

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**MARIA LUIZA BATISTA DE LUNA
MIRIAM BARRETO BAIÉ**

**Perfil dos pacientes atendidos por Síndrome Coronariana
Aguda em um hospital terciário de referência cardiológica**

**CAMPINA GRANDE – PB
2019**

**MARIA LUIZA BATISTA DE LUNA
MIRIAM BARRETO BAIÉ**

**Perfil dos pacientes atendidos por Síndrome Coronariana
Aguda em um hospital terciário de referência cardiológica**

*Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito à obtenção
do grau de médico pela Universidade
Federal de Campina Grande, sob
orientação do Prof. Dr. Kleber Oliveira de
Souza e coorientação do Prof. Saulo
Magalhães Barros da Nóbrega.*

ORIENTADOR: PROF. DR. KLEBER OLIVEIRA DE SOUZA

COORIENTADOR: PROF. SAULO MAGALHÃES BARROS DA NÓBREGA

CAMPINA GRANDE – PB
2019

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

L961p

Luna, Maria Luíza Batista de.

Perfil dos pacientes atendidos por Síndrome Coronariana Aguda em um hospital terciário de referência cardiológica / Maria Luíza Batista de Luna, Miriam Barreto Baié – Campina Grande, 2019.

50f.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2019.

Orientador: Kléber Oliveira de Souza, Dr.

Co-Orientador: Saulo Magalhães Barros da Nóbrega, Esp.

1.Síndrome coronariana aguda. 2.Infarto agudo do miocárdio. 3.Angina instável. 4.Perfil epidemiológico. I.Baié, Miriam Barreto. II.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 616.127-005.8(043.3)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

As 08 horas do dia 10 / 06 / 19, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado:

TRATAMENTO DOS DOENTES AFETADOS POR SÍNDROME CONVULSIVA AGUDA EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE REFERÊNCIA CARDIOVASCULAR

de autoria do(s) aluno(s):

MARIA WILZA GONÇALVES DE LIMA
MIRIAM BARRETO BAIE

sendo orientados por:

KELECKA OLIVEIRA DE SOUZA

E Co orientador:

SONIA MACHADO BARROS DA MATA

Estiveram presentes, os seguintes componentes da Banca Examinadora:

PROF. DR. KELECKA OLIVEIRA DE SOUZA

PROFA. IMARA QUEIROZ

PROF. ALEX BARBOSA

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora, Professor(a) Orientador(a) sorteou o aluno:

MIRIAM BARRETO BAIE

passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 24 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu APROVAR o trabalho, conferindo a nota final de 10,0. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 10/ junho / 2019.

Orientador

Titular 1

Titular 2

Suplente

Imara B. de A. Barbosa
[Assinatura]

**MARIA LUIZA BATISTA DE LUNA
MIRIAM BARRETO BAIÉ**

Perfil dos pacientes atendidos por Síndrome Coronariana Aguda em um hospital terciário de referência cardiológica

*Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito à obtenção
do grau de médico pela Universidade
Federal de Campina Grande, sob
orientação do Prof. Dr. Kleber Oliveira de
Souza e coorientação do Prof. Saulo
Magalhães Barros da Nóbrega.*

Aprovado em 10 de junho de 2019.

Nota: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Kleber Oliveira de Souza (Orientador)

Profa. Imara Correia de Queiroz Barbosa (CCBS-UFCG)

Prof. Alex Barbosa

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiro a Deus por, em sua infinita bondade, ser eterna fortaleza em meio as intempéries, por ter nos presenteado com a possibilidade de traçar essa jornada e nos encontrado ao longo dela. “Porque d’Ele, por Ele e para Ele são todas as coisas”.

A Maria, pelo colo de mãe, pelo acalento nos momentos mais difíceis, e pela contínua intercessão. Obrigada por iluminar nosso caminho.

Aos nossos orientadores, por acreditarem em nós e aceitarem compartilhar um pouco de suas experiências conosco, oferecendo sempre disponibilidade para tirar nossas dúvidas, corrigir nossos erros, estimular nossa produção e direcioná-la. Seremos eternamente gratas.

À nossa banca examinadora, por gentilmente colaborar na revisão deste trabalho. Guardaremos sempre vocês com muito carinho.

Aos nossos mestres, nossa gratidão especial por nos ajudar a construir quem somos hoje, e ajudar a nos moldar como profissionais íntegros e humanos. Obrigada por nos ajudarem (e ensinarem) a alçar nosso próprio voo.

Aos pacientes que nos permitiram evoluir em cada atendimento, aprender em cada novo caso e entenderam que para chegar onde almejamos, precisamos sobremedida da contribuição deles. Esperamos estar sempre aptos a atendê-los no melhor de nossas habilidades.

Às nossas famílias, em especial nossos pais e irmãos, por serem apoio incondicional em todos os momentos, por terem fé no nosso sucesso e se fazerem presentes diariamente ao longo de todos esses anos de caminhada. Nada nunca será suficiente para expressarmos o quanto vocês são fundamentais em nossas vidas. Todas as nossas conquistas serão, sempre, de vocês.

Aos nossos amigos e ao namorado, por nos ouvir, aconselhar, acalmar e acompanhar nosso crescimento e torcer sempre por nossa felicidade. Vocês são presentes de Deus em nossas vidas. Obrigada.

Àqueles que não estão mais fisicamente conosco, mas que nunca duvidaram que conseguiríamos atingir nossas metas. Vocês seguem em nossos corações.

Obrigado a todos que cruzaram nossos caminhos e, direta ou indiretamente, nos permitiram viver nossos sonhos. Gratidão por todas as pegadas da caminhada, e, especialmente, pelos passos do caminho que não são nossos.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é a principal causa de óbito no mundo. Assim, seu adequado e rápido manejo tem grande impacto na diminuição da morbimortalidade. Há, ainda hoje, uma escassez de estudos desenhados no Nordeste brasileiro, em especial no interior paraibano, com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos nessa região por essa patologia.

METODOLOGIA: Estudo transversal observacional com perfil descritivo, em que foram avaliados os prontuários dos pacientes internados entre julho a dezembro de 2018 com diagnóstico de SCA em um hospital de referência cardiológica no interior da Paraíba.

RESULTADOS: 164 pacientes foram admitidos com diagnóstico de SCA no período estudado. A população do estudo tinha idade média de 64,5 anos e foi composta por 59% de pacientes do sexo feminino. O tempo médio de chegada ao hospital foi de 45,8h após o início dos sintomas. 73 pacientes (45,3%) receberam o diagnóstico de infarto com supradesnivelamento de segmento ST; 62 (38,5%) de infarto sem supradesnivelamento do segmento ST e 26 (16,2%) de angina instável. A maioria da população da amostra apresentou lesão obstrutiva significativa em múltiplas coronárias e a taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 15,2%.

CONCLUSÕES: Observou-se elevada prevalência de doença multiarterial, longo período até chegada no centro hospitalar, maior representatividade de infarto com supradesnivelamento do segmento ST e elevada taxa de mortalidade intra-hospitalar na população estudada.

Palavras-chave: Síndrome coronariana aguda; Infarto agudo do miocárdio; angina instável; perfil epidemiológico.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Acute Coronary Syndrome (ACS) is the leading cause of death in the world. Thus, its adequate and quick management has a great impact in the reduction of the morbimortality. There is, until this day, a shortage of studies designed in the Brazilian Northeast, especially in the interior of Paraíba, with the objective of tracing the epidemiological profile of the patients treated in this region for this pathology.

METHODS: An observational cross-sectional study with a descriptive profile was conducted, in which the medical records of the patients admitted between July and December of 2018 in a cardiology center in the interior of Paraíba with the diagnosis of ACS were evaluated.

RESULTS: 164 patients were admitted with the diagnosis of ACS in the studied period. The study population had a mean age of 64.5 years and 59% were female patients. The mean time of arrival at the hospital was 45.8 h after the onset of symptoms. 73 patients (45.3%) received the diagnosis of ST segment elevation myocardial infarction; 62 (38.5%) non-ST-segment elevation myocardial infarction and 26 (16.2%) unstable angina. The majority of the sample population had significant obstructive lesions in multiple coronaries and the in-hospital mortality rate was 15.2%.

CONCLUSIONS: It was observed a high prevalence of multi-arterial disease, long period until arrival in the hospital center, a greater representativeness of ST-segment elevation myocardial infarction and a high in-hospital mortality rate in the studied population.

Key words: Acute coronary syndrome; Acute myocardial infarction; unstable angina; epidemiological profile

LISTA DE ABREVIATURAS

AAS	Ácido Acetilsalicílico
ACC	American College of Cardiology
AHA	American Heart Association
AI	Angina Instável
BRA	Bloqueadores de Receptor de Angiotensina II
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
ECG	Eletrocardiograma
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IAMCSST	Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST
IAMSSST	Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICP	Intervenção Coronariana Percutânea
IECA	Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina
MNM	Marcadores de Necrose Miocárdica
PA	Pressão Arterial
RCV	Risco Cardiovascular
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SCA SST	Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnivelamento do Segmento ST
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

INTRODUÇÃO.....	11
REVISÃO DE LITERATURA	11
AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA.....	11
Apresentação Clínica.....	12
Alterações Eletrocardiográficas.....	12
Marcadores de Necrose Miocárdica.....	14
DEFINIÇÃO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.....	15
Infarto Agudo do Miocárdio	15
Angina Instável	16
Infarto do Miocárdio sem Lesões Coronarianas Obstrutivas.....	16
FATORES DE RISCO RELACIONADOS À SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	17
Estratificação do Risco	18
TERAPÊUTICA INICIAL.....	19
Terapia de Reperusão.....	21
Estratificação de Risco para SCA SSST	21
Cineangiocoronariografia	22
OBJETIVOS	25
Objetivo Primário	25
Objetivos Secundários.....	25
METODOLOGIA.....	26
Desenho do Estudo.....	26
Local do Estudo	26
População de Estudo.....	26
Critérios de Inclusão e de Exclusão	26
Coleta de Dados.....	27
Processamento e Análise dos Dados	27

Aspectos Éticos	27
RESULTADOS.....	28
DISCUSSÃO	33
LIMITAÇÕES.....	39
CONCLUSÕES.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
APÊNDICES.....	46

INTRODUÇÃO

As doenças do sistema cardiovascular constituem a primeira causa de morte no Brasil e no mundo, tendo como principal representante o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)^[1,2]. Sua elevada prevalência e morbimortalidade estão refletidas em inúmeros estudos desenvolvidos voltados a traçar o perfil epidemiológico dessas patologias.

O termo Síndrome Coronariana Aguda (SCA) compreende o grupo de patologias que envolvem o cenário de isquemia miocárdia aguda: angina instável (AI) e IAM sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST), que compreendem a entidade SCA sem supradesnivelamento do segmento ST (SCA SSST), e IAM com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST)^[3].

A diferenciação entre as categorias de SCA é essencial, visto que para cada uma há um esquema terapêutico específico a ser seguido para adequado manejo clínico do paciente^[4].

REVISÃO DE LITERATURA

AValiação INICIAL DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA

A história e o exame físico do paciente com suspeita de SCA deverão ser focalizados. Características da dor, história pregressa de SCA, fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) e contraindicações para terapia trombolítica são itens que devem ser obtidos durante a anamnese. Causas potencialmente letais de dor torácica deverão ser afastadas – como dissecação aguda de aorta, embolia pulmonar, tamponamento cardíaco, mediastinite e pneumotórax hipertensivo. No exame físico, deve ser feito exame neurológico e avaliado o estado hemodinâmico do indivíduo^[3, 5].

Um eletrocardiograma (ECG) deve ser obtido e avaliado dentro de dez minutos da chegada do paciente ao serviço de urgência, além de ser necessária coleta de amostra de sangue para avaliação de parâmetros laboratoriais, principalmente níveis séricos de marcadores de necrose miocárdica (MNM)^[3,5].

Apresentação Clínica

A queixa de dor torácica, quando de origem isquêmica, normalmente possui certas características que ajudam na diferenciação de quadros não isquêmicos. Classicamente, a dor isquêmica tem início gradual (podendo, então, aumentar ou diminuir de intensidade); sendo provocada por atividades que aumentam a demanda cardíaca por oxigênio (como exercício físico), sem alteração com posição ou respiração, porém com melhora com uso de nitratos. O paciente geralmente tem dificuldade de descrever a dor, muitas vezes caracterizando-a como um desconforto, e usando termos como aperto, pressão ou queimação no peito. Normalmente não é descrita como pontada ou furadas. Não há relação de aumento na intensidade da dor e a probabilidade de ser IAM. Pode haver irradiação para outras partes do corpo, tipicamente região epigástrica, braços, punho, pescoço e garganta, mandíbula e dentes (mas não região maxilar) e para o dorso (região interescapular). Há, ainda, dificuldade para localização em um ponto específico, sendo eventualmente referida como desconforto em todo o peito^[3].

Alguns grupos de pacientes, representado por diabéticos, mulheres, idosos, portadores de insuficiência cardíaca, usuários de marca-passo e doentes renais crônicos; podem ainda ter apresentação clínica atípica. A queixa pode ser unicamente de desconforto epigástrico, palpitações ou síncope. Representam, também, os pacientes que comumente apresentam-se com os chamados equivalentes isquêmicos, como dispneia ou fadiga. A dispneia é o equivalente isquêmico mais comum e possivelmente reflete a congestão pulmonar, reflexo de disfunção diastólica secundária ao dano isquêmico. Outros sintomas associados incluem náuseas, vômitos, diaforese, tontura, eructações ou indigestão^[3,6].

Por apresentar-se com quadro atípico e, assim, inespecífico, esses pacientes têm menor probabilidade de receber terapia médica adequada, o que resulta em maior mortalidade intra-hospitalar^[3,6].

Alterações Eletrocardiográficas

A isquemia miocárdica pode também ser detectada por meio de alterações eletrocardiográficas. As alterações mais comumente visualizadas no ECG são^[6]:

- Elevação do segmento ST: nova elevação no ponto J em duas derivações anatomicamente contíguas $\geq 1,0$ mm para todas as derivações (à exceção das derivações V2 e V3, cujo ponto de corte é $\geq 2,0$ mm para homens de 40 anos ou mais; $\geq 2,5$ mm em homens com menos de 40 anos de idade e $\geq 1,5$ mm para mulheres, independentemente da idade);
- Depressão do segmento ST ou alterações da onda T: nova depressão de morfologia horizontal ou descendente $\geq 0,5$ mm em duas derivações anatomicamente contíguas; e/ou inversão de onda T $> 1,0$ mm em duas derivações contíguas com ondas R proeminentes (relação onda R/onda S $> 1,0$).

Graus de desvios do segmento ST menores que os supracitados também podem estar relacionados a um quadro de isquemia miocárdica aguda. Por isso, a história clínica (com características da dor e fatores de risco apresentados pelo paciente) é fundamental para adequada condução de cada caso^[6].

Outras alterações que podem estar associadas ao quadro de isquemia miocárdica são: arritmias cardíacas, bloqueios de ramo (especialmente bloqueio de ramo esquerdo), bloqueio atrioventricular e perda da progressão da onda R nas derivações precordiais (V1-V4)^[6].

É importante ressaltar que diante da hipótese de oclusão de artéria coronariana circunflexa é indicada a realização de novo ECG com derivações posteriores (V7, V8 e V9). Ainda, em pacientes com suspeita de infarto de ventrículo direito, deve-se proceder realização de novo ECG com derivações V3R e V4R, atendendo critério diagnóstico se houver elevação do segmento ST $\geq 0,5$ mm (ou $\geq 1,0$ mm para homens menores de 30 anos) nessas derivações^[6].

Um único ECG sem alterações sugestivas não exclui o diagnóstico. Tipicamente há modificações dinâmicas no ECG, o que reforça a importância (especialmente em pacientes com um ECG inicial que não evidenciou o diagnóstico) de repetição desse exame a cada 15-30 minutos nas duas horas iniciais ou mesmo de manter o paciente em monitorização eletrocardiográfica contínua se suspeita clínica de SCA^[6].

Marcadores de Necrose Miocárdica

Marcadores bioquímicos de necrose miocárdica têm importância para o diagnóstico e, especialmente, para o prognóstico de pacientes com SCA. Dentre eles, a troponina ultrasensível é o biomarcador de eleição para o diagnóstico de IAM^[7].

A coleta de sangue para determinação dos níveis séricos desse biomarcador deve ser feita de forma seriada. Essas medidas devem ser feitas no momento de chegada do paciente ao serviço de acolhimento inicial (designado como hora zero) e repetido com três e seis horas após a primeira coleta^[6]. Assim, pode-se traçar uma curva do biomarcador no sangue e melhor avaliar a condição clínica do paciente, visto que a detecção de aumento com posterior queda nesses níveis é essencial ao diagnóstico de IAM^[6]. A explicação para a flutuação nesses níveis é dada pela cinética de liberação dos MNM no processo de isquemia, que varia conforme tempo de instalação dos sintomas^[6].

Outro fator que influencia na liberação desse biomarcador é o fluxo sanguíneo. Assim, como varia conforme cada caso, critérios para definir aumento patológico entre duas medidas de troponina ainda estão em estudo. Porém, tem-se uma tendência a considerar variações entre 50-60% quando o valor inicial está abaixo do limite superior de referência, e maior que 20% quando o valor inicial já é maior do que o limite superior de referência^[6].

Caso este exame não esteja disponível, a melhor alternativa é a medição dos níveis de CK-MB massa. Atenção especial deve ser dada a pacientes portadores de doença renal crônica, cujos níveis de troponina T estão comumente elevados. Nesses casos, a preferência deve ser dada a medição de troponina I^[6].

É importante ressaltar que o diagnóstico de SCA é clínico e, sendo esses marcadores medidas bioquímicas de avaliação de necrose miocárdica, não se deve aguardar resultados desse exame para instituição de terapêutica de reperfusão coronariana em pacientes que se apresentem com IAMCSST. Nesses pacientes, os MNM não devem ser utilizados com a finalidade diagnóstica, tendo papel de avaliação de prognóstico^[5].

DEFINIÇÃO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Infarto Agudo do Miocárdio

A presença de injúria cardíaca é determinada por níveis anormais de troponina. Assim, uma vez estabelecida a presença dessa condição, cabe a diferenciação entre injúria cardíaca aguda ou crônica. A primeira ocorre quando existe um padrão dinâmico (elevação com posterior queda) de apresentação dos níveis de troponina, enquanto que a segunda é evidenciada a partir de níveis persistentemente elevados desse marcador^[6].

Na ausência de sinais clínicos de isquemia e com níveis de troponina alterados, porém estáveis, o diagnóstico de injúria miocárdica crônica se mostra mais provável. Condições comuns à prática médica (tais como insuficiência cardíaca, anemia, doença renal crônica, hipóxia, hipotensão, sepse, hemorragia subaracnóide, acidente vascular encefálico) são causas de injúria miocárdica sem isquemia associada. Assim, pacientes críticos e gravemente enfermos, especialmente os que estão internados em ambiente de terapia intensiva, sob ventilação mecânica invasiva são, pois, pacientes cuja análise clínica dos resultados laboratoriais requer extrema perícia médica, visto que múltiplas são as possibilidades de níveis anormais de marcadores de injúria miocárdica^[6].

A injúria miocárdica aguda, por outro lado, pode se apresentar com ou sem sinais ou sintomas de isquemia. Dentre as causas possíveis para injúria miocárdica aguda sem sinais de isquemia, tem-se miocardite e insuficiência cardíaca aguda, condições em que pode ocorrer dano agudo miocárdico, porém sem a presença de dano isquêmico associado^[6].

De outra forma, a presença de injúria miocárdica aguda na vigência de evidência clínica de isquemia cardíaca aguda, define critério para a presença de IAM. A apresentação clínica de isquemia pode ser identificada tanto a partir da história do paciente (queixas típicas, atípicas ou equivalentes isquêmicas), quanto a partir de alterações no ECG^[6].

O IAM pode se manifestar eletrocardiograficamente com ou sem supradesnivelamento do segmento ST, constituindo duas entidades clínicas distintas: Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST

(IAMCSST) e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnívelamento do Segmento ST (IAMSSST). Essa distinção é essencial na prática clínica posto que no primeiro caso (no IAMCSST) objetiva-se tratamento de reperfusão coronariana imediata^[6].

Angina Instável

Angina instável é definida como a condição em que há sintomatologia sugestiva de isquemia, porém não há elevação nos níveis de troponina e o ECG pode ou não ter alterações sugestivas de processo isquêmico^[6,8].

São características da angina instável a presença de pelo menos uma das seguintes alterações: angina em repouso (geralmente com duração superior a 20 minutos); angina de início recente (até dois meses) que limita a atividade física; angina progressiva, com tempo de duração maior ou que ocorre após menor carga de esforço físico do que anteriormente^[3].

O prognóstico é pior entre aqueles pacientes com angina refratária à medicação de alívio ou que ocorre mesmo na vigência de esquema terapêutico otimizado. Também são condições de alto risco: pacientes com angina de início recente; angina em repouso (especialmente se associada à alteração transitória do segmento ST); e angina pós-infarto (tipicamente associada a lesões complexas ou trombo persistente intracoronário)^[6].

Infarto do Miocárdio sem Lesões Coronarianas Obstrutivas

Infarto do miocárdio sem lesões coronarianas obstrutivas (do inglês “myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries”) é um diagnóstico cada vez mais difundido. Essa modalidade representa aproximadamente de 5 a 6% de pacientes diagnosticados com IAM, sendo mais comum em mulheres e em SCA sem supradesnívelamento do segmento ST. Dessa forma, não se pode descartar o diagnóstico de IAM na ausência de lesões coronarianas ao cateterismo cardíaco. Para o diagnóstico de infarto do miocárdio sem lesões coronarianas obstrutivas, deve-se confirmar o resultado da cineangiocoronariografia e excluir causas não isquêmicas (como miocardite). Para o diagnóstico dessa entidade outros exames de

imagem e testes para avaliação funcional podem ser úteis na elucidação do mecanismo fisiopatológico responsável pelo dano isquêmico, que pode ser ruptura de placa aterosclerótica; trombose coronariana; espasmo vascular; dissecação coronariana espontânea, dentre outros^[6].

FATORES DE RISCO RELACIONADOS À SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

A avaliação inicial do risco cardiovascular (RCV) global do paciente baseia-se em determinar se um ou mais fatores de risco tradicionais estão presentes^[9]. São eles:

- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): é o principal fator de risco para o desenvolvimento de DCV, além de estar também relacionada à gênese de patologias como insuficiência cardíaca, doença renal crônica, fibrilação atrial, déficit cognitivo e demência. A mortalidade por DCV é diretamente proporcional ao aumento progressivo da Pressão Arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Sua importância é tamanha que nos últimos dez anos aproximadamente 7,6 milhões de óbitos no mundo foram relacionados à HAS, sendo 47% desses por doenças isquêmicas cardíacas^[5,9].
- Tabagismo: o risco relativo de um evento isquêmico em fumantes com 60 anos ou mais é duas vezes maior do que entre não fumantes da mesma faixa etária. Já em fumantes com idade inferior a 50 anos, esse risco é cinco vezes maior. Com a cessação do tabaco, haveria redução de aproximadamente 50% das mortes evitáveis em tabagistas, sendo a maioria dessas mortes por DCV. Compõe, junto à história familiar de doença arterial coronariana (DAC) precoce e insuficiência renal crônica, o grupo de principais fatores de risco em jovens para desenvolvimento de IAM^[5,9];
- Diabetes Mellitus (DM): constitui um importante fator de risco independente para desenvolvimento de DCV. Além disso, indivíduos diabéticos e portadores de DCV apresentam pior prognóstico, com menor sobrevida em curto prazo, maior risco de recorrência da doença e pior resposta terapêutica. Estima-se que em 2030 haverá 300 milhões de adultos no mundo portadores de DM. Portanto, um dos

maiores desafios para saúde pública é o melhor controle metabólico nesses pacientes e, conseqüentemente, de suas complicações macrovasculares^[5];

- **Obesidade:** é um dos principais fatores de risco para aumento dos índices de doenças crônicas não transmissíveis, como a HAS e DM. Possui, portanto, relação direta sobre o aumento do RCV^[5,9];
- **História Familiar:** a presença de história familiar de DAC precoce constitui um fator de risco não modificável, com gravidade maior quanto mais prematuro o evento. O Escore de Risco Global considera história familiar DAC precoce quando o evento ocorre em parentes de primeiro grau em idade inferior a 55 anos nos indivíduos de sexo masculino e inferior a 65 anos para o sexo feminino^[5,9];
- **Dislipidemia:** é o principal fator de risco modificável para DAC. O controle desse índice, particularmente do nível do colesterol de baixa densidade (LDL), minimiza os desfechos cardiovasculares adversos, como IAM e morte por doença coronariana. Após a estratificação de risco, metas terapêuticas primárias e secundárias são estabelecidas para serem atingidas no tratamento da dislipidemia. Metas específicas são determinadas para os pacientes de alto e intermediário risco, já em paciente com risco baixo as metas são individualizadas^[5,9].

Estratificação do Risco

Elencados os fatores de risco tradicionais, parte-se para mensuração do risco de desenvolvimento de eventos cardiovasculares adversos. Tal mensuração é importante pois, em até 50% dos indivíduos que apresentam doença aterosclerótica, o evento coronariano agudo é a primeira manifestação dessa patologia. Desse modo, a identificação dos indivíduos de alto RCV previamente à ocorrência de SCA faz-se essencial para possibilitar a instituição de terapêutica adequada em vistas de prevenir tais eventos^[9].

Assim, tendo como base a análise populacional, alguns escores de risco foram criados para esse fim^[5]. A escolha de escore do risco específico deve ser individualizada, visto que apesar dos vários modelos terem vantagens e

desvantagens, nenhum modelo será apropriado para todos os pacientes^[9]. Dentre os escores, destacam-se:

- Calculadora de Risco ASCVD American Heart Association (AHA)/American College of Cardiology (ACC) 2013: as equações utilizadas nesse escore calculam o RCV em dez anos a partir das seguintes variáveis: idade; raça (afroamericanos e outros); colesterol total; colesterol HDL; PA sistólica; PA diastólica; se o paciente está ou não em uso de tratamento para HAS; se o paciente é diabético e se o paciente é ou não fumante. Uma limitação importante é a exclusão do fator “história familiar de DCV precoce”, o que pode subestimar o risco de paciente com histórico familiar^[9].
- Modelo de expectativa de vida cardiovascular ou escore de risco de Framingham: os itens utilizados neste escore são: idade; colesterol total; colesterol HDL; PA sistólica; presença de fibrilação atrial; uso atual de tratamento antihipertensivo; tabagismo (no último ano); presença de DM; diagnóstico prévio de DAC, doença arterial periférica ou Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC); e se há sobrecarga do ventrículo esquerdo ao ECG. Possui a vantagem de incluir em sua avaliação fatores de risco para Acidente Vascular Encefálico. Entretanto, inclui também desfechos como ICC, e, não sendo esse um fator cujo uso de estatinas reduza o RCV, há possibilidade de superestimar a necessidade de uso das mesmas^[9].

TERAPÊUTICA INICIAL

Após a avaliação inicial, que deve durar um máximo de dez minutos após chegada do paciente no serviço de saúde, algumas medidas imediatas devem ser tomadas no manejo do paciente com SCA^[3]:

- Avaliação de via aérea, respiração e circulação^[3];
- Manutenção do equipamento de reanimação posicionado à beira do leito^[3];
- Monitorização cardíaca do paciente^[3];
- Administração de oxigênio suplementar se saturação de oxigênio $\leq 90\%$, objetivando manter a saturação acima desses níveis^[10];
- Instalação de acesso intravenoso, além de solicitação de exames laboratoriais incluindo hemograma, MNM, ionograma, coagulograma e função renal^[3];
- Prescrição das seguintes medicações:

- Ácido Acetilsalicílico: todos os pacientes com suspeita de SCA devem receber uma dose 162 a 325 mg para mastigar e engolir, salvo se história de alergia (reação anafilática)^[3,10];
- Inibidores da P2Y12: atuam inibindo o processo de agregação plaquetária mediado pela via da adenosina fosfato. A dose de ataque recomendada é de 300 mg, com manutenção de 75 mg ao dia^[11];
- Terapia anticoagulante: tanto o uso de heparina de baixo peso molecular quanto o de heparina não fracionada mostrou redução de IAM e morte em casos de SCA SSST, sem diferença significativa entre elas^[11]. O uso de anticoagulantes em associação aos antiagregantes plaquetários está indicado e deve ser prescrito, posto que comprovadamente reduz risco de efeitos cardiovasculares adversos em SCA com e sem supradesnivelamento do segmento ST^[12];
- Nitratos: a nitroglicerina sublingual deverá ser administrada, em casos de dor de alta intensidade, em uma dose de 0,4 mg, podendo ser repetida a cada cinco minutos, num total máximo de três doses. Importante destacar as contraindicações à administração de nitratos: uso nas últimas 24 horas de inibidores da fosfodiesterase-5; e suspeita de IAM com envolvimento do ventrículo direito. Em ambos os casos há risco elevado de hipotensão grave caso seja administrado nitrato^[10];
- Morfina: o sulfato de morfina intravenoso poderá ser administrado em dose inicial de 2 a 4 mg, em pacientes com dor refratária ao uso de nitratos, com incrementos de 2 a 8 mg, repetidos de 5 a 15 minutos. Deve, entretanto, ser evitado, pois há interação medicamentosa com o clopidogrel, reduzindo os efeitos produzidos por esta última droga^[3];
- Betabloqueadores: deverão ser administrados via oral em pacientes que apresentam IAMCSST. São contraindicações ao seu uso: bradicardia, edema agudo de pulmão, choque cardiogênico e doença reativa importante das vias aéreas^[10];
- Estatinas: para todos os pacientes com SCA recomenda-se terapia com estatina de alta potência (atorvastatina 40 ou 80 mg; ou rosuvastatina 20 ou 40 mg), independente dos níveis de LDL^[10];

- Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores do Receptor da Angiotensina (BRA): utilizados para prevenção do remodelamento do ventrículo esquerdo^[10].

Terapia de Reperusão

Pacientes que sofreram IAMCSST se beneficiam da instituição de terapia de reperusão coronariana. Esta pode ser atingida a partir da administração de agentes fibrinolíticos ou da realização de Intervenção Coronariana Percutânea (ICP) ^[10].

A realização de ICP mostrou maiores taxas de sobrevida e menores taxas de sangramento intracraniano e IAM recorrente quando comparada com a utilização de agentes fibrinolíticos, devendo, pois, ser preferida sempre que o paciente possa ser referenciado à realização do procedimento em até 120 minutos após primeiro contato médico (tendo até 12 horas do início dos sintomas) ^[10].

A fibrinólise química deve ser feita também em pacientes com até 12 horas de início dos sintomas, mas que não podem receber ICP dentro do tempo hábil. O tempo ideal de administração de trombolíticos é de até 30 minutos após o primeiro contato médico^[10].

Estratificação de Risco para SCA SSST

Os pacientes que se apresentam com SCA SSST (angina instável ou IAMSSST) devem passar por estratificação de risco, tanto para orientar a conduta terapêutica sequencial quanto para traçar prognóstico^[13,14].

Caso o paciente se apresente com choque cardiogênico; insuficiência cardíaca manifesta ou disfunção ventricular esquerda grave; angina recorrente ou persistente apesar de terapêutica otimizada; instabilidade hemodinâmica; arritmia ventricular instável; é classificado como de muito alto risco e deve ser referenciado para realização de angiografia de urgência^[13].

Caso não se enquadre nas características supracitadas, deve ser usada uma das duas escalas validadas para realização dessa estratificação de risco: as escalas de TIMI e GRACE. Cada escala avalia variáveis específicas e, ao fim, somam-se os

pontos marcados, classificando os pacientes em grupos de alto; intermediário e baixo risco. O risco avaliado relaciona-se à predição de desfechos clínicos (mortalidade, recorrência de IAM e gravidade de doença angiográfica) [14].

A escala de TIMI considera as seguintes variáveis: idade ≥ 65 anos; presença de pelo menos três fatores de risco para DAC; estenose coronariana prévia de 50% ou mais; presença de desvio do segmento ST no ECG admissional; ao menos dois episódios anginosos nas últimas 24h; MNM elevados; e uso de ácido acetilsalicílico nos últimos 7 dias^[13].

Já a escala de GRACE considera as seguintes variáveis: idade; classificação KILLIP; presença de desvio do segmento ST; parada cardíaca durante evolução clínica; concentração de creatinina plasmática; MNM elevados; e frequência cardíaca^[13].

Para pacientes classificados como de alto e moderado risco, deve-se proceder à angiografia seguida de revascularização. Este tratamento deve ser planejado e executado respeitando um intervalo de tempo de 4 a 48 horas após a admissão do paciente no serviço hospitalar^[14].

Para pacientes classificados como de risco baixo, testes não invasivos podem ser realizados antes da alta para planejamento da necessidade de cineangiocoronariografia. Mensuração da função do ventrículo esquerdo e fração de ejeção são de extrema importância na classificação de risco e deve ser feita em todos os pacientes. O teste de esforço, por sua vez, é importante para diferenciar pacientes de maior risco (que se beneficiariam de estratégia invasiva) de pacientes de menor risco que teriam indicação de terapia conservadora, com tratamento medicamentoso apenas^[13,14].

Cineangiocoronariografia

A Cineangiocoronariografia, exame hemodinâmico intravascular, deverá ser realizada não somente para instituir um tratamento, mas também para avaliação do prognóstico do paciente após evento isquêmico, determinando o grau de comprometimento das artérias coronarianas e extensão do dano ao miocárdio. Portanto, o número de vasos acometidos, assim como a extensão do acometimento

aterosclerótico auxilia na classificação de risco e no seguimento terapêutico do paciente^[5,15].

JUSTIFICATIVA

Sendo uma das principais causas de morte no mundo, o reconhecimento, diagnóstico e pronta instituição da terapêutica em quadros de SCA é de extrema importância. Nesse sentido, existem muitas pesquisas voltadas ao delineamento do perfil epidemiológico dos pacientes que são diagnosticados com essa patologia.

No entanto, há, ainda hoje, uma escassez de estudos desenhados no Nordeste brasileiro, em especial no interior paraibano, com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos nessa região com o diagnóstico de SCA, o que justifica a realização do presente estudo.

OBJETIVOS

Objetivo Primário

Avaliar a distribuição dos pacientes por sexo, idade e presença de fatores de risco cardiovascular em uma série de casos de admissões em hospital terciário no interior da Paraíba com diagnóstico firmado de SCA.

Objetivos Secundários

- Avaliar dados obtidos a partir da realização da cineangiocoronariografia (determinação da artéria culpada e presença ou não de lesões em outras artérias que já demonstrem grau obstrução importante);
- Determinar taxa de mortalidade durante internação hospitalar;
- Avaliar tratamento medicamentoso instituído nas primeiras 24 horas de internação hospitalar.

METODOLOGIA

Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal observacional com perfil descritivo.

Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no Centro Hospitalar João XXIII, localizado na Rua Nilo Peçanha, 83 - Prata, Campina Grande/PB. O local foi escolhido por ser o centro de referência em cardiologia de Campina Grande e municípios circunvizinhos, sendo um dos únicos locais do interior da Paraíba que realiza procedimento de ICP pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

População de Estudo

Foram avaliados os prontuários dos pacientes internados no Centro Hospitalar João XXIII com diagnóstico de SCA, no período de julho de 2018 a dezembro de 2018.

Critérios de Inclusão e de Exclusão

- Critérios de inclusão: Foram incluídos nessa pesquisa prontuários dos pacientes atendidos no Centro Hospitalar João XXIII com diagnóstico firmado de SCA, tendo sido internados para seguimento clínico laboratorial.
- Critérios de exclusão: Foram excluídos prontuários que não estivessem com as informações relacionadas à SCA adequadamente registradas.

Coleta de Dados

Para a coleta de dados dos prontuários dos pacientes, foram analisados prontuários arquivados no setor administrativo. Como instrumento de coleta de dados, foi preenchido um formulário semiestruturado previamente elaborado (APÊNDICE I).

Processamento e Análise dos Dados

Os dados coletados foram diretamente plotados em planilhas do programa Excel para Windows, a partir do qual foi realizado o processamento, gerando dados estatísticos que foram, então, analisados para traçar o perfil clínico laboratorial dos pacientes diagnosticados com SCA internados no Centro Hospitalar João XXIII.

Aspectos Éticos

O presente estudo foi autorizado pela diretoria do Hospital João XXIII, comprovado formalmente por documento exposto em apêndice (APÊNDICE II). O estudo foi realizado após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CEP – HUAC), aprovado sob o número 08902919900005182, seguindo as recomendações da Resolução N^o 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos e os princípios que regulamentam pesquisas envolvendo humanos, preconizados pela Declaração de Helsink.

RESULTADOS

Entre junho de 2018 e dezembro de 2018 foram internados 164 pacientes com o diagnóstico inicial de SCA. Deste total, foram excluídos 3 prontuários por preenchimento incompleto, o que resultou em um número final de 161 prontuários, que compuseram a amostra do estudo.

Desta amostra, 73 pacientes (45,3%) receberam o diagnóstico de IAMCSST; 62 (38,5%) de IAMSSST e 26 (16,2%) de AI.

A média de idade foi de 65,4 anos, com a mediana $65 \pm 11,0$ anos, com idade variando entre 29 e 100 anos. A distribuição por faixa etária encontra-se descrita na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos pacientes internados por SCA segundo a faixa etária

FAIXA ETÁRIA	n (%)
< 50 anos	18 (11,2%)
50-59 anos	36 (22,4%)
60-69 anos	43 (26,7%)
> 70 anos	64 (39,7%)

Quanto à distribuição por sexo, 95 indivíduos eram do sexo feminino (59%) com média de idade $67 \pm 10,6$ anos, e 66 indivíduos do sexo masculino (41%) com média $64 \pm 11,2$ anos.

Os fatores de risco apresentados estão descritos na Tabela 2. O mais prevalente observado foi HAS, com 111 (68,9%); seguido por DM, com 62 (38,5%) e DAC, com 37 (23%). Os dados relacionados a etilismo e história familiar de DAC precoce nem sempre estavam descritos nos prontuários, e, por isso, esses fatores não foram avaliados, apesar de presentes no formulário utilizado.

Tabela 2: Prevalência de fatores de risco nos pacientes internados por SCA

FATORES DE RISCO	%
HAS	68,9%
DM	38,5%
DM Insulinodependente	17,7%
DAC Prévia	23%
Tabagismo	20,5%
IAM Prévio	8,1%
Acidente Vascular Encefálico Prévio	3,1%

A Tabela 3 representa o tempo decorrido entre o início da apresentação dos sintomas e a procura por um serviço médico. Foram enquadrados em “não especificado” os prontuários de pacientes que não souberam especificar o tempo de início dos sintomas e aqueles em que essa informação não constava no prontuário. O tempo médio de procura pelo atendimento foi de 45,8h.

Tabela 3: Tempo entre início dos sintomas e procura do serviço hospitalar

TEMPO	n (%)
≤ 2h	8 (5,0%)
2-12h	33 (20,5%)
12-24h	28 (17,4%)
> 24h	57 (35,4%)
Não especificado	35 (21,7%)

Das medicações administradas dentro das primeiras 24 horas da admissão, o ácido acetilsalicílico foi prescrito para 154 (95,6%) dos casos analisados, inibidores de P2Y12 para 139 (86,3%) e estatina para 127 (78,9%), constituindo as três medicações mais prescritas. Esses dados estão expostos na Tabela 4.

Tabela 4: Medicamentos prescritas nas primeiras 24h da admissão dos pacientes com SCA

MEDICAMENTOS	%
AAS	95,7%
Inibidores de P2Y12	86,3%
Estatina	78,9%
Heparina	75,8%
IECA/BRA	53,4%
Betabloqueador	50,9%
Nitrato	42,2%
Morfina	16,1%

Foi avaliado ainda o motivo para a não utilização de betabloqueadores pelos pacientes (79 casos, perfazendo 49,1% da amostra). São consideradas contraindicações ao uso de betabloqueador: bradicardia (frequência cardíaca menor que 50 bpm); hipotensão arterial (PA sistólica < 90 mmHg); classificação KILLIP III ou IV. Dos 79 pacientes, 24,1% apresentavam realmente alguma contraindicação a sua utilização.

Quanto à classificação do IAM observamos como KILLIP I, 99 pacientes (61,5%); como KILLIP II, 45 pacientes (28%); como KILLIP III, 11 pacientes (6,8%) e um total de 6 pacientes (3,8%), à admissão, eram considerados KILLIP IV.

Para estratificação de risco, foram utilizados os escores de TIMI e GRACE para SCA SSST, e o escore de TIMI para SCA com supradesnivelamento do segmento ST. Os resultados estão expostos nas Tabelas 5 e 6. Foram enquadrados em “não calculado” os prontuários cujos dados não expunham um ou mais critérios usados para cálculo dos escores supracitados.

Tabela 5: Estratificação de risco dos pacientes diagnosticados com SCA SSST

	ANGINA INSTÁVEL		IAMSSST	
	TIMI	GRACE	TIMI	GRACE
BAIXO	18 (69,2%)	14 (53,8%)	19 (30,7%)	25 (40,3%)
MODERADO	7 (26,9%)	5 (19,2%)	31 (50%)	16 (25,8%)
ALTO	1 (3,9%)	1 (3,9%)	9 (14,5%)	14 (22,6%)
NÃO CALCULADO	-	6 (23,1%)	3 (4,8%)	7 (11,3%)

Tabela 6: TIMI Risk Score dos pacientes diagnosticados com IAMCSST

TIMI	IAMCSST n (%)
Baixo	12 (16,4%)
Moderado	24 (32,9%)
Alto	36 (49,3%)
Não calculado	1 (1,4%)

Dos 161 prontuários analisados, 77 (47,8%) foram submetidos a cineangiocoronariografia durante a internação hospitalar. Destes, não foi possível avaliar o resultado em quatro pacientes (5,2%) visto que esses pacientes realizaram esse exame com convênio particular, não tendo sido possível ter acesso ao mesmo. Assim, dos 73 pacientes que tiveram o resultado anexado ao prontuário, 14 (19,2%) não apresentaram obstrução coronariana significativa. O padrão de acometimento arterial dos prontuários cuja cineangiocoronariografia foi anexada está descrito na Tabela 7. A Tabela 8 expõe a extensão de acometimento arterial (uni, bi ou multiarterial). Entre os motivos da não realização da cineangiocoronariografia estão a classificação TIMI em baixo risco, óbito, idade avançada e recusa para realização do exame por parte do paciente.

Tabela 7: Padrão de acometimento obstrutivo coronariano nos pacientes submetidos à cineangiocoronariografia

ARTÉRIA	%
Descendente anterior	63%
Circunflexa	32,9%
Coronária Direita	42,5%
Tronco de Coronária Esquerda	5,5%

Tabela 8: Número de artérias acometidas

NÚMERO DE ARTÉRIAS ACOMETIDAS	n (%)
Sem obstrução significativa	14 (19,2%)
Uniarterial	24 (32,9%)
Biarterial	23 (31,5%)
Multiarterial	12 (16,4%)

A mortalidade intra-hospitalar na amostra analisada foi de 15,5%. Destes, 17 pacientes (68%) tiveram diagnóstico de IAMCSST; 15 pacientes (60%) tinham idade ≥ 70 anos; e 17 pacientes (68%) eram do sexo masculino.

Os dados relacionados a medicação para uso domiciliar prescrita após a alta hospitalar nem sempre estavam descritos nos prontuários, e, por isso, esses fatores não foram avaliados, apesar de presentes no formulário utilizado

DISCUSSÃO

O presente estudo foi desenhado com o propósito de delinear a realidade de apresentação e tratamento de pacientes com SCA em uma região do interior da Paraíba, estado com perfil socioeconômico que difere em muito dos grandes centros do Sul e Sudeste brasileiro, e que, assim, enfrenta dificuldades próprias no cuidado e atenção à saúde. Os resultados mais relevantes encontrados incluem uma maior prevalência de atendimentos de pacientes com IAMCSST frente às demais modalidades de SCA, e uma elevada taxa de mortalidade intra-hospitalar.

Na contramão de estudos como GRACE e BRACE, que traçaram o perfil epidemiológico de pacientes com SCA a nível global e brasileiro respectivamente, encontramos uma prevalência maior de diagnósticos de IAMCSST na amostra analisada, em concordância com o estudo conduzido em São Bernardo do Campo-SP^[16]; perfazendo um total de 73 pacientes (45,3%), enquanto que AI compôs o menor número de diagnósticos (apenas 26 pacientes, 16,2%); sendo esta a modalidade mais prevalente nos estudos supracitados, bem como em outros estudos conduzidos em centros brasileiros^[17,18].

Dada a importância da crescente taxa de pessoas com mais de 60 anos no cenário demográfico atual, vale destacar a prevalência de idosos na amostra estudada: cerca de 66% do total de atendimentos. A média de idade encontrada no estudo foi de 65,5 anos, assemelhando-se aos resultados de diferentes análises anteriores^[18,19,20,21], sendo a idade média do sexo feminino de 67 anos e a do sexo masculino de 64 anos.

Aproximadamente 43 milhões de mulheres são diagnosticadas com DAC no mundo e quase 43% dos pacientes com SCA são do sexo feminino^[22]. O estudo BRACE traz o percentual de 47,4% diagnósticos de SCA em mulheres na região Nordeste e de 36,3% de diagnósticos em território nacional^[20]. A proporção de mulheres na amostra estudada foi ainda mais expressiva (59%), o que reflete tanto a tendência do Nordeste brasileiro de apresentar um percentual maior de mulheres acometidas quando comparado ao padrão nacional (conforme os dados já expostos do estudo BRACE) quanto a importância de se priorizar esse segmento no que tange a ações de saúde pública de prevenção e alerta de SCA.

O principal fator de risco encontrado neste estudo foi a HAS, presente em mais de dois terços da amostra, aspecto compatível com uma das principais pesquisas epidemiológicas no Brasil^[20]. A presença de DM na população estudada foi o segundo fator de risco mais prevalente nesta análise (38,5%), correspondendo a um resultado maior que o encontrado nos estudos BRACE e ACCEPT^[19,20].

É importante destacar que, apesar do hábito de tabagismo estar presente em uma parcela importante da amostra estudada (20,5%), este número mostra-se inferior ao encontrado em outros estudos que contemplam a realidade nacional (como BRACE e ACCEPT), especialmente quando estreita-se essa comparação com dados da região Sul e Sudeste. Já quando se relaciona a subgrupos do Norte e Nordeste, dados semelhantes ao obtido neste estudo são encontrados^[19,20], reforçando, assim, a diferença de hábitos entre as regiões brasileiras.

Outro aspecto importante observado foi o longo período decorrido entre o início dos sintomas e a procura do serviço hospitalar, com apenas 5% da população chegando com um tempo pequeno de evolução ao setor de emergência (inferior a duas horas) e apenas um quarto do total (25%) chegando em tempo ótimo para instituição de terapia de reperfusão. O tempo médio de procura de atendimento atingiu a marca de 45,8h. Em um estudo conduzido em Florianópolis, a média de tempo foi de 12h, e já esse número foi tido como preocupante^[23]. Nos causou grande preocupação o grande intervalo entre o início dos sintomas e a procura por atendimento médico, o que pode refletir a dificuldade de acesso a centros terciários de atendimento, uma vez que muitos dos pacientes atendidos por vezes eram provenientes de localidades menores e mais distantes do centro de referência. Esses fatos realçam a extrema necessidade de, além de divulgar os sintomas relacionados ao IAM, reforçar a importância de procura precoce de serviços médicos para uma adequada avaliação e seguimento, com intuito de receber pacientes ainda em tempo hábil de tratamento adequado, e, talvez assim, reduzir morbimortalidade relacionada a essa patologia.

Quanto à terapêutica instituída, foi avaliada a prescrição das medicações dentro das primeiras 24h de internação hospitalar. O ácido acetilsalicílico foi utilizado em 95,7% dos casos, número expressivo e similar a grandes estudos como ACCESS e RBSCA, estando em níveis superiores à análise segmentar específica da região Nordeste no estudo BRACE, que constatou taxa de 89% de uso dessa medicação. O uso de antiagregantes plaquetários ocorreu em 86,3% dos casos,

estando em conformidade com os resultados de estudos como o RBSCA (87,8%) e ACCEPT (89,5%) e significativamente superior à análise segmentar específica da região Nordeste no BRACE (39,3%)^[19,20,24,25,26]

A terceira droga mais usada foi estatina (em 78,9% das vezes), porcentagem similar a encontrada em estudos nacionais^[18,20,25] contudo ainda inferior a outros países em desenvolvimento, conforme exposto na análise de desempenho no ACCESS, que revelou um uso de estatinas em 90% dos casos de SCA^[26].

A heparina foi prescrita em 75,8% dos casos, evidenciando níveis superiores de prescrição em comparação ao estudo conduzido no interior de Minas Gerais – região de perfil socioeconômico similar à região estudada^[18]; porém, menores do que o evidenciado no perfil nacional^[25].

Assim como em outros estudos, as medicações menos prescritas foram IECA/BRA e betabloqueadores, administrados em 53,4% e 50,9% dos pacientes, respectivamente. No entanto, o percentual encontrado neste estudo foi ainda menor, mesmo comparando-se apenas aos segmentos do estudo que representam o Nordeste brasileiro^[18,19,20,25].

É importante frisar, no entanto, que dos 79 prontuários analisados (49,1%) que não tinham prescrição de betabloqueadores, 24,1% apresentavam uma ou mais contraindicações ao seu uso. Dessa forma, considerando as contraindicações, a proporção de pacientes que não receberam betabloqueador caiu para 37,3% da amostra, o que equipara a extensão do seu uso nesse estudo a outros estudos que representam a realidade do Nordeste brasileiro^[18,20], embora ainda inferior a estudos nacionais e internacionais^[19,25].

A terapêutica medicamentosa administrada dentro das primeiras 24h de admissão hospitalar é um dos indicadores de qualidade recomendados pelos guidelines da AHA/ACC, o que evidencia, pois, sua importância. Fica claro, pela avaliação feita neste estudo, que apesar de atingir níveis adequados de prescrição em algumas medicações (como antiagregantes plaquetários), ainda há percentual deficitário de prescrição de estatina e heparina, além de níveis muito abaixo da média nacional quando observadas as taxas de betabloqueadores e, principalmente, IECA/BRA receitadas^[27].

A maioria dos pacientes foram admitidos com classificação de KILLIP I (61,5%), enquanto que 10,6% dos pacientes, já à admissão, tinham classificação de KILLIP III ou IV (níveis pouco menores do que o dobro do encontrado no segmento

latino-americano do ACCESS [5,5%])^[24]. Cerca de dois terços dos pacientes classificados como KILLIP III faleceram, e todos os pacientes classificados como KILLIP IV evoluíram para óbito, o que pode estar relacionado a apresentação tardia do paciente ao serviço de saúde.

Dos pacientes diagnosticados com IAMSSST e AI, um total de 48 (54,5%) foram enquadrados como de alto ou médio risco. Quase metade dos pacientes com IAMCSST (49,3%) apresentava um TIMI classificado como alto risco. Já nos pacientes diagnosticados com AI e IAMSSST apenas 3,9% e 14,5%, respectivamente, foram classificados como de alto risco. Globalmente, um total de 28,5% dos pacientes foram estratificados como de alto risco pelo escore TIMI, níveis superiores ao encontrados em outros estudos^[28].

Em relação ao escore GRACE, utilizado para Angina Instável e IAMSSST, a média encontrada nesse estudo foi de 119,4 pontos, dado inferior a estudos internacionais^[29] e 40,9% dos pacientes foram enquadrados como moderado ou alto risco.

Vale frisar que o número de pacientes em que não foi possível calcular o GRACE foi maior do que o número de pacientes em que não foi possível calcular o TIMI (Tabela 5). Isso pode ser explicado pelo fato do escore TIMI ter mais variáveis de avaliação puramente clínica (sendo o único dado laboratorial a presença de elevação dos níveis de MNM). Já para predição do escore GRACE, faz-se necessário ainda a obtenção dos níveis séricos de creatinina, fator limitante a sua aplicabilidade especialmente em regiões com pouco acesso a exames complementares.

Na presente análise quase metade dos indivíduos estudados foram submetidos ao cateterismo cardíaco, totalizando 77 pacientes (47,8%). Entre os motivos para não realização está o fato de que muitos pacientes foram estratificados como de baixo risco, sendo encaminhados, por isso, para avaliação não invasiva da capacidade de reserva miocárdica. Outros fatores impeditivos à realização da cineangiocoronariografia foi a idade avançada, óbito antes da realização do exame, e recusa a realização do exame por parte do paciente. O fato de ainda existir evasão de pacientes frente a indicação clara de realização de um exame essencial ao seguimento adequado da patologia pode refletir o quanto as doenças isquêmicas do coração ainda são cercadas de temores, fantasias e baixo nível de informação populacional.

Em relação aos dados angiográficos, constatou-se o acometimento da artéria coronária descendente anterior como o mais prevalente, em conformidade com estudo conduzido no interior de Minas Gerais^[18] onde 63% dos pacientes estudados apresentavam lesão nessa artéria.

Menos da metade da população com lesões obstrutivas à cineangiocoronariografia apresentou padrão de acometimento uniarterial. Assim, a maioria da amostra apresentou lesão obstrutiva significativa em múltiplas coronárias, o que representa a gravidade de acometimento arterial encontrado, achado que está em acordo com o visto em outros estudos brasileiros^[16,18]. Essa situação pode ser explicada pela precariedade da capacidade da atenção primária na área estudada em agir efetivamente no combate aos fatores de RCV, refletido em maior percentual de pacientes atendidos com IAMCSST e gravidade de extensão de lesão coronariana.

Ainda quanto aos dados da cineangiocoronariografia dos pacientes que tiveram indicação e foram submetidos a esse estudo, um total de 14 (19,2%) não apresentavam lesões obstrutivas significativas. Esse resultado está em concordância com o predito pela AHA, que estabelece que, tendo a avaliação clínica prévia sido feita adequadamente, 20 a 27% das cineangiocoronariografia terão como resultado ausência de lesões obstrutivas. Isso pode expressar que a indicação desse exame para pacientes com SCA seguiu uma avaliação clínico-laboratorial prévia correta^[30]. É importante ressaltar que mesmo para esse subgrupo não se pode descartar o diagnóstico de IAM, devendo sempre ser lembrado o diagnóstico de infarto do miocárdio sem lesões coronarianas obstrutivas, seguindo, assim, com o algoritmo de investigação dessa condição^[6].

É importante destacar ainda a elevada taxa de mortalidade intra-hospitalar encontrada em nosso estudo (15,2%), número superior ao encontrado no RBSCA e a análise realizada em Brasília-DF, com taxas de mortalidade de 5,5% e 7%, respectivamente^[17,24]. A taxa de mortalidade encontrada é alarmante mesmo se comparada a já alta taxa encontrada em um estudo realizado no interior brasileiro (Norte de Minas Gerais), região com características demográficas e epidemiológicas semelhantes à do presente estudo^[18]. Essa alta taxa é reflexo de vários fatores combinados: maior prevalência de IAMCSST; longo tempo até a chegada no hospital; prescrição das primeiras 24h de internação hospitalar incompleta; prevalência de idosos; gravidade da doença arterial coronariana.

Faz-se necessário, portanto, a adequação da linha de cuidado da SCA, adequando-a às realidades locais, objetivando, assim, o diagnóstico precoce e a decisão terapêutica adequada.

LIMITAÇÕES

A principal limitação desse estudo foi ter avaliado um número pequeno para a grande prevalência dessa patologia, em parte explicado pela dificuldade de acesso a prontuários antigos.

Outro fator limitante foi o fato desse estudo ter sido desenvolvido em um hospital terciário de referência em cardiologia, recebendo muitos pacientes encaminhados de unidades de pronto atendimento ou outros serviços de urgência e emergência, sendo esses encaminhamentos em sua maior parte de casos que requeram tratamento de alta complexidade, o que pode mascarar o perfil dos pacientes da região estudada.

CONCLUSÕES

A SCA é uma importante causa de morbimortalidade mundial, cuja incidência está ligada a presença de fatores de risco, características individuais que merecem ser estudadas e trabalhadas nas diferentes populações.

Esse estudo chamou atenção para a superioridade de IAMCSST em relação às demais modalidades de SCA na região estudada. Encontrou-se também um nível abaixo da média nacional na prescrição das medicações nas primeiras 24h de internação hospitalar.

Destaca-se a gravidade da doença apresentada pelos pacientes, com a maioria possuindo um padrão de acometimento multiarterial. Por fim, houve uma importante taxa de mortalidade intra-hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/559-infarto-agudo-do-miocardio-e-primeira-caoa-de-mortes-no-pais-revela-dados-do-datasus>. Acesso: 16 de novembro de 2018.
2. OMS. Organização Mundial da Saúde. World Health Statistics 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso: 10 de outubro de 2018.
3. REEDER, G.S. *et al.* Initial evaluation and management of suspected acute coronary syndrome (myocardial infarction, unstable angina) in the emergency department. UpToDate 2018. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-suspected-acute-coronary-syndrome-myocardial-infarction-unstable-angina-in-the-emergency-department?search=Initial%20evaluation%20and%20management%20of%20suspected%20acute%20coronary%20syndrome%20\(myocardial%20infarction,%20unstable%20angina\)%20in%20the%20emergency%20department&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-suspected-acute-coronary-syndrome-myocardial-infarction-unstable-angina-in-the-emergency-department?search=Initial%20evaluation%20and%20management%20of%20suspected%20acute%20coronary%20syndrome%20(myocardial%20infarction,%20unstable%20angina)%20in%20the%20emergency%20department&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1). Acesso em 16 de outubro de 2018.
4. SIMONS, M.; ALPERT, J.S. Acute coronary syndrome: Terminology and classification. UpToDate 2018. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/acute-coronary-syndrome-terminology-and-classification?search=Acute%20coronary%20syndrome:%20Terminology%20and%20classification&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em 25 de outubro de 2018
5. PIEGAS, L.S. *et al.* V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo; 105(2):1-121, ago, 2015 .
6. THYGESSEN, K. *et al.* Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). Journal Of The American College Of Cardiology. The European Society Of Cardiology, American College Of Cardiology Foundation, American Heart Association. Aarhus; 72(18): 2231-2264, out, 2018.

7. CARDOSO, M.R. *et al.* Correlation Between the Complexity of Coronary Lesions and High-Sensitivity Troponin Levels in Patients with Acute Coronary Syndrome. *Int. J. Cardiovasc. Sci.*, Rio de Janeiro; 31(3): 218-225, Maio 2018.
8. REY, F. *et al.* Vasospastic angina: A forgotten acute coronary syndrome and the usefulness of twelve-lead electrocardiogram monitoring in diagnosis. *International Journal Of Cardiology*, [s.l.]; 223: 46-47, nov. 2016.
9. WILSON, P.W.F. Cardiovascular disease risk assessment for primary prevention: Our approach. UpToDate 2018. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/cardiovascular-disease-risk-assessment-for-primary-prevention-our-approach?search=Avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco%20de%20doen%C3%A7a%20cardiovascular%20para%20preven%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria:%20nossa%20abordagem&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em 30 de outubro de 2018.
10. REEDER, G.S.; KENNEDY, H.L. Overview of the acute management of ST-elevation myocardial infarction. UpToDate 2018. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-acute-management-of-st-elevation-myocardial-infarction?search=Overview%20of%20the%20acute%20management%20of%20ST-elevation%20myocardial%20infarction&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em 03 de novembro de 2018.
11. LORGA FILHO, A.M. *et al.* Diretrizes brasileiras de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes em cardiologia. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo; 101(3): 01-95, Set. 2013.
12. NASCIMENTO, B.R. *et al.* Terapia anticoagulante no tratamento das síndromes coronárias agudas: revisão. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte; 1(22): 1-128, 2012.
13. SIMONS, M.; ALPERT, J.S.; DOUGLAS, P.S., *et al.* Risk stratification after non-ST elevation acute coronary syndrome. UpToDate2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/risk-stratification-after-non-st-elevation-acute-coronary-syndrome?search=risk%20stratification%20after%20non->

st%20elevations%20acute%20coronary%20syndrome&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2. Acesso em 10 de dezembro de 2018.

14. SIMONS, M.; BREALL, J.A. Non-ST elevation acute coronary syndromes: Revascularization. UpToDate 2018. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/non-st-elevation-acute-coronary-syndromes-revascularization?sectionName=EARLY%20RISK%20ASSESSMENT&topicRef=68&anchor=H7&source=see_link#H7 . Acesso em 10 de dezembro de 2018

15. BOTURA, A.G.C. *et al.* Relação entre ecocardiografia e cineangiocoronariografia em pacientes diagnosticados com síndrome coronariana aguda. Estudo retrospectivo. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, São Paulo; 1(15): 6-10, jan./mar. 2017.

16. BACCI, M. R. *et al.* Predominance of STEMI and severity of coronary artery disease in a cohort of patients hospitalized with acute coronary syndrome: a report from ABC Medical School. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo; 61(3): 240-243, Jun 2015

17. SILVA, A.J.S. *et al.* Perfil de pacientes internados com diagnóstico de síndrome coronariana aguda. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Brasília; 2(16): 104-107, 2018

18. MARINO, B.C.A. *et al.* Epidemiological Profile and Quality Indicators in Patients with Acute Coronary Syndrome in Northern Minas Gerais - Minas Telecardio 2 Project. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo; 107 (2): 106-115, Ago, 2016.

19. WANG, R. *et al.* Uso de Intervenções Baseadas em Evidências na Síndrome Coronária Aguda – Subanálise do Registro ACCEPT. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo; 102(4): 319-326, Abr, 2014.

20. NICOLAU, J.C. *et al.* Utilização de terapêuticas comprovadamente úteis no tratamento da coronariopatia aguda: comparação entre diferentes regiões brasileiras. Análise do Registro Brasileiro de Síndromes Coronarianas Agudas (BRACE - Brazilian Registry on Acute Coronary Syndromes). Arq. Bras. Cardiol., São Paulo; 98(4): 282-289, Abr, 2012 .

21. LEMOS, K.F. *et al.* Prevalência de fatores de risco para Síndrome Coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre; 31(1): 129-135, Mar 2010.
22. SOEIRO, A.M. *et al.* Diferenças Prognósticas entre Homens e Mulheres com Síndrome Coronariana Aguda. Dados de um Registro Brasileiro. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, [s.l.]; 111(5); 148-156, 2018
23. GOUVÊA, V.E.T. *et al.* Avaliação do Sistema de Triagem de Manchester na Síndrome Coronariana Aguda. *Internacional Journal of Cardiovascular Sciences*, Joinville; 28(2): 107-113, Mar 2015.
24. MARTÍNEZ-SÁNCHEZ, C. *et al.* Acute coronary syndromes in Latin America: lessons from the ACCESS registry. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, Paris; 56(6):726-737, 2016.
25. PIEGAS, L.S. *et al.* Comportamento da síndrome coronariana aguda: resultados de um registro brasileiro. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo; 100(6): 502-510, Jun 2013.
26. THE ACCESS INVESTIGATORS (Org.). Management of acute coronary syndromes in developing countries: ACute Coronary Events - a multinational Survey of current management Strategies. *American Heart Journal*, [s.l.]; 162, (5): 852-859, Nov. 2011.
27. CP, C. *et al.* 2013 ACCF/AHA key data elements and definitions for measuring the clinical management and outcomes of patients with acute coronary syndromes and coronary artery disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Clinical Data Standards (Writing Committee to Develop Acute Coronary Syndromes and Coronary Artery Disease Clinical Data Standards). *Circulation*, [s.l.], 9(127): 1052-1089, Mar. 2013.
28. MAIER, G.S.O.; MARTINS, E.A. Assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda segundo indicadores de qualidade. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília; 69(4): 757-764, Ago, 2016.
29. FIRDOUS, S. *et al.* Validity of GRACE Risk Score as a Prognostic Marker of In-hospital Mortality after Acute Coronary Syndrom. *Journal Of The College Of Physicians And Surgeons Pakistan*, Lahore; 27(10): 597-601, 2017.

30. FIHN, S.D. *et al.* 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease. *Circulation*, [s.l.]; 26 (25): 354-471, Dez 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE I: QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS POR SÍNDROME CORONARIANA AGUDA PELO HOSPITAL JOÃO XXIII, CAMPINA GRANDE-PB

• DADOS CLÍNICOS

IDENTIFICAÇÃO (INICIAIS): _____ IDADE: _____

SEXO: MASC. FEM.

COMORBIDADES PREVIAS E FATORES DE RISCO: HAS DM INSULINA

AVC PRÉVIO: IAM PRÉVIO

TABAGISMO: ETLISMO

HISTÓRIA FAMILIAR OUTROS: _____

• HOSPITALIZAÇÃO

TEMPO (HORAS) ENTRE INÍCIO DOS SINTOMAS E CHEGADA NO HOSPITAL: _____

MEDICAÇÕES REALIZADAS DENTRO DAS PRIMEIRAS 24h DE INTERNAÇÃO: ASPIRINA

INIBIDORES PY12 HEPARINA

ESTATINA IECA/BRA BB

MEDICAÇÕES PRESCRITAS QUANDO DA ALTA: BETA-BLOQ ASPIRINA

IECA/BRA ESTATINA

INIBIDORES PY12

• DADOS CINEANGIOCORONARIÓGRAFIA

LOCALIZAÇÃO DA ARTÉRIA CULPADA: DESCENDENTE ANTERIOR CIRCUNFLXA

CORONÁRIA DIREITA

OUTRAS ARTÉRIAS COM LESÕES >70%? _____

• ESCORES DE RISCO

TIMI _____

GRACE _____

• MORTE DURANTE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? SIM NÃO

APÊNDICE II: TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, Evandro Sabino de Farias, diretor clínico do Centro Hospitalar João XXIII, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: "Perfil dos pacientes atendidos por Síndrome Coronariana Aguda em um hospital terciário de referência cardiológica" nesta instituição, que será realizada de março a abril de 2019, tendo como pesquisador coordenador Kleber Oliveira de Souza.

Evandro Sabino de Farias

Dt. Evandro Sabino de Farias
Clínica Médica - Cardiologia
CRM-PB 1669

APÊNDICE III TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós abaixo-assinados, Orientador e Orientandos respectivamente, da pesquisa intitulada "Perfil de Pacientes Atendidos em um Hospital Terciário de Referência Cardiológica", assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de delegação de competências de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta.

Apresentaremos sempre que solicitado pelas instâncias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da mesma, assumindo o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Em cumprimento às normas regulamentadoras, declaramos que a coleta de dados do referido projeto não foi iniciada e que somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (CEP-UFCG) os dados serão coletados.

Campina Grande-PB, 15 de setembro de 2019.



Kleber Oliveira de Souza
Orientador



Maria Luiza Batista de Luna
Orientando



Miriam Barreto Balé
Orientando

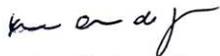
APÊNDICE IV: SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do projeto de pesquisa intitulado “Perfil dos Pacientes Atendidos por Síndrome Coronariana Aguda em um Hospital Terciário de Referência Cardiológica”, com a seguinte justificativa

1. Trata-se de pesquisa retrospectiva com uso de prontuários;
2. Em muitos dos casos, os pacientes evoluíram com óbito;
3. Dificil localização de familiares, pois os mesmos não frequentam regularmente o hospital onde será realizada a pesquisa;
4. Dificuldade de contato com os pacientes, pois o endereço e o telefone podem não estar atualizados.

Atenciosamente,


Kleber Oliveira de Souza
Orientador