



CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO INICIAL A PESSOAS COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

CHARACTERISTICS OF THE INITIAL ASSISTANCE TO PERSONS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN INICIAL A PERSONAS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Alessandra Rocha Luz¹, Allana dos Reis Corrêa², Salete Maria de Fátima Silqueira³, Mayara Sousa Vianna⁴,
Carla Lucia Goulart Constant Alcoforado⁵

RESUMO

Objetivo: analisar os atendimentos a pacientes com síndrome coronariana aguda em hospital público. **Método:** estudo descritivo, com abordagem quantitativa, no qual analisou 39 prontuários eletrônicos de pacientes atendidos entre janeiro a abril de 2013. Os dados submetidos à estatística descritiva, apresentados em tabelas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 17384113.0.0000.5149. **Resultados:** o sexo masculino representou 56,4% dos casos e a mediana de idade foi de 58 anos. A mediana dos tempos gastos do registro até a classificação de risco, da classificação até o atendimento médico e do registro até a realização do eletrocardiograma foram 8, 27 e 47 minutos, respectivamente. Apenas 20,5% receberam a tripla terapia antitrombótica/ antiplaquetária. A média do tempo de internação 2,9 dias, 23% receberam alta e 74,3% foram transferidos. **Conclusão:** é necessário treinamentos, implantação de protocolos nos serviços de emergência e manutenção de infraestrutura para desempenho qualificado da assistência para reduzir os agravos e complicações geradas pela demora na assistência. **Descritores:** Síndrome Coronariana Aguda; Serviços Médicos de Emergência; Triagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the assistance to patients with acute coronary syndrome in a public hospital. **Method:** this was a descriptive study with a quantitative approach, in which 39 electronic medical records of patients seen between January and April of 2013 were analyzed. Data submitted to descriptive statistics is presented in tables. The research project was approved by the Research Ethics Committee, CAAE 17384113.0.0000.5149. **Results:** males represented 56.4% of cases, and the median age was 58 years. The median of time spent from registration to risk classification, risk classification to medical care, and registration to the electrocardiogram were 8, 27, and 47 minutes, respectively. Only 20.5% received the antithrombotic/antiplatelet triple therapy. The average length of stay was 2.9 days, 23% were discharged, and 74.3% were transferred. **Conclusion:** training, implementation of protocols in emergency services, and infrastructure maintenance are necessary for a qualified performance of assistance to reduce injuries and complications caused by delays in assistance. **Descriptors:** Acute Coronary Syndrome; Emergency Medical Services; Screening

RESUMEN

Objetivo: analizar la atención a los pacientes con síndrome coronario agudo en un hospital público. **Método:** estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, el cual analizó 39 prontuarios electrónicos de pacientes atendidos entre enero a abril de 2013. Los datos sometidos a la estadística descriptiva, fueron presentados en cuadros de información. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, CAAE 17384113.0.0000.5149. **Resultados:** el sexo masculino representó 56,4% de los casos y la mediana de edad fue de 58 años. La mediana de los tiempos gastos del registro hasta la clasificación de riesgo, de la clasificación hasta la atención médica y del registro hasta la realización del electrocardiograma fueron 8, 27 y 47 minutos, respectivamente. Apenas 20,5% recibieron la triple terapia antitrombótica/antiplaquetaria. La media del tiempo de internación fue 2,9 días, 23% recibieron alta y 74,3% fueron transferidos. **Conclusión:** son necesarios entrenamientos, implantación de protocolos en los servicios de emergencia y mantenimiento de la infraestructura para desempeño cualificado de la asistencia para reducir los agravios y complicaciones generadas por la demora en la asistencia. **Descritores:** Síndrome Coronario Agudo; Servicios Médicos de Emergencia; Selección.

¹Enfermeira, Especialista, em Assistência Integral em Cardiologia, Residência Multiprofissional em Saúde Cardiovascular HC/UFGM, Departamento de Cirurgia Vascular/Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: alessandrachaluz@gmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora, Pós-Graduação em Enfermagem/Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais/UFGM. Belo Horizonte (MG), Brasil. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: allanareiscorrea@gmail.com; ³Enfermeira, Professora Doutora, Pós-Graduação em Enfermagem/Departamento de Enfermagem Básica, Universidade Federal de Minas Gerais/UFGM. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: silqueira11@gmail.com; ⁴Enfermeira, Residência Multiprofissional em Saúde Cardiovascular, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais/UFGM. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: mayarasv@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira, Professora Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde, Doutoranda em Enfermagem, Departamento de Enfermagem Básica, Universidade Federal de Minas Gerais/UFGM. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: carlalcoforado@globo.com

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam a categoria de doenças com maior morbimortalidade no mundo. É previsto que no ano de 2020, cerca de 40% dos casos de mortes estarão relacionadas a estas doenças.¹

No Brasil, autoridades de serviços de saúde têm demonstrado grande preocupação, pois, as doenças cardiovasculares correspondem a 31% das mortes sendo as Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) relacionadas a um alto impacto na taxa de mortalidade e aumento de internações no país.¹

As SCA são provocadas por uma sequência de eventos patológicos que podem ocasionar obstrução permanente ou temporária nas coronárias. Estão inseridos: angina instável (AI), infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do seguimento ST (IAMSSST) e infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do seguimento de ST (IAMCSST).^{2,3}

Apesar de novos conhecimentos e diretrizes para o diagnóstico e manejo de pacientes com SCA, a taxa de letalidade hospitalar permanece em torno de 20,6%. Este dado reforça a importância de avaliação contínua dos serviços de urgência em relação a infraestrutura, processos de trabalho e capacitação multiprofissional.^{1,4}

Nos serviços brasileiros de urgência, foi adotado um sistema de triagem, a Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester, para otimizar o tempo de espera, de acordo com a gravidade clínica. Essa redução no tempo viabiliza um atendimento mais rápido e eficaz nos casos de SCA.⁵

A avaliação dos registros do atendimento a SCA é uma das formas de avaliação dos serviços por permitir identificar pontos que necessitem de maior atenção. No Brasil, são escassos estudos que mostrem resultados do atendimento quanto a SCA a partir de registros que documentam a prática clínica. Este fato dificulta o entendimento da doença e das proposições para melhorar o atendimento.^{4,6}

Diante destas informações, a questão que norteou este estudo foi: Como ocorre o atendimento inicial de pacientes com SCA em um hospital público do município de Belo Horizonte? Assim, objetiva analisar os atendimentos a pacientes com síndrome coronariana aguda em hospital público.. Esta análise possibilitará conhecer a realidade e as variáveis que podem influenciar na assistência prestada. O acesso a essas informações é fundamental para atualização de protocolos,

investimento em educação e adequação de recursos humanos e materiais.

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no Pronto Atendimento do Hospital Universitário no Município de Belo Horizonte/MG. É um hospital geral e constitui-se em uma das principais portas de entrada do Município para estes atendimentos, sendo também referência para a região metropolitana de Belo Horizonte.⁷

Esleu-se como critérios de inclusão pessoas com diagnóstico médico confirmado de SCA conforme registrado no prontuário, idade igual ou superior a 18 anos e que receberam atendimento inicial na instituição no período de 1º de janeiro a 30 de abril de 2013.

Os dados foram coletados a partir da consulta aos prontuários eletrônicos armazenados no sistema eletrônico da instituição e na central de informações do programa ALERT®. Este programa prevê a classificação do diagnóstico médico de entrada a partir do campo fechado de acordo com Código Internacional de Doenças - 10 (CID-10).⁸ Para identificação dos pacientes com diagnóstico confirmado de SCA foram considerados os diagnósticos de entrada: Dor torácica, não especificada; Angina instável; Angina pectoris; Dor torácica ao respirar; Infarto agudo do miocárdio não especificado; Angina pectoris, não especificada; Infarto agudo transmural da parte inferior do miocárdio; Infarto agudo subendocárdio do miocárdio; Infarto agudo transmural da parede anterior do miocárdio; Síndrome coronariana aguda; Infarto agudo do miocárdio.

No período estudado, 399 prontuários apresentavam diagnósticos de entrada considerados na seleção inicial. Destes, 04 registravam idade inferior a 18 anos, em 203 o diagnóstico confirmado era diferente de SCA e em 153 não havia o registro do diagnóstico confirmado. Sendo assim, a amostra foi composta por 39 prontuários.

A coleta de dados foi realizada pelas pesquisadoras, referentes a caracterização sócio demográfica, perfil clínico e atendimento compilados para uma planilha eletrônica do programa Excel 2010®. Posteriormente os dados foram submetidos à análise estatística descritiva. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o número CAAE 17384113.0.0000.5149.

RESULTADOS

A idade variou dos 18 aos 83 anos com mediana de 58 anos. A identificação da cidade de origem foi registrada em 37 prontuários, sendo maioria 23(62,2%) de Belo Horizonte. Os outros atendimentos correspondiam a região metropolitana sendo, Santa Luzia 7 (18,9%), Ribeirão das Neves 3 (8,1%), Vespasiano 3 (8,1%) e Jaboticatubas 1(2,7%).

Em relação ao sexo, 22(56,41%) eram homens e o registro de ocupação profissional foi evidenciado em apenas 1(2,56%) prontuário, sendo eletricista.

As comorbidades foram registradas em 38 (97,4%) casos (Tabela 1). Em 23(60,5%) fichas

havia o registro de duas ou mais comorbidades e somente 2(5,2%) negaram ter comorbidades. Foram categorizadas como “outras comorbidades”: gota, doença pulmonar obstrutiva crônica, miocardiopatia isquêmica dilatada e aneurisma de aorta abdominal.

Além das comorbidades, foi encontrado registro de fatores de risco em 12(31,5%) prontuários: tabagismo 6 (50,0%), história familiar positiva para SCA 5(41,6%), obesidade 3(25,0%) e etilismo 1 (8,3%).

Tabela 1. Comorbidades e fatores de risco de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda

Comorbidades	n	%
Hipertensão arterial	27	71
Diabetes	15	39,4
Insuficiência Cardíaca Crônica	1	2,6
Tabagismo	6	15,4
Infarto Agudo Miocárdio prévio	16	42,1
Angina Estável	2	5,2
AVE	1	2,6
Dislipidemia	2	5,2
Hipotireoidismo	2	5,2
Outras	8	21

Nota AVE - acidente vascular encefálico

Do início dos sintomas até a procura por atendimento variou de inferior à uma hora até acima de um mês: 4(11,4%) < 1 hora; 7(20%) entre 1 hora e 3 horas; 7(20%) entre 4 horas e 6 horas; 6(17,1%) entre 7 horas e 12 horas; 6(17,1%) entre 12 e 24 horas; 3(8,5%) de 2 a 7 dias; 1(2,8%) após 1 semana até 1 mês; 1(2,8%) > 1 mês e 4(11,4%) não foram descritos no prontuário do paciente.

O tempo entre o registro do paciente no hospital e a classificação de risco variou de 1 a 43 minutos, com mediana de 9 minutos.

As principais queixas apresentada pelos pacientes na classificação de risco foram: Dor no peito/torácica 11 (33,3%), Dor torácica associada (falta de ar, dispneia) 4(12,1%), Dor torácica irradiando (membro superiores, pescoço, mandíbula e/ou costas) 9 (27,3%),

Dor torácica com outros sintomas (náuseas, tontura) 5(15,1%), outros sintomas 4(12,1%) e em 6(15,3%) prontuários não foi descrito os sintomas.

Os dados referentes à classificação de risco estão apresentados na Tabela 2. Em 6(15,4%) prontuários não havia o registro do fluxograma.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes segundo a Classificação de Risco ⁽⁸⁾

Fluxograma (n=33):	n	%
Dor Torácica	26	78,7
Indisposição no Adulto	04	12,1
Estado de Inconsciência	01	3
Discriminadores (n=29)		
Dor precordial ou cardíaca	17	58,6
Alteração súbita da consciência	2	6,8
Pulso anormal	6	20,6
Início súbito	1	3,4
Dor moderada	2	6,8
Dor intensa	1	3,4
Prioridade: cor/tempo máximo para atendimento (n=34)		
Laranja (10 min)	28	82,3
Amarelo (60 min)	4	11,7
Verde (240 min)	1	2,9

O tempo entre a classificação de risco e o atendimento médico registrado em 31 (79,4%) prontuários variou de 05min a 3h23min, com média de 50,6 min. O tempo entre o registro do paciente na unidade e o atendimento médico variou de 4 min a 5h 30min com média de 68,1min.

Os diagnósticos médicos exatamente como descritos nos prontuários foram: Angina Instável 10(25,6%), Infarto agudo miocárdio 4(10,3%), IAM com supra-desnívelamento do segmento ST 6(15,4%), IAM sem supra-desnívelamento do segmento ST 10(25,6%) e Síndrome Coronariana Aguda 9 (23,1%) .

Em apenas 8(20,5%) prontuários foi identificada a prescrição da tripla terapia antitrombótica/ antiplaquetária (aspirina, clopidogrel e heparina) à admissão dos

pacientes. A prescrição exclusiva de analgésico e anti-inflamatório foi evidenciada em 2(5,1%) casos e 1(2,6%) prontuário não foi identificada prescrição farmacológica na admissão. O tempo de trombólise foi inferior a 12 horas do início de sintomas para os 6(15,4%) pacientes submetidos a esta terapêutica.

Em 37 prontuários, houve registro do tempo decorrido entre o registro do paciente e o primeiro eletrocardiograma (ECG) que variou de 2min a 25h e 39min com mediana de 47 minutos. O registro do tempo em minutos de acordo com o diagnóstico específico está demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3. Tempo decorrido entre o registro do paciente e a realização do primeiro ECG segundo diagnóstico descrito no prontuário.

Tempo 1º ECG(em minutos)	n	Média	Dp	Mín.	1ªQ	2ª Q	3ªQ	Máx
AI	10	208,9	433,3	12,0	32,3	65,0	120,0	1430,0
IAM	04	74,8	67,2	15,0	33,0	58,0	99,8	168,0
IAM c ST	05	34,2	18,6	4,0	30,0	40,0	47,0	50,0
IAM s ST	10	99,0	126,3	10,0	32,8	58,5	90,5	442,0
SCA	08	57,6	37,9	19,0	38,8	50,5	63,3	143,0
Total	37	108,4	236,5	4,0	30,0	47,0	89,0	1430,0

Nota: DP - Desvio Padrão; Mín. - Mínima; Máx. - Máxima; Q - Quartil; ECG: eletrocardiograma; AI: angina Instável; IAM: infarto agudo do miocárdio; IAM c ST: infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST IAM s ST: infarto agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST; SCA: síndrome coronariana aguda

O tempo de permanência na instituição teve uma variação de 0 a 22 dias com média de 3,4 e mediana de 2 dias. Quanto ao destino dos pacientes, 1 (2,6%) com diagnóstico registrado de IAM, evoluiu a óbito, 9 (23,1%) receberam alta e 29 (74,3%) foram transferidos para continuidade de tratamento.

Destes, a maioria (69,2%) foi transferida para hospitais da rede pública do município.

DISCUSSÃO

Neste estudo, o sexo masculino foi predominante. Dois estudos multicêntricos, o *Brazilian Registry on Acute Coronary*

Luz AR, Corrêa AR, Silqueira SMF et al.

Syndromes - BRACE e o Registro Brasileiro da Prática Clínica em Síndrome Coronariana Aguda - RBSCA que são estudos prospectivos nacionais, apresentaram um perfil em relação ao sexo diferente, outro estudo foi o estudo de Framingham que apresentou a relação do sexo feminino com acometimentos coronarianos em 40%. Outros estudos mais recentes, porém de menor magnitude, na Bahia com 195 pacientes e em São Paulo com 574 pacientes, demonstraram um número maior de homens em suas pesquisas e demonstraram não haver relação do sexo masculino com maior mortalidade.⁹⁻¹¹

A média de idade foi de 58,9 anos onde difere dos estudos em que demonstraram uma população idosa, com média de idade acima de 62 anos.^{9,11-2}

Quanto às comorbidades, a hipertensão arterial aparece como a mais frequente fato constatado em outros estudos que destacam prevalência semelhante da HAS em cerca de 70% dos pacientes com SCA.^{1,12} Dos fatores de risco o tabagismo e a história familiar positiva para doença arterial coronariana (DAC) é apresentado em torno de 27% e 44 % respectivamente e em outros estudos, tem demonstrado dados inferiores a 21 % para tabagismo e 13% a 43% para história familiar positiva.^{11,12}

A procura pelo serviço de urgência ocorreu tardiamente, entre 1 hora e um mês após o início de sintomas. A IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre o Tratamento do IAM, aponta como fatores limitantes para o atendimento rápido a negação da dor como sendo cardíaca; desconhecimentos dos benefícios de uma assistência rápida, atendimento de urgência não disponível a toda população.¹³

A classificação de risco pelo Protocolo de Manchester parte inicialmente da queixa dos pacientes, já que estas que irão direcionar a determinação do fluxograma pelo profissional.⁵ No hospital estudado a classificação de risco é realizada por enfermeiros e 71,8% dos pacientes receberam classificação adequada diante da queixa mais frequente: dor torácica. Um estudo prospectivo¹⁴ realizado em Portugal avaliou a especificidade do Protocolo de Manchester, também realizados por enfermeiros, para classificação adequada de pacientes com dor precordial resultando em atendimento médico e realização do ECG no tempo preconizado pelas Diretrizes Internacionais. Esta especificidade foi de 72,4% mostrando semelhança com os dados encontrados neste estudo.

Características do atendimento inicial a pessoas com...

O estudo de Portugal mostrou que os sintomas e queixas características deste agravo direcionam para fluxogramas e discriminantes que culminam para as prioridades vermelho com atendimento imediato e laranja com atendimento médico no máximo de dez minutos,¹⁵ porém, este estudo identificou que a maioria foi classificada como laranja, nenhum paciente classificado como vermelho e a presença das classificações amarela com atendimento estabelecido em até 60 minutos e verde preconizado tempo-resposta no máximo em 240 minutos, que implicam no atraso para o início da terapêutica. Identificou-se ausência de registro de prioridade em 5 prontuários, esta pode ter ocorrido por falha do programa ALERT® no momento do registro sendo a desconexão com internet um dos fatores predisponentes.

Outro fator preocupante foi o tempo de admissão no hospital até a classificação de risco. Está estabelecido pelo Protocolo de Manchester que nos casos em que a classificação demore mais de 10 minutos de espera outro posto de classificação deve ser estabelecido.⁵ Este tempo é considerado como tempo-resposta ideal até a primeira avaliação médica, diante disso, um estudo realizado em Coimbra/Portugal que avaliou a eficácia da classificação de risco pelo Protocolo de Manchester para a identificação da SCA e avaliação médica em tempo inferior a 10 minutos, mostraram que houve classificação e atendimento em tempo adequado em 82,8% dos casos.¹⁶ Este dado difere dos encontrados, pois a média do tempo entre a classificação de risco e o atendimento médico foi seis vezes maior.

Estudos demonstraram que o Protocolo de Manchester, por si só não torna eficiente e não melhora a qualidade dos atendimentos, sendo necessários maior organização e remodelamento do processo de assistência com diferentes grupos de pacientes.^{1,17}

Ao analisar o paciente deste estudo que foi a óbito, percebe-se um atraso considerável, mesmo se tratando de um paciente idoso, da admissão até a classificação foram 14 minutos, da admissão até o atendimento médico e realização do primeiro ECG foram 2 horas e 48 minutos. Diante desse fato, mesmo isolado, demonstra a necessidade em reduzir o tempo de atendimento aos pacientes com SCA.

Em relação à terapêutica farmacológica, os mais frequentes medicamentos prescritos na admissão, vão de acordo com a literatura sendo a aspirina, os betabloqueadores, os nitratos, o clopidogrel, as heparinas, as

Luz AR, Corrêa AR, Silqueira SMF et al.

estatinas e os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA). Mas a associação descrita nas Diretrizes e na literatura atual, como sendo de forma mais eficiente, a tripla terapia antitrombótica/ antiplaquetária, a fim de evitar eventos aterotrombóticos⁶, só foi prescrita em 21,0% dos casos. O estudo ACCEPT - *Acute Coronary Care Evaluation of Practice Registry*⁶, descreve um tratamento clínico adequado, quando são prescritos as estatinas e betabloqueadores, porém este dado se encontra diferente do encontrado no presente estudo, pois apenas 15 (39,4%) foram prescritos na admissão a estatina e 7 (18,4%) foram prescritos com betabloqueador, o que pressupõe menor qualificação na prescrição de medicamentos a estes pacientes.

Mesmo diante da dificuldade, relatada em prontuários pelos profissionais, em encaminhar os pacientes com SCA à realização da cineangiocoronariografia, a maioria dos pacientes foi indicada e/ou realizada a cineangiocoronariografia e um pequeno número receberam fibrinolítico. Fato semelhante encontrado nos registros do ACCEPT, com dados inferiores a 15% da terapia de reperfusão utilizando fibrinolítico, porém diferente dos estudos realizados na Bahia onde 79% dos pacientes receberam essa terapia.^{6,18}

O tempo de trombólise variou de duas horas e meia até doze horas, conferindo com as normas de administração que considera tempo inferior a 12 horas a partir do início da dor. O tempo inferior a 4 horas tem demonstrado maiores benefícios, com redução no grau de disfunção ventricular e da mortalidade.¹⁹

As novas Diretrizes e estudo realizado em São Paulo^{9,13} recomendam que além do ECG, faz-se necessário para a confirmação diagnóstica, a avaliação de biomarcadores cardíacos séricos de lesões miocárdicas (CK-MB e troponinas). Foi possível verificar a realização das enzimas em 35 (89,7%) prontuários na admissão e cerca de um quarto dos pacientes apresentaram alterações e a minoria dos pacientes (15- 38,4%) realizaram as enzimas seriadas e boa parte destes (10 - 25,6%) apresentaram alterações. A importância em se conhecer os tempos de coleta e liberação dos resultados das enzimas, a fim de caracterizar a gravidade da dor torácica, foi apresentada em outro estudo,⁹ que apresentou um tempo de porta-coleta das enzimas de no máximo 60 minutos e o tempo entre a coleta até a liberação dos resultados de até 40 minutos, porém não foi possível estabelecer estes tempos, uma vez que na

Características do atendimento inicial a pessoas com...

instituição estudada os profissionais não descrevem o horário de coleta.

São apresentados em estudos recentes de 28 a 36% dos pacientes diagnosticados com SCA são indicados a cineangiocoronariográfica, dados inferiores ao encontrado que foi de 56,4% da população pesquisada.^{1,20} O estudo²⁰ demonstrou um tempo porta-balão de 83 minutos, dado considerável quando comparado à média do tempo entre a admissão e atendimento médico deste estudo que foi de 67,3 minutos.

Em relação ao diagnóstico, não é possível separar os tipos de SCA, pois alguns registros descreveram apenas como IAM ou SCA. Porém podemos comparar com o estudo de Piegas e cols¹² com dados semelhantes como o diagnóstico mais frequente sendo a AI (42,4%), IAMCSST em segundo lugar (39,3%) e o IAMSST em terceiro (19,6%) já em nosso estudo ocorreu de forma diferente onde AI e IAMSST apresentaram a mesma quantidade de pacientes e IAMCST em terceiro lugar.

Uma preocupação apontada pela literatura são as “dificuldades comunicativas” que antecedem a alta hospitalar dos pacientes com SCA. Esta é uma característica que pode afetar na adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.²¹ Este fato pode ser caracterizado pelo número de novos eventos isquêmicos, identificados em 16 (41,02%) prontuários.

Ao analisar o tempo de permanência, percebeu-se que o tempo encontrado nos estudos²² com média de 4,9 dias, semelhante ao tempo encontrado.

Estudos têm demonstrado que para alcançar a qualidade e rapidez no atendimento aos pacientes com SCA, se faz necessário planejamento estratégico, colaboração e treinamento constante de toda a equipe.²³ Em alguns prontuários foram descritas algumas dificuldades, como a obtenção de resultados de exames, escassez de vagas em leitos em unidades coronarianas e falhas na conexão com o sistema informatizado da central de leitos.

Estas informações são relevantes para avaliar as condições de trabalho e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais em seu cotidiano. A realização de auditoria hospitalar é sugerida para avaliar e identificar de forma mais detalhada os recursos e assistência, para melhorar a qualidade e rapidez no atendimento aos pacientes com SCA.²⁴

CONCLUSÃO

O perfil dos pacientes com SCA deste estudo foi de homens, procedentes do município e da região metropolitana. Os fatores de risco predominantes foram hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, tabagismo, história familiar positiva para DAC e IAM prévios.

O reconhecimento dos sinais e sintomas de SCA ocorreu de forma tardia, tendo o paciente procurado o serviço de urgência apenas com a piora da dor. Verificou-se uma demora nos atendimentos na classificação, em determinados casos e também para a realização do ECG, dificultando e estendendo ainda mais o tempo para início do tratamento. Foi possível verificar a não uniformidade da assistência e no seguimento adequado do protocolo para SCA da instituição, que atualmente se encontra em construção, principalmente no que tange a terapêutica farmacológica. Infere-se a necessidade de realização de treinamentos com base na educação permanente nos serviços de emergência, buscando garantir menor tempo até a terapêutica necessária, melhorar a qualidade da assistência e reduzir os agravos e complicações geradas pela demora na assistência. Além de manter nestas unidades recursos suficientes para as atividades destes profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Bastos AS, Beccaria LM, Contrin LM, Bernardi C. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. Rev Bras Cir Cardiovasc [Internet]. 2012 [cited 2013 Feb 23];27(3):411-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382012000300002&lng=en&nrm=iso
2. Santos ES, Minuzzo L, Pereira MP, Castilho MTC, Palácio MAG, Ramos RF et al. Registro de Síndrome Coronariana Aguda em um Centro de Emergências em Cardiologia. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2006 [cited 2013 Feb 23];87(5):597-602. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2006001800008>
3. American Heart Association. Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS): 2010. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
4. Villela PB, Oliveira GM, Klein CH, Silva NAS. Síndrome Coronariana Aguda na Prática Clínica em Hospital Universitário do Rio de

Janeiro. Rev Bras Cardiol [Internet]. 2012 [cited 2013 Feb 23];25(3):167-76. Available from:

http://www.arquivosonline.com.br/2012/9803/pdf/ABC_tablet_9803.pdf.

5. Jones KM, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de Classificação de Risco. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco [Internet]. 2010 [cited 2013 Feb 23]. Available from: <http://classificacaoderisco.net/faq>.

6. Piva e Matos LA, Berwanger O, Santos ES, Reis HJ, Romano ER, Petriz JLF et al. Desfechos Clínicos aos 30 dias do Registro Brasileiro das Síndromes Coronárias Agudas (ACCEPT). Arq Bras Cardiol [Internet]. 2013 [cited 2013 Feb 23];100(1):6-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2013000100003>.

7. Hospital Risoleta Tolentino Neves. Local de estudo. Instituição, Ensino e pesquisa [Internet]. 2010 [cited 2013 Mar 16]. Available from: http://www.hrtn.fundep.ufmg.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=6&temid=86.

8. Alert Life Sciences Computing. ALERT ®TRIAGE [Internet]. 2010 [cited 2013 Apr 21]. Available from: <https://www.alert-online.com/pt/pfh#toc-target-1>.

9. Missaglia MT, Neris ES, Silva MLT. Uso de Protocolo de Dor Torácica em Pronto Atendimento de Hospital Referência em Cardiologia. Rev Bras Cardiol [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 23];26(5):374-81. Available from: http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/RBC_26_5_Art_67_Mariangel_a_Missaglia-2.pdf.

10. Farias MM, Moreira DM. Impacto de Protocolo de Dor Torácica sobre a Adesão às Diretrizes Societárias: um ensaio clínico. Rev Bras Cardiol [Internet]. 2012 [cited 2013 Apr 21];25(5):368-76. Available from: <http://www.rbconline.org.br/artigo/impacto-de-protocolo-de-dor-toracica-sobre-a-adesao-as-diretrizes-societarias-um-ensaio-clinico-impact-of-chest-pain-protocol-on-compliance-with-society-guidelines-a-clinical-trial/>

11. Santos JCMD, Rocha MS, Araújo MS. Determinantes Prognósticos em Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda sem Elevação do Segmento ST. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 23];100(5):412-21. Available from: <http://www.readcube.com/articles/10.5935%2Fabc.20130077?version>.

12. Piegas LS, Avezum A, Guimarães HP, Muniz AJ, Reis HJL, Santos ES et al. Comportamento da Síndrome Coronariana Aguda: Resultados de um Registro Brasileiro. Arq Bras Cardiol.

Luz AR, Corrêa AR, Silqueira SMF et al.

[Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 23];100(6):502-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/2013nahead/aop_4817.pdf.

13. Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2009 [cited 2013 Abr 21];93(6 supl 2):179-264. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_iam.pdf.

14. Matias C. Triagem de Manchester nas Síndromes Coronárias Agudas. Rev Port Cardiol [Internet]. 2008 [cited 2013 Feb 23];27(2):205-16. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.473.1702&rep=rep1&type=pdf>

15. Pinto D, Lunet N, Azevedo A. Sensibilidade e especificidade do Sistema de Manchester na triagem de doentes com síndrome coronária aguda. Rev Port Cardiol [Internet]. 2010 [cited 2013 Apr 21]; 29(6): 961-87. Available from: <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/1213.pdf> > .

16. Providência R, Gomes PL, Silva J, Seca L, Antunes A, Pais JR et al. Importance of Manchester Triage in acute myocardial infarction: impact on prognosis. *Emerg Med J* [Internet]. 2011 [cited 2013 Apr 21];28(3):212-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20810462>.

17. Storm-Versloot MN, Vermeulen H, Van Lammeren N, Luitse JS, Goslings JC. Influence of the Manchester Triage System on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction; a before and after study. *Emerg Med J* [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 21];31(1):13-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23302504> > .

18. Marcolino MS, Brant LCC, Araujo JG, Nascimento BR, Castro LRA, Martins P et al. Implantação da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Município de Belo Horizonte. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 21];100(4):307-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2013nahead/aop5145.pdf>.

19. Jesus AV, Campelo V, Silva MJS. Perfil dos pacientes admitidos com Infarto Agudo do Miocárdio em Hospital de Urgência de Teresina-PI. R. Interd. [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 15]; 6 (1): 25-33. Available from: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu>

Características do atendimento inicial a pessoas com...

[.br/index.php/revinter/article/viewFile/8/pdf_2](http://www.revinter.com.br/index.php/revinter/article/viewFile/8/pdf_2) > .

20. Voss J, Martin A, Caldwell I, Lee M, Kerr AJ. How long acute coronary syndrome patients wait for reperfusion, diagnostic and surgical coronary revascularization. *NZ Med J* [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 21]; 126(376):38-48. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23822960>.

21. Fattiroli F, Angelino E. The bare minimum of information at discharge after acute coronary syndrome. Part 2: the quality improvement project. *Monaldi Arch Chest Dis* [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 15];78(3):138-47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23614328>.

22. Lima SBS, Souza TSB, Schardong AC, Peres RR, Ceron MDS, Prochnow A. et al. Perfil clínico epidemiológico dos pacientes internados no pronto socorro de um hospital universitário. *Rev. Saúde (Santa Maria)* [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 08];39(1):77-86. Available from: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasauade/article/view/5518> > .

23. Maroules CD, Blaha MJ, El-Haddad MA, Ferencik M, Cury RC. Establishing a successful coronary CT angiography program in the emergency department: official writing of the Fellow and Resident Leaders of the Society of Cardiovascular Computed Tomography (FiRST). *J Cardiovasc Comput Tomogr* [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 08];7(3):150-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23809428> > .

24. Chew DP, French J, Briffa TG, Hammett CJ, Ellis CJ, Ranasinghe I et al. Acute coronary syndrome care across Australia and New Zealand: the SNAPSHOT ACS study. *Med J Aust* [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 08];199(3):185-91. Available from: <https://www.mja.com.au/journal/2013/199/3/acute-coronary-syndrome-care-across-australia-and-new-zealand-snapshot-acs-study>.

Submissão: 02/05/2015

Aceito: 11/10/2015

Publicado: 01/11/2015

Correspondência

Alessandra Rocha Luz
Rua Edgard Leite de Castro, 75
Bairro Jd Comerciairos
CEP 31640-330 – Belo Horizonte (MG), Brasil