

---

---

**ARTIGO ORIGINAL**

---

---

**AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO DE PACIENTES COM SÍNDROME  
CORONARIANA AGUDA COM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST****ASSESSMENT OF RISK FACTORS IN PATIENTS WITH ST-SEGMENT  
ELEVATION ACUTE CORONARY SYNDROME**

Lara Zomer Maria <sup>1</sup>  
Manoela Rita Inácio <sup>2</sup>  
Jefté Peper-Nascimento <sup>3</sup>  
Bruna Corrêa Francisco <sup>4</sup>  
Kristian Madeira <sup>5</sup>  
Amanda Cirimbelli Bolan <sup>6</sup>

DOI: <https://doi.org/10.63845/0fk4yh88>

**RESUMO**

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) representa uma causa importante de hospitalização e óbito mundial, sendo sua identificação precoce crucial para o prognóstico. Compreender o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes é fundamental para subsidiar estratégias de prevenção e reduzir os custos assistenciais associados à patologia. Este estudo objetivou avaliar os fatores de risco de pacientes com SCA com supradesnivelamento do segmento ST (SCACSST) atendidos em um hospital no Sul do Brasil. Para tanto, utilizou-se um instrumento padronizado para o levantamento de dados sociodemográficos, hábitos de vida, comorbidades e antecedentes familiares em prontuários, no período de janeiro a julho de 2022. A análise de 114 prontuários revelou maior prevalência da síndrome em pacientes do sexo masculino, brancos, casados e com ensino fundamental incompleto. Quanto ao perfil clínico, destacaram-se a hipertensão arterial e o sobrepeso como os principais fatores de risco. Concluiu-se que a patologia acometeu majoritariamente homens na faixa etária de 46 a 60 anos, evidenciando que a hipertensão, o sobrepeso e o diabetes configuram um perfil de vulnerabilidade cardiovascular específico na amostra estudada.

**Descritores:** Síndrome Coronariana Aguda; Doenças Cardiovasculares; Fatores de risco; Cardiopatia Prévia; Sobrepeso; Hipertensão Arterial.

---

<sup>1</sup>Médica, Curso de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil. E-mail: laralari2009@hotmail.com

<sup>2</sup>Médica, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil. E-mail: Manoela\_inacio@hotmail.com

<sup>3</sup>Doutor em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil. E-mail: jpn@unesc.net

<sup>4</sup>Mestra em Educação, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil. E-mail: brunacorreafrancisco@unesc.net

<sup>5</sup>Doutor em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense; Programa de Pós-Graduação em Sistemas Produtivos – PPGSP em forma associativa entre UNIPLAC, UNC, UNESC e UNIVILLE; Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde – PPGGS em forma associativa entre UNESC e UNIPLAC, Criciúma, SC, Brasil. E-mail: kristian@unesc.net

<sup>6</sup>Médica, Curso de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil. E-mail: amandabolana25@gmail.com

## ABSTRACT

Acute Coronary Syndrome (ACS) represents a major cause of hospitalization and mortality worldwide, making its early identification crucial for prognosis. Understanding the sociodemographic and clinical profile of patients is essential to support prevention strategies and reduce healthcare costs associated with this pathology. This study aimed to evaluate the risk factors of patients with ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) treated at a hospital in Southern Brazil. To this end, a standardized instrument was used to collect sociodemographic data, lifestyle habits, comorbidities, and family history from medical records between January and July 2022. The analysis of 114 medical records revealed a higher prevalence of the syndrome in male, white, and married patients with incomplete primary education. Regarding the clinical profile, arterial hypertension and overweight stood out as the main risk factors. It is concluded that the pathology predominantly affected men aged 46 to 60 years, evidencing that hypertension, overweight, and diabetes constitute a specific cardiovascular vulnerability profile in the studied sample.

**Keywords:** Acute Coronary Syndrome; Cardiovascular Diseases; Risk Factors; Previous Heart Disease; Overweight; Hypertension.

## INTRODUÇÃO

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é uma das doenças mais prevalentes em países desenvolvidos e uma das principais causas de hospitalização em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) mundialmente, dada sua gravidade e potencial letalidade<sup>(1)</sup>. Clinicamente, a SCA é subdividida em duas categorias: SCA sem supradesnívelamento do segmento ST (SCASSST) e SCA com supradesnívelamento do segmento ST (SCACSST)<sup>(2,3)</sup>. Fisiopatologicamente, a SCA decorre da formação de um trombo capaz de reduzir ou ocluir totalmente o fluxo sanguíneo coronariano. A privação de oxigênio resultante compromete a funcionalidade do miocárdio, evoluindo rapidamente para a necrose celular. Nesse sentido, o prognóstico está diretamente vinculado à precocidade da intervenção, sendo que o atraso no atendimento eleva significativamente os riscos de sequelas graves e óbito<sup>(4)</sup>.

Estudos na população brasileira demonstram maior prevalência de SCA na população de faixa etária entre 60 e 80 anos, com predominância em homens<sup>(5-6)</sup>. No entanto, observa-se que as mulheres quando acometidas, geralmente, encontram-se em um período mais avançado da vida<sup>(5)</sup>. Após o evento isquêmico, é necessário que o paciente adote modificações substanciais no estilo de vida, incluindo a reeducação alimentar, a cessação do tabagismo, a prática regular de exercícios físicos e a adesão rigorosa à terapia medicamentosa<sup>(6)</sup>.

A relevância de aprimorar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico dos pacientes justifica-se pelo alto custo econômico da SCA nos sistemas de saúde público e privado, além de poder ocasionar a falência do indivíduo. Uma estratégia eficaz na prevenção da SCASSST consiste na identificação de potenciais fatores de risco associados à patologia, permitindo a consolidação de dados regionais que orientem profissionais de saúde e fomentem políticas de conscientização populacional. Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar os fatores de risco dos pacientes com SCACSST atendidos em um hospital de referência no sul de Santa Catarina.

## MÉTODOS

### *Delineamento e População do Estudo*

Realizou-se um estudo de delineamento transversal e retrospectivo, no qual foram analisados os prontuários de 114 pacientes diagnosticados com SCACSST. A amostra compreendeu indivíduos atendidos em um hospital de referência na Região Sul do Brasil, no período correspondente a janeiro e julho de 2022.

### *Coleta de dados e variáveis*

Os dados foram extraídos sistematicamente dos prontuários eletrônicos da instituição, utilizando-se um instrumento de coleta padronizado para garantir a fidedignidade das informações. As variáveis selecionadas para análise incluíram: 1) Perfil sociodemográfico: idade, sexo, cor da pele autorreferida, estado civil e nível de escolaridade. 2) Antropometria e hábitos de vida: Índice de Massa Corporal (IMC), nível de atividade física, tabagismo, etilismo e uso de substâncias ilícitas. 3) Perfil clínico e comorbidades: Diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, cardiopatia preexistente, histórico familiar de doenças cardiovasculares, além de registros de depressão e ansiedade.

### *Análise estatística*

Os dados coletados foram organizados em planilhas e analisados no software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. Foi feita análise descritiva das variáveis estudadas, e relatadas frequência e porcentagem. A existência de associação entre as variáveis qualitativas (sexo e faixa etária) e variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e clínicas foi investigada por meio da aplicação dos testes Exato de Fisher, Qui-quadrado de Pearson, Razão de Verossimilhança e Qui-quadrado de Mantel-Haenszel seguidos de análise de resíduo quando observada significância estatística. As análises inferenciais foram realizadas com um nível de significância  $\alpha = 0,05$  e, portanto, um intervalo de confiança de 95%.

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as estatísticas sociodemográficas dos pacientes. Constatou-se uma maior prevalência da síndrome em homens (77,2%), de cor branca (97,4%), casados (66,7%), com ensino fundamental incompleto (48,6%) e com o sobrepeso (48,0%).

No que tange aos fatores de risco clínico e hábitos de vida (Tabela 2), a hipertensão arterial destacou-se como a comorbidade de maior prevalência na amostra, acometendo 61,3% dos pacientes analisados. Quanto ao tabagismo, 43% dos pacientes eram fumantes ativos ou ex-tabagistas. Os transtornos de saúde mental, como depressão e ansiedade, foram identificados em 11,5% dos prontuários avaliados.

Ao analisar as variáveis conforme o sexo (Tabela 3), observou-se uma associação estatisticamente significativa entre o estado civil e o gênero ( $p = 0,002$ ), com maior prevalência de indivíduos casados entre os homens (72,7 %) em comparação às mulheres. Em relação ao índice de massa corporal, ao analisar pacientes com sobrepeso, ambos os sexos foram acometidos não havendo diferença significativa ( $p = 0,428$ ). No que se refere aos hábitos de vida e comorbidades, o tabagismo e o diabetes mellitus apresentaram valores limítrofes de significância estatística ( $p = 0,051$ ). Observou-se que 30,0 % dos homens eram fumantes ativos contra 13,0 % das mulheres, enquanto o diagnóstico de diabetes foi proporcionalmente superior no sexo feminino (44,0 %) comparado ao masculino (23,8 %). A hipertensão arterial sistêmica, embora predominante em ambos os grupos, apresentou maior frequência relativa entre as mulheres (76,0% vs. 56,8%), contudo, sem diferença estatisticamente significativa. As demais variáveis analisadas, como dislipidemia, cardiopatia prévia e transtornos de depressão ou ansiedade, apresentaram distribuição similar entre os sexos, não atingindo significância estatística.

A análise dos fatores de risco estratificados por faixa etária (Tabela 4) revelou que a prevalência de SCACSST no sexo masculino concentrou-se entre os 46 e 75 anos (distribuídos igualmente com 42 % em cada extrato), enquanto metade da amostra feminina (50,0 %) situou-se na faixa dos 46 aos 60 anos. Houve associação estatisticamente significativa entre a idade e as variáveis sobrepeso ( $p = 0,003$ ) e cardiopatia prévia ( $p = 0,006$ ). O sobrepeso predominou na faixa etária de 61 a 75 anos, ao passo que a presença de cardiopatias preexistentes mostrou um aumento progressivo conforme o avanço da idade, atingindo seu ápice nos pacientes com mais de 75 anos. Embora não tenham atingido significância estatística, observaram-se tendências clínicas relevantes: a hipertensão e a dislipidemia foram mais frequentes entre os 61 e 75 anos, e o diagnóstico de diabetes ganhou maior expressão naqueles com idade superior a 75 anos. Em contraste, o tabagismo apresentou maior percentual nos pacientes mais jovens, especificamente entre 46 e 60 anos.

## DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar os fatores de risco de pacientes com SCACSST. A análise dos prontuários revelou um predomínio do sexo masculino (77,2%), achado que corrobora a literatura nacional, a exemplo de uma investigação realizada no Rio Grande do Sul (2016), que identificou prevalência de 81,3% de homens em pacientes com SCA<sup>(7)</sup>. Uma possível explicação para as taxas mais elevadas no sexo masculino reside no fato de os homens utilizarem com menor frequência os serviços de saúde<sup>(8)</sup>. Adicionalmente, acredita-se que a menor prevalência observada na população feminina esteja associada ao papel cardioprotetor dos estrogênios endógenos<sup>(9)</sup>.

No presente estudo, a hipertensão arterial sistêmica — caracterizada como um fator de risco independente pela VII Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia<sup>(10)</sup> — foi a comorbidade predominante, acometendo 61,3% dos pacientes. Este achado converge com evidências da literatura que apontam a hipertensão como um dos fatores de risco mais prevalentes e determinantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares<sup>(11,12)</sup>.

Ao analisar o estado civil como variável do perfil epidemiológico na SCACSST, verificou-se uma prevalência majoritária de indivíduos casados (66,7%). O dado obtido é similar com os achados de uma investigação que caracterizou o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com SCA em uma unidade de urgência, demonstrando que 75% da amostra possuía o mesmo estado civil<sup>(12)</sup>. No que concerne ao IMC, constatou-se que 48% dos pacientes admitidos com SCACSST apresentavam sobrepeso, enquanto 28,6% foram diagnosticados com obesidade. Indo ao encontro desses resultados, um estudo realizado em São Paulo (2003) observou que 69,7% dos pacientes infartados possuíam IMC acima dos níveis desejáveis<sup>(14)</sup>. Ao analisar a escolaridade, notou-se o predomínio de indivíduos com ensino fundamental incompleto (48,6%). Tais achados corroboram a literatura de 2016, que reportou maior prevalência da síndrome em pacientes com baixa escolaridade, associando este fator como um potencializador indireto do risco cardiovascular<sup>(7)</sup>.

A dislipidemia apresentou-se como um fator de risco em 22% da amostra, resultado inferior ao observado em um estudo realizado em hospitais públicos de São Paulo, que revelou prevalência de 32,4% em pacientes com SCA<sup>(15)</sup>. Essa discrepância pode ser atribuída à possível incompletude dos registros nos prontuários eletrônicos analisados ou à maior abrangência do estudo comparativo, que incluiu pacientes com SCA com e sem supradesnívelamento do segmento ST. Quanto ao tabagismo, observou-se uma prevalência de 30% entre homens e 13% entre mulheres, com predomínio no sexo masculino, embora sem diferença estatisticamente significativa. Tal achado converge com a literatura regional de Tubarão (SC), que também não identificou associação significativa entre o sexo masculino e o hábito de fumar em pacientes com diagnóstico de SCA<sup>(16)</sup>.

Em relação ao *diabetes mellitus*, entre os 105 pacientes analisados, a prevalência da patologia foi superior no sexo feminino (44%) quando comparada ao masculino (23,8%). Tal achado diverge de um estudo que avaliou a manifestação álgica na SCACSST entre diabéticos e não diabéticos, no qual se observou maior prevalência de homens entre os infartados portadores de diabetes (78%)<sup>(17)</sup>.

No presente estudo, verificou-se também um predomínio de obesidade no sexo feminino (39,1%). Essa distribuição corrobora uma investigação realizada na rede de atenção básica de Goiânia, que demonstrou que a maioria dos pacientes obesos correspondia ao sexo feminino (45,1%)<sup>(18)</sup>. Em contrapartida, a prevalência do sobrepeso foi maior na população masculina (50,7%), assemelhando-se aos resultados de um estudo hospitalar em São Paulo, que revelou um percentual de 52,6% para o sobrepeso entre os homens<sup>(19)</sup>.

Ao examinar a prevalência da hipertensão arterial conforme o sexo, verificou-se uma proporção superior entre as mulheres (76%). Quanto à cardiopatia prévia, observou-se um aumento progressivo da prevalência com o avanço da idade na amostra com SCACSST, atingindo um valor estatisticamente significativo de 63,6% nos pacientes com idade superior a 75 anos. Esse achado fundamenta-se nas diretrizes do Ministério da Saúde, que estabelecem idades superiores a 45 anos para homens e 55 anos para mulheres como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares<sup>(20)</sup>. Tais dados divergem de um estudo sobre o perfil de idosos acometidos por SCA, o qual observou que apenas 22,5%

dos entrevistados possuíam cardiopatia prévia ao evento isquêmico<sup>(21)</sup>. No que concerne à dislipidemia, verificou-se o ápice da prevalência na faixa etária entre 61 e 75 anos (29,5%). Este resultado converge com um levantamento realizado em São Paulo (SP), que identificou prevalências de dislipidemia de aproximadamente 49%, 58% e 57% nos grupos etários de 20-39, 40-59 e acima de 60 anos, respectivamente<sup>(22)</sup>.

Conforme observado neste estudo, 72,6% da amostra apresentou IMC elevado. O pico de prevalência da obesidade ocorreu na faixa etária de 30 a 45 anos, correspondendo a 50,0% dos pacientes com SCACSST nesse intervalo. Todavia, verificou-se um valor estatisticamente significativo (40,9%) entre 46 e 60 anos. Já o sobrepeso predominou na faixa de 61 a 75 anos, observando-se um declínio tanto do sobrepeso (37,5%) quanto da obesidade em idosos com idade superior a 75 anos. Estes achados confirmam a tendência de alta prevalência de excesso de peso na idade adulta e sua redução em idosos longevos, corroborando com a literatura nacional que descreve o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na maturidade e subsequente diminuição entre os idosos<sup>(23)</sup>.

Quanto à hipertensão arterial, a literatura aponta uma relação diretamente proporcional ao avanço da idade, com prevalências que ascendem de 24,8% (30-39 anos) até 62,3% (acima de 70 anos)<sup>(24)</sup>. Tal tendência convergiu parcialmente com o presente estudo, no qual a prevalência acompanhou o aumento da idade até os 75 anos, seguida por um declínio de 8,9%. Por fim, o *diabetes mellitus* configurou-se como o terceiro fator de risco independente mais frequente (28,5%). Ressalta-se que sua prevalência aumentou progressivamente com a idade, atingindo 40,0% nos pacientes acima de 75 anos. Dados semelhantes em adultos brasileiros correlacionam o diagnóstico da comorbidade à senescência, evidenciando que sua ocorrência se torna mais comum em idades avançadas<sup>(25,26)</sup>.

É importante destacar que o presente estudo fundamentou-se em dados secundários, provenientes de prontuários eletrônicos, os quais não permitem o controle direto das variáveis pelos autores. Consequentemente, o estudo apresenta limitações inerentes à natureza retrospectiva, como a ausência de padronização dos registros e a incompletude de dados em parte expressiva dos prontuários avaliados. Ademais, embora o tamanho amostral reduzido possa limitar a generalização externa dos achados e análise de subgrupos, o estudo possui elevado valor regional, refletindo a realidade epidemiológica da unidade de referência analisada. Adicionalmente, a fidedignidade das informações autorreferidas pelos pacientes pode sofrer interferência do baixo nível de escolaridade da amostra, o que potencialmente limita o conhecimento dos indivíduos sobre suas reais condições clínicas. Tais restrições reforçam a necessidade de novos estudos primários que minimizem as lacunas aqui encontradas e permitam a extrapolação dos resultados. Entretanto, a presente pesquisa evidencia a coexistência de múltiplos fatores de risco independentes em pacientes com SCACSST, permitindo aos profissionais de saúde o reconhecimento do perfil epidemiológico regional. Considerando que os achados convergem com a literatura recente, esta caracterização contribui para o planejamento de estratégias preventivas e políticas de saúde pública mais assertivas, visando reduzir a incidência e a letalidade da síndrome na região estudada.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitem concluir que o perfil epidemiológico predominante na SCACSST é composto por homens em idade produtiva (46 a 60 anos). A elevada prevalência de hipertensão arterial, sobrepeso e diabetes mellitus na amostra ressalta a vulnerabilidade cardiovascular associada a doenças crônicas não transmissíveis. Tais achados reforçam a urgência de políticas de saúde pública voltadas à prevenção primária e ao manejo rigoroso de fatores de risco modificáveis na região Sul do Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Saleh M, Ambrose JA. **Understanding myocardial infarction**. F1000Res [Internet]. 2018;7:1378. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.15096.1>
2. Mechanic OJ, Gavin M, Grossman SA. **Acute Myocardial Infarction**. StatPearls Publishing; 2022.
3. Ojha N, Dhamoon AS, Chapagain R. **Myocardial Infarction (Nursing)**. StatPearls [Internet] Treasure Island. 2022;
4. Akbar H, Foth C, Kahloon RA, Mountfort S. **Acute ST Elevation Myocardial Infarction**. StatPearls [Internet] Treasure Island. 2022;
5. Troncoso LT, Oliveira N, Leporaes RA, Eira TL, Pinheiro VP. **Estudo epidemiológico da incidência do infarto agudo do miocárdio na população brasileira**. Cadernos da Medicina - UNIFESO. 2018;1.
6. Scherer C, Fernandes Stumm EM, Loro MM, Kirchner RM. **O que mudou em minha vida? Considerações de indivíduos que sofreram infarto agudo do miocárdio**. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2011;13(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.8534>
7. Mathioni Mertins S, Loro MM, Winkelmann ER, Pannebecker JM, Bernat Kolankiewicz AC. **Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio**. Av Enferm [Internet]. 2016;34(1):30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.37125>
8. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres?** As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cadernos de Saúde Pública. 2007;23:565–74.
9. Rexrode KM, Manson JE, Lee I-M, Ridker PM, Sluss PM, Cook NR, et al. **Sex hormone levels and risk of cardiovascular events in postmenopausal women**. Circulation [Internet]. 2003;108(14):1688–93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1161/01.CIR.0000091114.36254.F3>
10. Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD. & Mathias, W. V **Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do**

- miocárdio com supradesnível do segmento ST.** Arquivos brasileiros de cardiologia. 2015;105:1–121.
11. Kannel WB. **Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment.** JAMA [Internet]. 1996;275(20):1571–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.275.20.1571>
  12. Leite DHB, Santos SMJ, Dantas GHDEO, Nascimento ACLDO, Arruda AJCGDE, Santos TSR. **Risk factors for acute myocardial infarction evidenced in hospitalized patients in the coronary care unit / Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio evidenciados em pacientes hospitalizados em unidade coronariana.** Rev Pesqui Cuid é Fundam Online [Internet]. 2021;13:1032–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.9859>
  13. Lopes Nascimento L, Fernandes De Oliveira T, Ferreira CCGL, Da Silva Lisboa N, Wesley De M, Pereira M. **Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio em um pronto socorro do distrito federal.** Nursing. 2022;25(287):7516–27.
  14. Mendes AS, Reis VR dos SS, Menezes TM de O, Santos CA de ST, Mussi FC. **Acesso de usuários com infarto do miocárdio a hospitais referência em cardiologia.** Acta Paul Enferm [Internet]. 2014;27(6):505–12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400083>
  15. Colombo RCR, Aguillar OM, Gallani MCBJ, Gobatto CA. **Caracterização da obesidade em pacientes com infarto do miocárdio.** Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2003;11(4):461–7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692003000400008>
  16. Dessotte CAM, Dantas RAS, André S. **Sintomas de pacientes antes da primeira hospitalização por Síndrome Coronariana Aguda.** Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011;45(5):1097–104. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000500010>
  17. Luciano KS, Pereira MR, Cosentino MB, Erdmann TR, Catarinenses De Medicina A. **Paradoxo dos fumantes com infarto agudo do miocárdio** [Internet]. Org.br. [citado 13 de julho de 2023]. Disponível em: <https://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/489.pdf>
  18. Cristina C, Ferreira C, Do M, Peixoto G, Barbosa A, Silveira M. **Artigo Original Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia.**
  19. Gondim L De GP, Grossi S. **A diferenciação da dor do infarto agudo do miocárdio entre pacientes diabéticos e não-diabéticos.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2003;11:720–6.
  20. Silveira EA da, Vieira LL, Jardim TV, Souza JD de. **Obesity and its association with food consumption, diabetes mellitus, and acute myocardial infarction in the elderly.** Arq Bras Cardiol [Internet]. 2016;107(6):509–17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160182>
  21. **Básica A, Da Saúde M.** CADERNOS DE [Internet]. Gov.br. [citado 13 de julho de 2023]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd14.pdf>

22. Stumm EMF, Zambonato D, Kirchner RM, Dallepiane LB, Berlezi EM. **Perfil de idosos assistidos por unidades de Estratégia de Saúde da Família que sofreram infarto agudo do miocárdio.** Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2009;12(3):449–61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2009.00011>
23. Martins IS, Coelho LT, Matos IM de S, Mazzilli RN, Trigo M, Wilson D. **Dislipidemias e alguns fatores de risco associados em uma população periférica da Região Metropolitana de São Paulo, SP - Brasil. um estudo piloto.** Rev Saude Publica [Internet]. 1989;23(3):236–43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89101989000300009>
24. Abrantes MM, Lamounier JA, Colosimo EA. **Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil.** Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2003;49(2):162–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302003000200034>
25. Souza A, Costa A, Nakamura D, Mocheti LN, Filho S, Ovando PR. **Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2007.
26. Flor LS, Campos MR. **Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional.** Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2017;20(1):16–29. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700010002>

## TABELAS

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos pacientes.

	n (%)
	n = 114
Faixa etária (anos)	
30 a 45	5 (4,4)
46 a 60	50 (43,9)
61 a 75	47 (41,2)
≥ 76	12 (10,5)
Sexo	
Masculino	88 (77,2)
Feminino	26 (22,8)
Cor de pele	
Branca	111 (97,4)
Negra	2 (1,8)
Parda	1 (0,9)
Estado Civil	
Casado	76 (66,7)
Solteiro	21 (18,4)
Divorciado	13 (11,4)

Viúvo	4 (3,5)
<b>Escolaridade</b>	
Ensino Médio Incompleto	15 (13,8)
Ensino Médio Completo	29 (26,6)
Fundamental incompleto	53 (48,6)
Fundamental Completo	8 (7,3)
Graduação	4 (3,7)
Não informado	5
<b>Índice de Massa Corporal</b>	
Normal	23 (23,5)
Sobrepeso	47 (48,0)
Obesidade	28 (24,6)
Não informado	16

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

**Tabela 2.** Distribuição dos fatores de risco dos pacientes.

	n	n (%)
<b>Tabagismo</b>	<b>93</b>	
Sim		24 (25,8)
Não		53 (57,0)
Ex tabagista		16 (17,2)
<b>Etilismo</b>	<b>81</b>	
Sim		4 (4,9)
Não		77 (95,1)
<b>Dislipidemia</b>	<b>104</b>	
Sim		23 (22,1)
Não		81 (77,9)
<b>Hipertensão</b>	<b>106</b>	
Sim		65 (61,3)
Não		41 (38,7)
<b>Cardiopatia</b>	<b>107</b>	
Sim		28 (26,2)
Não		79 (73,8)
<b>História familiar de doenças cardiovasculares</b>	<b>114</b>	
Sim		11 (9,6)
Não		103 (90,4)

Diabetes	105	
Sim		30 (28,6)
Não		75 (71,4)
Depressão e ansiedade	104	
Sim		12 (11,5)
Não		92 (88,5)

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

**Tabela 3.** Distribuição das características sociodemográficas e fatores de risco dos pacientes conforme o sexo.

	n (%)		Valor - p
	Masculino	Feminino	
<b>Estado Civil</b>	<b>n = 88</b>	<b>n = 26</b>	0,002 <sup>‡</sup>
Solteiro	14 (15,9)	7 (26,9)	
Casado	64 (72,7) <sup>b</sup>	12 (46,2)	
Viúvo	0 (0,0)	4 (15,4) <sup>b</sup>	
Divorciado	10 (11,4)	3 (11,5)	
<b>Índice de Massa Corporal</b>	<b>n = 75</b>	<b>n = 23</b>	0,428 <sup>†</sup>
Normal	18 (24,0)	5 (21,7)	
Sobrepeso	38 (50,7)	9 (39,1)	
Obeso	19 (25,3)	9 (39,1)	
<b>Tabagismo</b>	<b>n = 70</b>	<b>n = 23</b>	0,051 <sup>‡</sup>
Sim	21 (30,0)	3 (13,0)	
Ex tabagista	14 (20,0)	2 (8,7)	
Não	35 (50,0)	18 (78,3)	
<b>Dislipidemia</b>	<b>n = 80</b>	<b>n = 24</b>	0,463 <sup>†</sup>
Sim	19 (23,8)	4 (16,7)	
Não	61 (76,3)	20 (83,3)	
<b>Hipertensão</b>	<b>n = 81</b>	<b>n = 25</b>	0,085 <sup>†</sup>
Sim	46 (56,8)	19 (76,0)	
Não	35 (43,2)	6 (24,0)	
<b>Cardiopatia prévia</b>	<b>n = 83</b>	<b>n = 24</b>	0,882 <sup>†</sup>
Sim	22 (26,5)	6 (25,0)	
Não	61 (73,5)	18 (75,0)	
<b>Diabetes</b>	<b>n = 80</b>	<b>n = 25</b>	0,051 <sup>†</sup>
Sim	19 (23,8)	11 (44,0)	
Não	61 (76,3)	14 (56,0)	
<b>Depressão/Ansiedade</b>	<b>n = 79</b>	<b>n = 25</b>	0,476 <sup>††</sup>
Sim	8 (10,1)	4 (16,0)	

Não 71 (89,9) 21 (84,0)

† Valor obtido após aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson.

‡ Valor obtido após aplicação do teste Razão de Verossimilhança.

†† Valor obtido após aplicação do teste Exato de Fisher.

<sup>b</sup> Valor estatisticamente significativo após análise de resíduo ( $p < 0,05$ ).

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

**Tabela 4.** Distribuição das características sociodemográficas e fatores de risco dos pacientes conforme faixas etárias.

	Idade (anos), n (%)				Valor - p
	30 a 45	46 a 60	61 a 75	Maior 75	
<b>Estado Civil</b>	<b>n = 5</b>	<b>n = 50</b>	<b>n = 47</b>	<b>n = 12</b>	0,067 <sup>‡</sup>
Solteiro	2 (40,0)	12 (24,0)	7 (14,9)	0 (0,0)	
Casado	3 (60,0)	30 (60,0)	34 (72,3)	9 (75,0)	
Viúvo	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (6,4)	1 (8,3)	
Divorciado	0 (0,0)	8 (16,0)	3 (6,4)	2 (16,7)	
<b>Índice de Massa Corporal</b>	<b>n = 4</b>	<b>n = 44</b>	<b>n = 42</b>	<b>n = 8</b>	0,003 <sup>‡</sup>
Normal	1 (25,0)	8 (18,2)	9 (21,4)	5 (62,5) <sup>b</sup>	
Sobrepeso	1 (25,0)	18 (40,9)	25 (59,5) <sup>b</sup>	3 (37,5)	
Obeso	2 (50,0)	18 (40,9) <sup>b</sup>	8 (19,0)	0 (0,0)	
<b>Tabagismo</b>	<b>n = 4</b>	<b>n = 40</b>	<b>n = 40</b>	<b>n = 9</b>	0,064 <sup>‡</sup>
Sim	1 (25,0)	14 (35,0)	9 (22,5)	0 (0,0)	
Ex tabagista	0 (0,0)	4 (10,0)	8 (20,0)	4 (44,4)	
Não	3 (75,0)	22 (55,0)	23 (57,5)	5 (55,6)	
<b>Dislipidemia</b>	<b>n = 5</b>	<b>n = 45</b>	<b>n = 44</b>	<b>n = 10</b>	0,414 <sup>‡</sup>
Sim	1 (20,0)	8 (17,8)	13 (29,5)	1 (10,0)	
Não	4 (80,0)	37 (82,2)	31 (70,5)	9 (90,0)	
<b>Hipertensão</b>	<b>n = 5</b>	<b>n = 46</b>	<b>n = 45</b>	<b>n = 10</b>	0,554 <sup>‡</sup>
Sim	3 (60,0)	26 (56,5)	31 (68,9)	5 (50,0)	
Não	2 (40,0)	20 (43,5)	14 (31,1)	5 (50,0)	
<b>Cardiopatia prévia</b>	<b>n = 5</b>	<b>n = 47</b>	<b>n = 44</b>	<b>n = 11</b>	0,006 <sup>‡</sup>
Sim	0 (0,0)	8 (17,0)	13 (29,5)	7 (63,6) <sup>b</sup>	
Não	5 (100,0)	39 (83,0)	31 (70,5)	4 (36,4)	
<b>Diabetes</b>	<b>n = 5</b>	<b>n = 45</b>	<b>n = 45</b>	<b>n = 10</b>	0,529 <sup>‡</sup>
Sim	1 (20,0)	10 (22,2)	15 (33,3)	4 (40,0)	
Não	4 (80,0)	35 (77,8)	30 (66,7)	6 (60,0)	
<b>Depressão/Ansiedade</b>	<b>n = 5</b>	<b>n = 45</b>	<b>n = 45</b>	<b>n = 10</b>	0,760 <sup>‡</sup>
Sim	1 (20,0)	4 (9,1)	5 (11,1)	2 (20,0)	
Não	4 (80,0)	40 (90,9)	40 (88,9)	8 (80,0)	

Sexo	<b>n = 5</b>	<b>n = 50</b>	<b>n = 47</b>	<b>n = 12</b>	
Masculino	4 (80,0)	37 (74,0)	37 (78,7)	10 (83,3)	0,886 <sup>‡</sup>
Feminino	1 (20,0)	13 (26,0)	10 (21,3)	2 (16,7)	

<sup>‡</sup> Valor obtido após aplicação do teste Razão de Verossimilhança.

<sup>¥</sup> Valor obtido após aplicação do teste Qui-Quadrado de Mantel-Haenszel.

<sup>b</sup> Valor estatisticamente significativo após análise de resíduo ( $p < 0,05$ ).

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.