

FACULDADE DOM ALBERTO

ENFERMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

ADEILTON MENEZES SANTOS

**SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: INCIDÊNCIA DE FATORES DE RISCO
EM PACIENTES ATENDIDOS NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2021

SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: INCIDÊNCIA DE FATORES DE RISCO EM PACIENTES ATENDIDOS NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Autor¹, Adeilton Menezes Santos

Declaro que sou autor (a)¹ deste Trabalho de Conclusão de Curso. Declaro também que o mesmo foi por mim elaborado e integralmente redigido, não tendo sido copiado ou extraído, seja parcial ou integralmente, de forma ilícita de nenhuma fonte além daquelas públicas consultadas e corretamente referenciadas ao longo do trabalho ou daqueles cujos dados resultaram de investigações empíricas por mim realizadas para fins de produção deste trabalho.

Assim, declaro, demonstrando minha plena consciência dos seus efeitos civis, penais e administrativos, e assumindo total responsabilidade caso se configure o crime de plágio ou violação aos direitos autorais. (Consulte a 3ª Cláusula, § 4º, do Contrato de Prestação de Serviços).

RESUMO

O importante papel da enfermagem juntamente com a equipe multiprofissional na ajuda aos pacientes que apresentam Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é uma entidade posológica caracterizada por um espectro de manifestações clínicas e laboratoriais de isquemia miocárdica aguda que sempre requer internação hospitalar, tendo um diagnóstico clínico relativamente simples e bem estabelecido. Estudos recentes relatam que, a incidência para doenças coronarianas, pode estar relacionada ao fato de encontrarmos na população um estilo de vida que favorece o desenvolvimento dos fatores de risco modificáveis, e isto, comprovadamente, contribui para o aumento significativo de pessoas infartadas. Nesse sentido, o presente artigo foi de apresentar como problemática: síndrome coronariana aguda: incidência de fatores de risco em pacientes atendidos no atendimento de emergência? Com base nessa problemática. Objetivou caracterizar os pacientes quanto ao relato da presença de sintomas de dor torácica, dispneia e limitação das atividades diárias uma semana antes da primeira hospitalização por Síndrome Coronariana Aguda, segundo a forma de apresentação clínica de cada paciente hospitalizado. Para o referencial teórico contou-se com a contribuição de alguns pesquisadores, como: Örru (2003), Mello (2004), Galdino (2011), Melo, Lira e Facion (2008), Mousinho et al (2010), Lopez (2011). Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo explicativa, de uma forma geral. os resultados indicaram a necessidade da equipe de saúde estar preparado na ajuda aos pacientes portadores de Síndrome Coronariana Aguda.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia. Síndrome coronariana aguda. Dor no peito. Dispneia.

¹ adeiltonmenezes@outlook.com

1. INTRODUÇÃO

A síndrome coronariana aguda (SCA) é um processo que ocorre devido à desproporção entre oferta e demanda de oxigênio ao miocárdio, geralmente em consequência de ruptura de uma placa de ateroma presente nas artérias coronárias e trombose secundária.

De modo específico aborda-se doenças cardiovasculares que representam uma das maiores causas de mortalidade em todo o mundo. A partir do ano de 1980 essas doenças eram consideradas causa importante de óbito somente em países desenvolvidos. Hoje nos países desenvolvidos, até o ano de 2020, deve haver um aumento de 20% no risco de mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e nos países em desenvolvimento esta perspectiva dobrará devido ao estilo de vida e ao déficit no acesso aos serviços de saúde. Isto posto, estima-se que no Brasil ocorrerão as maiores incidências de DCNT nas próximas décadas (BRANT et al, 2017).

De acordo com o mesmo autor, entre as doenças cardiovasculares, a de maior incidência é a doença arterial coronária (DAC) cujas principais manifestações clínicas são a angina pectoris, o Infarto Agudo do Miocárdio e a morte súbita.

Para se obter um melhor tratamento para paciente acometidos pelo IAM e principalmente atuar na prevenção de recidiva, vale ressaltar as características que, de acordo com Cunningham (1992), podem ser classificadas como fatores de risco modificáveis e não modificáveis.

Os fatores de risco não modificáveis incluem idade, sexo, etnia e história familiar de doença aterosclerótica. Os fatores de risco modificáveis, ou seja, aqueles sobre os quais o paciente e mesmo a equipe de saúde podem atuar, são dislipidemias, Hipertensão Arterial, tabagismo, Diabetes Mellitus, sedentarismo, estresse e obesidade (BRASIL, 1993).

A doença aterotrombótica, representada principalmente pelo Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) é responsável pela morte de aproximadamente um terço da população brasileira e nas últimas décadas essa doença continua sendo o maior problema de saúde pública nos países desenvolvidos e vem

aumentando consideravelmente a sua importância nos países em desenvolvimento (LAURENTI et al., 2000).

Esse termo, fator de risco, tão utilizado, surgiu pela primeira vez quando Kandel et al. (1961) divulgaram os achados do Framingham Heart Study. Esse estudo considerado pioneiro na cardiologia, realizou uma pesquisa com uma amostra de aproximadamente 5000 indivíduos dos sexos masculino e feminino, moradores na cidade de Framingham, em Massachusetts (MANCILHA, 1992).

A pesquisa teve como objetivo identificar fatores de risco ao se comparar indivíduos que tinham desenvolvido doenças coronarianas com aqueles que não tinham. Portanto tudo que foi medido e mais tarde relacionado com uma maior incidência de doença foi denominado fator de risco, isto é, fator que desempenha um papel no desenvolvimento da doença.

No ano de 1984, uma publicação realizada por Goldman & Cook, demonstrou que entre os anos de 1968 e 1978 nos Estados Unidos houve um declínio de 54% na taxa de mortalidade para doenças coronarianas relacionadas à mudanças de estilo de vida, especificamente com a diminuição de níveis de colesterol sérico (30%) e o abandono do hábito de fumar (24%).

Nota-se através deste estudo que a incidência para doenças coronarianas parece estar relacionada ao fato de encontrarmos na população um estilo de vida que favorece o desenvolvimento dos fatores de risco modificáveis, e isto, comprovadamente, contribuem para o aumento significativo de pessoas infartadas.

Desde 1974, Lalonde relata que o estilo de vida pode ser definido como um conjunto de decisões individuais que afetam a saúde e sobre os quais se pode exercer certo grau de controle. De acordo com o mesmo autor, as decisões e os hábitos pessoais que são maus para a saúde, criam riscos originados pelo próprio indivíduo que podem resultar em enfermidades ou até mesmo a morte precoce. De modo geral pretende-se aprofundar o conhecimento sobre os eventos coronarianos mais comuns e que por intervenção e diagnóstico prévio pode efetivamente salvar vidas.

Considerando a importância dos fatores de risco para doenças coronarianas e preocupadas com a reabilitação dos pacientes infartados atendidos em nossa cidade, detectamos a necessidade de um estudo para se conhecer melhor as características

dos pacientes atendidos com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, a fim de propor um programa educacional para prevenção de recidiva da doença. Dados epidemiológicos americanos relatam que mais de 12 milhões de pessoas têm doença arterial coronariana e mais de um milhão experimenta um infarto do miocárdio a cada ano, resultando em cerca de 466.000 mortes atribuídas à doença arterial coronariana (FRANCA et al, 2008).

Franca et al (2008) relata ainda que nos anos 2000 houve um maior conhecimento sobre a fisiopatologia das Síndrome Coronariana Aguda, avanços têm sido alcançados em intervenções terapêuticas e divulgação de novos medicamentos no seu tratamento.

Este estudo trata-se de caracterizar os pacientes com o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio levando em consideração os fatores de risco para doenças cardíacas, que é responsável por um grande número de óbitos e hospitalizações durante os últimos anos. De modo específico aborda-se doenças cardiovasculares que representam uma das maiores causas de mortalidade em todo o mundo.

A partir do ano de 1980 essas doenças eram consideradas causa importante de óbito somente em países desenvolvidos. Hoje nos países desenvolvidos, até o ano de 2020, deve haver um aumento de 20% no risco de mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e nos países em desenvolvimento esta perspectiva dobrará devido ao estilo de vida e ao déficit no acesso aos serviços de saúde.

2. METODOLOGIA

O presente estudo foi elaborado por meio de uma pesquisa do método qualitativa, onde definiu-se a estratégia de “Pesquisa explicativa” como a melhor opção para este estudo. O autor Gil (2012) menciona que este tipo de pesquisa, a explicativa, precisa ser elaborada buscando identificar os fatores que sejam mais determinantes na contribuição da ocorrência dos fenômenos.

Nesse sentido, segundo Gil (2012) a pesquisa explicativa possui como objetivo fundamental o aprofundamento em relação aos conhecimentos da realidade, de forma a trazer uma possível explicação os acontecimentos com base na razão e do por que dos fenômenos. O método pretende ainda identificar os reais motivos que contribuem de

forma mais expressiva para o acontecimento de um determinado fenômeno. A pesquisa explicativa ainda pode ser enquadrada ou apenas percebida, como, sendo uma extensão da pesquisa exploratória ou da pesquisa descritiva (GIL, 2012).

Na maioria das vezes as pesquisas são realizadas em situações de déficit de informações em uma empresa ou campo de trabalho, ou ainda que estas informações, mesmo que existam, sejam insuficientes. Portanto, com a pesquisa pretende-se chegar até as respostas aos respectivos problemas identificados na pesquisa (GIL, 2012).

Dessa forma, para que seja realizado um estudo científico, é preciso que se realize uma pesquisa. Portanto, geralmente esta pesquisa é realizada em etapa anterior ao estudo, sendo comumente utilizada por meio de uma 'pesquisa do tipo bibliográfica' (CERVO; BERVIAN, 2007). Com a realização deste referencial teórico, o autor consegue desenvolver uma fundamentação teórica sobre o assunto proposto, levando-se em consideração para isso, as ideias e conclusões de outros autores, devidamente referenciados para embasar o seu estudo e ajudar na discussão dos seus próprios resultados (GIL, 2012).

Portanto, o presente estudo irá apresentar um referencial teórico que foi constituído a partir de consultas bibliográficas que foram realizadas durante o desenvolvimento do estudo, sendo realizado principalmente através de leituras e consultas em trabalhos acadêmicos, normas regulamentadoras para definição dos conceitos e textos científicos oriundos do Scielo, Portal da Capes, Google Acadêmico, dentre outros. Ainda, foram feitas algumas leituras em livros impressos, jornais e revistas que estão à disposição em bibliotecas.

A constituição do presente trabalho se deu no período de janeiro a agosto do ano de 2019.

3. CONCEITO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Segundo Sousa (2014), o termo Síndrome Coronariana Aguda é dado para o paciente com evidência clínica ou laboratorial de isquemia aguda, provocada por um desequilíbrio entre suprimento e demanda de oxigênio para o miocárdio, na sua maioria causada por uma placa aterosclerótica.

A síndrome coronariana aguda (SCA) consiste em qualquer grupo de sintomas atribuídos à oclusão das artérias coronarianas. O principal sintoma observado em SCA é a dor no peito, que comumente irradia para o braço esquerdo, podendo vir associados à sudorese, náuseas e dispneia.

A origem mais comum da Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é a doença arterial coronariana. O termo SCA é amplamente utilizado para descrever pacientes que apresentam o infarto agudo do miocárdio (IAM) ou a angina instável (AI). A angina, o infarto sem elevação do segmento ST e o infarto com elevação do segmento ST apresentam fisiopatologias semelhantes e suas origens estão relacionadas com a progressão plaquetária nas artérias coronárias, instabilidade da placa do ateroma, ruptura com ou sem trombose luminal e vaso pasmo. As três formas de apresentação da SCA são definidas por meio de eletrocardiograma, no qual se visualiza uma depressão no segmento ST ou uma inversão proeminente da onda T, e na ausência da elevação do segmento ST e na presença de sinais clínicos típicos de SCA (dor/desconforto torácico ou equivalente anginoso), utiliza-se a investigação de marcadores de necrose miocárdica, como, por exemplo, a troponina. Dessa forma, é fundamental que os pacientes ao se deparar com alguns sintomas apresentados acima, ou quaisquer desconforto, é de suma importância que o paciente procure o atendimento médico de emergência para que sejam diagnosticadas e tratadas o quanto antes.

As técnicas de acolhimento tendem a inserir de forma mais sistêmica este processo de humanização e com isso, resultar numa adesão maior nos respectivos tratamentos o quanto antes.

Segundo Brasil (2010 p.15), “a aproximação do profissional de saúde à família e ao paciente favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos pacientes com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde”.

Os pacientes que buscam atendimento de emergência apresentam uma gama muito variada de demandas, desde atendimentos para os chamados check-ups. Por isso, “para o profissional médico dar um diagnóstico exato da doença no primeiro atendimento e determinar o manejo necessário é sempre complicado, porém, importante” (LIMA NETO, 2013, p. 278).

Por isso, desperta a necessidade do profissional das áreas médicas avaliar o paciente de forma holística, ou seja, de forma interdisciplinar, contemplando conceitos da psicologia, medicina, serviço social, enfermagem, dentre outros. Neste caso, o profissional deve prever esta concepção diferenciada de atendimento, de forma mais humanizada e dando mais valor para o feedback entre o profissional e o paciente (SHIROMA; PIRES, 2011).

Kolling (2015) afirma que esta aproximação entre o profissional e o paciente durante o atendimento pode ser realizado através de um método que ele chama de (método centrado na pessoa). Dessa forma, de acordo com Kolling (2015 p. 73) “o método centrado na pessoa pressupõe uma transferência, em algum grau, do poder, classicamente restrito ao médico, para o paciente, no que tange a condução da consulta, à análise da situação e ao processo de tomada de decisão a respeito do manejo”. O autor afirma ainda que:

“O objetivo do método é obter informações relevantes, que permitam construir um projeto comum de manejo, negociado com o paciente, que promova uma melhor adesão ao tratamento. Ao mesmo tempo, busca-se tornar o paciente, enquanto indivíduo esclarecido, um parceiro no cuidado e executor motivado e disciplinado das medidas de autocuidado, via de regra, necessárias em qualquer problema que se torna motivo de consulta” (KOLLING 2015 p. 73).

Nesta proposta, o autor afirma que o atendimento de emergência centrado na pessoa deve sempre prever: “a exploração dos aspectos subjetivos do problema; conhecer o contexto do paciente; e construir um entendimento acerca do problema e do que precisa ser feito” (KOLLING, 2015 p. 74).

Os autores Coelho; Jorge, (2009, p. 1528) consideram ainda, que:

“a garantia de acesso ao serviço de saúde para os usuários representa a responsabilidade do serviço para com suas necessidades de saúde. Sem o acolhimento, o serviço não poderá garantir nem o acesso nem as prioridades de atendimento. Quando o usuário sente a necessidade de atendimento mais rápido, muitas vezes esta não está expressa fisicamente. Nesse caso, somente com a escuta desse usuário é que se poderá saber de suas necessidades” (COELHO; JORGE, 2009, p. 1528).

Portanto, é de suma importância este diagnóstico precoce das necessidades do paciente na fase do acolhimento, de forma a encaminhá-lo da forma correta e adequada ao tratamento, minimizando os possíveis erros.

4. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL PARA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

A Síndrome Coronariana Aguda envolve a isquemia silenciosa, angina aos esforços, a angina instável e o infarto agudo do miocárdio com ou sem supra desnivelamento do segmento ST. As chances de sequelas e risco para óbito são maiores quando a Síndrome coronariana é caracterizada por angina instável e infarto do miocárdio.

A utilização de protocolos sistematizados para diagnóstico da SCA tem sido preconizada há cerca de duas décadas, de maneira particular para aqueles pacientes que se apresentam com dor torácica suspeita de isquemia miocárdica, mas com ECG não diagnóstico⁷⁻⁹. Estes modelos visam otimizar o processo diagnóstico no que tange à sua rapidez e acurácia. Com isso, buscam também obter maior eficiência na identificação do processo patológico em curso e com o menor custo possível.

Nestes modelos diagnósticos sistematizados utilizam-se dados da história clínica, como o tipo de dor torácica e as alterações eletrocardiográficas na admissão, visando estabelecer a probabilidade pré-teste de doença. É preciso ressaltar que cerca da metade dos pacientes com IAM não apresentam as alterações eletrocardiográficas típicas desta doença, requerendo então a utilização de outros métodos diagnósticos, cuja escolha e hierarquia ficam na dependência desta probabilidade pré-teste e dos custos dos testes. Aí se incluem, de início, a dosagem seriada de marcadores plasmáticos de necrose miocárdica (e o número de dosagens a partir da admissão), a dosagem dos novos marcadores plasmáticos de isquemia, de atividade plaquetária e de inflamação, o ecocardiograma e a cintilografia miocárdica com radioisótopos em repouso. Em caso de não demonstração de injúria ou isquemia miocárdica em repouso, os protocolos recomendam a realização de algum teste de estresse, após algumas

horas de observação em uma unidade de vigilância (preferencialmente Unidade de Dor Torácica).

Com esta estratégia diagnóstica sistematizada, podemos firmar o diagnóstico de IAM sem supra-ST, de AI ou de ausência de SCA com mínima margem de erro, evitando assim a liberação inapropriada de pacientes com doença e reduzindo o tempo para o diagnóstico.

Vale ressaltar que algumas instituições seguem protocolos diferenciados, sem perder a qualidade no atendimento e o mais importante evitando a mortalidade de pacientes que é diagnosticado com a Síndrome Coronariana Aguda. Irei referenciar, o protocolo de atendimento ao paciente com dor torácica do Hospital Albert Einstein (2017), protocolos de Síndrome Coronariana Aguda do Hospital Sírio Libanês (2015). e American Heart Association (2015).

Atendimento inicial Direcionamento para pacientes com queixa de dor torácica são:

- ✓ Questionar o início dos sintomas;
- ✓ Tipo, local, intensidade e duração da dor;
- ✓ Local de Irradiações;
- ✓ Fatores Desencadeantes (após esforço físico, estresse.);
- ✓ Fatores de melhora;

Exame físico direcionado.

- ✓ Avaliar sinais vitais;
- ✓ Realizar ausculta pulmonar e cardíaca;
- ✓ Avaliar pulsos arteriais nas extremidades.

Avaliar fatores predisponentes e antecedentes pessoais.

- ✓ Encaminhar o paciente de cadeiras de rodas para realizar eletrocardiograma num prazo inferior a 10 minutos.

Após eletrocardiograma, identificar/classificar tipo de Síndrome Coronariana.

- ✓ Infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST;
- ✓ Síndrome coronária Aguda sem supradesnível do segmento ST.

Iniciar tratamento com medidas universais para Síndrome Coronariana Aguda.

- ✓ Monitorar o paciente;

- ✓ Fornecer oxigênio se a saturação estiver < 90% (4-8l/min);
- ✓ Obter acesso venoso calibroso;
- ✓ Coletar exames laboratoriais obrigatórios (Hemograma completo, Creatinina, Glicose, Coagulograma, Bioquímica (Na, K), CKMB e Troponina T ou I).

Tratamento Medicamentoso.

- ✓ ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS) na dose de 200 mg por via oral, antes mesmo da realização do eletrocardiograma;
- ✓ CLOPIDOGREL, precocemente dose de 75mg/d precedida de dose de ataque de 300 mg por via oral;
- ✓ MORFINA - 3-5mg por via intravenosa até alívio da dor;
- ✓ DIAZEPAM – 5-10mg por via oral ou intravenosa;
- ✓ NITRATO - Isordil 5mg Sublingual (se não houver contra indicações: infarto de ventrículo direito uso de sildenafil (Viagra) ou derivados nas últimas 24h e hipotensão arterial);
- ✓ BETABLOQUEADOR - Propranolol 40mg /atenolol 25mg;
- ✓ ENOXAPARINA deve ser utilizada na dose 1 MG/kg SC a cada 12/12h, precedida de 30 MG EV (Utilizar em todos os pacientes submetidos à angioplastia primária).

Após 5 ou 10 minutos do uso do Nitrato, deve ser realizado novo ECG para avaliar a ordem ou conservação do supradesnível do ST.

A Angioplastia Coronária ou Intervenção Coronária Percutânea é o tratamento não cirúrgico das obstruções das artérias coronárias por meio de cateter balão, com o objetivo de aumentar o fluxo de sangue para o coração. A intervenção é feita com tempo inferior a 12 horas do início dos sintomas de isquemia. É indicada para paciente que desenvolvem choque cardiogênico, dentro das 36 horas do Infarto Agudo Miocárdio e que podem ser abordados de preferência em até 18 horas do início do choque, pacientes preferentemente com idade inferior a 75 anos; pacientes com contraindicação ao uso de fibrinolíticos. É indicado o uso de inibidores da GPIIb/IIIa pré ou durante a angioplastia primária, devendo ter seu início de infusão na sala de hemodinâmica.

5. A IMPORTÂNCIA DA RAPIDEZ DO DIAGNÓSTICO DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA

O estímulo doloroso proveniente de órgãos torácicos, incluindo o coração, pode causar desconforto, descrito como pressão, dilaceração, gases com ânsia para eructar, indigestão, queimação, sensação dolorosa, dor em punhalada e, às vezes, dor lancinante como uma agulhada. Muitos pacientes negam estar sentindo dor e insistem que a dor é meramente "desconfortável". Exceto quando o infarto é maciço, o reconhecimento da magnitude da isquemia pelos sintomas de maneira isolada é difícil.

O tempo entre o início dos sintomas e a chegada ao hospital é uma variável relacionada de modo direto à morbimortalidade de pacientes com Síndrome Coronária Aguda (SCA), principalmente naqueles com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supraST. Diversos estudos mostraram que, quanto mais precoce for o diagnóstico e instituído o tratamento, melhor será o prognóstico dos pacientes. A mortalidade pode ser reduzida em até 50% se o tratamento com fibrinolíticos for iniciado em até 1 hora após o início dos sintomas em pacientes com IAM com supra-ST. Nos pacientes com Síndrome Coronária Aguda sem supra-ST a rapidez no diagnóstico e, por consequência, no tratamento favorece a contenção do processo trombótico isquêmico e a sua evolução para IAM com supra-ST e/ou morte súbita.

6. TRATAMENTO

Embora inúmeros avanços na terapêutica da Síndrome Coronária Aguda (SCA) tenham ocorrido nas últimas duas décadas, resultando em importante impacto na morbimortalidade, o atraso no início do tratamento ainda é grande obstáculo no aproveitamento destes ganhos. O manejo do paciente com SCA deve ter como enfoque os seguintes itens:

- ✓ Estabelecer de modo rápido o diagnóstico (ou a probabilidade de doença);
- ✓ Estabelecer o risco de complicações imediatas e tardias do paciente o mais precocemente possível;

- ✓ Promover o tratamento o mais cedo possível, atuando sobre os mecanismos fisiopatológicos e priorizando a terapia de reperfusão coronariana;
- ✓ Fornecer atenção integral ao paciente em local apropriado para responder às possíveis complicações.

Visto que aproximadamente a metade das mortes no IAM ocorrem na primeira hora após o início dos sintomas e que estas se devem à fibrilação ventricular, torna-se imperativo acoplar o paciente de imediato ao monitor de ECG, obter um acesso venoso periférico e dispor de um desfibrilador.

A oxigenioterapia suplementar (2 a 4 l/min) deve ser ofertada por meio de máscara ou cateter nasal aos pacientes com dispneia ou queda da saturação de oxigênio. Nos pacientes sem alterações respiratórias ou sinais de hipoxemia, seu uso não encontra respaldo científico que evidencie benefícios, apesar de continuar a ser recomendada nas primeiras horas de evolução.

O combate à dor é medida fundamental para o bem-estar do paciente e para diminuir a descarga adrenérgica que causa aumentos da frequência cardíaca, da contratilidade miocárdica e da pressão arterial, elementos que aumentam o consumo de oxigênio pelo miocárdio. O sulfato de morfina é o analgésico de escolha para estes pacientes, sendo administrado na dose inicial de 4 a 8 mg IM ou EV. Doses adicionais de 2-4 mg podem ser dadas no caso de insucesso com a administração inicial. Pacientes idosos devem receber doses menores.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos recentes têm demonstrado redução de eventos coronarianos, incluindo mortalidade, quando pacientes com Síndrome Coronária Aguda (SCA) são tratados de acordo com as recomendações das Diretrizes Societárias. Assim sendo, torna-se imperativo que os médicos que lidam com estes pacientes mantenham-se informados e atualizados sobre estas recomendações e que as unidades de emergência e coronariana criem protocolos diagnósticos e terapêuticos que sejam seguidos de forma uniforme por todas as suas equipes.

Da mesma forma, estratégias para aferir o nível da qualidade assistencial prestada a pacientes com SCA - baseado no atendimento das recomendações feitas pelas Diretrizes - foram recentemente propostas e devem ser aplicadas com periodicidade nas instituições como mecanismo de retroalimentação dos processos de melhoramento da sua qualidade assistencial. A correta abordagem terapêutica, com a utilização de intervenções baseadas em evidências, associada com medidas de prevenção realmente efetivas, pode ajudar a diminuir a morbimortalidade.

Por fim, diante da complexidade e importância do tema, bem como, das limitações da presente pesquisa, sugere-se a continuidade nos estudos, com desenvolvimento de trabalhos futuros que proporcionem uma maior contextualização, de forma a contribuir com o meio acadêmico e profissional da área.

REFERENCIAS

AGEWALL, S. et al. Troponin elevation in coronary vs non coronary disease. **European Heart Journal**, London, v. 32, p. 404-411, 2011.

ALBERT EINSTEIN. **Protocolo Institucional de dor torácica**. Documento Oficial, São Paulo, 2017.

ALMEIDA, Maria Celita et al. Comparação do Perfil Clínico Epidemiológico entre Homens Mulheres na Síndrome Coronariana Aguda. **Revista Brasileira Cardiologia**, v.27, n.6 novembro/dezembro, 2014. p.423-429.

ALMEIDA, M. C.; MARKMAN FILHO, B. Ecocardiografia sob Estresse em Mulheres. **Revista brasileira de ecocardiografia e imagem cardiovascular**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 46-52, 2009.

ANDRE. S. DANTAS.R. DESSOTTE. C. **Sintomas de pacientes antes da primeira hospitalização por Síndrome Coronariana Aguda.** 2011. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Nzzd5MJRCGtKG8dCZNQGzQz/?lang=pt#>>. Acesso em: 03 de jul. 2021.

ANDERSON, J. L. et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST segment elevation myocardial infarction: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart association Task Force on Practice Guidelines. **Circulation**, Kyoto, v. 116, p. e-148 – e-304, 2007.

ARRUDA, R. N. M. **SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: INCIDÊNCIA DE FATORES DE RISCO EM PACIENTES ATENDIDOS EM UMA EMERGÊNCIA.** 2018. Disponível em: < <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqTccs/1411370184.pdf>>. Acesso em 10 de jun. 2021.

BASSAN. R. BASSAN. F. **ABORDAGEM DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA.** 2006. Disponível em <http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2006/07/Artigo03.pdf>. Acesso em: 25 de jun. 2021.

BRANT, Luisa Campos Caldeira et al. Variações e diferenciais da mortalidade por doença cardiovascular no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015: Estimativas do Estudo Carga Global de Doença. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v.20, n.1, maio, 2017. p. 116-128.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo do manejo dos pacientes com síndromes coronarianas agudas com supradesnível do segmento ST.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em. Acesso em 25 de julho de 2018.

BRUNORI, Evelise Helena Fadini Reis; LOPES Camila Takáo; CAVALCANTE Agueda Maria Ruiz Zimmer; SANTOS Vinicius Batista; LOPES Juliana Lopes; BARROS Alba Lucia Bottura Leite. Associação de fatores de risco cardiovasculares com as

diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.22, n.4, julho/agosto, 2014. p.538-546.

COLOMBO Roberta Cunha Rodrigues; Aguillar Olga Maimoni. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.5, n.2, abril, 1997. p.69-82.

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. **Protocolo de síndrome coronariana aguda**, São Paulo; nov., 2015.

LE MOS, Karine Franke; Davis, Roberta; Moraes Maria Antonieta; Azzolin, Karina. Prevalência de fatores de risco para Síndrome Coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v.31, n.1, março, 2010.

S O U S A, Ronaldo Dorneles. **CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS**. 2014. 20p. Monografia – Pós Graduação em Enfermagem, Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MANCILHA-CARVALHO, J.J. **Antecedentes da doença coronária**: os fatores de risco. Arquivo Brasileiro Cardiologia. V.58, n.4, 1992. p.263-267.

OLIVEIRA, Claudia Medeiros; SANTORO Deyse Conceição. Conduta da equipe de enfermagem diante das alterações clínicas do cliente com síndrome isquêmica coronariana. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.8, n.2, agosto, 2004. p. 267- 274.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Estatísticas da Saúde Mundial 2014**. tópicos. Parte II. [Internet]. Genebra: OMS; 2014. Disponível em< [http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2014_Part2.pdf? Ua = 1](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2014_Part2.pdf?ua=1)>. Acesso em: 03 de jul. 2021.