-se do padrão típico de apresentação do infarto. Assim, é fundamental reconhecer o perfil dos pacientes que se apresentam com manifestações atípicas de IAM.

Objetivos: Caracterizar os pacientes com manifestações atípicas de IAMCSST em Sergipe.

Métodos: Foram utilizados dados do Registro VICTIM (Via Crucis para Tratamento do Infarto do Miocárdio) para pacientes com IAMCSST admitidos em hospitais público e privados com capacidade de realização de angioplastia primária em Sergipe. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2014 a março de 2017. Foram incluídos como pacientes que apresentaram manifestações típicas aqueles que tiveram dor torácica/ epigástrica tipicamente anginosa, associada ou não a outros sintomas. Os pacientes com manifestações atípicas foram classificados com dor torácica atípica ou ausência de dor, associado ou não a outros sintomas.

Resultados: Este estudo avaliou 707 pacientes, destes 615(87%) apresentaram manifestações típicas de IAMCSST e 92(13%) com manifestações atípicas do infarto, em Sergipe. Os pacientes com clínica atípica de IAM, apresentaram maior idade média quando comparados aos pacientes com clínica típica ($64\pm 14,3$ versus $61\pm 11,8$ anos; $p=0,033$), respectivamente. A maioria dos pacientes de ambos os grupos foi atendida pelo SUS (84,2% dos pacientes com manifestações típicas versus 77,2% dos pacientes com manifestações atípicas de IAM; $P=0,091$). Quanto ao serviço privado, 22,8% do total de pacientes com manifestações atípicas foram atendidos neste serviço versus 15,8% do total de pacientes com manifestações típicas($p=0,091$). Houve também tendência ao maior GRACE Score nos pacientes com manifestações atípicas ($148,1\pm 35,9$ versus $141\pm 32,4$ dos pacientes com manifestações típicas; $p=0,054$).

Conclusão: Nota-se uma porcentagem significativa em Sergipe de pacientes que apresentaram manifestações classificadas como atípicas no diagnóstico de IAMCSST, e que em geral, são pacientes mais velhos, merecendo ainda mais nossa atenção diante de

sintomas inespecíficos. A não diferenciação comparativa dos fatores de risco, história patológica prévia nem nas demais características sócio demográficas analisadas entre os grupos típicos e atípicos em Sergipe, reforçam a importância igualitária de prevenção primária para todas as pessoas, a fim de evitar-se maiores taxas de IAM em nossa sociedade.

3.2- ABSTRACT

CHARACTERIZATION OF PATIENTS WITH ATYPICAL STEMI MANIFESTATIONS IN SERGIPE- VICTIM REGISTRY - REGISTRO VICTIM

Introduction: Promptly recognize a patient suffering from myocardial infarction and give them proper therapy in optimal time is a challenge. This is even more challenging when dealing with patients who have different clinical manifestations from the typical infarction manifestation. Therefore, it is fundamental to recognize the profile of patients who present with atypical MI manifestations.

Objectives: Characterize the patient population with atypical STEMI manifestations in Sergipe state.

Methods: Data from the VICTIM study for patients with STEMI admitted in public and private hospitals with PCI capabilities in Sergipe state were used. These data were collected from December 2014 through March 2017. Typical manifestations were considered for those who presented with typical chest or epigastric pain, with or without other symptoms. Patients with atypical chest pain or no pain were classified as atypical, with or without other symptoms.

Results: This study evaluated 707 patients. 615 presented with typical manifestations of STEMI (87%) e 92 with atypical manifestations (13%), in Sergipe state. Patients with atypical manifestations were older, when compared to the typical group (64 ± 14.3 vs. 61 ± 11.8 years, $p=0.033$). Most patients in both groups were public healthcare users (SUS) (84.2% of the typical manifestations group vs. 77.2% of the atypical manifestations groups; $p=0.091$). Regarding private services, 22.8% of patients with atypical presentations were treated in these facilities compared to 15.8% of patients with typical manifestations ($p=0.091$). MI with atypical manifestations presented with higher GRACE score (148.1 ± 35.9 vs. 141.5 ± 32.4 of typical manifestations patients; $p=0.054$).

Conclusion: There is a significant percentage of patients in Sergipe state who present themselves with clinical manifestations classified as atypical in STEMI diagnosis, and are usually older patients, who require more attention to nonspecific symptoms. The absence of comparative difference of risk factors, past medical history and sociodemographic characteristics between typical and atypical groups in Sergipe state, reinforce the importance of equal primary prevention for everyone, in order to avoid higher levels of MI in our society.

3.3- INTRODUÇÃO

Reconhecer prontamente um paciente diante de um quadro clínico de IAM e possibilitar o acesso à terapia de reperfusão coronariana em tempo hábil é um desafio¹. Esse fato é atribuído às dificuldades de acesso dos pacientes aos métodos de reperfusão e às internações nas unidades de terapia intensiva², principalmente no Sistema Único de Saúde (SUS) além de por vezes, existir um retardo na procura de atendimento médico devido ao não reconhecimento dos sintomas de IAM, baixo nível socioeconômico e diferença de gênero e idade³.

A literatura define a dor torácica típica no IAM como sendo retroesternal, podendo irradiar-se também para membro superior esquerdo, mandíbula, dorso e epigástrico⁴, além de vir associada a náuseas, vômitos, sudorese, palpitações, dispneia, indigestão e síncope. O quadro típico de IAM acontece nos pacientes com maior frequência^{4,5}, e a presença dos fatores de risco como dislipidemia, tabagismo, hipertensão e doença isquêmica prévia, por exemplo, estão associados a essa forma de apresentação⁶.

Vários outros estudos corroboram que a diversidade de apresentação de manifestações atípicas de IAM dificultam o diagnóstico, ou seja, são pacientes que se desviam do padrão típico, são submetidos com menos frequência à ICP e estão associados a maior taxa de mortalidade^{7,8}. A sintomatologia atípica se caracteriza de modo geral, como ausência de dor torácica ou dor em local diferente do padrão de IAM (dor atípica), ou há ainda a presença isolada ou associada de dispneia, síncope, náuseas, êmese ou nenhum desses sintomas⁷. A não percepção ou alta tolerância à dor ainda não possui mecanismos totalmente esclarecidos, mas pode estar relacionado à redução da sensibilidade àlgica¹.

Nesse tipo de apresentação, fatores de risco como diabetes, idade avançada e sexo feminino são concordantes em estudos e parecem associar-se à maior prevalência de apresentação atípica do IAM^{9,10}. Outros associam ainda a esta apresentação, a presença de insuficiência cardíaca prévia⁹, doença renal crônica⁸ e maior Killip⁸.

Diante da diversidade do perfil sócio demográfico, dos fatores de risco, da história patológica pregressa e da clínica divergente de apresentação e também da alta mortalidade associada, caracterizar a população de pacientes com manifestações atípicas de IAMCSST parece ter fundamental importância, visto que o impacto no resgate desses pacientes para reperfusão em tempo oportuno poderá trazer maiores chances de

manutenção de suas vidas. Neste sentido, este estudo visa caracterizar a população sergipana com manifestações típicas e atípicas com IAMCSST.

3.4- MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa que utilizou dados do Registro VICTIM - Via Crucis para o Tratamento do Infarto do Miocárdio. Os dados foram coletados no período entre dezembro de 2014 a março de 2017 totalizando total de 707 pacientes em quatro hospitais do estado de Sergipe com capacidade para realizar angioplastia, todos situados na capital Aracaju, sendo um destinado ao atendimento dos pacientes do serviço público, e três do atendimento privado.

O hospital público não possui atendimento de porta-aberta, ou seja, os pacientes admitidos nesta instituição devem ser encaminhados de outras instituições de saúde, fato este não observado nos hospitais privados, tendo todos, portanto, atendimento com livre demanda.

Os dados foram coletados e registrados em um instrumento de coleta próprio (CRF -Case Report Form), composto por variáveis sociodemográficas, condições clínicas, dados da hospitalização, procedimento angiográfico, evolução dos pacientes durante a internação hospitalar e até 30 dias após o IAM. Para o preenchimento, utilizaram-se como fontes de informação a entrevista com o paciente (ou com o familiar, quando da ausência de condições clínicas daquele) e além do prontuário.

Através do CRF, foram incluídos como portadores de manifestações típicas os pacientes que tiveram dor torácica/epigástrica tipicamente anginosa, associada ou não a outros sintomas, e foram classificados como manifestações atípicas os pacientes que tiveram dor torácica atípica (não retroesternal) ou ausência de dor,

Foram incluídos no estudo todos os pacientes maiores de 18 anos, com diagnóstico confirmado de IAMCSST através de traçado eletrocardiográfico em acordo com os critérios definidores da V Diretriz da Sociedade Brasileira, além da apresentação de quadro clínico compatível com IAM e da aceitação da assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Foram excluídos: (1) Os pacientes que evoluíram a óbito antes de realizar a entrevista; (2) Os pacientes que não caracterizaram a Via Crucis, ou seja, aqueles que se

encontravam internados por outras causas quando apresentaram quadro de IAMCSST; (3) Os pacientes que não assinaram o TCLE; (4) Os pacientes cujo evento agudo de IAMCSST foi caracterizado como reinfarto (ocorre dentro de 28 dias do infarto incidente); (5) Os pacientes que apresentaram mudança de diagnóstico, ou seja, deram entrada nos hospitais terciários com diagnóstico inicial de IAMCSST, mas após a realização de exames ficou constatado se tratar de outro acometimento; (6) Os pacientes que foram atendidos por planos de saúde no hospital filantrópico destinado ao atendimento do serviço público.

A amostragem foi feita por conveniência desde que obedecidos os critérios para inserção dos pacientes no estudo. Para avaliar a associação para variáveis categóricas, foi utilizado o teste de χ^2 de Pearson e, para avaliar diferenças de médias, foi utilizado o teste T de Student. Foi utilizado como referência nível de significância de 5%. O programa SPSS for Windows Versão 17 foi utilizado para a análise estatística. Esta pesquisa foi submetida ao comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe UFS e aprovada sob o número da CAAE: 23392313.4.0000.5546. O Estudo VICTIM possui financiamento do CNPq, mediante chamada pública MCTI/CNPQ N° 14/2013 – Universal.

3.5- RESULTADOS

Este estudo avaliou 707 pacientes, sendo 615(87%) com manifestações típicas de infarto agudo do miocárdio com supradesnívelmaneto de ST (IAMCSST) e 92(13%) pacientes que apresentaram manifestações atípicas, todos atendidos nos hospitais de Sergipe com capacidade de realização de angioplastia primária.

No tocante ao gênero, do total de mulheres do estudo, 31,7% apresentaram manifestações típicas e 35,9% delas, manifestações atípicas ($p= 0,426$). Quanto à etnia, os grupos foram similares ao definirem-se como não branco em sua maioria (63,9% vs 63,6%), respectivamente ($p=0,956$). Quanto à idade dos pacientes, à média foi de $64\pm 14,3$ anos para os pacientes com manifestações atípicas em comparação com uma média de $61\pm 11,8$ anos daqueles com manifestações típicas ($p= 0,033$). Quando avaliados os níveis de escolaridade, percebe-se baixos níveis em ambos, sendo 53,3% dos com manifestações típicas com ensino fundamental e 22,8% deles que nunca estudaram, em comparação com 39,1 % dos pacientes com manifestações atípicas que

realizaram o ensino fundamental e 29,3% deles, sem algum nível de escolaridade ($p=0,094$). Ao analisarmos os níveis econômicos, não observamos diferenças notórias entre as classes sociais do estudo. A maioria dos pacientes situaram-se em classes mais baixas, 28,1% dos pacientes com clínica típica e 30,9% dos pacientes com clínica atípica entraram na categoria econômica tipo D e 53,6% dos primeiros foram classificados na categoria E em comparação à 43,2% dos pacientes com clínica atípica na mesma classe ($p=0,107$). A grande maioria dos pacientes foram usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 84,2% dos pacientes com manifestações típicas atendidos no serviço público e 77,2% dos pacientes com manifestações atípicas também atendidos no SUS ($p=0,091$).

Quanto aos fatores de risco, as proporções entre os dois grupos estudados, foram semelhantes. Dos pacientes com clínica típica, 30,2% eram tabagistas versus 27,2% dos pacientes com clínica atípica com esse fator de risco ($p=0,548$). Quanto à hipertensão, foram encontrados 62,6% dos pacientes com manifestações típicas versus 62% daqueles com manifestações atípicas ($p=0,905$). Diabetes foi identificado em 35,9% dos pacientes com clínica atípica e em 33,8% dos pacientes com manifestações típicas ($p=0,699$). Também foram registrados os pacientes com dislipidemia (39,2% versus 42,4%) do grupo típico e atípico de apresentação, respectivamente.

Quanto à história patológica progressiva, insuficiência cardíaca (6,5%), angioplastia (6,5%) e revascularização miocárdica prévia (2,2%) foram referidos nos pacientes com manifestações atípicas, e respectivamente 3,4%, 5,7% e 1,5% dessas patologias prévias relatados pelos pacientes do grupo típico de apresentação ($p=0,147$; $p=0,751$; $P=0,608$). Acidente vascular encefálico prévio (AVC) esteve presente em 7,3% dos pacientes com manifestações típicas versus em 3,3% naqueles do grupo atípico ($p=0,149$). Referindo-se à angina ou infarto prévio, 16,9% e 8,9% foram relatados por pacientes do grupo típico de apresentação, respectivamente. Nos de manifestações atípicas, encontramos uma porcentagem, respectiva, de 6,5% e 13% dessas patologias prévias.

No momento de admissão dos pacientes no estudo, comparamos suas características clínicas. Dos pacientes com clínica típica de apresentação, $141,6 \pm 28,5$ foi a média de pressão arterial sistólica em comparação com $146,0 \pm 32,5$ de pressão arterial sistólica média dos pacientes com clínica atípica ($p=0,161$). Não houve diferença na frequência cardíaca média dos pacientes nos dois grupos e as glicemias no momento da admissão, também foram semelhantes, média de $173,8 \pm 86,6$ nos pacientes com manifestações típicas e $182,4 \pm 93,0$ nos pacientes com manifestações atípicas ($p=0,237$).

Em relação à classificação de Killip desses pacientes, tanto os pacientes com manifestações típicas (85,6%) quanto os pacientes com manifestações atípicas (80,2%) em sua maioria foram classificados na admissão sem sinais de insuficiência cardíaca, Killip I, ($p=0,109$). Sinais de edema pulmonar, ou seja, Killip 3 (4,4%) ou de choque cardiogênico, ou seja, Killip 4 (3,3%) foram maiores nos pacientes com manifestações atípicas, em comparação com 1,8% classificados como Killip III e 1% como Killip IV nos pacientes com manifestações típicas ($p=0,109$). Quanto ao escore de risco desses pacientes, a média do GRACE score dos pacientes com manifestações atípicas foi de $148,1\pm 35,9$ versus a média de $141,5\pm 32,4$ dos pacientes com manifestações típicas ($p=0,054$).

3.6- DISCUSSÃO

Os principais achados do presente estudo foram: a) A prevalência de 13% do total de pacientes com IAM atendidos no período estudado que apresentaram manifestações atípicas de infarto; b) Maior idade média ($64\pm 11,8$ versus $61\pm 14,3$) desses pacientes quando comparados com os pacientes que manifestaram dor precordial típica ($p=0,033$), resultado concordante com outros estudos internacionais^{4,7}; c) Tendência de significância estatística quando analisada a cobertura de saúde no qual foram atendidos os pacientes com manifestações típicas e atípicas, sendo 22,8% de pacientes com manifestações atípicas atendidos no serviço privado versus 15,8% de pacientes com manifestações típicas atendidos no mesmo tipo de serviço ($p=0,091$) e também tendência ao maior GRACE Score nos pacientes atípicos ($148,1\pm 32,4$ versus $141,5\pm 35,9$; $p=0,054$). D) Não diferenciação entre os grupos nos demais fatores de risco comparados entre eles, assim como nos demais fatores sóciodemográficos e história patológica prévia.

De acordo com a classificação de infarto agudo do miocárdio (IAM) definida no presente estudo como manifestações tipicamente anginosas com dor retroesternal, em aperto, podendo irradiar-se para o membro superior esquerdo, com duração igual ou superior a vinte minutos, e por vezes associada a náuseas, êmese, sudorese ou síncope⁴, 615 pacientes (87%) apresentaram manifestações típicas de IAM e 92 pacientes (13%), foram caracterizados como apresentação atípica (ausência de dor torácica ou dor em um local diferente do padrão de IAM, ou ainda a presença isolada ou associada de dispnéia,

síncope, náuseas, êmese ou nenhum desses sintomas)¹³. Essa porcentagem de pacientes encontra-se dentro dos valores apresentados em estudos anteriores, que variavam de 8,4% a 35%⁷. Um grande estudo realizado no Japão de julho de 2012 a março de 2014 abordou 3283 pacientes, destes 642 (20,8%) foram classificados como apresentação atípica de IAM⁷.

Estudo realizado em Portugal com amostra total de 288 pacientes diagnosticados com Síndrome Coronariana Aguda (SCA), obteve resultado de 20,5% dos seus pacientes com IAM atípico⁶. Menyer e colaboradores em um grande estudo realizado em seis países do Oriente Médio, obteve amostra total de 6707 pacientes, e destes apenas 6% foram classificados como de manifestações atípicas⁸. Este estudo citado no entanto, subdividiu os pacientes em três grupos: Os tradicionalmente típicos caracterizados pela literatura, os atípicos como os pacientes de dor não clínica, não semelhante à dor cardíaca prévia, podendo ser localizada ou situada em regiões diferentes da retroesternal, e ainda um terceiro grupo que apresentou apenas dispneia como sintoma de IAM em 13% dos casos⁴.

No tocante à caracterização sociodemográfica comparativa entre os pacientes com manifestações típicas e atípicas, apesar da maior porcentagem de atípicos no sexo feminino (35,9% versus 31,7%) não houve significância estatística do nosso estudo quando comparamos a prevalência da apresentação de IAM por sexo ($p= 0,426$). Este resultado também foi apontado por Pinto e colaboradores, em Portugal no ano de 2007 ($p= 0,699$)⁶. E no artigo publicado sobre a Acurácia da angiografia com TC multislice no diagnóstico de mulheres com IAM e apresentação atípica ($p=0,392$) na China⁹.

Em contrapartida, o grande estudo do Oriente Médio revelou significância do sexo feminino com maior prevalência de IAM atípico ($p< 0,001$)⁸. Diante do resultado em Sergipe através do nosso estudo, é possível aguardar mais pesquisas sobre o tema ou até mesmo um ‘n’ amostral maior para a tomada de decisão no tocante a campanhas de alerta para a classe feminina quanto ao risco de IAM atípico e consequente orientação acerca dos possíveis sintomas, como sugere também Pinto e colaboradores¹⁵.

Em relação à idade dos pacientes do presente estudo, foi apontado predominância de uma média mais elevada nos pacientes com manifestações atípicas $64\pm 14,3$ quando comparados com os pacientes de manifestações típicas $61\pm 11,8$ anos, ($p= 0,033$). A idade média encontrada no estudo feito no Japão para esse tipo de paciente foi de 72 ($p< 0,001$)⁷. No estudo do Oriente Médio, a idade média foi de 57 anos para os pacientes

com dor atípica e de 64 anos para os pacientes que apresentaram apenas dispneia como manifestação⁸, média equivalente a de Sergipe. A maior idade em IAM com apresentação atípica pode estar associada ao não entendimento dos sintomas de infarto pelos pacientes e consequente descaracterização dos sintomas no momento da doença. Ou ainda ao maior número de comorbidades associadas à maior idade e possível alteração da sensibilidade à dor, como apontam estudos¹.

Ao analisarmos a escolaridade, percebemos maior porcentagem de pacientes que nunca estudaram nos pacientes com manifestações atípicas em relação aos pacientes com manifestações típicas (29,3% versus 22,8 %), ou ainda, menor porcentagem da realização do ensino fundamental (39,1% versus 53,3%), apesar de não ter havido relevância estatística ($p=0,094$). É importante destacar a maior prevalência de baixa escolaridade em ambos, podendo levar ao desconhecimento da natureza dos sintomas e retardo na procura por atendimento hospitalar como mostra o estudo realizado em Salvador, em 2007¹¹.

Um outro dado interessante em nosso estudo foi relacionado à cobertura de saúde. A maioria dos pacientes (84,2% versus 77,2%) com manifestações típicas e atípicas, respectivamente, foi atendida através do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, quando comparamos o setor privado de atendimento, houve maior porcentagem de pacientes com manifestações atípicas (22,8% versus 15,8%), e uma tendência de significância estatística ($p= 0,091$). Uma possível explicação para este ocorrido em Sergipe pode dever-se ao viés de seleção. Os pacientes do SUS com IAM são triados para as unidades coronarianas através das portas de entrada no qual os mesmos procuraram no início dos sintomas. Logo, há uma tendência a apresentarem manifestações clássicas por já terem passado por outros profissionais anteriormente à chegada ao hospital com tratamento definitivo. Podemos questionar também se os pacientes com acesso ao atendimento privado, pelas facilidades encontradas quando comparado ao serviço público, não estariam buscando ajuda especializada diante de sintomas inespecíficos de mal estar, quando por vezes estariam diante, na verdade, de um IAM com manifestações atípicas.

O INTERHEART é um grandioso estudo internacional que avaliou mais de trinta mil pessoas em 52 países, incluindo o Brasil. Este estudo analisou o impacto dos fatores de risco para o surgimento do infarto do miocárdio, e de acordo com o mesmo, tabagismo, hipertensão, diabetes mellitus e dislipidemia estão classicamente associados ao infarto¹¹. Conhecendo a influência dos fatores de risco para o IAM, buscamos diferenciar os fatores de risco mais prevalentes entre pacientes com manifestações

típicas e atípicas e para nossa surpresa, não apresentaram diferença estatisticamente significativa em nenhum fator analisado, apesar das diferenças percentuais entre os grupos, discordando de estudos internacionais^{7,8}.

Pacientes de clínica atípica de IAM com hipertensão foram mais prevalentes no estudo Japonês publicado no *Journal of Cardiology* do ano passado, quando comparados aos pacientes de clínica típica (71,3% Versus 65,8% $p < 0,01$)⁷ e também no estudo do Oriente Médio já citado anteriormente ($p < 0.001$)⁸, divergindo dos nossos resultados em que não houve diferença entre os grupos para tal fator de risco ($p=0,905$). Pinto e colaboradores, em Portugal, demonstraram maior prevalência de pacientes com clínica típica sendo portadores de hipertensão ($p=0,01$)⁶.

No estudo de Fujino e colaboradores de 2016, não houve significância estatística de associação entre dislipidemia e pacientes com manifestações atípicas ($p=0,369$)⁷, em concordância com o presente estudo ($p=0,558$). Pinto e colaboradores demonstrou menor número de pacientes concomitantemente de manifestações atípicas e dislipidêmicos ($p=0,001$). Em contrapartida, Menyer e colaboradores associou maiores índices dislipidêmicos aos pacientes que apresentaram apenas dispneia como manifestação atípica, quando comparados aos outros grupos ($p < 0,001$)⁸. Ou seja, há uma divergência na literatura quanto ao fator de risco dislipidemia.

Lima e colaboradores da universidade Federal de Pernambuco, também avaliaram a prevalência de manifestações atípicas em portadores de síndrome coronariana aguda nos pacientes que deram entrada no pronto-socorro de Recife. Também não houve associação estatisticamente significativa entre hipertensão, dislipidemia, tabagismo ou diabetes nos grupos de manifestações atípicas¹².

É discutível a associação do diabetes mellitus e a alteração dos mecanismos de regulação da percepção da dor⁶. O presente estudo também não demonstrou relevância estatística entre os pacientes portadores de diabetes e que apresentaram IAM com manifestações atípicas ($p=0,699$), em concordância com o estudo de Pinto⁶ e Recife¹². Entretanto, Fujino e colaboradores, assim como Menyer e colaboradores, obtiveram significância estatística ao associarem diabetes e manifestações atípicas ($p < 0,001$)^{7,8}.

Quanto à história patológica progressiva, o estudo do Japão já citado demonstrou significância entre doença renal crônica, infarto prévio assim como doença arterial periférica em pacientes com manifestações atípicas ($p < 0,001$). Este estudo também analisou o índice de gravidade de insuficiência cardíaca nos pacientes com IAM, classificação conhecida como Killip que tem por objetivo avaliar o risco de mortalidade

hospitalar, bem como os benefícios do tratamento coronariano. Nele, houve aumento do Killip a partir da II classificação. Menyer e colaboradores demonstraram em seu estudo, a relevância entre doença arterial coronariana prévia e manifestações atípicas, bem como maiores valores pressóricos e de frequência cardíaca nos pacientes diagnosticados com IAM atípico ($p < 0,001$)⁸.

No presente estudo, as patologias prévias dos pacientes (tabela 1 em anexo) não foram associadas com significância estatística ao infarto com clínica atípica, o que contesta algumas literaturas internacionais^{7,8}, de modo geral. Embora a partir da classificação Killip II a porcentagem tenha sido maior no grupo de clínica atípica de apresentação, também não houve significância estatística ($p = 0,109$). Um dado que nos chama atenção foi o resultado do GRACE Score nesses pacientes, ferramenta utilizada para estratificarmos os riscos de morte intra-hospitalar. Em Sergipe, os pacientes com clínica atípica de IAM apresentaram maior pontuação quando comparados com os de clínica típica ($148,1 \pm 35,9$ versus $141,5 \pm 32,4$), apesar de ter existido uma tendência à significância estatística em relação a este dado ($p = 0,054$). Isso sugere pior prognóstico e evolução hospitalar dos pacientes com manifestações atípicas de IAM, como refere Menyer e colaboradores⁸.

3.7- CONCLUSÃO

Nota-se uma porcentagem significativa em Sergipe de pacientes que apresentaram manifestações classificadas como atípicas no diagnóstico de IAMCSST, e que em geral, são pacientes mais velhos, merecendo ainda mais nossa atenção diante de sintomas inespecíficos. A não diferenciação comparativa dos fatores de risco, história patológica prévia nem nas demais características sócio demográficas analisadas entre os grupos típicos e atípicos em Sergipe, reforçam a importância igualitária de prevenção primária para todas as pessoas, a fim de evitar-se maiores taxas de IAM em nossa sociedade.

Diante do exposto, percebemos que a apresentação atípica em pacientes que infartam em Sergipe é uma realidade que merece ser suspeitada, diagnosticada e tratada em tempo adequado, a fim de evitar pior evolução clínica desses pacientes. Assim, caracterizar, diagnosticar e tratar precocemente esses pacientes pode contribuir para diminuição da mortalidade dessa doença tão presente em nossa população: O Infarto Agudo do Miocárdio.

3.8- AGRADECIMENTOS

O presente trabalho é vinculado ao Estudo VICTIM (Via Crucis para o Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio), sob orientação do Prof. Dr. José Augusto Soares Barreto Filho.

3.9- POTENCIAL CONFLITO DE INTERESSES

Declaro não haver qualquer conflito de interesses.

3.10- FONTES DE FINANCIAMENTO

O presente estudo foi financiado pelo CNPq.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Ferrari ADL, Manentl E, Thomas NRJ. IAM com Supra-ST - Trombólise ou ICP: Consenso. Rev da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul (Porto Alegre). 2007; Ano XVI (11).
- 2- Marino BCA, Marcolino MS, Reis JRS, França ALN, Passos PFO, Lemos TR, et al. Epidemiological Profile and Quality Indicators in Patients with Acute Coronary Syndrome in Northern Minas Gerais – Minas Telecardio 2 Project. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2016 Aug [cited 2017 Mar 19]; 107(2):106-115. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782x2016004100106&Ing=en.
- 3- Sampaio ES, Mendes AS, Guimarães AC, Mussi FC. Percepção de Clientes com infarto do Miocárdio sobre os sintomas e a decisão de procurar atendimento. Cienc Cuid Saude. [Internet]. 2012 Aug [cited 2017 Mar 17]; 11(4):687-696. Available from: http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17591/pdf_1.
- 4- Antman EM, et al. Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento de ST. In: LONGO, Dan L. et al. Medicina interna de Harrison. 2013; 2(18): 2021-2035.
- 5- Pesaro AEP, Serrano JCV, Nicolau JC. Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. Rev. Assoc. Med. Bras. 2004, 50 (2): 214-220.
- 6- Pinto D, Lunet N, Azevedo A. Prevalência e determinantes de apresentação atípica de síndrome coronário agudo. Acta Med Port, v. 24(S2), p. 307-318, 2011.
- 7- Jin WY, Ishihara M, Ogawa H, Nakao K, Yasuda S, Noguchi T, et al. Impact of symptom presentation on in-hospital outcomes in patients with acute myocardial infarction. J Cardiol. [Internet]. 2016, Aug [cited 2017 Mar 19]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jjcc.2016.10.002>.

8- El-Menyar A, Zubaid M, Sulaiman K, AlMahmeed W, Singh R, Alsheikh-Ali AA, et al. Atypical presentation of acute coronary syndrome: A significant independent predictor of in-hospital mortality. *J Cardiol*. 2011; 57: 165-171.

9- Jin WY, Zhao XJ, Chen H. Decreased Diagnostic Accuracy of Multislice Coronary Computed Tomographic Angiography in Women with Atypical Angina Symptoms. *Chinese Medical Journal*. 2016; 129(18): 1-8.

10- Piegas LS, Timerman AF, Nicolau GS, Mattos JC, Piva LA, Avezum DV, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol*. 2015; 105(2 Supl. 1).

11- Lanas F, Avezum A, Bautista LE, Diaz R, Luna N et al. Risk factors for acute myocardial infarction in latin America: The INTERHEART Latin American Study. *Rev Bras Hipertens*. 14(4): 278-279, 2007.

12- Almeida MC, Montenegro CEL, Sarteschi C, Montenegro GL, MONTENEGRO PB, et al. Comparação do Perfil Clínico- Epidemiológico entre Homens e Mulheres na Síndrome Coronariana Aguda. *Rev Bras Cardiol*. 2014; 27 (6): 423-429.

13- Soares JS, Souza NR, Nogueira JF, Cunha CC, Ribeiro GS, Peixoto RS. Tratamento de uma coorte de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST. *Arq Bras Cardiol* v. 92, n.6, p.464 71, 2009.

4.0- ANEXOS

Quadro 1: Caracterização da população do estudo.

CARACTERÍSTICA	N (%)
MANIFESTAÇÃO TÍPICA (Dor torácica/epigástrica tipicamente anginosa associada ou não a outros sintomas)	615 (87,0)
MANIFESTAÇÃO ATÍPICA (Dor torácica atípica ou ausência de dor, associada ou não a outros sintomas)	92 (13,0)

TABELA 1: Caracterização demográfica dos pacientes que apresentaram manifestações típicas e atípicas de IAMCSST em Sergipe.

DEMOGRAFIA	MANIFESTAÇÃO TÍPICA (n = 615)	MANIFESTAÇÃO ATÍPICA (n = 92)	P valor
Sexo, n (%)			
Feminino	195 (31,7)	33 (35,9)	0,426
Masculino	420 (68,3)	59 (64,1)	
Etnia, n (%)			
Branco	216 (36,1)	32 (36,4)	0,956
Não branco	383 (63,9)	56 (63,6)	
Idade, Média±DP	61,0 (11,8)	64,0 (14,3)	0,033
Escolaridade			
Nunca estudou	140 (22,8)	27 (29,3)	0,094
Fundamental	328 (53,3)	36 (39,1)	
Médio	92 (15,0)	17 (18,5)	
Superior	38 (6,2)	10 (10,9)	
Pós-graduação	17 (2,8)	2 (2,2)	
Classe social, n (%)			
A	10 (1,7)	3 (3,7)	0,107
B	29 (5,0)	9 (11,1)	
C	67 (11,6)	9 (11,1)	
D	162 (28,1)	25 (30,9)	
E	309 (53,6)	35 (43,2)	
Cobertura de saúde, n (%)			
SUS	518 (84,2)	71 (77,2)	0,091
Privado	97 (15,8)	21 (22,8)	

Nota: Classe Social: A: Acima de 20 salários mínimos B: 10 a 20 salários mínimos C: 4 a 10 salários mínimos D: 2 a 4 salários mínimos E: Até 2 salários mínimos.

TABELA 2: História patológica dos pacientes que apresentaram manifestações típicas e atípicas de IAMCSST em Sergipe.

HISTÓRIA PATOLÓGICA	MANIFESTAÇÃO TÍPICA (n = 615)	MANIFESTAÇÃO ATÍPICA (n = 92)	P valor
Fatores de risco, n (%)			
Tabagismo	186 (30,2)	25 (27,2)	0,548
Hipertensão	385 (62,6)	57 (62,0)	0,905
Diabetes	208 (33,8)	33 (35,9)	0,699
Dislipidemia	241 (39,2)	39 (42,4)	0,558
História patológica, n (%)			
História familiar de DAC precoce	199 (32,4)	26 (28,3)	0,431
Insuficiência cardíaca	21 (3,4)	6 (6,5)	0,147
Angina de peito	104 (16,9)	12 (13,0)	0,350
Infarto prévio	55 (8,9)	6 (6,5)	0,440
Angioplastia prévia	35 (5,7)	6 (6,5)	0,751
Revascularização miocárdica prévia	9 (1,5)	2 (2,2)	0,608
AVC prévio	45 (7,3)	3 (3,3)	0,149

TABELA 3: Características clínicas dos pacientes que apresentaram manifestações típicas e atípicas de IAMCSST em Sergipe.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	MANIFESTAÇÃO TÍPICA (n = 615)	MANIFESTAÇÃO ATÍPICA (n = 92)	P valor
Pressão arterial sistólica, Média±DP	141,6 (28,5)	146,0 (32,5)	0,161
Frequência cardíaca, Média±DP	82,7 (18,1)	82,8 (20,8)	0,887
Glicemia, Média±DP	173,8 (86,6)	1824 (93,0)	0,237
Killip, n (%)			
I	521 (85,6)	73 (80,2)	0,109
II	71 (11,7)	11 (12,1)	
III	11 (1,8)	4 (4,4)	
IV	6 (1,0)	3 (3,3)	
GRACE Score, Média±DP	141,5 (32,4)	148,1 (35,9)	0,054