

IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Alessandra de Andrade Alves dos Santos¹

Dalayne Deysi Silva Braz²

Anderson Batista Cavalcante³

Lenilson Santos da Trindade⁴

Ângela Maria Melo Sá Barros⁵

Diego Santos de Souza⁶

Enfermagem



cadernos de
graduação

ciências biológicas e da saúde

ISSN IMPRESSO 1980-1785

ISSN ELETRÔNICO 2316-3143

RESUMO

As doenças cardiovasculares (DCV) representam um grave problema de saúde pública em todo o mundo. No Brasil, as DCV compõem a principal causa de morte, sendo responsáveis por quase 32% dos óbitos. Dentre as doenças cardiovasculares, merece destaque a síndrome coronariana aguda (SCA) que representam um grupo de doenças que incluem o infarto agudo do miocárdio (IAM) sem supradesnivelamento ou com supradesnivelamento do segmento ST e a angina instável. O presente estudo teve como objetivos averiguar os fatores que influenciam na busca pelo serviço de saúde; reconhecer os aspectos relevantes no atendimento aos pacientes com síndrome coronariana aguda; e, identificar os principais protocolos aplicados no atendimento ao paciente com síndrome coronariana aguda. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva, de caráter exploratório e retrospectivo. Observou-se que são diversos os fatores que contribuem tanto no desencadeamento da SCA quanto no atendimento diante de um evento de lesão miocárdica. E que embora a dor torácica apareça como principal sintoma da SCA, muitas vezes, pacientes e familiares desconhecem sua sintomatologia o que contribui para o retardo na procura por atendimento hospitalar. Desta forma, é imprescindível a identificação do episódio de SCA em tempo hábil e conduta necessárias para minimizar riscos de sequelas e morte.

PALAVRAS-CHAVE

Síndrome Coronariana Aguda. Dor Torácica. Urgência. Emergência. Atendimento.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases (CVD) represent a serious public health problem throughout the world. In Brazil, CVD is the main cause of death, accounting for almost 32% of all deaths. Among the cardiovascular diseases, acute coronary syndrome (ACS) is a group of diseases that include acute myocardial infarction (AMI) without elevation or ST-segment elevation and unstable angina. The present study had as objectives to investigate the factors that influence the search for the health service; To recognize the relevant aspects in the care of patients with acute coronary syndrome; And, to identify the main protocols applied in the care of patients with acute coronary syndrome. It is a descriptive, bibliographical, exploratory and retrospective. It was observed that there are several factors that contribute both to triggering ACS and to attending to an event of myocardial injury. And although chest pain appears as the main symptom of ACS, patients and families often do not know its symptomatology, which contributes to the delay in the search for hospital care. Thus, it is essential to identify the episode of ACS in a timely manner and conduct necessary to minimize risks of sequelae and death.

KEYWORDS

Acute Coronary Syndrome. Chest pain. Urgency. Emergency. Attendance.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam um grave problema de saúde pública em todo o mundo, atingindo tanto países desenvolvidos quanto os países em desenvolvimento. Dentre as doenças cardiovasculares (DCV), merece destaque a síndrome coronariana aguda (SCA) que representa um grupo de doenças cardíacas que incluem o infarto agudo do miocárdio (IAM) sem supradesnivelamento ou com supradesnivelamento do segmento ST e a angina instável (WORLD..., 2012; GRAEFF; GOLDMEIER; PELLANDA, 2012).

A síndrome coronariana aguda é definida por um evento agudo, em que há o rompimento de uma placa aterosclerótica instável, abrangendo mecanismos de ativação plaquetária, inflamatórios e dos fatores de coagulação que causarão a formação de trombos, levando a vasoespasma com maior ou menor importância, gerando redução do fluxo sanguíneo miocárdico e conseqüentemente isquemia miocárdica. Este evento leva a angina por esforço, angina instável e infarto agudo do miocárdio com ou sem supradesnivelamento do segmento ST (LEMOS et al., 2012; SÍRIO LIBANÊS, 2013).

Em 2014, 56 milhões de mortes ocorreram em todo o mundo. Deste número, 38 milhões foram decorrentes de doenças não transmissíveis, das quais se destacam as cardiovasculares, o câncer e doenças respiratórias crônicas. As doenças cardiovasculares foram responsáveis por 17,5 milhões de mortes, ou seja, 46,2% das mortes por doenças não transmissíveis. Estima-se ainda que esse número chegue a quase 40 milhões em 2020 (WHO, 2014).

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte, sendo responsáveis por quase 32% de todos os óbitos. Deste percentual, 8,75% são ocasionadas pelas doenças isquêmicas do coração. Em 2014, ocorreram 87.234 óbitos no País decorrentes de IAM, principal representante das doenças isquêmicas do coração. Na região Nordeste, o IAM foi responsável por 23.768 mortes. No Estado de Sergipe, neste mesmo ano, ocorreram 781 mortes por doenças isquêmicas do coração (GRAEFF; GOLDMEIER; PELLANDA, 2012; BRASIL, 2014).

Trata-se de um sério problema mundial de saúde pública, pois compõe doenças com péssimo prognóstico que leva muitas vezes a sequelas ou à morte, configurando-se como uma das principais causas de morte da população brasileira. Assim, sabe-se que o rápido atendimento dos pacientes após o surgimento dos primeiros sintomas é primordial para diminuição da alta mortalidade por IAM e redução de sequelas. Desta forma, os profissionais de saúde devem estar capacitados para o reconhecimento precoce dos sintomas que envolvem o desencadeamento de síndromes coronarianas agudas, a fim de atuar de forma mais incisiva no atendimento e desenvolvimento de programas capazes de reduzir a morbidade e mortalidade por SCA.

O artigo objetivou averiguar os fatores que influenciam na busca pelo serviço de saúde; reconhecer os aspectos relevantes no atendimento aos pacientes com síndrome coronariana aguda; e, identificar os principais protocolos aplicados no atendimento ao paciente com síndrome coronariana aguda.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Para este estudo a metodologia utilizada foi a Pesquisa Bibliográfica, partindo do delineamento de Lakatos e Marconi (2010) para essa modalidade de pesquisa. A pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias é a pesquisa que abrange bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, até meios de comunicação oral e audiovisuais, com a finalidade de colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto.

Foram utilizados livros, protocolos e artigos científicos para elaboração deste estudo. Para seleção dos artigos empregou-se as seguintes bases de dados eletrônicas: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO); Literatura Latino Americana (LILACS); Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe (REDALYC) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). A coleta foi realizada entre fevereiro e setembro de 2016, utilizando os seguintes descritores: Síndrome Coronariana Aguda, Dor Torácica, Urgência, Emergência, Atendimento. Os referidos descritores foram utilizados em separado e, posteriormente, combinados, de maneira que o termo "Síndrome coronariana aguda" estivesse sempre presente.

Foram encontrados, ao todo, 84 artigos nas bases de dados utilizadas. Na Scielo encontrou-se 28 artigos, dos quais foram eleitos apenas 10 após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Na base de dados Lilacs, foram encontrados 20 artigos.

Destes, apenas 4 atendiam aos critérios de inclusão e exclusão definidos. Na Redalyc, 19 artigos foram localizados, enquanto 4 foram selecionados. Na base de dados Bireme, 17 artigos foram encontrados, dos quais foram escolhidos apenas 03.

2.1.1 Critérios de Inclusão e Exclusão dos Estudos

Na pesquisa foram incluídos livro-texto, diretrizes e artigos publicados entre janeiro de 2011 e dezembro de 2016, que estavam acessíveis na língua portuguesa que abordavam o atendimento hospitalar frente à síndrome coronariana aguda. Foi incluído um artigo publicado em 1983 devido à relevância do tema exposto. Excluíram-se os artigos que abordavam estritamente o prognóstico e a qualidade de vida após um evento da síndrome coronariana

2.2 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Todas as publicações e os autores utilizados nesta pesquisa foram rigorosamente citados, respeitando os aspectos éticos previstos na [Lei nº 12.853/2013](#) no que se refere aos direitos autorais (BRASIL, 2013).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da leitura pormenorizada das referências, 21 foram selecionadas. Assim, pôde-se definir os fatores desencadeantes da SCA, os que levam à procura pelo serviço de saúde e os que auxiliam na abordagem da SCA, e com base nisto, categorizá-los da seguinte forma: fatores modificáveis e fatores não-modificáveis; fatores que retardam a busca por ajuda; e, utilização de protocolos. Em seguida, os autores foram agrupados por similaridade de tema e expostos em tabelas.

Quadro 1 – Categorias e fatores abordados na discussão

Fatores	Categorias
1 Fatores desencadeantes da SCA	1.1 Fatores modificáveis 1.2 Fatores não modificáveis
2 Fatores que levam a procura pelo serviço de saúde	2.1 Fatores que retardam a busca por ajuda
3 Fatores que auxiliam na abordagem da SCA	3.1 Utilização de protocolos

Fonte: Dados de pesquisa (2016).

3.1 FATORES DESENCADEANTES DA SCA

Síndrome Coronariana Aguda (SCA) são condições marcadas por um seguimento de eventos patológicos e que abrangem obstrução transitória ou permanente

de uma artéria coronária. A SCA é caracterizada pela demanda excessiva ou suprimento inadequado de oxigênio e nutrientes para o músculo cardíaco acompanhado da ruptura de uma placa aterosclerótica, formação de trombo e vasoconstrição. Este seguimento resulta em condições que variam de isquemia ou lesão miocárdica até a morte do músculo cardíaco (AEHLERT, 2013).

As elevadas concentrações séricas de lipoproteína de baixa densidade (LDL) na corrente sanguínea seriam o principal fator predisponente para o desenvolvimento de uma DCV, em especial a SCA, já que esta é decorrente do rompimento de uma placa aterosclerótica, e os elevados níveis de LDL participam ativamente na formação da placa de ateroma no endotélio arterial. Além da ruptura da placa aterosclerótica, outros fatores estão associados ao desencadeamento da SCA, como a progressão desta placa, na qual é ratificada uma obstrução coronariana progressiva, aumento da demanda de oxigênio em casos de tireotoxicose, estenose aórtica, dentre outros (ARAÚJO et al., 2014; BRUNORI et al., 2014).

3.1.1 Fatores não Modificáveis

Os fatores de risco não modificáveis associados ao desenvolvimento da SCA, consistem na idade (homens acima de 60 anos e mulheres acima de 70), sexo, história familiar e história pessoal prévia de SCA. É importante salientar, que a associação de fatores de risco eleva consideravelmente as chances de desenvolvimento de cardiopatias (ZANCHET; MARIN, 2012; MAGEE et al., 2012; GRAEFF; GOLDMEIER; PELLANDA, 2012).

Almeida e outros autores (2014) corroboram a informação de que os fatores de risco são semelhantes entre as populações mundiais. Em seu estudo comparativo dos perfis epidemiológicos entre os sexos na SCA em um hospital de referência em cardiologia, da rede suplementar de assistência à saúde da cidade do Recife, PE, Brasil, demonstraram que o início dos sintomas da SCA nas mulheres é mais tardio em relação aos homens.

3.1.2 Fatores Modificáveis

Os fatores de risco modificáveis pertinentes ao desenvolvimento da SCA consistem em hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e fatores psicossociais (ZANCHET; MARIN, 2014; MAGEE et al., 2012; GRAEFF; GOLDMEIER; PELLANDA, 2012). Em seu estudo, Almeida e outros autores (2014) mostra que os fatores tabagismo e alcoolismo, estão presentes com maior frequência entre a população masculina, enquanto o sedentarismo aparece mais frequentemente entre as mulheres.

A seguir, o Quadro 2 expõe os estudos utilizados na discussão da categoria: Fatores desencadeantes da Síndrome coronariana aguda.

Quadro 2 – Descrição dos estudos incluídos na discussão, segundo autor(es), tipo de estudo, população de estudo, fatores que influenciam no atendimento ao paciente de com SCA e ano de publicação

Autores	Tipo de estudo	População do estudo	Fatores que influenciam no atendimento ao paciente com SCA	Ano de publicação
Evelise Helena Fadini Reis Brunori; Agueda Maria Ruiz Zimmer Cavalcante; Vinicius Batista Santos, <i>et al.</i>	Transversal.	150 indivíduos hospitalizados por síndrome coronariana aguda.	Diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda.	2014.
Daniele Fernanda de Araújo; Eronice Ribeiro de Moraes Araújo; Marta Rosana Viana da Silva, <i>et al.</i>	Descritivo; de análise documental exploratório e retrospectivo com abordagem quantitativa.	Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda atendidos em um Hospital de Urgência	Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda.	2014.
Maria Celita de Almeida; Carlos Eduardo Lucena Montenegro; Camila Sarteschi <i>et al.</i>	Observacional, tipo série de casos, descritivo.	927 pacientes com diagnóstico de síndrome coronariana aguda internados na unidade coronariana de um hospital da rede suplementar de saúde de Recife, PE, Brasil.	Perfil clínico-epidemiológico de homens e mulheres na síndrome coronariana aguda.	2014.
Anne Torres ZancheT; Angela Helena Marin.	Documental, exploratório e transversal.	93 protocolos de avaliação psicológica de pacientes pertencentes a um programa multiprofissional de um hospital da rede privada de Porto Alegre – RS.	Características psicológicas e sociais de pacientes com síndrome coronariana aguda.	2014.

Autores	Tipo de estudo	População do estudo	Fatores que influenciam no atendimento ao paciente com SCA	Ano de publicação
Raquel Ferreira Magee; Estefânia Cardoso Trindade Lacerda; Guilherme de Freitas Braga Borges, <i>et al.</i>	Revisão bibliográfica.	_____	Diagnóstico rápido e preciso.	2012.
Murilo dos Santos Graeff, Silvia Goldmeier, Lucia Campos Pellanda.	Descritivo, transversal, retrospectivo.	152 pacientes adultos internados entre 2006 a 2007 nos Hospitais do Vale do Rio Pardo vinculados ao sistema SUS.	Fatores de risco para doença arterial Coronariana.	2012.

Fonte: Dados de pesquisa (2016).

3.2 FATORES QUE LEVAM À PROCURA PELO SERVIÇO DE SAÚDE

A síndrome coronariana aguda é responsável por um grande número de óbitos em todo o mundo, no entanto, um dos desafios para redução da mortalidade por SCA e o grau de incapacitação gerada é aperfeiçoar o atendimento pré e intra-hospitalar (FARIA; MACHADO; GIANVECCHIO, 2012). De acordo com Bastos e outros autores (2012) dois terços das mortes súbitas por doenças do coração acontecem no ambiente extra-hospitalar, sendo que apenas 20% das pessoas que relataram dor torácica aguda conseguiram chegar à emergência antes de duas horas do início desse sintoma. Neste contexto, um dos fatores que contribui para diminuição dessa alta mortalidade por IAM é o rápido atendimento desses pacientes após o surgimento dos primeiros sintomas.

Figueiredo e outros autores (2013), corroborando essas informações, afirmam que 80% dos pacientes com dor torácica aguda procuram o setor de emergência depois de uma hora do início dos sintomas. Dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) de 2015 mostram que a maioria das mortes por IAM ocorre nas primeiras horas de manifestação da doença, sendo 40% a 65% dos casos na primeira hora e, aproximadamente 80% nas primeiras 24 horas.

O desencadeamento da SCA induz à apresentação de diversas manifestações clínicas no paciente. A dor torácica é o principal sintoma que leva a procura por atendimento nos prontos-socorros. Nos Estados Unidos, as visitas às salas de pronto atendimento são em torno de 113 milhões, das quais 5,8 milhões são em consequência da dor torácica, no entanto, apenas 10-15% são diagnosticados com

IAM. Existem mais de 12 milhões de norte-americanos com doença coronariana aguda, destes, um milhão sofrem IAM, causando 466.000 óbitos anualmente (MIS-SAGLIA; NERIS; SILVA, 2013).

A dor torácica é a principal manifestação clínica da síndrome coronariana aguda, incidindo em cerca de 80% dos casos. Desta forma, consiste em uma das principais causas de demanda nas emergências hospitalares. Neste aspecto, pela complexidade em distinguir a dor torácica originada pelas síndromes coronarianas agudas da dor torácica de outras origens, é essencial que o profissional de saúde diferencie a dor torácica de causas cardíacas das não cardíacas, determinando um diagnóstico preciso e conduta rápida (ANDRADE et al., 2015; ARAÚJO et al., 2014; MISSAGLIA; NERIS; SILVA, 2013).

Magee e outros autores (2012) corroboram esta informação quando traz a dor torácica como principal sintoma da síndrome coronariana aguda, que leva o usuário a procura de atendimento no pronto socorro. Por ser uma manifestação comum em outras situações clínicas, faz-se necessário a utilização de protocolos de orientação à investigação da dor torácica, para melhor desfecho no diagnóstico da SCA e seleção adequada de tratamento, devido a vasta quantidade de diagnósticos diferenciais.

A dor torácica apresenta-se nos pacientes com suspeita de SCA, comumente em forte intensidade, opressão ou queimação, irradiando geralmente para o membro superior esquerdo, precedendo esforço não habitual e diminuindo após repouso. No entanto, estudos têm demonstrado que 40% dos pacientes diagnosticados com IAM podem apresentar dor torácica não característica, que são classificadas como atípicas representadas por epigastralgia, sensação de indigestão, desconforto torácico durante a expansão pulmonar e dor em região dorsal (ANDRADE et al., 2015; LIMA; DINIZ; SARAIVA, 2014).

Diamond (1983) indicou um método de classificação da dor torácica conforme suas especificidades, levando em conta apenas três aspectos (localização, fatores desencadeantes e de alívio). Embora seja um método altamente subjetivo, possui vários pontos fortes se lembrado e aplicado, já que é prático e de fácil entendimento. A dor típica é aquela em que se localiza na região subesternal, sucedida por esforço que apresenta alívio após repouso ou uso de nitroglicerina. Quando as três particularidades faz-se presentes, a dor torácica é caracterizada como típica. Nos casos em que no mínimo uma destas características estiver ausente, a dor é classificada como atípica.

Situações em que a dor torácica apresenta-se como atípica são preocupantes por elevar as taxas de mortalidade, devido a presença de fatores como: o atraso em busca do serviço de saúde, a demora em realizar o primeiro ECG, retardo no início da terapia de reperfusão, bem como a redução do número de medicações prescritas tanto durante o internamento quanto após a alta hospitalar e menor submissão à procedimentos diagnósticos e terapêuticos (LIMA; DINIZ; SARAIVA, 2014). O Quadro 3, exposto abaixo, traz os estudos utilizados na discussão da categoria: Fatores que levam à procura pelo serviço de saúde.

Quadro 3 – Descrição dos estudos incluídos na discussão, segundo autor(es), tipo de estudo, população de estudo, fatores que influenciam no atendimento ao paciente de com SCA e ano de publicação

Autores	Tipo de estudo	População do estudo	Fatores que influenciam no atendimento ao paciente com SCA	Ano publicação
Karla Biancha Silva de Andrade; Ana Paula Brito Pinheiro; Amanda Trindade Teixeira de Bessa, <i>et al.</i>	Documental.	Pacientes, com suspeita de síndrome coronariana aguda de hospital privado no município do Rio de Janeiro.	Tempo de espera para a realização do primeiro (ECG) dos pacientes, com suspeita de síndrome coronariana aguda.	2015.
Lúis Soares Piegas, Ari Timmerman, Gilson Soares Feitosa, <i>et al.</i>	Diretriz.	_____	_____	2015.
Sandro Gonçalves de Lima, Lucas Rampazzo Diniz, Lurildo Cleano Ribeiro Saraiva.	Corte transversal.	Pacientes internados com Síndrome Coronariana Aguda.	Manifestações atípicas em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda.	2014.
Mariangela Tuzzolo Missaglia, Eduardo Santos Neris, Maria de Lourdes Teixeira da Silva.	Exploratória.	574 pacientes que deram entrada no PA do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, com queixa de dor torácica.	Uso de protocolo de dor torácica.	2013.
Alessandra Soler Bastos, Lúcia Marinilza Beccaria, Ligia Márcia Contrin, Cláudia Bernardi Cesarino.	Pesquisa transversal.	Pacientes admitidos na Unidade de Emergência de um Hospital de Ensino com diagnóstico de IAM, no período de julho a dezembro de 2010.	Perfil das pessoas com IAM atendidas em um serviço de emergência e verificar o tempo de chegada.	2012.
Selma de Lima Faria; Regimar Carla Machado; Carolina Vivian Gianvechio.	Descritivo, exploratório, retrospectivo.	Pacientes que apresentaram diagnóstico de infarto agudo do miocárdio entre janeiro a dezembro de 2008.	Tempo da realização do eletrocardiograma	2012.
George Diamond.	Exploratório.	132 pacientes sintomáticos de dor torácica.	Diferenças entre a dor torácica típica e atípica na SCA.	1983.

Fonte: Dados de pesquisa (2016).

3.2.1 Fatores que Retardam a Busca por Ajuda

No cenário atual, a maior parte dos óbitos ocasionados por IAM acontecem no ambiente pré-hospitalar em um intervalo curto de tempo; 80% nas primeiras 24 horas. Enquanto que no ambiente intra-hospitalar, a mortalidade por IAM, varia de 3 a 20%, ao mesmo tempo em que a morbidade, varia de 5 a 15%. Deve-se essa alteração da mortalidade à qualidade assistencial, já que, evidenciou-se que a base da sobrevivência e da qualidade de vida, consiste em um tratamento correto e precoce (WANG et al., 2014; SÍRIO LIBANÊS, 2013).

O IAM surge como a segunda causa de morte mais frequente, correspondendo a 7% da mortalidade, e apesar da evolução na assistência, a taxa de mortalidade hospitalar dos pacientes internados por IAM, no sistema público de saúde conserva-se elevada: em média, 16,2%, em 2000, 16,1%, em 2005, e 15,3%, em 2010. Diversas causas são atribuídas para essas taxas persistentes de mortalidade no sistema público de saúde brasileiro, entre elas, dificuldades de acesso do paciente com IAM ao tratamento especializado em terapia intensiva, aos métodos de reperfusão e às medidas terapêuticas estabelecidas para o IAM (MARCOLINO, 2012).

De acordo com Faria, Machado e Gianvecchio (2012), o desconhecimento ou a negação do evento isquêmico por parte dos pacientes e familiares é um dos fatores responsáveis pela demora no atendimento ao paciente com SCA, o que acarreta um atraso inicial relevante para o tratamento da lesão isquêmica. Neste contexto, é imprescindível a atuação do enfermeiro nos programas educativos, a fim de conscientizar os pacientes a observarem os sinais e sintomas de eventos cardiovasculares agudos, salientando a importância da procura imediata de atendimento médico.

Figueiredo e outros autores (2013) confirmam que vários fatores influenciam no retardo no tempo de procura pelo serviço de saúde, o mais impactante para tal é o desconhecimento dos sintomas por parte do paciente, muitas vezes confundindo a precordialgia com dor epigástrica. Além da interpretação errônea dos sintomas, outros fatores podem estar associados à demora na busca por ajuda, como nos casos do paciente ser diabético, idoso ou morar em área rural, já que as condições de transporte na procura de hospitalização também podem estar envolvidas.

De acordo com Damasceno e outros autores (2012), os fatores que interferem no tempo de decisão para a procura de um serviço de saúde em face de um evento de SCA, vão desde variáveis cognitivas a emocionais, bem como, as variáveis de interesse que consistem em: esperar pela melhora, pedir ajuda a alguém, e até mesmo ocultar os sintomas.

Por ser considerada uma doença de longa duração, que demanda ações, procedimentos, serviços de saúde e, portanto, maiores custos, acarretam grandes prejuízos à sociedade. Esses obstáculos são desafios das autoridades de saúde pública. Assim sendo, conhecer o tempo de chegada dos pacientes com sintomas sugestivos da SCA ao serviço especializado, bem como a identificação das dificuldades enfrentadas pelos mesmos, pode fornecer subsídios aos profissionais de enfermagem no auxílio à orientação dos pacientes, seus familiares e à comunidade (FIGUEIREDO et al., 2013).

No quadro 4, exposto a seguir, tem-se os estudos utilizados na discussão da subcategoria: Fatores que retardam a busca por ajuda.

Quadro 4 – Descrição dos estudos incluídos na discussão, segundo autor(es), tipo de estudo, população de estudo, fatores que influenciam no atendimento ao paciente de com SCA e ano de publicação

Autores	Tipo de estudo	População do estudo	Fatores que influenciam no atendimento ao paciente com SCA	Ano de publicação
Ricardo Wang; Fernando Carvalho Neuenschwander; Augusto Lima Filho, <i>et al.</i>	Subanálise.	Pacientes submetidos à intervenções na síndrome coronariana aguda.	Prática de prescrição de tratamentos com indicação baseada em diretrizes para pacientes com síndrome coronariana aguda	2014.
Carla Almeida Damasceno, Tássia Lacerda de Queiroz, Carlos Antonio de Souza Teles Santos, <i>et al.</i>	Corte transversal, Exploratório.	Cem adultos foram entrevistados em dois hospitais de Salvador-BA.	Influência de variáveis cognitivas e emocionais no tempo de decisão (TD) para procura de atendimento face ao infarto do miocárdio.	2012.
Milena Soriano Marcolino; Luisa Campos Caldeira Brant; Janaina Guimarães de Araujo, <i>et al.</i>	Observacional retrospectivo.	Equipes das unidades de pronto atendimento.	Linha de cuidado do IAM.	2012.

Fonte: Dados de pesquisa (2016).

3.3 FATORES QUE AUXILIAM NA ABORDAGEM DA SCA

De acordo com Magee e outros autores (2012), a tríade aplicada na avaliação inicial da SCA consiste na história e exame físico, eletrocardiograma e marcadores cardíacos, assim sendo, durante a admissão e triagem, a história e exame físico são imprescindíveis no que diz respeito ao diagnóstico diferencial. Desta forma, durante estas etapas são importantes uma anamnese e exame físico minuciosos visto que cerca de 20% dos pacientes que apresentam dor torácica, entre eles, mulheres, idosos e diabéticos, ou ainda, pacientes que tiveram diagnóstico fechado de IAM sem apresentarem dor torácica precedidamente, apresentaram sudorese, náuseas, vômito, dispneia e palpitações.

A estratégia de abordagem do paciente admitido com dor torácica sugestiva de isquemia miocárdica consiste no adequado reconhecimento e triagem. A dor torácica é um sintoma clássico da síndrome coronariana aguda, porém, está presente em diversas doenças de origem cardíaca ou não, fazendo com que o diagnóstico diferencial torne-se complexo. No intuito de facilitar e orientar o diagnóstico rápido e para adequada tomada de decisão no que concerne à conduta frente aos pacientes com queixa de dor torácica, se faz indispensável a utilização de protocolos nos serviços de emergência, entre estes, o Sistema de Triagem de Manchester (STM) e o protocolo de dor torácica (MISSAGLIA; NERIS; SILVA, 2013).

A maioria dos infartos do miocárdio com supradesnívelamento do seguimento ST têm a oclusão coronariana como principal causa. Desta forma, a recanalização precoce da artéria responsável pelo infarto limita a necrose miocárdica e contribui para redução da mortalidade dos pacientes com IAM. A reperfusão miocárdica pode ser realizada por meio da utilização de medicamentos (agentes fibrinolíticos) ou com intervenções mecânicas (angioplastia primária com balão ou implante de stents) (FARIA; MACHADO; GIANVECCHIO, 2012).

A recanalização coronariana por meio do uso de agentes fibrinolíticos trata-se de uma estratégia de reperfusão muito importante, particularmente em situações nas quais a Intervenção Coronária Percutânea (ICP) não está disponível em tempo hábil e, no cenário pré-hospitalar, nas primeiras horas dos sintomas. A prescrição da ICP em pacientes acometidos IAMCST consiste na utilização desse método de revascularização do miocárdio, seja de maneira primária, como o único método de reperfusão coronária ou secundária, nas situações em que houve administração prévia de fibrinolíticos (PIEGAS et al., 2015).

3.3.1 Utilização de Protocolos

No Brasil, todo o processo de atenção à urgência e à emergência, seja ele privado ou do Sistema Único de Saúde, encontra barreiras territoriais, pois se trata de um país de dimensão continental e que apresenta barreiras estruturais e de formação do conhecimento em saúde. Assim, é necessária uma rede organizada e especializada, a fim de otimizar os resultados e os custos do diagnóstico e o tratamento em curto intervalo de tempo. Nesse contexto, o apoio da telemedicina, é fundamental para o aprimoramento do tratamento de pacientes com SCA (OLIVEIRA et al., 2015).

Ainda de acordo com Oliveira e outros autores (2015), é reconhecido que o tempo transcorrido entre o início da dor e a terapia trombolítica é fator determinante na mortalidade pelo IAM. Assim sendo, a Telemedicina voltada para a SCA admite mais cumprimento dos princípios da integralidade e equidade do SUS, estabelecendo uma relação mais homogênea, desempenhando um papel crucial no suporte às emergências, particularmente quando a condição aguda é ameaçadora à vida, necessita de diagnóstico imediato e tratamento precoce, e o paciente e o profissional de saúde estão separados fisicamente por longas distâncias.

Existe ainda, somando-se a problemática das barreiras territoriais, o da superlotação nas unidades de saúde, de acordo com Santos e outros autores (2015), no Brasil,

a atividade de triagem, cuja adoção objetiva contornar este problema, é executada pelo enfermeiro conforme Resolução do Conselho Federal de Enfermagem COFEN 423/2012, assim sendo, o enfermeiro é o profissional responsável pela avaliação inicial dos pacientes com suspeita de SCA, realiza o primeiro ECG e aciona imediatamente a equipe médica para indicação do tratamento apropriado.

De acordo com Gouvêa e outros autores (2015), devido à grande demanda por procura dos serviços de urgência e emergência, é imprescindível a adoção de medidas que garantam o atendimento prioritário dos pacientes mais graves. A classificação de risco, utilizada em diversos países, é uma importante ferramenta que tem a finalidade de agilizar o atendimento das pessoas com risco elevado de óbito. Há diversos sistemas de classificação, no entanto, o mais utilizado é o Sistema de Triagem de Manchester. Com ele, são aplicados cinco níveis de prioridade para classificar o paciente conforme o grau de urgência e emergência (COUTINHO, 2012).

Os níveis de prioridade aplicados no Sistema de Triagem de Manchester são os seguintes: Cor vermelha (emergência – zero minuto de espera); Cor laranja (muito urgente – até 10 minutos de espera); Cor amarela (urgente – até uma hora de espera); Cor verde (pouco urgente – até duas horas de espera); Cor azul (não urgente – até quatro horas de espera), a correta aplicação desse sistema de triagem, é de fundamental importância para um atendimento de qualidade, em tempo hábil (GOUVÊA et al., 2015).

Os protocolos de avaliação de pacientes com dor torácica fundamentam-se nas características da dor e do eletrocardiograma. A maioria dos protocolos de dor torácica utilizados nas instituições de saúde, preconizam a realização do eletrocardiograma inicial em período inferior a 10 minutos. Para confirmação diagnóstica de lesão miocárdica, além da realização do ECG, se faz necessário a realização de exames complementares que consiste na dosagem dos marcadores séricos de lesão miocárdica (CK-MB e troponinas), essenciais para determinar a existência de IAM e para estratificação de riscos desses pacientes (SÍRIO LIBANÊS, 2013; MISSAGLIA; NERIS; SILVA, 2013).

Estudos recentes demonstraram que o monitoramento de indicadores de qualidade e a implantação de protocolos assistenciais têm melhorado a qualidade da assistência e conseqüentemente diminuído a taxa de mortalidade por SCA nas unidades de saúde. No entanto, apesar dos avanços no tratamento dos pacientes com SCA, ainda é grande a não adesão aos protocolos e diretrizes de atendimento o que impacta diretamente na mortalidade (SANTOS et al., 2015).

Desta forma, evidencia-se a importância de conhecer a realidade destes serviços, com o objetivo de prestar o atendimento de maneira eficiente, com o intuito de reduzir o tempo do início dos sintomas até a realização do primeiro ECG e da instituição do tratamento adequado aos pacientes com suspeita de SCA (GOUVÊA et al., 2015).

O Quadro 5, exibido logo abaixo, apresenta os estudos utilizados na discussão da categoria: Fatores que auxiliam na abordagem da SCA.

Quadro 5 – Descrição dos estudos incluídos na discussão, segundo autor(es), tipo de estudo, população de estudo, fatores que influenciam no atendimento ao paciente de com SCA e ano de publicação

Autores	Tipo de estudo	População do estudo	Fatores que influenciam no atendimento ao paciente com SCA	Ano de publicação
Mucio T. de Oliveira Jr.; Milena S. Marcolino; Manoel Fernandes Canesin, <i>et al.</i>	Diretriz.	_____	Propor uma estratégia para implantação de Telemedicina e Telecardiologia; e definir indicadores relevantes.	2015.
Vivian Ellen Tácito Gouvêa; Marco Antonio Moura Reis; Gustavo Maciel Gouvêa, <i>et al.</i>	Estudo observacional retrospectivo.	Pacientes admitidos por síndrome coronariana aguda entre outubro de 2010 e abril de 2012 em um hospital público de referência em cardiologia de Joinville, Brasil	Submissão de pacientes com síndrome coronariana aguda ao sistema de triagem de Manchester aplicado por enfermeiros.	2015.
Felipe Gonçalves dos Santos, Cássia Regina Vancini Campanharo, Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes, <i>et al.</i>	Transversal.	84 prontuários de pacientes com suspeita de SCA no Serviço de Emergência.	Indicadores de qualidade no atendimento aos pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda.	2015.
Ana Augusta Pires Coutinho; Luiz Carlos de Oliveira Cecílio; Joaquim Antônio César Mota.	Revisão de literatura.	_____	Protocolos de classificação de risco em pacientes com SCA.	2012.

Fonte: Dados de pesquisa (2016).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que a síndrome coronariana aguda é responsável por um grande número de óbitos em todo mundo, sendo considerada como preocupante problema de saúde pública. São diversos os fatores que contribuem tanto no desencadeamento da SCA quanto no atendimento diante de um evento de lesão miocárdica.

A dor torácica aparece como principal sintoma da SCA, incidindo na maioria dos casos, e o que geralmente leva o paciente a buscar o serviço de saúde. No entanto,

muitas vezes, o desconhecimento dos sintomas por parte dos pacientes e familiares, bem como, o local de residência, contribuem para o retardo na procura por atendimento hospitalar. E, conseqüentemente, interferindo nas chances de sobrevivência diante de um evento da SCA.

Sabe-se que o rápido atendimento é um aspecto relevante para aumentar a taxa de sobrevivência, o Sistema de Triagem de Manchester, assim como os protocolos de dor torácica utilizados nos prontos-socorros, contribuem para agilizar o reconhecimento do quadro da SCA e instituir conduta rápida e adequada, minimizando os riscos de sequelas e morte.

Desta forma, o enfermeiro como responsável pela avaliação inicial do paciente, sendo o profissional que tem o primeiro contato com o usuário, é de fundamental importância que esteja capacitado para prestar um atendimento de maneira rápida e eficiente, a fim de que identifique em tempo hábil o evento de lesão miocárdica, e dê seqüência à conduta necessária que consiste na realização do primeiro ECG em até 10 minutos e mobilização da equipe médica para que seja aplicado o tratamento mais indicado.

REFERÊNCIAS

AEHLERT, Bárbara. Síndromes Coronarianas agudas. **ACLS, suporte avançado de vida em cardiologia: emergência em cardiologia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 211p.

ALMEIDA, Maria Celita de; MONTENEGRO, Carlos Eduardo Lucena; SARTESCHI, Camila *et al.* Comparação do Perfil Clínico-Epidemiológico entre Homens e Mulheres na Síndrome Coronariana Aguda. **Rev Bras Cardiol.**, v.27, n.6, p. 423-429, 2014.

ANDRADE, Karla Biancha Silva de; PINHEIRO, Ana Paula Brito; BESSA, Amanda Trindade Teixeira de *et al.* A avaliação do tempo de espera do eletrocardiograma inicial em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, 443-448, jul-ago. 2015.

ARAÚJO, Daniele Fernanda de, ARAÚJO, Eronice Ribeiro de Moraes; SILVA, Marta Rosana Viana *et al.* Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com síndrome coronariana aguda. **Rev. Enferm. UFPI**, v.3, n.2, p.78-84, apr-jun. 2014.

BASTOS, Alessandra Soler; BECCARIA, Lúcia Marinilza; CONTRIN, Ligia CESARINO, Márcia Cláudia Bernardi. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, 2012.

BRASIL. **Lei nº 12.853**, de 14 de agosto de 2013. Altera os arts. 5º, 68, 97, 98, 99 e 100, acrescenta arts. 98-A, 98-B, 98-C, 99-A, 99-B, 100-A, 100-B e 109-A e revoga o

art. 94 da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, para dispor sobre a gestão coletiva de direitos autorais, e dá outras providências. Brasília, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Informações de Saúde**. Mortalidade, 2014.

BRUNORI, Evelise Helena Fadini Reis; CAVALCANTE, Agueda Maria Ruiz Zimmer; SANTOS, Vinicius Batista *et al.* Associação de fatores de risco cardiovasculares com as diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.2, n.4, p.538-546, jul-ago. 2014.

COUTINHO, Ana Augusta Pires; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MOTA, Joaquim Antônio César. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev. méd. Minas Gerais**, jun. 2012.

DAMASCENO, Carla Almeida; QUEIROZ, Tassia Lacerda de; SANTOS, Carlos Antonio de Souza Teles; MUSS, Fernanda Carneiro. Fatores associados à decisão para procura de serviço de saúde no infarto do miocárdio: diferenças entre gêneros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.6, p.1362-1370, 2012.

DIAMOND, George A. A clinically relevant classification of chest discomfort. **J Am Coll Cardiol**. 1(2 Pt 1), p.574-519.

FARIA, Selma de Lima; MACHADO, Regimar Carla; GIANVECCHIO, Carolina Vivian. Características do atendimento aos pacientes com dor precordial no pronto atendimento de um hospital geral. **Revista Univap**, São José dos Campos-SP, v.18, n.31, jun.2012.

FIGUEIREDO, Ana Elizabeth *et al.* Determinação do tempo de apresentação a emergência de pacientes com Infarto agudo do miocárdio. **Rev. Enferm. UFSM**, jan-abr. 2013.

GOUVÊA, Vivian Ellen Tácito *et al.* Avaliação do Sistema de Triagem de Manchester na Síndrome Coronariana Aguda. **Int J Cardiovasc Sci.**, v.28, n.2, p.107-113, 2015.

GRAEFF, Murilo dos Santos; GOLDMEIER, Silvia; PELLANDA, Lúcia Campos. Síndrome coronariana aguda em produtores de tabaco: fatores de risco prevalentes. **Rev Enferm UFSM**, v.2, n.3, p.507-514, set-dez. 2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEMOS, Dayana Machado et al. Gatilho da dor em pacientes com síndrome coronariana aguda. **Rev. Enferm. UFSM**, v.2, n.3, p.480-486, set-dez. 2012.

LIMA, Sandro Gonçalves de; DINIZ, Lucas Rampazzo; SARAIVA, Lurildo Cleano Ribeiro. Prevalência de manifestações atípicas em portadores de Síndrome Coronariana Aguda. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, v.12, n.4, p.282-287. out-dez. 2014.

MAGEE, Raquel Ferreira *et al.* Síndrome Coronariana Aguda: uma revisão. **Rev. Med. Saude**, Brasília, v.1, n.3, p.174-89, 2012.

MARCOLINO, Milena Soriano *et al.* Implantação da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Município de Belo Horizonte. **Arq. Bras. Cardiol.**, 2012.

MISSAGLIA, Mariangela Tuzzolo; NERIS, Eduardo Santos; SILVA, Maria de Lourdes Teixeira da. Uso de protocolo de dor torácica em pronto atendimento de hospital referência em cardiologia. **Rev. Bras. Cardiol.**, v.26, n.5, p.374-381, 2013.

OLIVEIRA JUNIOR, Mucio Tavares *et al.* Diretriz de telecardiologia no cuidado de pacientes com síndrome coronariana aguda e outras doenças cardíacas. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.104 n.5 supl.1, jun. 2015.

PIEGAS, Luís Soares *et al.* V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.105, n.2, 1-105, 2015.

SANTOS, Felipe Gonçalves *et al.* Avaliação da qualidade do atendimento ao paciente com síndrome coronariana aguda no serviço de emergência. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]., out-dez. 2015.

SÍRIO LIBANÊS. **Protocolo de síndrome coronariana aguda (SCA)**. São Paulo, 2013.

WANG, Ricardo, *et al.* Uso de Intervenções Baseadas em Evidências na Síndrome Coronária Aguda – Subanálise do Registro ACCEPT. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.102, n.4, p.319-326, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2012**. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report On noncommunicable diseases 2014**, 2014.

ZANCHET, Anne Torres; MARIN, Angela Helena. Perfil psicossocial de pacientes com síndrome coronariana aguda. **Sociedade portuguesa de psicologia da saúde - SPPS**, Publicação Prévia on-line em 21 de Novembro de 2014.

Data do recebimento: 14 de Julho de 2017

Data da avaliação: 16 de julho 2017

Data de aceite: 18 de julho de 2017

1 Enfermeira Universidade Tiradentes –UNIT,

e-mail: alessandraandrade@gmail.com

2 Enfermeira Universidade Tiradentes – UNIT,

e-mail: laynhinha@hotmail.com

3 Enfermeiro. Especialista em Gestão em Enfermagem,

e-mail: meiro1976@hotmail.com

4 Enfermeiro. Mestre em Biotecnologia Industrial. Professor titular da Universidade Tiradentes, e-mail: lenilsontrindade@amsn.com

5 Enfermeira. Mestre em Educação. Docente do Ensino Superior em Saúde da Universidade Tiradentes, e-mail: angelasabarro@hotmail.com

6 Enfermeiro. Mestre em Ciências Fisiológicas, e-mail: diegoenfsoouza@hotmail.com