

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ  
DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE ELETRÔNICA/INFORMÁTICA  
CURSO SUPERIOR DE ENGENHARIA DE COMPUTAÇÃO

GEORGEA DANIELEWICZ  
GEOVANE VINICIUS FERREIRA

**SISTEMA PARA DETECÇÃO DE COMPLEXO QRS EM SINAIS DE  
ELETROCARDIOGRAFIA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CURITIBA

2013

**GEORGEA DANIELEWICZ  
GEOVANE VINICIUS FERREIRA**

**SISTEMA PARA DETECÇÃO DE COMPLEXO QRS EM SINAIS DE  
ELETROCARDIOGRAFIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento Acadêmico de Eletrônica/Informática como requisito parcial para obtenção do grau de Engenheiro no Curso Superior de Engenharia de Computação da Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

Orientador: Professor Doutor Miguel Antonio  
Sovierzoski

**CURITIBA**

**2013**

## **AGRADECIMENTOS**

Nossos sinceros agradecimentos ao Professor Miguel Antonio Sovierzoski, por ter orientado este trabalho com grande dedicação, estando sempre presente.

Agradecemos de coração a todos os nossos familiares, pois sem eles esta realização jamais teria sido possível. E também a nossos amigos e colegas, pelos incentivos e pelo apoio.

”The human heart is not unchanging (nay, changes almost out of recognition in the twinkling of an eye) ...” – C.S. Lewis

”O coração humano não é imutável (ou melhor, muda quase que irreconhecivelmente no piscar de um olho) ...” – C.S. Lewis

## RESUMO

DANIELEWICZ, Georgea  
e FERREIRA, Geovane Vinícius. Sistema para Detecção de Complexo QRS em Sinais de Eletrocardiografia. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso Superior de Engenharia de Computação, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2013.

Segundo

**Palavras-chave:** Palavra-chave 1, Palavra-chave 2, ...

## **ABSTRACT**

DANIELEWICZ, Georgea  
e FERREIRA, Geovane Vinícius. System for QRS Complex Detection in Electrocardiographi-  
cal Signals . 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso Superior de Engenharia de  
Computação, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2013.

Abstract text (maximum of 500 words).

**Keywords:** Keyword 1, Keyword 2, ...

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – ANATOMIA DE UM CORAÇÃO .....	13
FIGURA 2 – FIBRAS MUSCULARES CARDÍACAS .....	14
FIGURA 3 – DERIVAÇÕES CARDÍACAS .....	16
FIGURA 4 – ONDAS, SEGMENTOS E INTERVALOS DOS SINAIS DE ECG ....	18
FIGURA 5 – EXEMPLO DE SINAL E PADRÃO DE CLASSIFICAÇÃO .....	19
FIGURA 6 – GRÁFICOS DE SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE .....	21
FIGURA 7 – CURVA ROC .....	21
FIGURA 8 – PARTE DA GRAVAÇÃO 105 DA BASE DE ECG .....	24

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1	– TABELA DE CONTINGÊNCIA 2X2 .....	19
TABELA 2	– EXEMPLO DE UMA TABELA .....	28



## **LISTA DE SIGLAS**

ECG	Eletrocardiografia
DER	Detection Error Rate
ROC	Receiving Operating Characteristic
DER	Detection Error Rate
UML	Unified Modeling Language
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
MIT	Massachusetts Institute of Technology

## LISTA DE SÍMBOLOS

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
1.1	MOTIVAÇÃO E JUSTIFICATIVA	11
1.2	OBJETIVOS	11
1.3	ESTRUTURA DO TRABALHO	11
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>12</b>
2.1	FISIOLOGIA DO CORAÇÃO	12
2.2	FORMAÇÃO DO SINAL DE ELETROCARDIOGRAFIA	13
2.3	EXAME DE ELETROCARDIOGRAFIA	14
2.4	SISTEMA DE DERIVAÇÕES	16
2.5	ONDAS, SEGMENTOS E INTERVALOS DOS SINAIS DE ECG	17
2.6	AVALIAÇÃO DE SISTEMAS CLASSIFICADORES	18
2.6.1	Tabela de Contingência	18
2.6.2	Sensibilidade e Especificidade	20
2.6.3	Curva ROC	20
2.6.4	Outros Índices Estatísticos	22
2.7	CORRELAÇÃO DISCRETA	22
2.8	REDES NEURAIS ARTIFICIAIS	22
2.9	CONSIDERAÇÕES	22
<b>3</b>	<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<b>23</b>
3.1	BASE DE DADOS	23
3.2	DESENVOLVIMENTO DO SOFTWARE	24
3.2.1	Formato EDF	24
3.2.2	Bibliotecas	24
3.3	MÓDULOS DO SISTEMA	25
3.3.1	Visualização do sinal	25
3.3.2	Marcação de eventos	25
3.3.3	Extração de Características	25
3.3.4	Reconhecimento de padrões	25
3.3.5	Avaliação de Resultados	25
3.4	MODELAGEM UML	25
3.5	METODOLOGIA DE TESTES	25
3.6	CONSIDERAÇÕES	26
<b>4</b>	<b>RESULTADOS OBTIDOS</b>	<b>27</b>
4.1	TESTES COM RAW ECG	27
4.2	TESTES COM ECG COM CORRELAÇÃO	27
4.3	COMPARATIVO DOS RESULTADOS	27
4.4	CONSIDERAÇÕES	27
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>GESTÃO DO PROJETO</b>	<b>30</b>
6.1	RECURSOS DE HARDWARE	30
6.2	RECURSOS DE SOFTWARE	30

6.3 QUANTIDADE DE HORAS TRABALHADAS .....	31
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente documento .... (introdução normal, 2 parágrafos chega)

### 1.1 MOTIVAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Como nasceu a necessidade deste projeto. Referencias do Aratã

### 1.2 OBJETIVOS

O objetivo geral deste projeto é desenvolver um sistema para visualização e reconhecimento de padrões em sinais biomédicos de eletrocardiografia (ECG). Para melhor definição do escopo, separamos nos seguintes objetivos específicos:

- Desenvolvimento de um ambiente para visualizar sinais;
- Marcações e salvar.
- Reconhecimento de padrões, a partir da extração de características da marcação.

### 1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este documento é composto pelos seguintes capítulos... (explicar os capítulos)

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O capítulo de Fundamentação Teórica tem como objetivo apresentar os conceitos envolvidos no desenvolvimento do projeto. Inicialmente, serão abordados temas relativos ao coração humano e à geração do sinal de ECG, englobando as seções Fisiologia do Coração 2.1, Formação do Sinal de Eletrocardiografia 2.2, Exame de Eletrocardiografia 2.3, Sistema de Derivações 2.4 e Ondas, Segmentos e Intervalos dos Sinais de ECG 2.5. Em seguida, a seção Avaliação de Sistemas Classificadores 2.6 trata assuntos relativos à análise dos resultados do sistema. As seções Correlação Discreta 2.7 e Redes Neurais Artificiais 2.8 abordam a operação da correlação e redes neurais, respectivamente. O capítulo é finalizado com a seção de Considerações 2.9.

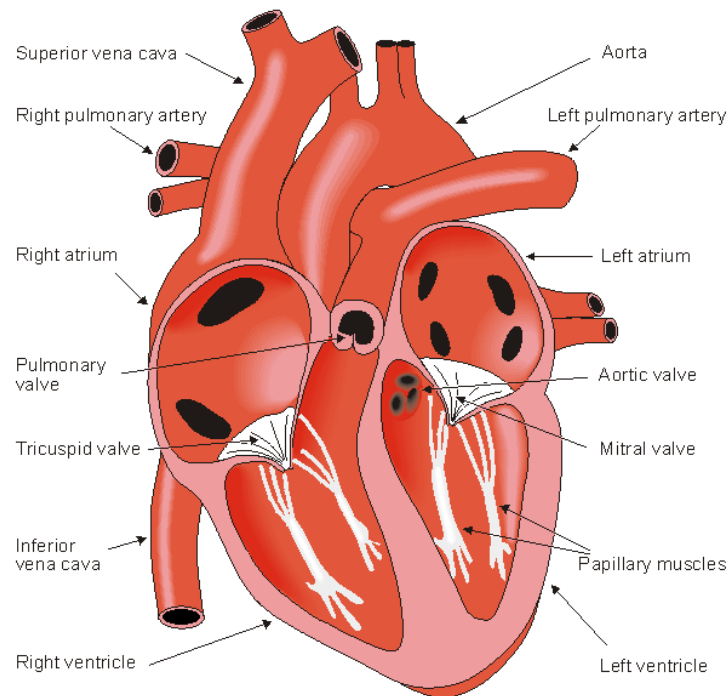
### 2.1 FISIOLOGIA DO CORAÇÃO

O coração humano possui paredes compostas por músculos cardíacos estriados, chamadas de miocárdio, formando quatro compartimentos: o átrio direito, o átrio esquerdo, o ventrículo direito e o ventrículo esquerdo. A figura 1 mostra o coração com indicações dos respectivos átrios e ventrículos (MALMIVUO; PLONSEY, 1995).

O coração possui ainda quatro válvulas. Entre o átrio direito e o ventrículo direito se encontra a válvula tricúspide, e entre o átrio esquerdo e o ventrículo esquerdo fica a válvula mitral. A válvula pulmonar fica entre o ventrículo direito e a artéria pulmonar, enquanto a válvula aorta está no trato de saída do ventrículo esquerdo, e controla o fluxo para a aorta (MALMIVUO; PLONSEY, 1995).

Para retornar da circulação sistêmica, o sangue chega ao átrio direito e dele segue pela válvula tricúspide para o ventrículo direito. Então é ejetado do ventrículo direito para os pulmões, pela válvula pulmonar. Dos pulmões, o sangue oxigenado retorna para o átrio esquerdo, e passa pela válvula mitral até o ventrículo esquerdo. Finalmente, é bombeado pela válvula aorta para a aorta e para a circulação sistêmica (MALMIVUO; PLONSEY, 1995).

A fibra muscular do coração é orientada em espiral. O fato das células musculares cardíacas



**Figura 1: Anatomia de um coração.**

**Fonte: (MALMIVUO; PLONSEY, 1995)**

permanecerem tangencialmente e radialmente, como mostra a figura 2, e a resistência do músculo ser mais baixa em direção as fibras é importante na área da eletrocardiografia, pois a atividade elétrica pode se propagar de uma célula para outra em qualquer direção. Como resultado disso, as formas de onda de ativação são bastante complexas (MALMIVUO; PLONSEY, 1995).

## 2.2 FORMAÇÃO DO SINAL DE ELETROCARDIOGRAFIA

O músculo cardíaco, miocárdio, é composto por células geradoras de potencial elétricas denominadas cardiomiócitos. Em repouso, estas células especializadas em atividade elétrica permanecem polarizadas em sua membrana com um potencial elétrico de aproximadamente -90 mV. No entanto, qualquer excitação por estímulo externo pode rapidamente reverter o potencial elétrico das células miocárdiais, a este processo é dado o nome de despolarização (GACEK; PREDYCZ, 2011).

A despolarização geralmente é ocasionada pelo aumento da permeabilidade da membrana ao sódio, permitindo assim que íons positivamente carregados de sódio entrem na célula. Algumas células cardíacas podem ser carregadas com íons de cálcio no lugar de íons de sódio (GACEK; PREDYCZ, 2011).



**Figura 2: Fibras musculares cardíacas**

**Fonte: (MALMIVUO; PLONSEY, 1995)**

A variação negativa do potencial elétrico é chamada de fase de repolarização. Ocorre devido ao movimento de íons de potássio para fora da célula, considerando que após a despolarização, o músculo retorna a seu estado elétrico original. Durante a repolarização, o músculo cardíaco é incapaz de ser estimulado, o que o protege de alguma eventual estimulação prematura (GACEK; PREDYCZ, 2011), evitando danos ao sistema cardíaco.

Estas mudanças no potencial elétrico durante os processos de despolarização e repolarização das fibras do miocárdio são registradas com a colocação de eletrodos posicionados na superfície do peito e nas derivações dos membros, e constituem os sinais de Eletroencefalografia (ECG). A forma de onda do ECG pode ser impressa em papel ou mostrada na tela do computador (GACEK; PREDYCZ, 2011).

### 2.3 EXAME DE ELETROCARDIOGRAFIA

Falar do equipamento para aquisição do ECG

Podem ser citadas como vantagens dos exames de ECG seu baixo custo, facilidade de



implementação, o fato de ser um procedimento não invasivo e a obtenção imediata dos resultados (GACEK; PREDYCZ, 2011).

Os exames de ECG podem auxiliar em diagnósticos cardiológicos tais como (MALMI-VUO; PLONSEY, 1995):

1. Eixo elétrico do coração
2. Monitoramento de frequência cardíaca
3. Arritmias
  - (a) Arritmias supraventriculares
  - (b) Arritmias ventriculares
4. Desordens na sequência de ativação
  - (a) Defeitos na condução atrioventricular
  - (b) Bloqueio atrioventricular de primeiro grau
  - (c) Síndrome de Wolff-Parkinson-White
5. Aumento da espessura das paredes ou do tamanho dos átrios e ventrículos
  - (a) Hipertrofia atrial
  - (b) Hipertrofia ventricular
6. Isquemia e infarto do miocárdio
  - (a) Isquemia
  - (b) Infarto
7. Efeito de drogas
8. Desequilíbrio eletrolítico
  - (a) Potássio
  - (b) Cálcio
9. Cardite
  - (a) Pericardite
  - (b) Miocardite

## 10. Monitoramento de marca-passo

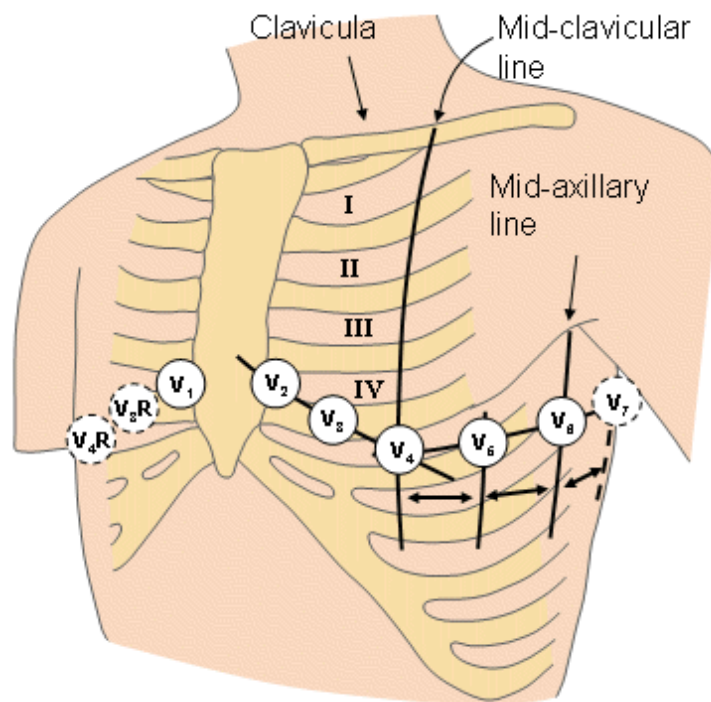
Falar de artefatos (1 parágrafo)

### 2.4 SISTEMA DE DERIVAÇÕES

O sistema de configuração mais comum em exames ambulatoriais de ECG é o sistema 12 derivações, que consiste nas seguintes derivações (MALMIVUO; PLONSEY, 1995):

- Derivações dos membros (*Limb leads*): I, II, III
- Derivações aumentadas ou de Goldberger (*Goldberger Augmented Leads*):  $aV_R$ ,  $aV_L$
- Derivações Precordiais (*Precordial leads*):  $V_1$ ,  $V_2$ ,  $V_3$ ,  $V_4$ ,  $V_5$  e  $V_6$

As seis primeiras derivações, I, II, III,  $aV_R$ ,  $aV_L$  e  $aV_F$  são derivadas dos mesmos três pontos de medição. Por isso, qualquer par dentre este grupo fornece a mesma informações que os quatro restantes (MALMIVUO; PLONSEY, 1995). A localização das derivações é ilustrada na figura 3.



**Figura 3: Derivações cardíacas**

**Fonte: (MALMIVUO; PLONSEY, 1995)**

Mais de 90% da atividade elétrica cardíaca pode ser explicada com a medição de três componentes independentes. A princípio, duas das derivações límbicas I II III devem ser suficiente para descrever completamente o vetor elétrico cardíaco. A principal razão para que sejam gravadas as 12 derivações é porque enriquece o reconhecimento dos padrões. Esta combinação de derivações fornece ao médico a oportunidade de observar diversas projeções do vetor elétrico cardíaco, que consiste em um modo de visualizar o gerador de potencial elétrico do coração como um dipolo elétrico (MALMIVUO; PLONSEY, 1995).

## 2.5 ONDAS, SEGMENTOS E INTERVALOS DOS SINAIS DE ECG

Além das ondas, os elementos existentes na forma de onda do ECG são (GACEK; PREDYCZ, 2011):

- Linha isoelétrica: a linha horizontal quando não há atividade elétrica no ECG;
- Segmentos: a duração da linha isoelétrica entre as ondas;
- Intervalos: o tempo entre dois segmentos de ondas adjacentes

A onda P é a primeira deflexão do ECG e resulta da despolarização dos átrios, que ocorre durante a despolarização ventricular. É positiva na maioria das derivações, mesmo sendo pouco evidente. Sua amplitude não excede 0,15 mV e 0,25 mV nas derivações precordiais, e dura no máximo 0,12 segundos (GACEK; PREDYCZ, 2011).

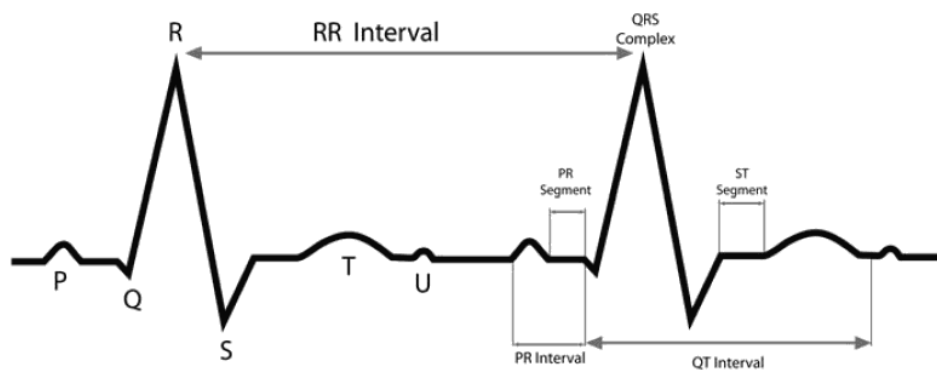
A onda T, por sua vez, representa a repolarização ventricular, a restauração do repouso no potencial da membrana. As ondas T se diferenciam das ondas P, por seguirem o complexo QRS após cerca de 0,2 segundos. Após a onda T, ocorre a onda U, com a mesma polaridade da onda T que a precede. Ondas U invertidas podem aparecer na presença de hipertrofia do ventrículo esquerdo ou isquemia (GACEK; PREDYCZ, 2011).

O segmento PQ expressa tempo decorrido entre a despolarização atrial e o começo da despolarização ventricular, durando entre 0,12 e 0,2 segundos. O intervalo ventricular ST-T coincide com a repolarização do músculo ventricular. O intervalo QT corresponde à duração do potencial de ação ventricular e da repolarização. O intervalo TP é o período em que os átrios e ventrículos estão na diástole. O intervalo RR corresponde um ciclo cardíaco e é utilizado para o cálculo da frequência cardíaca (GACEK; PREDYCZ, 2011).

A identificação do complexo QRS não apresenta grandes dificuldades, uma vez que possui forma de onda característica e amplitude dominante. Esta amplitude mede cerca de 1 mV em

um coração normal, mas pode ser muito maior em uma hipertrofia ventricular. O complexo QRS é o maior grupo de ondas no ECG e corresponde à despolarização ventricular. A primeira deflexão negativa é a onda Q. Seguida de uma deflexão positiva, a onda R, sendo finalizada com uma última deflexão negativa denominada de onda S, completando um complexo QRS (GACEK; PREDYCZ, 2011).

A duração normal do QRS fica entre 0.08 e 0,09 segundos. Durações maiores são geralmente devidas à despolarização assíncrona dos dois ventrículos. Isto ocorre em casos de bloqueio atrioventricular de primeiro grau, síndromes de pré-excitação ou contração ventricular prematura. Nestas situações, um ventrículo é despolarizado mais cedo que o outro, fazendo com que o complexo QRS apresente uma onda R seguida de outra onda R. Estas ondas correspondem à despolarização dos dois ventrículos (GACEK; PREDYCZ, 2011). A figura 4 mostra as formas de onda características de um ciclo cardíaco.



**Figura 4: Ondas, segmentos e intervalos dos sinais de eletrocardiografia**

**Fonte: (GACEK; PREDYCZ, 2011)**

## 2.6 AVALIAÇÃO DE SISTEMAS CLASSIFICADORES

Nesta seção vamos nos concentrar em formas de avaliar o desempenho de sistemas classificadores.

### 2.6.1 Tabela de Contingência

A tabela de contingência, também chamada de tabela de confusão, é descrita como uma ferramenta capaz de representar, dentro de uma população, os indivíduos doentes, indivíduos saudáveis, indivíduos com teste positivo e indivíduos com teste negativo (MASSAD; ORTEGA; SILVEIRA, ), como mostrado na tabela 1.

**Tabela 1: Tabela de Contingência 2x2**

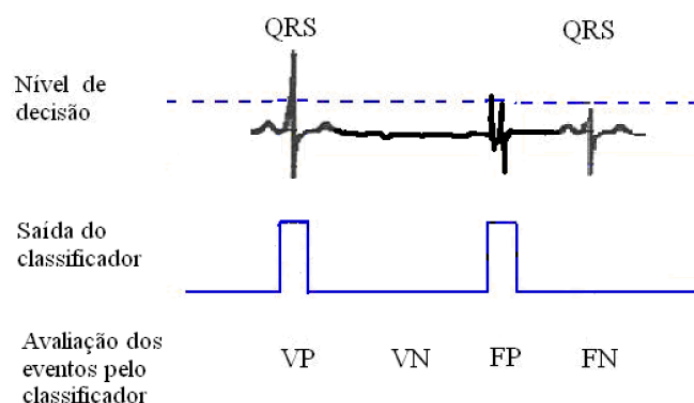
		indivíduos		
		doentes	sadios	
indicação do exame	positivo	VP	FP	total de positivos
	negativo	FN	VN	total de negativos
		total de doentes	total de sadios	total

Fonte: modificado de (SOVIERZOSKI, 2009)

A partir da tabela de contingência, podem ser observados os seguintes índices:

- Verdadeiro positivo (VP): doente com resultado positivo;
- Falso positivo (FP): sadio com resultado positivo;
- Falso negativo (FN): doente com resultado negativo;
- Verdadeiro negativo (VN): sadio com resultado negativo.

Como este projeto pretende obter a identificação do complexo QRS em exames de ECG, a etapa de testes trata como verdadeiro positivo o complexo QRS indicado como positivo, falso positivo como padrão diferente do complexo QRS indicado como positivo, falso negativo como um complexo QRS não identificado e verdadeiro negativo como um padrão diferente do complexo QRS não identificado pelo sistema (SARAIVA, 2012). A lógica desta avaliação é expressa pela figura 5.



**Figura 5: Exemplo de sinal e padrão de classificação considerando o nível de decisão**

Fonte: (SARAIVA, 2012)

Os índices da tabela de contingência são utilizados para o cálculo de outros índices, tais como sensibilidade, especificidade, eficiência e o índice DER.

### 2.6.2 Sensibilidade e Especificidade

A sensibilidade pode ser descrita como a medida da capacidade de um sistema em identificar indivíduos com exame positivo entre os indivíduos verdadeiramente doentes, levando em conta outros indivíduos doentes com exames negativos, como evidencia a equação (1). Logo, quanto maior a sensibilidade de um sistema, menor o número de falsos negativos (MASSAD; ORTEGA; SILVEIRA, ).

$$sensibilidade = \frac{VP}{VP + FN} \quad (1)$$

Especificidade mede a capacidade do sistema em identificar os indivíduos negativos entre os verdadeiramente não doentes, representada pela equação (2). Assim, quanto menor o número de falsos positivos identificados pelo sistema, maior será sua especificidade (MASSAD; ORTEGA; SILVEIRA, ).

$$especificidade = \frac{VN}{VN + FP} \quad (2)$$

A sensibilidade e especificidade costumam retornar diferentes valores de acordo com a variação em algum atributo do sistema (SOVIERZOSKI, 2009). A figura 6 mostra o comportamento dos índices de sensibilidade e especificidade em função do limiar de decisão da rede neural, ferramenta utilizada no reconhecimento de padrões a ser discutida na seção X.

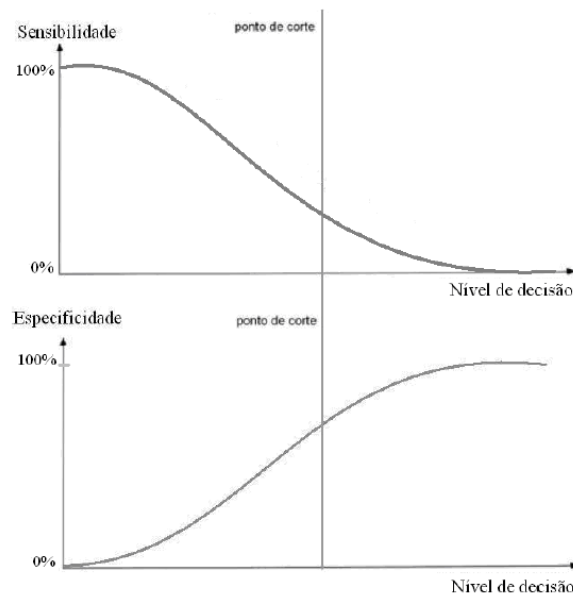
### 2.6.3 Curva ROC

A Curva ROC é útil para visualização da performance de classificadores. Seu uso vem crescendo em pesquisas nas áreas de *machine learning* e *data mining* (FAWCETT, 2006).

Os valores de sensibilidade e especificidade são organizados em pares ordenados, e dispostos no primeiro quadrante de um plano cartesiano. Com algum método de interpolação, são interligados desde a origem (sensibilidade = 0 e especificidade = 1), até o extremo oposto do gráfico (sensibilidade = 1 e especificidade = 0), dando origem a curva ROC (MASSAD; ORTEGA; SILVEIRA, ), conforme ilustra a figura 7.

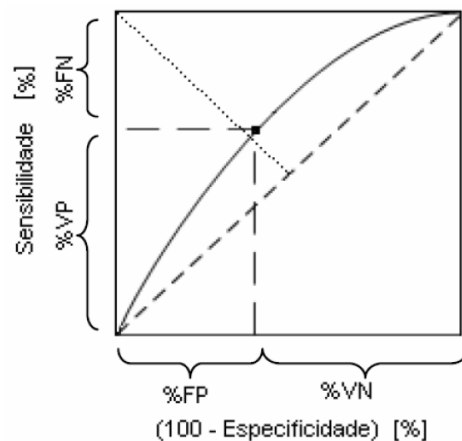
Cada ponto da curva ROC equivale a um valor diferente do limiar de decisão da rede neural, dessa forma, construindo a relação entre sensibilidade e especificidade (SOVIERZOSKI, 2009).

No eixo das ordenadas da curva ROC pode ser observada a fração dos verdadeiros positivos (sensibilidade). E no eixo das abscissas, a fração dos falsos positivos, correspondente ao



**Figura 6: Gráficos de Sensibilidade e Especificidade em função do nível de decisão**

**Fonte: (SARAIVA, 2012)**



**Figura 7: Curva ROC**

**Fonte: (SOVIERZOSKI, 2009)**

complemento da especificidade (1 - especificidade) (MASSAD; ORTEGA; SILVEIRA, ).

A linha tracejada representa um sistema classificador incapaz de discriminar, em outras palavras, um sistema que apresenta o mesmo percentual de verdadeiros positivos e de falsos positivos. Quanto mais afastada da linha tracejada estiver a curva ROC (de modo semelhante à figura 7), melhor é o desempenho do sistema. O classificador ideal possui sensibilidade = 1 e especificidade = 1 (BROWN; DAVIS, 2006).

### 2.6.4 Outros Índices Estatísticos

Além de inúmeros outros métodos para medição do desempenho de sistemas classificados, existem o índice DER e eficiência.

O índice DER, dado na equação (3) (ZHANG; LIAN, 2007), relaciona o número de erros do sistema, soma dos falsos positivos e falsos negativos, com o número total de eventos do sistema.

$$DER = \frac{FP + FN}{\text{Total de eventos QRS}} \quad (3)$$

Eficiência ou *accuracy* corresponde a capacidade de um sistema em identificar os verdadeiros doentes e sadios (SOVIERZOSKI, 2009). A fórmula para o cálculo da eficiência é dada na equação (4).

$$accuracy = \frac{VP + VN}{VP + VN + FP + FN} \quad (4)$$

### 2.7 CORRELAÇÃO DISCRETA

Explicar sobre a correlação matemática dada na equação (5).

$$R_{r,a}(\tau) = \frac{1}{K} \sum_{n=0}^{N-1} f_r(n) f_s(\tau + n) \quad (5)$$

### 2.8 REDES NEURAIIS ARTIFICIAIS

Falar sobre as Redes Neurais. Tem muita coisa pra falar disso aqui. Citar o Haykin. 2.8.1 mlp

### 2.9 CONSIDERAÇÕES



### 3 DESENVOLVIMENTO

Este capítulo aborda os recursos e metodologias utilizadas em todo o desenvolvimento deste trabalho. O capítulo foi dividido em seções: Base de Dados 3.1, seguida da seção de Desenvolvimento do *Software* 3.2, Modelagem UML 3.4, Metodologia de Testes 3.5 e por fim as Considerações sobre o Desenvolvimento 3.6.

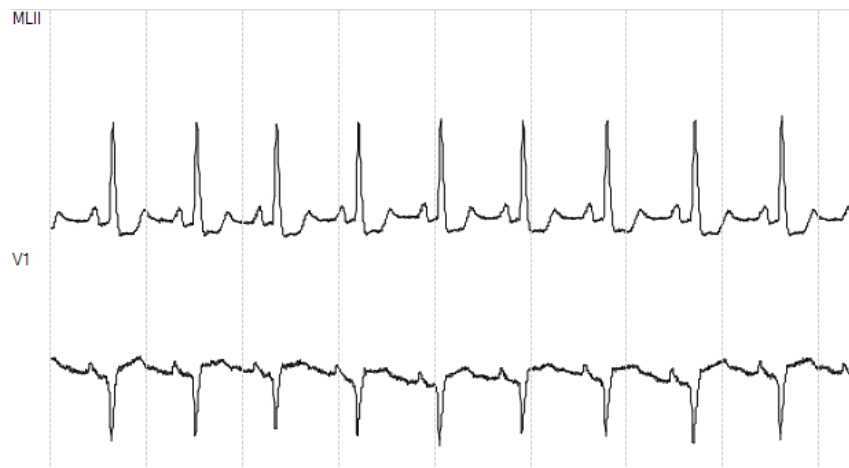
#### 3.1 BASE DE DADOS

De acordo com informações disponibilizadas pela CONEP (CONEP, 2011), “as pesquisas envolvendo apenas dados de domínio público que não identifiquem os participantes da pesquisa, ou apenas revisão bibliográfica, sem envolvimento de seres humanos, não necessitam aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP.” Por esta razão, a equipe optou por utilizar a base de dados pública MIT-BIH Arrhythmia Database.

A MIT-BIH Arrhythmia Database foi desenvolvida pelo Beth Israel Hospital de Boston em parceria com o MIT durante uma pesquisa sobre arritmia e temas correlatos. Tem sido utilizada como um conjunto de dados padrão para testes e avaliação para sistemas detectores de arritmias e pesquisa em dinâmica cardíaca (MOODY; MARK, 1990).

Os dados correspondem à 48 gravações ECG com duração de meia hora cada uma. São apresentados dois sinais, *modified limb lead II (MLII)* e *lead VI* (podendo ser ocasionalmente V2, V5 ou V4), ambos obtidos com os eletrodos colocados no peito. Esta é a configuração padrão utilizada pelo BIH Arrhythmia Laboratory. Pode-se observar maior proeminência dos complexos QRS no sinal superior (GOLDBERGER et al., 2000 (June 13)). A figura 8 mostra parte da gravação do exame 105.

Os exames foram realizados com 47 pacientes acompanhados pelo BIH Arrhythmia Laboratory entre os anos de 1975 e 1979. Vinte e três gravações foram aleatoriamente de um conjunto de 4000 exames ambulatoriais de ECG com duração de 24 horas coletadas de pacientes internos (cerca de 60%) e pacientes ambulatoriais (cerca de 40%) do Boston's Beth Israel



**Figura 8: Parte da gravação 105 da base de dados MIT-BIH Arrhythmia Database.**

**Fonte: Autoria própria**

Hospital. Os outros 25 exames foram selecionados do mesmo conjunto para incluir arritmias clinicamente incomuns (MOODY; MARK, 1990).

Uma equipe com dois cardiologistas realizou anotações dos batimentos em cada uma das gravações, resultando em aproximadamente 110 mil marcações. Estas foram incluídas na base de dados. A base completa tem sido disponibilizada gratuitamente pelo desde 2005 (MOODY; MARK, 1990).

Para a etapa de testes deste projeto, foi selecionado apenas o arquivo 105 por apresentar maior dificuldade na detecção do complexo QRS (SARAIVA, 2012).

## 3.2 DESENVOLVIMENTO DO SOFTWARE

### 3.2.1 Formato EDF

Falar sobre o formato EDF. Como surgiu. Para que serve Podemos colocar o cabeçalho do arquivo.

### 3.2.2 Bibliotecas

Bibliotecas gráficas, biblioteca para abrir arquivo EDF.

### 3.3 MÓDULOS DO SISTEMA

Eu consigo antever cinco módulos (Aí explica o que cada um faz): Telas do sistema vão aqui.

Pode ser um diagrama de blocos. Processo de detecção.

#### 3.3.1 Visualização do sinal

Explicar por exemplo, a duração do exame, quantos canais, a frequência e amplitude.

#### 3.3.2 Marcação de eventos

Que tipo de eventos marcamos, em arquivo de texto, seguindo um padrão definido.

#### 3.3.3 Extração de Características

Aqui será explicado o modo como foi utilizada a operação da Correlação. Correlação de um evento marcado com o sinal inteiro, gerando um novo sinal... com picos onde eventos daquele tipo ocorrem.

#### 3.3.4 Reconhecimento de padrões

No caso utilizamos a Rede Neural MultiLayer Perceptron.

#### 3.3.5 Avaliação de Resultados

Módulo que compara marcações com os resultados obtidos.

### 3.4 MODELAGEM UML

Usamos algum padrão, MVC, etc....

### 3.5 METODOLOGIA DE TESTES

Achei que já tínhamos explicado isso aqui na Fundamentação Teórica. Mas se não foi o suficiente explicamos melhor aqui... O que são os VP, VN, FP, e FN no nosso caso (complexo

QRS, arritmias...). E o que precisou ser variado para gerar a curva ROC. Threshold Podemos colocar umas telas, comparando o resultado obtido com a marcação que já vem com a base de dados.

### 3.6 CONSIDERAÇÕES

## 4 RESULTADOS OBTIDOS

Introdução do Capítulo. Um parágrafo basta.

Muitos Gráficos!

### 4.1 TESTES COM RAW ECG

Tabela de contingência/confusão: VP, VN, FP, e FN. Aqui vai a análise de sensibilidade, especificidade. Curva ROC.

### 4.2 TESTES COM ECG COM CORRELAÇÃO

Tabela de contingência/confusão: VP, VN, FP, e FN. Aqui vai a análise de sensibilidade, especificidade. Curva ROC.

### 4.3 COMPARATIVO DOS RESULTADOS

Curva ROC comparativa.

### 4.4 CONSIDERAÇÕES

Então.. o sistema é classificador ou não? (De acordo com a curva ROC) Compara a outros trabalhos

**Tabela 2: Comparação dos métodos utilizados para detecção do QRS oriunda da tabela de Zhang e Lian (2009) acrescido das quatro últimas linhas com resultados obtidos no trabalho de (SARAIVA, 2012)**

Método	QRS	FP	FN	DER
Algoritmos genéticos	2572	86	5	3,54
Filtro passa banda	2572	67	22	3,46
Wavelet denoising	2572	78	5	3,23
Bancos de filtragem	2139	53	16	3,22
BPF/search-back	2564	53	22	2,95
Filtro adaptativo linear	2572	40	22	2,40
Filtragem otimizada	2572	35	21	2,18
Topological mapping	2572	41	4	1,75
Transformada wavelet	2572	15	12	1,09
Filtro adaptativo e rede neural	2572	10	4	0,5
Morfologia 1M	2572	49	10	2,29
Morfologia 2M	2572	27	9	1,40
Morfologia 3M	2572	19	7	1,01
Morfologia 1M	2690	40	2	1,56
Morfologia 2M	2690	41	2	1,60
Morfologia 3M	2690	40	0	1,49
Morfologia 4M	2690	39	0	1,45

**Fonte: Modificada de (SARAIVA, 2012)**

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Alcançou os objetivos?? Quanto conseguiu atingir? A metodologia foi boa ou ruim? Cada seção teve a sua conclusão, então completa a discussão. Elementos resultantes do processo de união. Não apresentar nenhum dado novo! 1 folha e meia no máximo. Propostas futuras? Resultados futuros.

Com redes SOM, ou com outras bases de dados.

## 6 GESTÃO DO PROJETO

Inicialmente, este projeto pretendia utilizar uma base de dados de exames de EEG, obtida em um Hospital, mediante autorização do Comitê de Ética da Instituição. A metodologia de testes seria realizada por um médico neurologista, que avaliaria os resultados do sistema, classificando-os como verdadeiro positivo, verdadeiro negativo, falso positivo ou falso negativo.

Contudo, dada a limitação de tempo para a conclusão deste trabalho, e a escassez de bases de dados de EEG públicas adequadas (o que dispenderia menor tempo, por não necessitar de autorização do Comitê de Ética), a equipe alterou o escopo do projeto, passando a utilizar uma base de dados pública de ECG.

Esta mudança trouxe alguns benefícios, dentre eles a possibilidade de a própria equipe realizar os testes, uma vez que a base de dados já possui marcações dos eventos, bastando apenas compará-las aos eventos identificados pelo sistema.

### 6.1 RECURSOS DE HARDWARE

Nossos computadores.

### 6.2 RECURSOS DE SOFTWARE

Linguagens de Programação

O software foi desenvolvido na linguagem C Sharp versão ?.

IDE Utilizada

O ambiente de desenvolvimento utilizado foi o Visual Studio versão X.

Para a licença deste produto a equipe participou do DreamSpark.



### 6.3 QUANTIDADE DE HORAS TRABALHADAS

Gráfico com barras comparando o esperado com o real.

## REFERÊNCIAS

BROWN, C. D.; DAVIS, H. T. Receiver operating characteristics curves and related decision measures: A tutorial. **Chemometrics and Intelligent Laboratory Systems**, v. 80, n. 1, p. 24 – 38, 2006. ISSN 0169-7439. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169743905000766>>.

CONEP. **Perguntas e Respostas Frequentes**. 2011.

FAWCETT, T. An introduction to roc analysis. **Pattern Recogn. Lett.**, Elsevier Science Inc., New York, NY, USA, v. 27, n. 8, p. 861–874, jun. 2006. ISSN 0167-8655. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.patrec.2005.10.010>>.

GACEK, A.; PREDYCZ, W. **ECG Signal Processing, Classification and Interpretation: A Comprehensive Framework of Computational Intelligence**. [S.l.]: Springer, 2011.

GOLDBERGER, A. L. et al. PhysioBank, PhysioToolkit, and PhysioNet: Components of a new research resource for complex physiologic signals. **Circulation**, v. 101, n. 23, p. e215–e220, 2000 (June 13). Circulation Electronic Pages: <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/101/23/e215> PMID:1085218; doi: 10.1161/01.CIR.101.23.e215.

MALMIVUO, J.; PLONSEY, R. **Bioelectromagnetism - Principles and Applications of Bioelectric and Biomagnetic Fields**. New York: Oxford University Press, 1995. Disponível em: <<http://www.bem.fi/book/>>.

MASSAD, E.; ORTEGA, N.; SILVEIRA, P. **Métodos quantitativos em medicina**. [S.l.: s.n.]. ISBN 9788520414125.

MOODY, G.; MARK, R. The mit-bih arrhythmia database on cd-rom and software for use with it. In: **Computers in Cardiology 1990, Proceedings**. [S.l.: s.n.], 1990. p. 185–188.

SARAIVA, A. A. **Deteção do Complexo QRS através de Morfologia Matemática Multiescalar**. 2012.

SOVIERZOSKI, M. **Avaliação de Descritores Morfológicos na Identificação de Eventos Epileptiformes**. Tese (Doutorado) — Programa de Pós – Graduação em Engenharia Elétrica – UFSC, 2009.

ZHANG, F.; LIAN, Y. Electrocardiogram qrs detection using multiscale filtering based on mathematical morphology. In: **Engineering in Medicine and Biology Society, 2007. EMBS 2007. 29th Annual International Conference of the IEEE**. [S.l.: s.n.], 2007. p. 3196–3199. ISSN 1557-170X.