

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA**

VITOR MIGUEL RIBEIRO SOARES SANTOS

**CARACTERIZAÇÃO DA APRESENTAÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES COM
SINDROMES CORONARIANAS AGUDAS**

PASSO FUNDO - RS

2022

VITOR MIGUEL RIBEIRO SOARES SANTOS

**CARACTERIZAÇÃO DA APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM
SINDROMES CORONARIANAS AGUDAS**

Trabalho de Curso apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo – RS, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Esp. Roselei Graebin

Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Pitthan

Coorientadora: Prof. Dra. Renata dos Santos Rabello

PASSO FUNDO - RS

2022

**Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul -
UFFS**

Santos, Vitor Miguel Ribeiro Soares
CARACTERIZAÇÃO DA APRESENTAÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES
COM SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS / Vitor Miguel Ribeiro
Soares Santos. -- 2022.
69 f.

Orientador: Especialista Roselei Graebin
Coorientadores: Doutora Renata dos Santos Rabello,
Doutor Eduardo Pitthan

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2022.

1. Medicina. 2. Cardiologia. 3. Síndrome Coronariana
Aguda. 4. Dor no Peito. 5. Avaliação de Sintomas. I.
Graebin, Roselei, orient. II. Rabello, Renata dos
Santos, co-orient. III. Pitthan, Eduardo, co-orient. IV.
Universidade Federal da Fronteira Sul. V. Título.

VITOR MIGUEL RIBEIRO SOARES SANTOS

**CARACTERIZAÇÃO DA APRESENTAÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES COM
SINDROMES CORONARIANAS AGUDAS**

Trabalho de Curso apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Paso Fundo – RS, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Este trabalho de curso foi defendido e aprovado pela banca em **23/11/2022**.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Roselei Graebin – UFFS
Orientadora

Prof. Dr. Fernando Fornari – UFFS
Avaliador 1

Dr. Marcelo Nicola Branchi
Avaliador 2

APRESENTAÇÃO

Este é um Trabalho de Curso (TC) de Graduação do curso de medicina, escrito pelo acadêmico Vitor Miguel Ribeiro Soares Santos, como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo- RS. A pesquisa tem como objetivo principal analisar as apresentações clínicas observadas em pacientes nas unidades de atendimento com síndromes coronarianas agudas. Sob orientação da Prof. Esp. Roselei Graebin e coorientação do Prof. Dr. Eduardo Pitthan e da Prof.^a Dra. Renata dos Santos Rabello, o projeto foi desenvolvido durante 3 semestres do curso de medicina da UFFS. O desenvolvimento do trabalho se deu em 3 etapas, seguindo as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e do Regulamento do TC do Curso; no segundo semestre do ano de 2021 foi escrito o projeto de pesquisa, segundo o componente curricular Trabalho de Curso I. No primeiro semestre de 2022 segundo o plano do componente curricular Trabalho de Curso II desenvolveu-se o relatório de pesquisa, que detalha todos os passos envolvidos na coleta de dados até a apresentação dos resultados. Por fim, no segundo semestre de 2022 seguindo o plano do componente curricular Trabalho de Curso III, a pesquisa foi finalizada com a escrita do artigo como apresentação final da pesquisa desenvolvida.

RESUMO

O presente estudo aborda as Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) que são caracterizadas pela oclusão parcial ou total das artérias coronárias, cursando com isquemia e necrose do músculo cardíaco. No ano de 2020 foram registradas 130.490 internações por infarto agudo do miocárdio com 64% de pessoas do sexo masculino e 41,1% de cor/raça branca. Por se tratarem de condições de alto risco a vida, os pacientes com quadros de SCA devem ser diagnosticados e o manejo clínico instituído adequadamente no menor tempo possível e por essa razão se faz necessário o reconhecimento rápido do quadro através dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, para que os exames diagnósticos sejam realizados. Por isso, o estudo se propõe a analisar o perfil clínico observado em pacientes com síndromes coronarianas agudas. Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, observacional, do tipo coorte retrospectiva, descritivo e analítico, que será realizado no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF) de maio de 2022 a dezembro de 2022 e abrange a população de pacientes com síndromes coronarianas agudas do município de Passo Fundo-RS. Com essa pesquisa espera-se encontrar pacientes com apresentações atípicas (equivalentes isquêmicos) com SCA, e que esses pacientes tenham um perfil clínico e epidemiológico distinto do observado nos pacientes com quadros típicos, além de apresentarem mais complicações e uma maior taxa de mortalidade em relação ao grupo de quadro clínico típico.

Palavras-chave: Síndrome Coronariana Aguda; Dor no peito; Avaliação de Sintomas.

ABSTRACT

The present study addresses acute coronary syndromes (ACS) that are characterized by partial or total occlusion of the coronary arteries, leading to ischemia and necrosis of the cardiac muscle. As they are life-threatening conditions, patients with ACS must be properly diagnosed and treated in the shortest time possible and for this reason it is necessary to quickly recognize the condition through the signs and symptoms presented by the patient, so that diagnostic tests are performed. Therefore, the study aims to analyze the clinical presentations observed in patients with acute coronary syndromes. This is a quantitative, observational, retrospective, descriptive and analytical cohort study, which will be carried out at the Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF) from January 2022 to December 2022 and covers the population of patients with syndromes coronary artery disease in the city of Passo Fundo-RS. With this research, it is expected to find a large number of patients with atypical presentations and ischemic equivalents with ACS, and that these patients have a clinical and epidemiological profile different from that observed in patients with typical conditions, in addition to having worse outcomes and a higher rate of mortality in relation to the typical group.

Keywords: Acute Coronary Syndrome; Chest pain; Symptom Assessment.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	DESENVOLVIMENTO	11
2.1	PROJETO DE PESQUISA	11
2.1.1	Tema	11
2.1.2	Problemas	11
2.1.3	Hipóteses	11
2.1.4	Objetivos	12
2.1.4.1	Objetivo Geral	12
2.1.4.2	Objetivos específicos	13
2.1.5	Justificativa	13
2.1.6	Referencial Teórico	14
2.1.6.1	Introdução	14
2.1.6.2	Fatores de Risco Cardiovasculares	15
2.1.6.3	Classificação das síndromes coronarianas agudas	16
2.1.6.4	Aspectos clínicos	16
2.1.6.5	Complicações	19
2.1.6.6	Estudos semelhantes	20
2.1.7	Metodologia	21
2.1.7.1	Tipo de Pesquisa	21
2.1.7.2	Local e período de realização	21
2.1.7.3	População e Amostragem	21
2.1.7.4	Variáveis, instrumentos e coleta de dados	21
2.1.7.5	Processamento, controle de qualidade e análise dos dados	22
2.1.7.6	Aspectos éticos	23
2.1.8	Recursos	25
2.1.9	Cronograma	25
2.1.10	Referências	26
2.1.11	Apêndices	29
2.2	RELATÓRIO DE PESQUISA.....	34
3	ARTIGO CIENTÍFICO	53
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69

1 INTRODUÇÃO

A doença arterial coronariana (DAC) é uma doença cardiovascular que se apresenta como uma das principais causas de morte no mundo, e por isso um grave problema de saúde pública que gera altas taxas de morbimortalidade e altos custos em saúde. Tem como principais complicações as síndromes coronarianas agudas (SCA), como o infarto agudo do miocárdio (IAM) que no ano de 2015 custou cerca de 22,45 bilhões de reais aos serviços de saúde (MALDONADO *et al.*, 2019).

Os principais fatores de risco que contribuem para a alta incidência das DAC, e por consequência das SCA são o tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes mellitus, sedentarismo e a obesidade e cada vez mais esses fatores de risco tem surgido mais precocemente na população (MORAES *et al.*, 2021).

Dor torácica (angina) é o principal sintoma observado nas SCA, que pode estar acompanhada por dispneia, sudorese, náuseas e vômitos, palpitações e síncope. Porém, esse quadro nem sempre é tão sugestivo e pode se manifestar de formas atípicas, principalmente em grupos específicos como mulheres e idosos, e esses quadros atípicos dificultam o diagnóstico (NICOLAU *et al.*, 2021).

Na vigência de quadros atípicos que o paciente não refere dor torácica podem estar presentes os chamados equivalentes isquêmicos, ou equivalentes anginosos, que são sintomas inespecíficos e podem ser sugestivos de isquemia miocárdica, com destaque para a dispneia, síncope, tonturas, palpitações, edema agudo de pulmão e sintomas inespecíficos (CESAR *et al.*, 2004).

Quando o paciente apresenta manifestações atípicas a identificação da SCA se torna mais difícil e muitas vezes esse paciente pode receber o diagnóstico mais tardiamente, o que implica em maior taxa de mortalidade em relação aos pacientes com apresentações típicas (LIMA; DINIZ; SARAIVA, 2014).

Essa dificuldade no diagnóstico leva a alta hospitalar de 2 a 8% de pacientes na vigência de uma SCA (MISSAGLIA; NERIS; SILVA, 2013) e alguns autores encontraram que esse número pode chegar até 20% e isso com certeza é causa de mais eventos adversos e conseqüentemente maior mortalidade entre esse grupo de pacientes, além de gerar mais processos judiciais contra médicos (MENDES, 2019).

Diante desse cenário, faz se necessário o a realização deste estudo que visa analisar o perfil clínico de pacientes com síndromes coronarianas agudas nas unidades de atendimento para que os quadros de síndromes coronarianas agudas

sejam melhor identificados pelos profissionais de forma a reduzir a mortalidade e a ocorrência de complicações em decorrência do subdiagnóstico das apresentações atípicas da doença.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. PROJETO DE PESQUISA

2.1.1. Tema

Caracterização da apresentação clínica de pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas (SCA).

2.1.2. Problemas

Qual o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com SCA?

Os pacientes com as SCA apresentam sintomatologia típica sugestiva do quadro?

O grupo de pacientes com manifestações atípicas (equivalentes isquêmicos) apresenta diferenças clínicas e epidemiológicas quando comparados aos pacientes com sintomatologia típica?

Quais são as principais complicações observados nos pacientes com SCA?

Os pacientes com sintomatologia atípica apresentam maiores complicações quando comparados ao grupo com sintomatologia típica?

Qual a taxa de mortalidade dos pacientes com SCA?

Pacientes com sintomatologia atípica (equivalentes isquêmicos) apresentam maior taxa de mortalidade quando comparados aos pacientes com quadros típicos de SCA?

Pacientes com apresentações atípicas são portadores de mais comorbidades quando comparados aos pacientes com quadros típicos de SCA?

2.1.3. Hipóteses

Os pacientes com SCA são, em geral, idosos, com predomínio do sexo masculino, portadores de comorbidades como dislipidemia, obesidade e diabetes mellitus. Se apresentam principalmente com dor torácica típica, com irradiações para o membro superior esquerdo e sintomas associados como dispneia, sudorese, náuseas e vômitos e síncope.

Na maioria dos casos, o paciente chegará na emergência com quadros típicos sugerindo o evento isquêmico.

O grupo de pacientes com apresentações atípicas tem características clínicas e epidemiológicas diferentes dos pacientes com sintomatologia típica.

Pacientes com SCA apresentam alta taxa de internações, sintomas de insuficiência cardíaca, complicações mecânicas, como disfunções valvares e aneurismas ventriculares, arritmias ventriculares, taquicardia ventricular, fibrilação ventricular, arritmias supraventriculares, Bloqueios atrioventriculares, Choque cardiogênico e morte súbita.

Em quadros de SCA, quando comparamos os pacientes com sintomatologia atípica àqueles com situações típicas, os primeiros podem apresentar maiores complicações.

A taxa de mortalidade dos pacientes com SCA é de 15%.

Pacientes com apresentações atípicas tem maior taxa de mortalidade comparados aos pacientes com quadros típicos.

O grupo de pacientes com apresentações atípicas geralmente são portadores de mais comorbidades.

2.1.4. Objetivos

2.1.4.1 Objetivo geral

Descrever o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com síndromes coronarianas agudas.

2.1.4.2 Objetivos específicos

Analisar as apresentações clínicas observadas em pacientes com síndromes coronarianas agudas atendidos em um serviço de emergência hospitalar.

Comparar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com SCA de apresentação típica e atípica.

Descrever as principais complicações observados nos pacientes com SCA.

Comparar as complicações observados nos pacientes com apresentações típicas e atípicas.

Descrever a taxa de mortalidade dos pacientes com SCA.

Comparar as taxas de mortalidade dos pacientes com quadros típicos e atípicos.

Investigar a relação entre a presença ou combinação de comorbidades com as apresentações típicas e atípicas.

2.1.5. Justificativa

Por se tratar de uma doença altamente prevalente na população mundial e que apresenta altos níveis de mortalidade e custos elevados para o sistema de saúde, faz-se necessária a identificação correta das Síndromes coronarianas agudas, para que possam ser tratadas adequadamente.

Com o presente estudo, será possível ajudar o profissional de saúde a reconhecer os quadros de síndromes coronarianas agudas, e com isso, espera-se que haja uma redução da mortalidade e dos custos desnecessários e aumento na taxa de diagnósticos corretos de SCA, além da redução da realização de procedimentos e exames desnecessários ao paciente. Além disso, com a realização de diagnósticos mais assertivos será reduzido o número de pacientes que são liberados das emergências erroneamente e acabam tendo desfechos negativos.

2.1.6. Referencial teórico

2.1.6.1 A doença arterial coronariana

A doença arterial coronariana (DAC) é definida como um grupo de desordens que se caracteriza pela formação de placas ateroscleróticas abaixo da camada íntima das artérias coronárias. A presença dessas placas e sua possível ruptura podem causar a interrupção parcial ou total do fluxo sanguíneo e esses eventos são classificados como Síndromes coronarianas, que tem como consequência final a isquemia do músculo cardíaco.

Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, no ano de 2019 foram registrados 117.549 casos de doenças isquêmicas do coração, número que representa cerca de 8,7% da mortalidade no ano. O grupo que apresentou maior mortalidade foi o de idosos acima de 80 anos, com 33.321 casos, ou 28% (BRASIL,2019).

O estudo MASCARA, conduzido por González *et al.* (2008) encontrou uma mortalidade geral hospitalar de 5,7%; para os pacientes com síndromes coronarianas agudas com supradesnível do segmento ST de 7,6% e para SCA sem supradesnível, uma mortalidade de 3,9%.

Outro estudo encontrou uma mortalidade de 0,8% para Angina instável, 10,6% para infarto agudo do miocárdio sem supradesnível de ST e 20% para IAM com supradesnível de ST (SILVA *et al.*, 2016).

Das Síndromes coronarianas, o Infarto do Miocárdio (IM) é a mais prevalente (BRASIL,2019) e a que implica maior custo ao sistema de Saúde. Um estudo que se propôs a estimar os gastos em saúde no ano de 2015 concluiu que o Infarto do miocárdio custou aproximadamente 22,4 bilhões de reais no ano (STEVENS *et al.*, 2018).

Sobre as internações em decorrência das síndromes coronarianas no ano de 2020 foram registradas 130.490 internações por infarto agudo do miocárdio, sendo que dessas 83.597 ou 64% foram de pessoas do sexo masculino e 53.679 ou 41,1% de cor/raça branca; e 126.458 por outras doenças isquêmicas do coração, com 77.408 ou 61,21% representada por homens e 61.250 ou 48,3% de cor/raça branca (BRASIL, 2020).

Diante do exposto, faz-se necessário um maior aprofundamento nas principais características dessas síndromes, uma vez que a partir do conhecimento aprofundado

de cada uma delas é possível um melhor entendimento de seus mecanismos, reconhecimento, diagnóstico e tratamento adequado, fatores que são imprescindíveis para redução de sua mortalidade e custos em saúde.

As síndromes coronarianas agudas ocorrem principalmente devido ao rompimento de placas ateroscleróticas na camada subendotelial das artérias coronárias ou erosão da camada endotelial. Esses eventos desencadeiam a formação de trombos, que podem ocluir parcial, ou totalmente o fluxo sanguíneo e causar isquemia (ANTONIO; FONSECA; IZAR, 2016).

2.1.6.2 Fatores de Risco Cardiovasculares

Os fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis. Entre os modificáveis estão a Dislipidemia, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, sedentarismo, obesidade, diabetes mellitus, dieta e estresse. Os fatores de risco não modificáveis são: idade >55 anos, história familiar para DCV, sexo masculino e etnia. (BRUNORI *et al.*, 2014).

Diversos estudos demonstraram que o controle das dislipidemias, sobretudo reduções do LDL-C tem diversos benefícios como redução de eventos e mortalidade cardiovascular. Isso ocorre porque essas moléculas têm papel fundamental na formação das placas ateroscleróticas, que são o principal fator relacionado ocorrência das SCA. O acúmulo de lipoproteínas nas paredes arteriais é proporcional a concentração dessas substâncias no plasma sanguíneo (XAVIER *et al.*, 2013).

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem relação direta com a doença arterial coronariana. Os mecanismos que explicam essa relação são a hiperativação do sistema nervoso simpático e o sistema renina-angiotensina-aldosterona; alterações nas concentrações de vasodilatadores e peptídeos natriuréticos, alterações hemodinâmicas e estruturais; disfunção endotelial; aumento de fatores inflamatórios e de crescimento que promovem a DAC (PIRES; FARIA; MODOLO, 2016).

O sedentarismo é apontado por NICOLAU *et al.* (2021) como fator de risco importante para os eventos coronarianos. Relacionado ao baixo condicionamento físico, redução de consumo de O₂ e redução do tônus muscular, aumento do peso corporal e isso implica em elevação dos níveis de triglicerídeos com diminuição de HDL-c.

A manutenção da obesidade está relacionada ao aparecimento de marcadores inflamatórios que contribuem para a inflamação e desenvolvimento da aterosclerose

e, de forma independente, demonstrou diminuição da vasodilatação, mesmo quando há uma demanda maior de fluxo sanguíneo arterial (SILVA *et al.*, 2012).

Sabe-se que o tabagismo é fator de risco independente para diversas doenças, principalmente para as SCA. RIBEIRO *et al.* (2020) encontrou que é a segunda variável mais frequente entre pacientes que tiveram IAM. Segundo NICOLAU *et al.* Isso acontece porque o cigarro aumenta a frequência cardíaca e conseqüentemente a demanda de oxigênio, e em contrapartida diminui sua oferta. Além disso, aumenta o risco de trombose, inflamação, vasoconstrição e aumento da oxidação do LDL.

Pacientes com Diabetes Mellitus (DM) tem uma incidência de DAC duas vezes maior em homens e três vezes maior em mulheres em comparação com a população geral. As comorbidades relacionadas ao Diabetes elevam ainda mais ao risco cardiovascular e tornam mais difíceis o controle e prevenção de eventos maiores (PAIM; AZZOLIN; MORAES, 2012).

2.1.6.3 Classificação das síndromes coronarianas agudas

As síndromes coronarianas agudas podem ser subdivididas em dois grupos de acordo com as alterações observadas ou não no eletrocardiograma (ECG) sendo a principal alteração o supradesnivel no segmento ST. Assim, aquelas condições que apresentam tal alteração, são denominadas síndromes coronarianas agudas sem supradesnivel no segmento ST (SCASSST) enquanto as condições em que a alteração está presente são chamadas de Síndromes coronarianas agudas com supradesnivel no segmento ST (SCACSST) (NICOLAU *et al.*, 2021).

As SCASSST são representadas pela Angina instável (AI) e pelo Infarto agudo do miocárdio sem supradesnivel no segmento ST (IAMSSST). A principal diferença entre elas é que na AI não há alteração nos marcadores de necrose miocárdica e no IAMSSST ocorre a elevação desses marcadores, sobretudo a troponina (NICOLAU *et al.*, 2021).

Por outro lado, as SCACSST são representadas pelo Infarto agudo do miocárdio com supradesnivel do segmento ST (IAMCSST). Nessa condição o paciente apresenta alterações no ECG sugestivas de oclusão total da artéria coronária acometida e elevação nos marcadores de necrose miocárdica (PIEGAS *et al.*, 2015).

2.1.6.4 Aspectos clínicos

Como visto anteriormente, é necessário que o diagnóstico das SCA seja realizado o mais rápido possível, uma vez que o paciente com essa síndrome sofre mais danos no músculo cardíaco quanto mais tempo permanecer com a isquemia. Por isso, quanto mais rápido iniciamos a terapia podemos obter um melhor resultado devolvendo um fluxo sanguíneo adequado no menor tempo possível. Portanto, isso também inclui a variação de tempo que o paciente chega no serviço de atendimento após o início dos sintomas. Nesse sentido, um conceito se torna importante, o tempo de isquemia total, que é a duração da isquemia antes e no momento do primeiro contato médico (CÉSAR; MONETTI, 2016). Com a utilização cada vez maior dos novos marcadores de necrose miocárdica, as chamadas topônimas cardíacas de alta sensibilidade, o tempo necessário para o diagnóstico foi reduzido substancialmente (GUAMÁN, *et al.*, 2021).

Porém, antes da coleta do material para o exame laboratorial é imprescindível que o médico construa um raciocínio clínico adequado para suspeitar que o paciente possa estar sofrendo de uma SCA. Para isso, recorre-se a avaliação inicial do paciente através da história clínica.

Sabe-se que a dor torácica é o principal sintoma observado nas SCA. Tal é sua importância que esse sintoma foi definido em categorias de acordo com suas características, mais ou menos sugestivas no contexto das síndromes coronarianas. A dor torácica pode ser descrita pelos seguintes aspectos: localização, característica (ou qualidade da dor), duração e fatores de piora ou alívio dessa dor (NICOLAU *et al.*, 2021).

A dor típica está intimamente relacionada ao evento isquêmico e é descrita da seguinte maneira: localizada na região retroesternal, pode apresentar irradiações para o membro superior esquerdo, ombro, pescoço, face, dentes, região interescapular ou epigástrica, se apresenta como dor surda, peso, constrição, compressão ou queimação e é desencadeada por exercício, estresse, excitação, frio ou refeições copiosas. Já a dor atípica, que geralmente está relacionada a outras condições não isquêmicas e até mesmo não cardiovasculares pode ser referida como uma dor em facada, agulhada, pontada, aguda que piora ao respirar, com o movimento ou ainda ao repouso (SANTOS; TIMERMAN, 2018).

Além da dor torácica, outros sintomas podem estar presentes tais como: dispneia, sudorese, náuseas e vômitos, palpitações e síncope. Assim, se o paciente

se apresenta com algum ou um conjunto desses sintomas, pode-se suspeitar de uma SCA e dar continuidade a investigação diagnóstica (NICOLAU *et al.*, 2021).

Porém, em alguns casos, os pacientes podem apresentar dor atípica ou mesmo sintomas diferentes do esperado na vigência de uma síndrome coronariana aguda. Essas situações podem acontecer em qualquer paciente, mas estão mais presentes em mulheres e idosos, bem como diabéticos, pacientes com insuficiência renal e demência. (REGGI; STEFANINI, 2016) (NICOLAU *et al.*, 2021).

Na vigência desses quadros atípicos que o paciente não refere dor torácica podem estar presentes os chamados Equivalentes isquêmicos, ou equivalentes anginosos, que são sintomas inespecíficos mas podem ser sugestivos de isquemia miocárdica, com destaque para a dispneia, síncope, tonturas, palpitações, edema agudo de pulmão e sintomas inespecíficos (CESAR *et al.*, 2004).

Pittella e Bessa (2021) também destacam a dispneia como equivalente anginoso, que muitas vezes pode ser o único sintoma apresentado pelo paciente em vigência de uma DAC, e chamam a atenção para a necessidade de diferenciação da causa da dispneia com outras condições.

Santos e Bianco (2018) dizem que esses casos de dor inespecífica ou sintomas atípicos podem ocorrer em grupos especiais como diabéticos, mulheres e idosos e esses pacientes devem ser avaliados com cuidado, uma vez que os equivalentes isquêmicos são mais presentes nesses grupos. Além disso, destacam-se os idosos pois esses geralmente apresentam grau de mobilidade e atividade física menor, o que dificulta a obtenção de informações, como a angina por exemplo (SANTOS; BIANCO, 2018).

Pacientes com manifestações atípicas apresentam altas taxas de mortalidade em relação aos pacientes típicos e isso se dá por diversos fatores como a demora para procurar um serviço de saúde, demora no reconhecimento da necessidade da realização do eletrocardiograma, maior tempo para realização de procedimentos de reperfusão, menor número de medicações prescritas e esses pacientes também são submetidos a menos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (LIMA; DINIZ; SARAIVA, 2014).

Como resultado temos que de 2% a 10% desses pacientes não recebem o diagnóstico correto de síndrome coronariana aguda e recebem alta hospitalar, o que pode levar a um desfecho clínico desfavorável (SANTOS; TIMERMAN, 2018).

Entre 2% e 8% dos pacientes são liberados das emergências sem o diagnóstico adequado de IAM sendo que em 2 a 3% desses pacientes o infarto está presente, número que pode chegar a 11% dependendo da unidade de atendimento. Mais recentemente Mendes (2019) encontrou que de 2 a 20% dos pacientes com quadros de SCA são liberados erroneamente, o que aumenta consideravelmente a moraldade e ações judiciais contra médicos (MISSAGLIA; NERIS; SILVA, 2013).

Diante desse grande problema que é a dificuldade no diagnóstico correto das SCA, que leva ao aumento da mortalidade e desfechos negativos para os pacientes, além de problemas para os próprios médicos responsáveis, é essencial que se busquem estratégias para melhorar o diagnóstico e com isso mudar o desfecho desses pacientes, através de um manejo e tratamento adequado de acordo com a necessidade individual de cada um.

A melhor maneira reverter esses números é através de um bom raciocínio clínico, construído a partir de uma anamnese detalhada, somada ao exame físico e aos fatores de risco na construção de uma hipótese diagnóstica adequada para investigar a possibilidade de uma SCA, dessa forma, evita-se a alta para aqueles pacientes que não tem indicação (SANTOS; TIMERMAN, 2018).

O conhecimento das características clínicas e sintomatológicas dos pacientes com SCA, sobre tudo os que apresentam manifestações atípicas pode contribuir para aumentar a sensibilidade diagnóstica (LIMA; DINIZ; SARAIVA, 2014).

2.1.6.5 Complicações

As disfunções miocárdicas acontecem por consequência da isquemia e remodelamento do músculo cardíaco e precede o início de sintomas de insuficiência cardíaca meses ou até mesmo anos após o evento isquêmico. Os aneurismas ventriculares ou discinética ventricular são movimentos paradoxais na parede do ventrículo, já os aneurismas verdadeiros são formados a partir do tecido cicatricial. As principais complicações desses aneurismas ocorrem semanas ou meses após o evento isquêmico e estão relacionadas a insuficiência cardíaca, arritmias e formação de trombos (KASPER *et al.*, 2017).

As arritmias representam complicações importantes dentro dos quadros de SCA e tem maior incidência nos pacientes atendidos precocemente. Os mecanismos das arritmias são: desequilíbrio do sistema nervoso autônomo, distúrbios eletrolíticos, isquemia e atraso de condução nas áreas isquêmicas. Essas arritmias podem ser

supraventriculares (Taquicardia ou bradicardia sinusal), ou ventriculares (Extrasístoles, taquicardia ou fibrilação ventriculares) (KASPER *et al.*, 2017).

Outro distúrbio elétrico possível nas SCA são os distúrbios de condução atrioventriculares. Nesse distúrbio podemos diferenciar dois mecanismos diferentes: no caso de um infarto em parede anterior, a ocorrência do bloqueio está relacionada a isquemia e disfunção do sistema de condução, gerado pela necrose do tecido. Por outro lado, quando a parede inferior é afetada ocorre uma hiperatividade vagal e liberação da adenosina (KASPER *et al.*, 2017).

Uma complicação grave das SCA é o choque cardiogênico, que acontece em pacientes com comprometimento de múltiplos vasos e apresentam necrose miocárdica em zonas além do infarto original. Dos pacientes com choque cardiogênico, 10% ocorrem na admissão hospitalar enquanto que os 90% restantes ocorrem durante a internação (KASPER *et al.*, 2017).

2.1.6.6 Estudos Semelhantes

Em um estudo realizado com pacientes jovens (<55 anos) encontrou-se que 57% dos pacientes eram homens, e a mediana de idade observada foi de 50 anos. Com relação a comorbidades, 68% eram hipertensos, e 43% eram dislipidêmicos. Além disso, 67% dos pacientes eram tabagistas. A dor típica, esteve presente em 90% dos pacientes estudados. Quanto a mortalidade intra-hospitalar, foi observada uma taxa de 1,5%. Por fim, foi observado um índice de desfechos combinados de 13,8%. Após 10 meses houve uma mortalidade de 9,8% (SOEIRO *et al.*, 2015).

Em outro estudo, que se deteve em estudar manifestações atípicas em pacientes com SCA, encontrou que 12,6% dos pacientes apresentaram dor típica, 42,5% dor atípica e 44,9% dor não anginosa. Vale destacar que este estudo usou a classificação de Diamond para definir dor típica e atípica, sendo que quando o paciente apresenta dor em região subesternal, desencadeada por atividade física e aliviada ao repouso tem-se a dor típica, com apenas 2 dessas características tem-se a dor atípica e com uma característica dor não anginosa. Esse estudo não encontrou diferenças estatisticamente significantes quanto aos fatores de risco (LIMA; DINIZ; SARAIVA, 2014).

Estudo realizado em uma emergência cardiológica, observou que houve uma predominância do sexo masculino, com 51,3% e a idade maior que 60 anos. 35,9% dos pacientes apresentaram sobrepeso e obesidade, 79,5% em tratamento para

hipertensão e 46,1% eram tabagistas e 66,7 faziam uso de álcool (GOMES *et al.*, 2014)

Vale destacar que os estudos que avaliam a presença ou separam os pacientes em grupos de dor típica e atípica usam formas diferentes de classificação e em alguns casos, esses critérios não são descritos nos trabalhos, o que dificulta a comparação entre os resultados.

2.1.7 Metodologia

2.1.7.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, observacional, do tipo coorte retrospectiva, descritivo e analítico.

2.1.7.2 Local e período do estudo

Estudo será realizado no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), em Passo Fundo, Rio Grande do Sul, de maio a dezembro de 2022.

2.1.7.3 População e amostra

Este estudo abrange a população de pacientes com síndromes coronarianas agudas do município de Passo Fundo-RS. A amostra, não probabilística, será composta por pacientes atendidos no Hospital de Clínicas de Passo Fundo no período de 01 de janeiro de 2020 a 31 de dezembro 2020 com diagnóstico de alguma síndrome coronariana aguda (angina pectoris CID I20, infarto agudo do miocárdio CID I21 e angina instável CID I20.0). Estimam-se que sejam incluídos 600 pacientes.

Crterios de Inclusão: Pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de síndrome coronariana aguda atendidos no Hospital de Clínicas de Passo Fundo, maiores de 18 anos.

Crterios de exclusão: Pacientes cujos prontuários estiverem incompletos, não constem registros e/ou histórico clínico e cujos exames não confirmem ou descartem diagnósticos de SCA.

2.1.7.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados

Será realizada uma busca, através do setor responsável pelo sistema de prontuários eletrônicos do HCPF, do número do prontuário dos pacientes maiores de 18 anos atendidos no setor de emergência no período referido. Os pacientes serão

localizados a partir da Classificação Internacional de Doenças (CID), representadas pela CID I20 (angina pectoris), CID I20.0 (angina instável) e CID I21 (infarto agudo do miocárdio).

O acesso aos dados se dará a partir do fornecimento de login e senhas próprios pelo serviço da instituição. Os dados dos prontuários serão coletados e transcritos para o formulário de transcrição de dados secundários (Apêndice A). Esta coleta será realizada pelo acadêmico autor do projeto em ambiente privado e isolado para preservar a identidade e sigilo dos pacientes.

Variáveis Coletadas: Identificação (Número do atendimento, data de admissão, data de alta hospitalar); Informações sociodemográficas (idade, sexo, raça, procedência); Informações antropométricas (Peso, altura, índice de massa corporal); Dados Clínicos (Queixas na admissão, sinais e sintomas, sinais vitais); Dados laboratoriais (Evolução da contagem dos biomarcadores; Troponina, CK-MB e Mioglobina); Diagnóstico (IAM com supra (SCACSST), IAM sem supra (SCASSST); Angina instável (AI)); Comorbidades (Dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, diabetes mellitus); Hábitos do paciente (Tabagismo, etilismo, sedentarismo) Complicações (tempo de internação, sintomas de insuficiência cardíaca, disfunções valvares, aneurismas ventriculares, arritmias supraventriculares, bloqueios atrioventriculares, arritmias ventriculares, Choque cardiogênico e parada cardiorrespiratória); Procedimentos (realização de intervenção coronária percutânea, realização de revascularização cirúrgica).

Os pacientes serão divididos em dois grupos, os que apresentam sintomatologia típica e os que apresentam sintomatologia atípica e/ou assintomáticos. O critério utilizado para separação dos grupos é a dor torácica; pacientes que apresentem dor torácica com ou sem irradiações, com ou sem sintomas associados comporão o grupo “Típico”. Já os pacientes com ausência de dor torácica; com presença ou não de sintomas que se encaixem nos equivalentes isquêmicos como a dispneia, síncope, tonturas, palpitações, edema agudo de pulmão e sintomas inespecíficos comporão o grupo “Atípico”.

2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

Os dados serão duplamente digitados no programa EpiData versão 3.1 (Distribuição livre), de forma a evitar a digitação de dados incorretos e possíveis vieses. A análise dos dados será realizada no programa PSPP (distribuição livre) e

contemplará descrição da distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e obtenção de medidas de tendência central (média, moda e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão e variância) das variáveis contínuas. Para calcular a taxa de mortalidade será incluído no numerador o total de óbitos por SCA e no denominador a amostra do estudo.

A análise da distribuição das variáveis dependentes (apresentação típica ou atípica da SCA, desfecho óbito/cura e presença ou ausência de complicações) de acordo com as variáveis independentes (Perfil clínico e epidemiológico, presença de comorbidades e apresentação típica e atípica) será verificada por meio do teste Qui-quadrado, empregando-se nível de significância de 5%.

2.1.7.6 Aspectos éticos

O projeto será submetido à Comissão de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), o protocolo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul. Após a aprovação de ambos os órgãos a coleta de dados será iniciada.

Para o presente estudo será solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B) uma vez que se trata de uma coleta na base de prontuários e os pacientes não tem vínculo regular com o hospital, podem morar em outras cidades e também podem ter ido a óbito.

Com o acesso e manuseio das informações de prontuários hospitalares, há o risco que a identidade do paciente seja revelada. Com o objetivo de minimizar esse risco, o nome será substituído por um número (número do questionário) acompanhado do número de atendimento ou número do prontuário. Além disso, todos os membros da equipe assinarão o Termo de compromisso para Uso de dados em Arquivo (TCUDA) (apêndice C) visando garantir o sigilo e a confidencialidade das informações obtidas nos prontuários. Caso o risco de identificação dos participantes ou vazamento de dados se concretize os dados serão excluídos do estudo e a instituição será informada sobre o ocorrido.

Por se tratar de um estudo observacional e retrospectivo, não há a possibilidade de devolução dos resultados aos pacientes do estudo, os resultados obtidos serão devolvidos ao hospital onde foi realizada a coleta, através de um relatório. Como benefícios indiretos o estudo vai contribuir na melhoria do serviço e trará benefícios aos futuros pacientes, como melhoria no diagnóstico das SCA, que poderão ser

reconhecidas mais facilmente e tratadas de maneira mais rápida e eficaz, de forma a reduzir complicações e mortalidade. Além disso, pretende-se contribuir com o conhecimento científico gerado através da pesquisa, com a divulgação em revistas, congressos e entender melhor quais são as apresentações clínicas o perfil clínico e epidemiológico desses pacientes.

Os Instrumentos de coleta preenchidos e demais materiais da pesquisa serão armazenados em local seguro, nas dependências da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo (sala dos professores), com acesso restrito aos pesquisadores. Os dados digitais serão armazenados em computador de uso pessoal do acadêmico responsável, com acesso restrito aos pesquisadores e após 5 anos todos os arquivos serão descartados permanentemente.

Por fim, com este estudo poderemos contribuir com a melhoria dos diagnósticos das síndromes coronarianas agudas pelos médicos, sendo possível a redução do tempo de início do tratamento e uma maior efetividade e redução de complicações e mortalidade em uma doença de alta incidência na nossa população e que contribui significativamente com o aumento da morbimortalidade das pessoas.

2.1.8 Recursos

Todos os recursos serão de responsabilidade da equipe de pesquisa.

Descrição	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Folhas A4	3 pacotes	20,00	60,00
Caneta	10	2,00	20,00
Impressão de formulários	2000	0,20	400,00
Total			480,00

Fonte: Autores.

2.1.9 Cronograma

No período estimado para a execução do projeto, planeja-se seguir o cronograma de atividades proposto com início em maio de 2022 a dezembro de 2022.

Atividade/Período	05	06	07	08	09	10	11	12
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X
Coleta dos dados	X	X	X	X				
Análise e apreciação dos dados			X	X	X			
Redação e divulgação dos Resultados					X	X	X	
Envio do relatório final ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos								X

Fonte: Autores.

2.1.10 Referências

ANTONIO, Francisco; FONSECA, Helfenstein; IZAR, Maria Cristina de Oliveira. Fisiopatologia das síndromes coronarianas agudas. **Revista da SOCESP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 74-77, jun. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Internações por Ano processamento segundo Lista Morb CID-10. DATASUS: 2020. 06 de outubro de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Óbitos p/Ocorrência por Ano do Óbito segundo Causa - CID-BR-10. DATASUS: 2019. 21 de maio de 2021.

BRUNOR, Evelise Helena Fadini Reis *et al.* Associação de fatores de risco cardiovasculares com as diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 338-346, ago. 2014.

CÉSAR, Luiz Antonio Machado *et al.* Diretrizes de doença coronariana crônica angina estável. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, n. 2, p. 1-43, set. 2004.

CÉSAR, Luiz Antonio Machado; MORETTI, Miguel Antonio. Análise crítica da reperfusão precoce no infarto agudo com supradesnível de st: trombólise química e intervenção percutânea primária. **Revista da Socesp**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 93-98, 2016.

GOMES, Eduardo Tavares; QUEIROGA, Andrey Vieira de; ARAUJO, Nyagra Ribeiro de; BEZERRA, Simone Maria Muniz da Silva. Chest pain during admission in a reference cardiac emergency unit. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 3, p. 508-515, 20 jun. 2014.

GONZÁLEZ, Ignacio Ferreira *et al.* MASCARA (Manejo del Síndrome Coronario Agudo.Registro atualizado) Estudio. Constatações Ger. **Revista Espanhola de Cardiologia**, v. 61, n. 8, p. 803-816, 2008.

GUAMÁN, Carlos; LOZA, Gimena; ALBISTUR, Juan. Novidades das Diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia de 2020 sobre o manejo da síndrome coronariana aguda sem elevação persistente do segmento ST. **Rev Urug Cardiol**, Montevideu, v. 36, n. 2, ago. 2021.

KASPER, Dennis L. *et al.* Medicina interna de Harrison. 19 ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2017.

LIMA, Sandro Gonçalves; DINIZ Lucas Rampazzo; SARAIVA Lurildo Cleano Ribeiro. Prevalência de manifestações atípicas em portadores de Síndrome Coronariana Aguda. **Revista Sociedade Brasileira Clínica Médica**. v. 12, n. 4, p. 282-287, abr.

MALDONADO, Carolina Máximo *et al.* Associação entre fatores de risco cardiovasculares e a presença de doença arterial coronariana. **Archivos de Medicina**, Colômbia, v. 19, p. 246-257, 2019.

MENDES, Dinalva Aparecida. DOR TORÁCICA NA EMERGÊNCIA. **Sessões Clínicas**: em rede p. 1-15, nov. 2019.

MISSAGLIA, Mariangela Tuzzolo; NERIS, Eduardo Santos; SILVA, Maria de Lourdes Teixeira da. Uso de Protocolo de Dor Torácica em Pronto Atendimento de Hospital Referência em Cardiologia. **Revista Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 374-381, out. 2013.

MORAES, Hadassa da Silva Caldeira de *et al.* Fatores de risco para doença arterial coronariana em estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, p. 1-10, 2021.

NICOLAU, José Carlos *et al.* Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 117, n. 1, p. 181-264, 2021.

PAIM, Crislaine Padilha; AZZOLIN, Karina de Oliveira; MORAES, Maria Antonieta Pereira de. Dor torácica no infarto agudo do miocárdio entre pacientes diabéticos e não diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 77-82, 2012.

PIEGAS, Leopoldo Soares *et al.* V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 105, n. 2, p. 1-105, ago. 2015. Disponível em: Acesso em: 22 set. 2021.

PIRES, Nayara Fraccari; FARIA, Ana Paula de; MODOLO, Rodrigo. Hipertensão arterial em pacientes com doença arterial coronariana – metas pressóricas. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 23, n. 1, p. 8-15, 2016.

PITTELLA, Felipe José Monassa; BESSA, João Vítor. Avaliação Clínica, Diagnóstico e Estratificação de Risco. **Manual de Síndrome Coronariana Crônica**, Rio de Janeiro, 2021.

RIBEIRO, Kaiomax Renato Assunção *et al.* FATORES ASSOCIADOS A SÍNDROME CORONARIANA AGUDA E SUA PREVALÊNCIA ENTRE OS GÊNEROS: REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista de Enfermagem e Atenção À Saúde*, [s. l], v. 9, n. 1, p. 160-172, 2020.

SANTOS, Edmar Batista dos; BIANCO, Henrique Tria. Atualizações em doença cardíaca isquêmica aguda e crônica. **Rev Soc Bras Clin Med**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 52-58, mar. 2018.

SANTOS, Elizabete Silva dos. DOR TORÁCICA NA SALA DE EMERGÊNCIA: QUEM FICA E QUEM PODE SER LIBERADO? **Revista da SOCESP**, São Paulo, v. 4, n. 28, p. 394-402, 2018.

SILVA, Larissa R. *et al.* Aterosclerose subclínica e marcadores inflamatórios em crianças e adolescentes obesos e não obesos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 4, p. 804-816, 2012.

SILVA, Rafael Beppler da *et al.* Perfil dos pacientes com síndromes coronarianas agudas em um hospital da Região Sul do Brasil. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 14, n. 1, p. 33-37, 2016.

SOEIRO, Alexandre de Matos *et al.* Características clínicas e evolução em longo prazo de pacientes jovens com síndrome coronariana aguda no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 370-375, 2015.

STEVENS, Bryce *et al.* Os Custos das Doenças Cardíacas no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 111, n. 1, p. 29-36, jul. 2018.

XAVIER, Hermes Toros *et al.* V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 101, n. 4, p. 1-22, out. 2013.

2.1.11 Apêndices

APÊNDICE A- FORMULÁRIO DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – CAMPUS PASSO FUNDO		
Caracterização da apresentação clínica dos pacientes com síndromes coronarianas agudas		
Pesquisador Responsável: Vitor Miguel Ribeiro Soares Santos		
Identificação		
1	Número do atendimento:	natend
2	Data de admissão:	datadmis
3	Data de alta hospitalar:	Datalt
Informações sociodemográficas		
4	Idade: ___ anos	Ida
5	Sexo: (1) feminino (2) masculino (9) não informado	Ex
6	Raça: (1) branca (2) preta (3) parda (4) indígena (5) amarela (9) não informado	Raça
7	Procedência:	Proced
Queixas na admissão		
8	Dor torácica: (1) sim (2) não (9) não informado	Port
9	Caráter da dor: (1) Queimação (2) aperto ou opressão (3) desconforto (4) pontada (5) Rasgando (6) Facada (7) Aguda (8) outra: _____ (9) não informado	Carat
10	Localização da dor: (1) Retroesternal (2) precordial (3) hemitorax esquerdo (4) hemotórax direito (5) pescoço 6 outro: _____ (9) não informado	Local
11	Irradiações: (1) MSE (2) MSD (3) Mandíbula (4) Epigástrico (5) Cervical (6) Dorso (7) sem irradiações (8) outro: _____ (9) não informado	Irrad
12	Dispneia: (1) sim (2) não (9) não informado	Disp
13	Sudorese: (1) sim (2) não (9) não informado	Sudor
14	Palpitações: (1) sim (2) não (9) não informado	Palp
15	Náuseas: (1) sim (2) não (9) não informado	Naus
16	Vômito: (1) sim (2) não (9) não informado	Vomit
17	Tontura: (1) sim (2) não (9) não informado	Tont
18	Sincope: (1) sim (2) não (9) não informado	sinc
Sinais vitais na admissão		
19	Pressão arterial: ___/___ mmHg (9) não informado	Pa
20	Frequência cardíaca: FC ___ bpm. (9) não informado	fc
21	Frequência respiratória: FR ___ irm (9) não informado	fr
22	Temperatura axilar: __, _ (°C) (9) não informado	tax
23	Saturação de O ₂ : _____ (9) não informado	sato2
Dados laboratoriais		
24	Troponina T US - 1º _____ 2º _____ 3º _____ 4º _____	Trop
25	CK-MB - 1º _____ 2º _____ 3º _____ 4º _____	ck-mb
Diagnostico Final		
26	Angina instável (1) sim (2) não (9) não informado	Ai
27	Infarto do miocárdio com supradesnível de ST	lamcsst

	(1) sim (2) não (9) não informado	
28	Infarto do miocárdio sem supradesnível de ST (1) sim (2) não (9) não informado	Iamssst
Comorbidades		
29	Dislipidemia (1) sim (2) não (9) não informado	Dislip
30	Hipertensão arterial sistêmica (1) sim (2) não (9) não informado	Has
31	Obesidade (1) sim (2) não (3) sobrepeso (9) não informado	Obes
32	Diabetes mellitus (1) sim (2) não (9) não informado	Dm
33	História pregressa de doença cardiovascular (1) sim (2) não (9) não informado	Hdcv
34	História familiar de DAC (1) sim (2) não (9) não informado	Hfdac
Hábitos do paciente		
35	Tabagismo (1) sim (2) não (3) ex-tabagista (9) não informado	Tabag
36	Etilismo (1) sim (2) não (9) não informado	Etilis
Complicações		
37	Tempo de permanência: ___ dias	t.inter
38	Sintomas de insuficiência cardíaca (1) sim (2) não (9) não informado	Inscar
39	Disfunções valvares (1) sim (2) não (9) não informado	Disvalv
40	Aneurismas ventriculares (1) sim (2) não (9) não informado	Anvent
41	Arritmias supraventriculares (1) sim (2) não (9) não informado	Arritsup
42	Bloqueios atrioventriculares (1) sim (2) não (9) não informado	Bloqav
43	Arritmias ventriculares (1) sim (2) não (9) não informado	Arritven
44	Choque cardiogênico (1) sim (2) não (9) não informado	Chocar
45	Instabilidade hemodinâmica (1) sim (2) não (9) não informado	Inshem
46	Parada cardiorrespiratória (1) sim (2) não (9) não informado	Pcr
Procedimentos realizados		
47	Intervenção coronariana percutânea (1) sim (2) não (9) não informado	Incorp
48	Cinecoronariografia – ADA (1) sem lesões (2) leve (3) moderada (4) grave	Cineada
49	Cinecoronariografia – ACX (1) sem lesões (2) leve (3) moderada (4) grave	Cineacx
50	Cinecoronariografia – ACD (1) sem lesões (2) leve (3) moderada (4) grave	Cineacd
51	Colocação de stent (1) convencional (2) farmacológico (9) não informado	Stent
52	Revascularização cirúrgica (CRM) (1) sim (2) não (9) não informado	Revcir
Mortalidade		
53	Intrahospitalar (1) sim (2) não (9) não informado	Inhosp
54	Em 30 dias (1) sim (2) não (9) não informado	30dias

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SOLICITAÇÃO DE DISPENSA

CARACTERIZAÇÃO DA APRESENTAÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES COM SINDROMES CORONARIANAS AGUDAS

Este é um Trabalho de Curso (TC) de Graduação do curso de medicina, escrito pelo acadêmico Vitor Miguel Ribeiro Soares Santos, como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo- RS. A pesquisa tem como objetivo principal analisar as apresentações clínicas observadas em pacientes nas unidades de atendimento com síndromes coronarianas agudas. Sob orientação da Prof.^a Roselei Graebin e coorientação do Prof. Dr. Eduardo Pitthan e da Prof.^a Dra. Renata dos Santos Rabello.

Com o presente estudo, será possível ajudar o profissional de saúde a reconhecer os quadros de síndromes coronarianas agudas, e com isso, espera-se que haja uma redução da mortalidade e dos custos desnecessários e aumento na taxa de diagnósticos corretos de SCA, além da redução da realização de procedimentos e exames desnecessários ao paciente. Além disso, com a realização de diagnósticos mais assertivos será reduzido o número de pacientes que são liberados das emergências erroneamente e acabam tendo desfechos negativos.

Com o acesso e manuseio das informações de prontuários hospitalares, há o risco que a identidade do paciente seja revelada. Com o objetivo de minimizar esse risco, o nome será substituído por um número (número do questionário) acompanhado do número de atendimento ou número do prontuário. Além disso, todos os membros da equipe assinarão o Termo de compromisso para Uso de dados em Arquivo, visando garantir o sigilo e a confidencialidade das informações obtidas nos prontuários. Caso o risco de identificação dos participantes ou vazamento de dados se concretize os dados serão excluídos do estudo e a instituição será informada sobre o ocorrido.

Por se tratar de um estudo observacional e retrospectivo, não há a possibilidade de devolução dos resultados aos pacientes do estudo, os resultados obtidos serão devolvidos ao hospital onde foi realizada a coleta, através de um relatório. Como benefícios indiretos o estudo vai contribuir na melhoria do serviço e trará benefícios aos futuros pacientes, como melhoria no diagnóstico das SCA, que poderão ser

reconhecidas mais facilmente e tratadas de maneira mais rápida e eficaz, de forma a reduzir complicações e mortalidade. Além disso, pretende-se contribuir com o conhecimento científico gerado através da pesquisa, com a divulgação em revistas, congressos e entender melhor quais são as apresentações clínicas o perfil clínico e epidemiológico desses pacientes.

Por fim, com este estudo poderemos contribuir com a melhoria dos diagnósticos das síndromes coronarianas agudas pelos médicos, sendo possível a redução do tempo de início do tratamento e uma maior efetividade e redução das negativas e mortalidade em uma doença de alta incidência na nossa população e que contribui significativamente com o aumento da morbimortalidade das pessoas.

Devido à importância da pesquisa e com base na Resolução CNS Nº 466 de 2012 – IV.8, solicito a dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois o estudo será realizado tendo como base os dados de prontuários eletrônicos, os pacientes não são acompanhados regularmente pelo hospital e alguns foram à óbito. Ainda, alguns pacientes são procedentes de outros locais. Além disso, o telefone para contato muitas vezes é o telefone de terceiros, que foram responsáveis por trazer o paciente ao atendimento de emergência, sendo assim, não será possível fazer contato com os pacientes.

Passo Fundo, _____ de _____ de 2021.

Prof.^a Esp. Roselei Graebin – UFFS
ORIENTADORA

APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

Título da Pesquisa: **CARACTERIZAÇÃO DA APRESENTAÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES COM SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS**

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Prof.^a Esp. Roselei Graebin – UFFS

2.2 Relatório de Pesquisa

O tema deste Trabalho de Curso foi construído a partir do interesse inicial do acadêmico autor, que nos componentes curriculares de produção textual acadêmica também escreveu sobre as Síndromes Coronarianas Agudas em forma de revisão de literatura. Ao longo dos encontros e sugestões de professores e orientadores o tema foi lapidado e definido como CARACTERIZAÇÃO DA APRESENTAÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES COM SINDROMES CORONARIANAS AGUDAS. Durante o semestre de 2021/2 no componente de Trabalho de Curso (TC) foi escrito o projeto que deu origem a esta pesquisa.

Com a escrita do projeto, no dia 10/01/2022 foi enviada uma solicitação à Comissão de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF) para que a instituição autorizasse a realização da pesquisa nas dependências do hospital. No dia 04/02/2022 o Hospital de Clínicas enviou parecer favorável a pesquisa e então o projeto, junto ao protocolo recebido do hospital foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) na data de 19/02/2022. No dia 24/03/2022 foi recebido um parecer com pendências, que foram resolvidas e o projeto foi reenviado no dia seguinte, sendo aprovado definitivamente pelo Comitê no dia 07/04/2022 com número do parecer 5.338.776.

No dia 05/05/2022 foi solicitado o login e senha no departamento de pesquisa do Hospital de Clínicas para que pudesse ser iniciada a coleta de dados, então nesse dia foi realizado um cadastro e posteriormente em 09/05/2022 as informações para acesso aos prontuários foi recebida via e-mail.

A lista com o nome dos pacientes diagnosticados nos CIDs propostos pela pesquisa foi solicitada ao departamento de TI da instituição no dia 23/05/2022, numa segunda-feira e durante esta semana foram feitos os contatos e orientações para que a lista pudesse ser gerada diretamente no sistema. Houveram algumas dificuldades, uma vez que o sistema não gera lista exclusivamente do setor de emergência do HC, e por isso vários dias de contato foram necessários para que pudesse buscar os dados corretamente e gerar a lista com êxito.

No dia 30/05/22 a lista finalmente foi gerada (com um total de 1.333 pacientes atendidos no ano de 2020 com alguma síndrome coronariana aguda) e a coleta foi iniciada. Durante essa semana, com as coletas e observações foi pensada a

possibilidade de inserir algumas informações que pudessem qualificar e enriquecer os dados para as análises e assim, em reunião na sexta-feira, dia 03/06/2022 com o orientador Prof. Dr. Eduardo Pithan e posterior reunião com a coorientadora Prof^a. Dra. Renata dos Santos Rabello na segunda-feira, dia 06/05/2022, foram feitos os ajustes definitivos para o instrumento de coleta dos dados, e durante esta semana seguiu-se a coleta nos prontuários.

Como dito anteriormente, como o sistema não faz distinção entre pacientes por CID atendidos na emergência e em ambulatórios e consultórios, a lista com 1.333 pacientes engloba todos os atendimentos e dessa forma durante a coleta foi necessário excluir os pacientes que não se encaixavam nos critérios de inclusão, ou seja, os pacientes atendidos em consultas, ambulatórios e procedimentos como exames diagnósticos que não apresentam os quadros agudos da doença. Além disso, foram excluídos prontuários de pacientes com internações eletivas pelo mesmo princípio do quadro agudo, prontuários incompletos, sem diagnóstico de SCA e pacientes encaminhados direto à hemodinâmica sem a descrição adequada da história e exames. Também foram excluídos da coleta prontuários de pacientes que evadiram do hospital sem o término do atendimento e condutas propostas.

Os prontuários que atendiam aos critérios de inclusão têm algumas características em comum: são de pacientes atendidos no departamento de Emergência e Unidade de Dor Torácica (UDT), com diagnóstico de SCA, com início do atendimento com “Protocolo Dor Torácica” ou “Manejo SCA”.

No segundo semestre de 2022 finalizou-se a coleta de dados dos prontuários e foram concluídas as análises dos dados conforme estipulado nos objetivos apresentados no projeto de pesquisa. Posteriormente foi realizada a escrita do artigo científico intitulado “ “ referente a pesquisa e em conformidade com as normas de publicação e formatação da revista “Arquivos Brasileiros de Cardiologia”.

ANEXO 1 – Autorização para realização de pesquisa acadêmica HC

**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE
PESQUISA ACADÊMICA HC**

Declaro que a pesquisa **CARACTERIZAÇÃO DA APRESENTAÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES COM SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS**, conduzida pelo (a) Pesquisador (a) Acadêmico (a) **VITOR MIGUEL RIBEIRO SOARES SANTOS** e orientada pelos (as) Pesquisadores (as) Docentes **ROSELEI GRAEBIN, EDUARDO PITTHAN** e **RENATA DOS SANTOS RABELLO** recebeu pareceres técnicos favoráveis para sua execução nas dependências do hospital, das áreas profissionais envolvidas, da Coordenação de Ensino e Pesquisa Acadêmica e Junta Administrativa do HC. Outrossim, salientamos que este estudo terá acesso aos prontuários de pacientes durante o período de 01/05/2022 à 30/08/2022, atendendo ao disposto da confidencialidade dos dados. Cabendo considerar que a aplicação da pesquisa está condicionada à aprovação de Comitê de Ética.

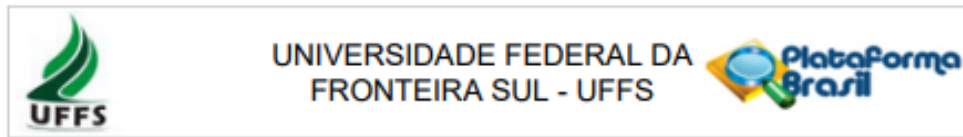
Passo Fundo, 03 de fevereiro de 2022.



Paulo Adil Ferenci
Presidente do Hospital de Clínicas de Passo Fundo

Paulo Adil Ferenci
Presidente
Hospital de Clínicas de Passo Fundo - HC

ANEXO 2 – Parecer CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DA APRESENTAÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES COM SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS

Pesquisador: Roselei Graebin

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56229422.0.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.338.776

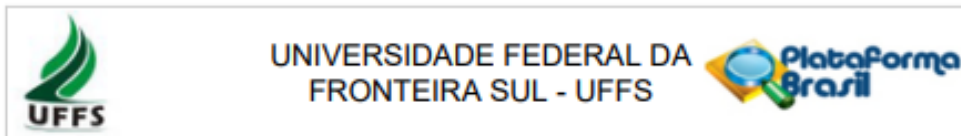
Apresentação do Projeto:

TRANSCRIÇÃO – RESUMO

"O presente estudo aborda as Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) que são caracterizadas pela oclusão parcial ou total das artérias coronárias, cursando com isquemia e necrose do músculo cardíaco. No ano de 2020 foram registradas 130.490 internações por infarto agudo do miocárdio com 64% de pessoas do sexo masculino e 41,1% de cor/raça branca. Por se tratarem de condições de alto risco à vida, os pacientes com quadros de SCA devem ser diagnosticados e o manejo clínico instituído adequadamente no menor tempo possível e por essa razão se faz necessário o reconhecimento rápido do quadro através dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, para que os exames diagnósticos sejam realizados. Por isso, o estudo se propõe a analisar o perfil clínico observado em pacientes com síndromes coronarianas agudas. Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, observacional, do tipo coorte retrospectiva, descritivo e analítico, que será realizado no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF) e abrange a população de pacientes com síndromes coronarianas agudas do município de Passo Fundo-RS. Com essa pesquisa espera-se encontrar pacientes com apresentações atípicas (equivalentes isquêmicas) com SCA, e que esses pacientes tenham um perfil clínico e epidemiológico distinto do observado nos pacientes com quadros típicos, além de apresentarem mais complicações e uma maior taxa de mortalidade em relação ao grupo de quadro clínico típico"

COMENTÁRIOS:

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
UF: SC Município: CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.338.776

Resumo apresentado no formato adequado.

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – HIPÓTESE:

Os pacientes com SCA são, em geral, idosos, com predomínio do sexo masculino, portadores de comorbidades como dislipidemia, obesidade e diabetes mellitus. Se apresentam principalmente com dor torácica típica, com irradiações para o membro superior esquerdo e sintomas associados como dispnéia, sudorese, náuseas e vômitos e síncope. Na maioria dos casos, o paciente chegara na emergência com quadros típicos sugerindo o evento isquêmico. O grupo de pacientes com apresentações atípicas tem características clínicas e epidemiológicas diferentes dos pacientes com sintomatologia típica. Pacientes com SCA apresentam alta taxa de internações, sintomas de insuficiência cardíaca, complicações mecânicas, como disfunções valvares e aneurismas ventriculares, arritmias ventriculares, taquicardia ventricular, fibrilação ventricular, arritmias supraventriculares, Bloqueios atrioventriculares, Choque cardiogênico e morte súbita. Em quadros de SCA, quando comparamos os pacientes com sintomatologia atípica aqueles com situações típicas, os primeiros podem apresentar maiores complicações. A taxa de mortalidade dos pacientes com SCA é de 15%. Pacientes com apresentações atípicas tem maior taxa de mortalidade comparados aos pacientes com quadros típicos. O grupo de pacientes com apresentações atípicas geralmente são portadores de mais comorbidades.

HIPÓTESE – COMENTÁRIOS:

Ok.

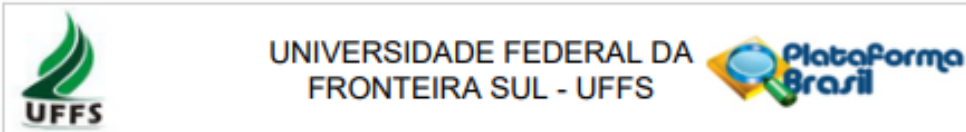
TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:

Objetivo Primário: Descrever o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com síndromes coronarianas agudas.

Objetivo Secundário:

1) Analisar as apresentações clínicas observadas em pacientes com síndromes coronarianas agudas atendidos em um serviço de emergência hospitalar.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.338.776

- 2) Comparar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com SCA de apresentação típica e atípica.
- 3) Descrever as principais complicações observadas nos pacientes com SCA.
- 4) Comparar as complicações observadas nos pacientes com apresentações típicas e atípicas.
- 5) Descrever a taxa de mortalidade dos pacientes com SCA.
- 6) Comparar as taxas de mortalidade dos pacientes com quadros típicos e atípicos. Investigar a relação entre a presença ou combinação de comorbidades com as apresentações típicas e atípicas.

OBJETIVO PRIMÁRIO – COMENTÁRIOS:

Adequado.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – COMENTÁRIOS:

Adequado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

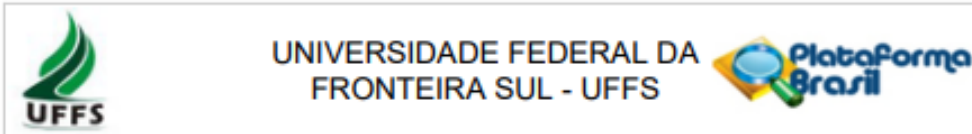
TRANSCRIÇÃO – RISCOS: "Com o acesso e manuseio das informações de prontuários hospitalares, há o risco que a identidade do paciente seja revelada. Com o objetivo de minimizar esse risco, o nome será substituído por um número (número do questionário) acompanhado do número de atendimento ou número do prontuário. Além disso, todos os membros da equipe assinarão o Termo de compromisso para Uso de dados em Arquivo (TCUDA) (apêndice C) visando garantir o sigilo e a confidencialidade das informações obtidas nos prontuários. Caso o risco de identificação dos participantes ou vazamento de dados se concretize os dados serão excluídos do estudo e a instituição será informada sobre o ocorrido"

RISCOS – COMENTÁRIOS:

Os pesquisadores identificam e descrevem os possíveis riscos aos participantes. Os pesquisadores também apresentam as medidas para minimizar a possibilidade de risco, bem como as medidas a serem adotadas caso o risco ocorra.

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS: "Por se tratar de um estudo observacional e retrospectivo, não há a possibilidade de devolução dos resultados aos pacientes do estudo, os resultados obtidos serão devolvidos ao hospital onde foi realizada a coleta, através de um relatório. Como benefícios indiretos o estudo vai contribuir na melhoria do serviço e trará benefícios aos futuros pacientes,

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.338.776

como melhoria no diagnóstico das SCA, que poderão ser reconhecidas mais facilmente e tratadas de maneira mais rápida e eficaz, de forma a reduzir complicações e mortalidade. Além disso, pretende-se contribuir com o conhecimento científico gerado através da pesquisa, com a divulgação em revistas, congressos e entender melhor quais são as apresentações clínicas o perfil clínico e epidemiológico desses pacientes*

BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS:

Pesquisadores apresentam os benefícios indiretos à população com os resultados do presente estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – DESENHO: Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, observacional, do tipo coorte retrospectiva, descritivo e analítico.

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:

Local e período do estudo: Estudo será realizado no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), em Passo Fundo, Rio Grande do Sul, de janeiro a dezembro de 2022.

População e amostra- Este estudo abrange a população de pacientes com síndromes coronarianas agudas do município de Passo Fundo-RS. A amostra, não probabilística, será composta por pacientes atendidos no Hospital de Clínicas de Passo Fundo no período de 01 de janeiro de 2020 a 31 de dezembro 2020 com diagnóstico de alguma síndrome coronariana aguda (angina pectoris CID I20, infarto agudo do miocárdio CID I21 e angina instável CID I20.0). Estimam-se que sejam incluídos 600 pacientes.

Variáveis, instrumentos e coleta de dados - Será realizada uma busca, através do setor responsável pelo sistema de prontuários eletrônicos do HCPF, do número do prontuário dos pacientes maiores de 18 anos atendidos no setor de emergência no período referido. Os pacientes serão localizados a partir da Classificação Internacional de Doenças (CID), representadas pela CID I20 (angina pectoris), CID I20.0 (angina instável) e CID I21 (infarto agudo do miocárdio). O acesso aos dados se dará a partir do fornecimento de login e senhas próprios pelo serviço da instituição. Os dados dos prontuários serão coletados e transcritos para o formulário de transcrição de dados

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



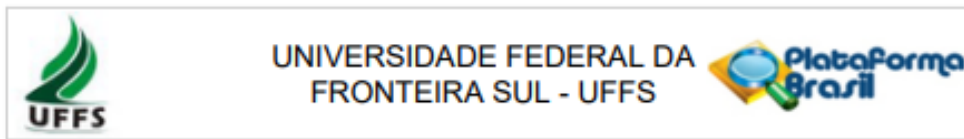
Continuação do Parecer: 5.338.776

secundários (Apêndice A). Esta coleta será realizada em ambiente privado e isolado para preservar a identidade e sigilo dos pacientes. Variáveis Coletadas: Identificação (Número do atendimento, data de admissão, data de alta hospitalar); Informações sociodemográficas (idade, sexo, raça, procedência); Informações antropométricas (Peso, altura, índice de massa corporal); Dados Clínicos (Queixas na admissão, sinais e sintomas, sinais vitais); Dados laboratoriais (Evolução da contagem dos biomarcadores; Troponina, CK-MB e Mioglobina); Diagnóstico (IAM com supra (SCACSST), IAM sem supra (SCASSST); Angina instável (AI)); Comorbidades (Dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, diabetes mellitus); Hábitos do paciente (Tabagismo, etilismo, sedentarismo) Complicações (tempo de internação, sintomas de insuficiência cardíaca, disfunções valvares, aneurismas ventriculares, arritmias supraventriculares, bloqueios atrioventriculares, arritmias ventriculares, Choque cardiogênico e parada cardiorrespiratória); Procedimentos (realização de intervenção coronária percutânea, realização de revascularização cirúrgica). Os pacientes serão divididos em dois grupos, os que apresentam sintomatologia típica e os que apresentam sintomatologia atípica e/ou assintomáticos. O critério utilizado para separação dos grupos é a dor torácica; pacientes que apresentem dor torácica com ou sem irradiações, com ou sem sintomas associados comporão o grupo "Típico". Já os pacientes com ausência de dor torácica; com presença ou não de sintomas que se encaixem nos equivalentes isquêmicos como a dispneia, síncope, tonturas, palpitações, edema agudo de pulmão e sintomas inespecíficos comporão o grupo "Atípico".

Processamento, controle de qualidade e análise dos dados - Os dados serão duplamente digitados no programa EpiData versão 3.1 (Distribuição livre), de forma a evitar a digitação de dados incorretos e possíveis vieses. A análise dos dados será realizada no programa PSPP (distribuição livre) e contemplará descrição da distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e obtenção de medidas de tendência central (média, moda e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão e variância) das variáveis contínuas. Para calcular a taxa de mortalidade será incluído no numerador o total de óbitos por SCA e no denominador a amostra do estudo. A análise da distribuição das variáveis dependentes (apresentação típica ou atípica da SCA, desfecho óbito/cura e presença ou ausência de complicações) de acordo com as variáveis independentes (Perfil clínico e epidemiológico, presença de comorbidades e apresentação típica e atípica) será verificada por meio do teste Qui-quadrado, empregando-se nível de significância de 5%.

Aspectos éticos - O projeto será submetido à Comissão de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.338.776

de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), o protocolo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul. Após a aprovação de ambos os órgãos a coleta de dados será iniciada. Para o presente estudo será solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B) uma vez que se trata de uma coleta na base de prontuários e os pacientes não tem vínculo regular com o hospital, podem morar em outras cidades e também podem ter ido a óbito. Com o acesso e manuseio das informações de prontuários hospitalares, há o risco que a identidade do paciente seja revelada. Com o objetivo de minimizar esse risco, o nome será substituído por um número (número do questionário) acompanhado do número de atendimento ou número do prontuário. Além disso, todos os membros da equipe assinarão o Termo de compromisso para Uso de dados em Arquivo (TCUDA) (apêndice C) visando garantir o sigilo e a confidencialidade das informações obtidas nos prontuários. Caso o risco de identificação dos participantes ou vazamento de dados se concretize os dados serão excluídos do estudo e a instituição será informada sobre o ocorrido. Por se tratar de um estudo observacional e retrospectivo, não há a possibilidade de devolução dos resultados aos pacientes do estudo, os resultados obtidos serão devolvidos ao hospital onde foi realizada a coleta, através de um relatório. Como benefícios indiretos o estudo vai contribuir na melhoria do serviço e trará benefícios aos futuros pacientes, como melhoria no diagnóstico das SCA, que poderão ser reconhecidas mais facilmente e tratadas de maneira mais rápida e eficaz, de forma a reduzir complicações e mortalidade. Além disso, pretende-se contribuir com o conhecimento científico gerado através da pesquisa, com a divulgação em revistas, congressos e entender melhor quais são as apresentações clínicas o perfil clínico e epidemiológico desses pacientes. Os Instrumentos de coleta preenchidos e demais materiais da pesquisa serão armazenados em local seguro, nas dependências da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo (sala dos professores), com acesso restrito aos pesquisadores. Os dados digitais serão armazenados em computador de uso pessoal do acadêmico responsável, com acesso restrito aos pesquisadores e após 5 anos todos os arquivos serão descartados permanentemente. Por fim, com este estudo poderemos contribuir com a melhoria dos diagnósticos das síndromes coronarianas agudas pelos médicos, sendo possível a redução do tempo de início do tratamento e uma maior efetividade e redução de complicações e mortalidade em uma doença de alta incidência na nossa população e que contribui significativamente com o aumento da morbimortalidade das pessoas.

Metodologia na plataforma Brasil: Em desenho foi incluído o seguinte texto "Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, observacional, do tipo coorte retrospectiva, descritivo e analítico. O

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.338.776

estudo será realizado no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), em Passo Fundo, Rio Grande do Sul, de maio a dezembro de 2022. Este estudo abrange a população de pacientes com síndromes coronarianas agudas do município de Passo Fundo-RS. A amostra, não probabilística, será composta por pacientes atendidos no Hospital de Clínicas de Passo Fundo no período de 01 de janeiro de 2020 a 31 de dezembro 2020 com diagnóstico de alguma síndrome coronariana aguda (angina pectoris CID I20, infarto agudo do miocárdio CID I21 e angina instável CID I20.0). Estimam-se que sejam incluídos 600 pacientes. Será realizada uma busca, através do setor responsável pelo sistema de prontuários eletrônicos do HCPF, do número do prontuário dos pacientes maiores de 18 anos atendidos no setor de emergência no período referido. Os pacientes serão localizados a partir da Classificação Internacional de Doenças (CID), representadas pela CID I20 (angina pectoris), CID I20.0 (angina instável) e CID I21 (infarto agudo do miocárdio). O acesso aos dados se dará a partir do fornecimento de login e senhas próprios pelo serviço da instituição. Os dados dos prontuários serão coletados e transcritos para o formulário de transcrição de dados secundários (Apêndice A). Esta coleta será realizada pelo acadêmico autor do projeto em ambiente privado e isolado para preservar a identidade e sigilo dos pacientes. Variáveis Coletadas: Identificação (Número do atendimento, data de admissão, data de alta hospitalar); Informações sociodemográficas (idade, sexo, raça, procedência); Informações antropométricas (Peso, altura, índice de massa corporal); Dados Clínicos (Queixas na admissão, sinais e sintomas, sinais vitais); Dados laboratoriais (Evolução da contagem dos biomarcadores; Troponina, CK-MB e Mioglobina); Diagnóstico (IAM com supra (SCACSST), IAM sem supra (SCACSST); Angina instável (AI)); Comorbidades (Dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, diabetes mellitus); Hábitos do paciente (Tabagismo, etilismo, sedentarismo) Complicações (tempo de internação, sintomas de insuficiência cardíaca, disfunções valvares, aneurismas ventriculares, arritmias supraventriculares, bloqueios atrioventriculares, arritmias ventriculares, Choque cardiogênico e parada cardiorrespiratória); Procedimentos (realização de intervenção coronária percutânea, realização de revascularização cirúrgica). Os pacientes serão divididos em dois grupos, os que apresentam sintomatologia típica e os que apresentam sintomatologia atípica e/ou assintomáticos. O critério utilizado para separação dos grupos é a dor torácica; pacientes que apresentem dor torácica com ou sem irradiações, com ou sem sintomas associados comporão o grupo "Típico". Já os pacientes com ausência de dor torácica; com presença ou não de sintomas que se encaixem nos equivalentes isquêmicos como a dispneia, síncope, tonturas, palpitações, edema agudo de pulmão e sintomas inespecíficos comporão o grupo "Atípico". Em metodologia proposta foi incluído: "O projeto será submetido à Comissão de Pesquisa e Pós-

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



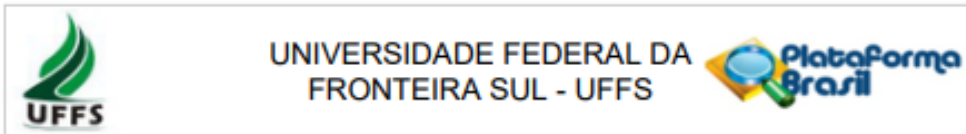
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.338.776

Graduação do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), o protocolo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul. Após a aprovação de ambos os órgãos a coleta de dados será iniciada. Para o presente estudo será solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B) uma vez que se trata de uma coleta na base de prontuários e os pacientes não tem vínculo regular com o hospital, podem morar em outras cidades e também podem ter ido a óbito. Com o acesso e manuseio das informações de prontuários hospitalares, há o risco que a identidade do paciente seja revelada. Com o objetivo de minimizar esse risco, o nome será substituído por um número (número do questionário) acompanhado do número de atendimento ou número do prontuário. Além disso, todos os membros da equipe assinarão o Termo de compromisso para Uso de dados em Arquivo (TCUDA) (apêndice C) visando garantir o sigilo e a confidencialidade das informações obtidas nos prontuários. Caso o risco de identificação dos participantes ou vazamento de dados se concretize os dados serão excluídos do estudo e a instituição será informada sobre o ocorrido. Por se tratar de um estudo observacional e retrospectivo, não há a possibilidade de devolução dos resultados aos pacientes do estudo, os resultados obtidos serão devolvidos ao hospital onde foi realizada a coleta, através de um relatório. Como benefícios indiretos o estudo vai contribuir na melhoria do serviço e trará benefícios aos futuros pacientes, como melhoria no diagnóstico das SCA, que poderão ser reconhecidas mais facilmente e tratadas de maneira mais rápida e eficaz, de forma a reduzir complicações e mortalidade. Além disso, pretende-se contribuir com o conhecimento científico gerado através da pesquisa, com a divulgação em revistas, congressos e entender melhor quais são as apresentações clínicas o perfil clínico e epidemiológico desses pacientes. Os Instrumentos de coleta preenchidos e demais materiais da pesquisa serão armazenados em local seguro, nas dependências da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo (sala dos professores), com acesso restrito aos pesquisadores. Os dados digitais serão armazenados em computador de uso pessoal do acadêmico responsável, com acesso restrito aos pesquisadores e após 5 anos todos os arquivos serão descartados permanentemente. Por fim, com este estudo poderemos contribuir com a melhoria dos diagnósticos das síndromes coronarianas agudas pelos médicos, sendo possível a redução do tempo de início do tratamento e uma maior efetividade e redução de complicações e mortalidade em uma doença de alta incidência na nossa população e que contribui significativamente com o aumento da morbimortalidade das pessoas."

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.338.776

DESENHO e METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS:

Pesquisadores apresentam a metodologia bem descrita e com detalhes.
Pesquisadores realizaram as adequações solicitadas no primeiro parecer.

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

Crêterios de Inclusão: Pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de síndrome coronariana aguda atendidos no Hospital de Clínicas de Passo Fundo, maiores de 18 anos.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO – COMENTÁRIOS:

Adequado.

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:

Crêterios de exclusão: Pacientes cujos prontuários estiverem incompletos, não constem registros e/ou histórico clínico e cujos exames não confirmem ou descartem diagnósticos de SCA.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO – COMENTÁRIOS:

Adequado.

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados serão duplamente digitados no programa EpiData versão 3.1 (Distribuição livre), de forma a evitar a digitação de dados incorretos e possíveis vieses. A análise dos dados será realizada no programa PSPP (distribuição livre) e contemplará descrição da distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e obtenção de medidas de tendência central (média, moda e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão e variância) das variáveis

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.338.776

DESENHO e METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS:

Pesquisadores apresentam a metodologia bem descrita e com detalhes.

Pesquisadores realizaram as adequações solicitadas no primeiro parecer.

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

Critérios de Inclusão: Pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de síndrome coronariana aguda atendidos no Hospital de Clínicas de Passo Fundo, maiores de 18 anos.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO – COMENTÁRIOS:

Adequado.

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:

Critérios de exclusão: Pacientes cujos prontuários estiverem incompletos, não constem registros e/ou histórico clínico e cujos exames não confirmem ou descartem diagnósticos de SCA.

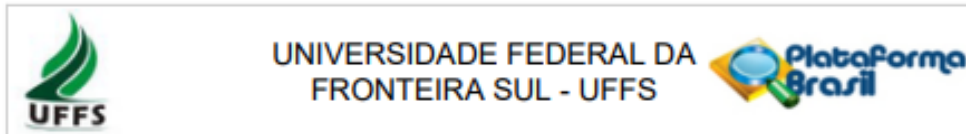
CRITÉRIO DE EXCLUSÃO – COMENTÁRIOS:

Adequado.

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados serão duplamente digitados no programa EpiData versão 3.1 (Distribuição livre), de forma a evitar a digitação de dados incorretos e possíveis vieses. A análise dos dados será realizada no programa PSPP (distribuição livre) e contemplará descrição da distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e obtenção de medidas de tendência central (média, moda e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão e variância) das variáveis

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.338.776

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO:

Adequado.

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido (para maiores de 18 anos), e/ou Termo de assentimento (para menores de 18 anos), e/ou Termo de consentimento livre e esclarecido para os pais ou responsáveis: Solicita dispensa. Projeto com metodologia baseada em coleta de dados secundários.

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS:

Adequado.

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO (por exemplo: prontuários):

Adequado.

JUSTIFICATIVA PARA A NÃO-OBTENÇÃO (OU DISPENSA) DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Utilização de prontuários para a coleta de dados. São prontuários antigos, com a possibilidade de pacientes que vieram à óbito e/ou mudaram de endereço e não atualizaram os dados.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

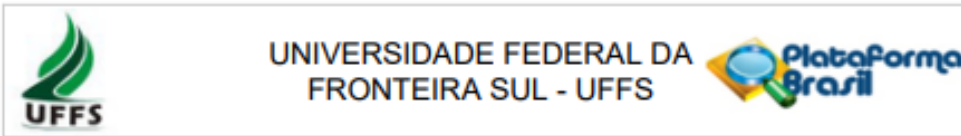
Nada a declarar.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
UF: SC Município: CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.338.776

pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

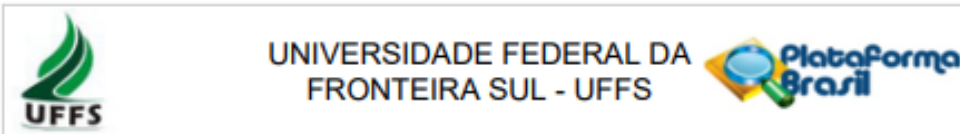
Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1866189.pdf	25/03/2022 09:32:38		Aceito
Outros	carta_pendencias.doc	25/03/2022 09:02:06	Vitor Miguel Ribeiro Soares Santos	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.338.776

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa_corrigido.docx	25/03/2022 08:54:39	Vitor Miguel Ribeiro Soares Santos	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto1.pdf	22/02/2022 14:55:36	Vitor Miguel Ribeiro Soares Santos	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_PARA_REALIZACAO DE_PESQUISA_ACADEMICA_HC.pdf	19/02/2022 17:28:16	Vitor Miguel Ribeiro Soares Santos	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA USO_DE_DADOS_EM_ARQUIVO.pdf	19/02/2022 17:22:24	Vitor Miguel Ribeiro Soares Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO_SOLICITACAO_D E_DISPENSA.pdf	19/02/2022 17:20:11	Vitor Miguel Ribeiro Soares Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.docx	19/02/2022 17:17:52	Vitor Miguel Ribeiro Soares Santos	Aceito
Outros	FORMULARIO_DE_DADOS.docx	26/11/2021 10:06:33	Vitor Miguel Ribeiro Soares Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 07 de Abril de 2022

Assinado por:
Fabiane de Andrade Leite
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

ANEXO 3 – Normas de Submissão (Arquivos Brasileiros de Cardiologia)

ARTIGO ORIGINAL

1- Folha de rosto

- Deve conter o título completo, conciso e descritivo do manuscrito em português (150 caracteres incluindo espaços).
- Deve conter o título completo em inglês (150 caracteres incluindo espaços).
- Deve conter um título curto (até 50 caracteres, incluindo espaços) para ser utilizado no cabeçalho das demais páginas do manuscrito.
- Devem ser incluídos de três a cinco descritores (palavras-chave), bem como sua tradução em inglês. As palavras-chave devem ser procuradas nos seguintes sites: <http://decs.bvs.br/> , que contém termos em português, espanhol e inglês ou www.nlm.nih.gov/mesh , apenas para termos em inglês.
- A contagem de palavras do manuscrito deve ser informada.

2- Resumo

- Resumo de até 250 palavras.
- Estruturado em cinco seções:
Antecedentes (fundamento do estudo);
Objetivos;
Métodos (breve descrição da metodologia utilizada);
Resultados (apenas os principais e mais significativos);
Conclusões (frase(s) breve(s) com interpretação dos dados).
- Por favor, não inclua referências no resumo.
- Por favor, inclua números absolutos nos resultados, juntamente com sua significância estatística verificada com valor p, porcentagens (%) e outros métodos de análise. Dados sem significância estatística verificada não serão aceitos. Por exemplo: “a medida subiu, desceu” etc.).

3- Corpo do Manuscrito:

Deve ser dividido em cinco seções: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões.

- Introdução: Sugerimos não ultrapassar 350 palavras.

Descreva os antecedentes do estudo, justificando-o com base na literatura, delineando a lacuna científica que motivou a investigação e o porquê.

No último parágrafo, enfatize os objetivos primários e secundários do estudo com base na lacuna científica a ser investigada.

- Métodos: Descreva detalhadamente como os sujeitos da pesquisa observacional ou experimental foram selecionados (pacientes ou animais em experimentação, incluindo o grupo controle, se houver), incluindo idade e sexo.

A definição de raças deve ser utilizada sempre que possível e deve ser esclarecida e quando pertinente ao assunto explorado.

Descreva o equipamento e os reagentes usados (incluindo o nome do fabricante, modelo e país de fabricação, quando apropriado) e forneça detalhes de procedimentos e técnicas para permitir que outros pesquisadores reproduzam seus dados.

Descreva detalhadamente os métodos, informando para que foram utilizados, suas capacidades e limitações.

Descreva todos os medicamentos usados, incluindo doses e vias de administração. Descrever o protocolo utilizado (intervenções, resultados, métodos de alocação, mascaramento e análise estatística).

Para estudos em humanos, estabelecer se o manuscrito foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa, se os pacientes assinaram o termo de consentimento informado e se está de acordo com a resolução 466/2012.

Descreva os métodos estatísticos que foram usados para derivar os resultados e justifique.

- Resultados: claramente exibidos, devem ser subdivididos em itens sempre que possível e apoiados por alguns gráficos, tabelas e figuras. Evite redundância na apresentação dos dados, como no corpo do manuscrito e nas tabelas.

É da maior importância que a significância estatística seja devidamente fundamentada.

- Discussão: Está diretamente relacionado ao tema proposto quando analisado à luz da literatura, destacando aspectos novos e importantes do estudo, suas implicações e limitações. A comparação com manuscritos publicados anteriormente que abordam o mesmo assunto de pesquisa é um ponto importante. A comparação deve destacar as novas contribuições trazidas pelos resultados do estudo e suas implicações clínicas ou translacionais. O último parágrafo deve expressar conclusões ou, se for o caso, recomendações e implicações clínicas.

- Conclusões: Devem responder diretamente aos objetivos propostos no estudo e se basear estritamente nos dados. Conclusões não baseadas nos resultados apresentados no manuscrito podem fazer com que o manuscrito não seja aceito diretamente no processo de revisão. Declarações curtas e objetivas devem levar em conta os principais achados do manuscrito, com base nos resultados.

- Verifique as informações sobre manuscritos originais de pesquisas clínicas/ensaios clínicos.

4- Agradecimentos

- Devem vir no final. Nesta seção, você pode reconhecer todas as fontes de apoio ao projeto de pesquisa, bem como contribuições individuais.

- Cada pessoa mencionada na seção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão de seus nomes, pois isso pode ser interpretado como endosso dos dados e conclusões.

- Não é necessário consentimento por escrito dos membros da equipe ou parceiros externos, desde que sua função esteja descrita nos agradecimentos.

5- Figuras e Tabelas

- A quantidade de tabelas e figuras recomendadas para este tipo de manuscrito pode ser consultada acessando a tabela resumo.

- Tabelas: Devem ser numeradas por ordem de aparecimento e adotadas quando necessário para ajudar os leitores a compreender o conteúdo apresentado no manuscrito. As tabelas não devem conter nenhum dado previamente relatado no texto. Indique os marcadores de rodapé na seguinte ordem: *, †, ‡, §, //, ¶, #, **, ††, etc. As tabelas devem ser editadas em Word ou software similar. Os autores devem utilizar as tabelas e figuras padrão recomendadas pela ABNT. De acordo com essas normas, as tabelas não devem ter linhas laterais, devem ser identificadas por número e título, que devem vir acima da tabela. A fonte, mesmo que seja o próprio

autor, deve vir abaixo

- Figuras: As figuras devem estar em boa resolução para que possam ser avaliadas pelos revisores. De acordo com as normas da ABNT, as ilustrações devem apresentar uma palavra descritiva, o número de acordo com a ordem de aparição e o título acima da imagem. A fonte deve vir abaixo. Quaisquer abreviaturas utilizadas nas ilustrações devem ser explicadas nas legendas.

É obrigatório o envio de uma ilustração central que resuma os principais dados do artigo, ou seja, uma ilustração central dos resultados do artigo. Você pode usar montagens de outras figuras de artigos ou criar uma nova imagem.

Exemplo de uma ilustração central: <https://abccardiol.org/en/article/position-statement-on-cardiovascular-safety-of-vaccines-against-covid-19-2022/>

Figuras e ilustrações devem ser anexadas em arquivos separados, na seção apropriada do sistema, com extensão JPEG, PNG ou TIFF.

- Imagens e vídeos: Os manuscritos aprovados contendo exames (por exemplo, ecocardiogramas e filmes de angiografia coronária) devem ser enviados pelo sistema de submissão de manuscritos como filmes em formato MP4.

6- Referências

- ABC Cardiol adota o Vancouver Standards — Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical (www.icmje.org).
- As referências devem ser citadas numericamente, conforme aparecem no texto, em sobrescrito.
- Se mais de duas referências forem citadas em sequência, apenas a primeira e a última referências devem ser digitadas, separadas por um travessão (Exemplo: 5-8).
- Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula (Exemplo: 12, 19, 23). As abreviaturas devem ser escritas por extenso quando aparecem pela primeira vez no texto.
- As referências devem ser alinhadas à esquerda.
- Comunicações pessoais e dados inéditos não devem ser incluídos na lista de referências; devem ser mencionados apenas no texto e em nota de rodapé na página em que são mencionados.
- Mencionar todos os autores apenas se houver seis ou menos autores, ou apenas os seis primeiros autores seguidos de et al., se houver mais de seis autores.
- As abreviaturas do título do periódico devem estar em conformidade com o Index Medicus/Medline — Lista de periódicos indexados no Index Medicus ou conforme estabelecido em <http://locatorplus.gov/> .
- Apenas periódicos indexados podem ser citados. Todos os livros citados devem ter um número ISBN (International Standard Book Number).
- Resumos apresentados em congressos só serão aceitos até dois anos após a apresentação e suas referências devem incluir o termo “abstract from a conference” ou “abstract”.
- O número de referências recomendadas para cada tipo de artigo pode ser encontrado na tabela resumo.
- Política de apreciação: Os editores incentivam os autores a citar artigos publicados na ABC Cardiol e aqueles provenientes da comunidade científica brasileira.

Original Article. Disponível em: <<https://abccardiol.org/en/original-article/>>.

Acesso em: 14 nov. 2022.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

Folha de rosto

Análise comparativa dos perfis clínico e epidemiológico dos pacientes com síndromes coronarianas agudas

Comparative analysis of clinical and epidemiological profiles of patients with acute coronary syndromes

Análise do perfil dos pacientes com SCA

Palavras-chave: Síndromes Coronarianas Agudas; Dor no peito; Avaliação de Sintomas.

Keywords: Acute Coronary Syndrom; Chest pain; Symptom Assessment.

Análise comparativa dos perfis clínico e epidemiológico dos pacientes com síndromes coronarianas agudas típicas e atípicas

Vitor Miguel Ribeiro Soares Santos

Roselei Graebin

Renata dos Santos Rabello

Eduardo Pitthan

Resumo

Fundamento: Grande parte dos pacientes com síndromes coronarianas agudas (SCA) se apresentam com sintomatologia típica e esses pacientes tem atrasos diagnósticos e terapêuticos, tem piores desfechos e maior mortalidade.

Objetivo: Analisar as apresentações clínicas e comparar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com síndromes coronarianas agudas (SCA) com quadros típicos e atípicos.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectiva com pacientes com síndromes coronarianas agudas atendidos em um hospital terciário do norte gaúcho no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro 2020. Foram analisados prontuários de 268 pacientes, agrupados em quadros típicos e atípicos e comparadas as características clínicas e sociodemográficas desses grupos.

Resultados: Foi observado que 43,3% dos pacientes tiveram diagnóstico de angina instável (AI), 35,1% de infarto agudo do miocárdio com supra desnível do segmento ST (IAMCSST) e 21,6% de infarto agudo do miocárdio sem supra desnível no segmento ST. Quanto ao quadro clínico, 32,1% dos pacientes apresentaram quadro clínico atípico. A amostra estudada apresentou uma taxa de óbitos de 3,4%. Não houveram diferenças estatisticamente significantes quando comparados pacientes com quadros típicos e atípicos ($p < 0,05$). **Conclusão:** O quadro clínico evidencia dor torácica em aperto em localização retroesternal e irradiação para o membro superior esquerdo e associada a dispneia. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos perfis clínico e epidemiológico, gravidade, complicações e mortalidade quando comparados os pacientes com apresentações atípicas e típicas.

Palavras-chave: Síndromes Coronarianas Agudas; Dor no peito; Avaliação de Sintomas.

Abstract

Background: Most patients with acute coronary syndromes (ACS) present with typical symptoms and these patients have diagnostic and therapeutic delays, worse outcomes and higher mortality.

Objective: To analyze the clinical presentations and compare the clinical and epidemiological profile of patients with acute coronary syndromes (ACS) with typical and atypical conditions.

Methodology: Retrospective cohort study with patients with acute coronary syndromes treated at a tertiary hospital in the northern of Rio Grande do Sul from January 1 to December 31 2020. The medical records of 268 patients were analyzed, grouped into typical and atypical conditions, and the clinical and sociodemographic characteristics of these groups were compared.

Results: It has been observed that 43.3% of the patients had a diagnosis of unstable angina (UA), 35.1% of acute myocardial infarction with ST-segment elevation (STEMI) and 21.6% of acute myocardial infarction without elevation gap in the ST segment. As for the clinical framework, 32.1% of the patients had an atypical clinical picture. The studied sample had a death rate of 3.4%. There were no statistically significant differences when comparing patients with typical and atypical conditions ($p < 0.05$).

Conclusion: The clinical framework shows tight chest pain in a retrosternal location and irradiation to the left upper limb and associated with dyspnea. No statistically significant differences were observed in clinical and epidemiological profiles, severity, complications and mortality when comparing patients with atypical and typical presentations.

Keywords: Acute Coronary Sindrom; Chest pain; Symptom Assessment.

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são a primeira causa de mortalidade no Brasil, em 2019 foram responsáveis por 397.993 mortes e as doenças isquêmicas do coração (DIC) são as principais causas de morte entre as DCV, responsáveis por 171.246 mortes no mesmo ano.¹

Segundo o Registro Brasileiro de síndromes coronarianas agudas (RBSCA) realizado entre 2003 e 2008, 42,4% dos pacientes com síndromes coronarianas agudas (SCA) tem o diagnóstico final de Angina Instável (AI), 19,6% de Infarto agudo do miocárdio sem supradesnível de ST (IAMSSST) e 35,3% de infarto agudo do miocárdio com supradesnível de ST (IAMCSST) e a mortalidade global desses pacientes foi de 5,53%.²

Uma estimativa de custos em saúde calculou que o infarto agudo do miocárdio acarretou um custo financeiro de R\$ 22,4 bilhões/6,9 bilhões de dólares no ano de 2015, além de ter sido mais custosa aos serviços de saúde que doenças como insuficiência cardíaca (IC), hipertensão e fibrilação atrial.³

Nem todos os pacientes apresentam dor torácica típica na avaliação inicial da SCA e esses pacientes representam uma parcela importante dos casos.⁴ Heberdem foi quem primeiro descreveu a dor torácica típica, diferente da dor torácica atípica, que ficou como qualquer dor torácica que difere clinicamente da apresentação clássica definida.⁵

Os pacientes atípicos procuram mais tardiamente por atendimento, apresentam frequentemente atrasos diagnósticos, recebem tratamentos menos agressivos e menos específicos, têm piores desfechos e apresentam maior mortalidade hospitalar.^{4,5,6}

Este estudo tem como objetivos analisar as apresentações clínicas dos pacientes atendidos na emergência com diagnóstico de SCA e comparar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com quadros típicos e atípicos.

Metodologia

Estudo do tipo coorte retrospectiva com pacientes com síndromes coronarianas agudas no município de Passo Fundo/RS. A amostra, não probabilística, foi composta por pacientes atendidos no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF) no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro 2020 com diagnóstico de alguma síndrome

coronariana aguda (angina pectoris CID I20, infarto agudo do miocárdio CID I21 e angina instável CID I20.0). Foram incluídos no estudo os pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de síndrome coronariana aguda atendidos no setor de emergência/ unidade de dor torácica do Hospital de Clínicas de Passo Fundo, maiores de 18 anos. Foram excluídos pacientes cujos prontuários estiverem incompletos, não constem registros e/ou histórico clínico ou cujos exames não confirmem ou descartem diagnósticos de SCA, com encaminhamento eletivo para estratificação invasiva ou cinecoronariografia e pacientes transferidos para realização de estratificação invasiva após 24h de manejo do episódio inicial de SCA em outro hospital.

Foram analisadas variáveis sociodemográficas, informações antropométricas, dados clínicos e laboratoriais, comorbidades, hábitos do paciente, complicações e procedimentos realizados durante o período internação dos pacientes na instituição. Os pacientes foram caracterizados em quadros típicos e atípicos seguindo as características clínicas (caráter da dor, localização, irradiações, sintomas associados, fatores desencadeantes ou piora e fatores de melhora e sintomas equivalentes anginosos) descritas em detalhes no Quadro 1.

Os dados foram digitados no programa EpiData versão 3.1 (Distribuição livre) e analisados no programa PSPP (distribuição livre) através de análises descritivas e calculadas as frequências relativas e absolutas das variáveis. O teste Qui-Quadrado com nível de significância de 5% utilizou como variável dependente a apresentação típica ou atípica de SCA, desfechos e presença ou ausência de complicações. De acordo com as variáveis independentes perfil clínico e epidemiológico, presença de comorbidades e apresentação típica e atípica.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFS) em maio de 2022 sob parecer número 5.338.776.

Quadro 1. Caracterização e agrupamento dos sintomas típicos e atípicos.

Típica	Atípica
<ul style="list-style-type: none"> • Caráter da dor <ul style="list-style-type: none"> ○ Desconforto ○ Aperto ou opressão ○ Queimação ○ Peso • Localização <ul style="list-style-type: none"> ○ Retroesternal ○ Precórdio ○ Hemitórax esquerdo • Irradiação <ul style="list-style-type: none"> ○ MSE 	<ul style="list-style-type: none"> • Caráter da dor <ul style="list-style-type: none"> ○ Aguda ○ Rasgando ○ Ardência ○ Fisgada ○ Facada ○ Pontada • Localização <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemitórax Direito ○ Cervical isolada ○ Mandíbula

-
- Cervical
 - Mandíbula
 - Sintomas associados
 - Dispneia
 - Sudorese
 - Náuseas e vômitos
 - Sincope
 - Fator desencadeante ou piora
 - Atividades físicas
 - Estresse emocional
 - Refeição
 - Frio
 - Fator de melhora
 - Repouso
 - Nitratos
 - Medicações
 - Dorso
 - Epigástrico
 - Irradiação
 - Extremidades inferiores
 - Dorso
 - MSD isolado
 - Epigástrico
 - Fator desencadeante ou piora
 - Respiração
 - Tosse
 - Movimento
 - Palpação
 - Decúbito
 - Fator de melhora
 - Posição ou decúbito
 - Equivalente
 - Dispneia isolada
 - Ausência de dor torácica

Fonte: Braunwald, Eugene. Tratado de medicina cardiovascular. 6.ed. São Paulo: roca, 2006. v.1 e v. 2; 2021 AHA/ACC/AASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain – Journal of the American College of Cardiology – Adaptado /Legenda: membro superior esquerdo (MSE); membro superior direito (MSD);

Resultados

No período do estudo foram atendidos 268 pacientes nos setores de emergência, unidades de dor torácica e hemodinâmica com diagnóstico final de alguma síndrome coronariana aguda sendo desses pacientes 116 (43,3%) com angina instável (AI), 94 (35,1%) com infarto agudo do miocárdio com supra desnível do segmento ST (IAMCSST) e 58 (21,6%) com infarto agudo do miocárdio sem supra desnível no segmento ST.

Na amostra estudada houve um predomínio do sexo masculino com 166 (61,9%), raça branca 240 (89,6%), 96 (35,8%) pacientes na faixa etária de 18 a 59 anos e 91 (34%) na faixa etária dos 60 aos 69 anos com idade média de 63,3 anos \pm 11,8. Com relação procedência 206 (76,9%) eram de outro município (Tabela 1).

Tabela 1. Dados demográficos de uma amostra de pacientes com síndromes coronarianas agudas atendidos no setor de emergência. Passo Fundo, RS, 2020 (n=268).

Variáveis	n	%
Diagnóstico		
AI	116	43,3
IAMCSST	94	35,1
IAMSSST	58	21,6
Sexo		
Feminino	102	38,1
Masculino	166	61,9

Raça		
Branca	240	89,6
Outras	28	10,4
Faixa etária		
18 – 59	95	35,4
60 – 69	91	34
70 – 79	60	22,4
≥ 80	22	8,2
Procedência		
Passo Fundo	62	23,1
Outro município	206	76,9

Legenda: angina instável (AI); infarto agudo do miocárdio com supradesnível de ST (IAMCSST); infarto agudo do miocárdio sem supradesnível de ST (IAMSSST);

Com relação ao quadro clínico dos pacientes na admissão, apresentado na tabela 2, 255 (95,1%) apresentaram dor torácica e 10 (3,7%) apresentaram dor epigástrica. A dor em aperto ou opressão foi relatada por 104 (38,8%) pacientes, seguida pela dor em queimação com 67 (25%) relatos. A localização retroesternal foi predominante e foi relatada por 102 (38,1%) pacientes e a localização precordial por 66 (24,6%) pacientes. Foi relatada a presença de irradiação por 170 (63,4%) pacientes, sendo os locais de irradiação mais prevalentes o membro superior esquerdo (MSE) com 100 (37,3%) relatos, cervical com 47 (17,5%) relatos, membro superior direito (MSD) com 42 (15,7%) relatos e dorso com 37 (13,8%) relatos. Com relação aos sintomas associados, a dispneia foi o mais prevalente, sendo referida por 88 (32,8%) pacientes, diaforese por 33 (12,3%) e náuseas por 32 (11,9%) pacientes. Quando observado o tempo de internação, a maioria dos pacientes permaneceram no hospital entre 4 e 10 dias, sendo a média 6 dias de internação.

Da amostra estudada, 203 (75,7%) pacientes tinham diagnóstico de hipertensão arterial, 95 (35,4%) tinham diagnóstico de diabetes mellitus e 62 (34,3%) de dislipidemia. As principais complicações observadas nos pacientes internados com diagnóstico de SCA foram sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, observados em 90 (33,6%) pacientes, seguido de disfunções valvares observadas em 52 (19,4%) pacientes e instabilidade hemodinâmica observada em 19 (7,1%) pacientes internados.

Com relação as intervenções realizadas, a cinecoronariografia foi o procedimento mais observado, sendo realizada em 260 (97%) pacientes, a angioplastia coronária transluminal percutânea (ACTP) foi realizada em 158 (59%)

pacientes e a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) foi realizada em 19 (7,1%) pacientes.

Observou-se que 9 pacientes evoluíram a óbito no ambiente hospitalar, uma taxa de óbito de 3,4%. A mortalidade em 30 dias foi a mesma. Os pacientes foram classificados quanto ao quadro clínico em Típico e Atípico, sendo que o primeiro grupo foi composto por 182 (67,9%) pacientes e o segundo por 86 (32,1%) pacientes (Tabela 2).

Tabela 2. Dados clínicos de uma amostra de pacientes com síndromes coronarianas agudas na emergência. Passo Fundo, RS, 2020 (n=268).

Variáveis	n	%
Dor Torácica	255	95,1
Ausência de dor torácica	13	4,9
Dor epigástrica	10	3,7
Caráter da dor		
Aperto ou opressão	104	38,8
Queimação	67	25
Ardência	17	6,3
Pontada	7	2,6
Fisgada	6	2,2
Rasgando	5	1,9
Desconforto	4	1,5
Facada	1	0,4
Não informado	57	21,3
Localização da dor		
Retroesternal	102	38,1
Precordial	66	24,6
Outra localização	100	37,3
Não informado	83	31
Irradiação	170	63,4
MSE	100	37,3
Cervical	47	17,5
MSD	42	15,7
Dorso	37	13,8
Epigástrico	15	5,6
Mandíbula	10	3,7
Face	2	0,7
Sintomas associados		
Dispneia	88	32,8
Diaforese	33	12,3
Náuseas	32	11,9
Tontura	14	5,2
Vômito	12	4,5
Síncope	7	2,6
Palpitação	6	2,2

Comorbidades		
Hipertensão	203	75,7
Diabetes Mellitus	95	35,4
Dislipidemia	92	34,3
Obesidade	60	22,4
Sobrepeso	10	3,7
Multimorbidade	140	52,2
Tempo de permanência hospitalar		
1 a 3 dias	94	35,1
4 a 10 dias	153	57,1
Superior 10 dias	21	7,8
Complicações		
Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca	90	33,6
Disfunções valvares	52	19,4
Instabilidade hemodinâmica	19	7,1
Arritmias supraventriculares	17	6,3
Arritmias ventriculares	15	5,6
Parada cardiorrespiratória	12	4,5
Choque cardiogênico	6	2,2
Dissecção coronária espontânea	6	2,2
Tronco coronário esquerdo	2	0,7
A. Descendente Anterior	1	0,4
A. Circunflexa	2	0,7
A. Coronária Direita	1	0,4
Bloqueio atrioventricular	4	1,5
Aneurismas ventriculares	2	0,7
Intervenções		
Cinecoronariografia	260	97
Angioplastia	158	59
Cirurgia de revascularização do miocárdio	19	7,1
Óbitos		
Intra-hospitalar	9	3,4
30 dias	9	3,4
Quadro Clínico		
Típico	182	67,9
Atípico	86	32,1

Legenda: membro superior esquerdo (MSE); membro superior direito (MSD);

Na comparação entre os grupos Atípico e Típico, O primeiro teve 34 (39,5) pacientes com diagnóstico de angina instável (AI), 32 (37,2%) com diagnóstico de IAMCSST e 20 (23,3%) com diagnóstico de IAMSSST enquanto no segundo grupo os números foram 82 (45,1%), 62 (34,1%) e 38 (20,9%) respectivamente.

Quanto ao perfil sociodemográfico, no grupo atípico 60 (69,8%) pacientes eram do sexo masculino e no grupo típico o número de pacientes do sexo masculino foi de

106 (58,2%) pacientes. No grupo atípico 77 (89,5%) pacientes eram brancos enquanto no grupo típico 163 (89,6) pertenciam a essa etnia.

Dos pacientes classificados com quadros atípicos, 33 (38,4%) estavam na faixa etária entre 18 e 59 anos e 28 (32,6%) entre 60 e 69 anos enquanto dos pacientes típicos 62 (34,1%) estavam na faixa etária de 18 a 59 anos e 63 (34,6%) de 60 a 69 anos (Tabela 3).

Com relação as comorbidades, dos pacientes atípicos 60 (69,8%) tinham hipertensão arterial, 28 (32,6%) tinham diabetes mellitus e 35 (40,7%) dislipidemia, já dos pacientes típicos 143 (78,6%) eram hipertensos, 67 (36,8%) eram diabéticos e 57 (31,3) tinham diagnóstico de dislipidemias. No grupo dos pacientes classificados com quadros atípicos 42 (48,8%) tinham multimorbidade, ou seja, 2 ou mais doenças concomitantes, enquanto nos pacientes com quadros típicos 98 (53,8%) também tinham esse diagnóstico. A maioria dos pacientes permaneceram no ambiente hospitalar entre 4 e 10 dias, 48 (55,8%) eram do grupo atípico e 105 (57,7%) do grupo típico.

As complicações mais observadas nos pacientes atípicos foram sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, presentes em 30 (34,9%) pacientes, disfunções valvares em 16 (18,6%) e instabilidade hemodinâmica em 6 (7%) pacientes enquanto que nos pacientes típicos os sinais e sintomas de insuficiência cardíaca estavam presentes em 60 (33%) pacientes, Disfunções valvares em 36 (19,8%) e instabilidade hemodinâmica foi uma complicação vista em 13 (7,1%) pacientes desse grupo.

Quanto as intervenções realizadas, a cinecoronariografia foi realizada em 82 (95,3%) pacientes do grupo atípico e 178 (97,8%) pacientes do grupo típico. Angioplastia foi realizada em 52 (60,5%) pacientes do grupo atípico e 106 (58,2%) pacientes do grupo típico. Ainda 5 (5,8%) pacientes do grupo atípico foram submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) enquanto esse número foi de 14 (7,7%) pacientes do grupo típico.

Ao fim do estudo, 9 pacientes evoluíram a óbito em ambientes hospitalar no período analisado, desses pacientes 4 (4,7%) eram pacientes do grupo atípico (Tabela 3). Nas variáveis estudadas, não houveram diferenças estatisticamente significantes quando comparados os pacientes típicos e atípicos ($p < 0,05$).

Tabela 3. Comparação do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com quadros clínicos típicos e atípicos. Passo Fundo, RS, 2020 (n=268).

Variáveis	Atípico		Típico		p
	n	%	n	%	
Diagnóstico					
AI	34	39,5	82	45,1	0,395
IAMCSST	32	37,2	62	34,1	0,615
IAMSSST	20	23,3	38	20,9	0,659
Sexo					
Feminino	26	30,2	76	41,8	0,070
Masculino	60	69,8	106	58,2	
Raça					
Branca	77	89,5	163	89,6	0,995
Outras	9	10,5	19	10,4	
Faixa etária					
18 – 59	33	38,4	62	34,1	0,500
60 – 69	28	32,6	63	34,6	
70 – 79	18	20,9	42	23,1	
≥ 80	7	8,1	15	5,6	
Comorbidades					
Hipertensão	60	69,8	143	78,6	0,116
Diabetes Mellitus	28	32,6	67	36,8	0,497
Dislipidemia	35	40,7	57	31,3	0,131
Obesidade	15	17,4	45	24,7	0,182
Sobrepeso	5	2,7	5	5,8	0,392
Multimorbidade	42	48,8	98	53,8	0,443
Tempo de permanência hospitalar					
1 a 3 dias	32	37	62	34,1	0,852
4 a 10 dias	48	55,8	105	57,7	
Superior 10 dias	6	7	15	8,2	
Complicações					
Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca	30	34,9	60	33	0,756
Disfunções valvares	16	18,6	36	19,8	0,820
Instabilidade hemodinâmica	6	7	13	7,1	0,961
Arritmias supraventriculares	5	5,8	12	6,6	0,807
Arritmias ventriculares	4	4,7	11	6	0,643
Parada cardiorrespiratória	4	4,7	8	4,4	0,925
Choque cardiogênico	3	3,5	3	1,6	0,342
Bloqueio atrioventricular	1	1,2	3	1,6	0,760
Aneurismas ventriculares	1	1,2	1	0,5	0,586
Intervenções					
Cinecoronariografia	82	95,3	178	97,8	0,271
Angioplastia	52	60,5	106	58,2	0,730
Cirurgia de revascularização do miocárdio	5	5,8	14	7,7	0,576
Óbitos					
Hospitalares	4	4,7	5	2,7	0,419
Em 30 dias	4	4,7	5	2,7	

Legenda: angina instável (AI); infarto agudo do miocárdio com supradesnível de ST (IAMCSST); infarto agudo do miocárdio sem supradesnível de ST (IAMSSST);

Discussão

Neste estudo foi observado que 43,3% dos pacientes foram diagnosticados com angina Instável (AI), 35,1% com IAM com supra desnível do segmento ST (IAMCSST) e 21,6% com IAM sem supra desnível de ST (IAMSSST). Em um estudo realizado por Santos et al. (2006) num centro terciário de cardiologia, no departamento de emergências, 60% dos pacientes tiveram diagnóstico de AI, 9,1% foram diagnosticados com IAMCSST e 27,7% com IAMSSST, além de 3% que não foram confirmados diagnósticos de SCA.⁷ Os dados obtidos em ambos os estudos apresentam discordâncias quanto a proporção dos diagnósticos, isso se deve possivelmente a variações quanto à localização das instituições e ao nível de atenção e referencia que elas ocupam nos sistemas de saúde localmente.

O estudo mostrou que 61,9% dos pacientes eram do sexo masculino com idade média de 63,3 anos. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Santos et al. (2006) com maioria dos pacientes do sexo masculino (58,3%), com média de idade de 62,6 anos. Um estudo realizado por Bulow et al. (2022) em um serviço de referência de cardiologia em Curitiba mostrou que 64,5% dos pacientes eram do sexo masculino e uma idade média de 64,1 anos.⁸ O sexo masculino foi predominante na literatura e já é amplamente descrito como fator de risco individual para as SCA, no estudo realizado esse perfil também foi semelhante.

Na amostra estudada, as principais morbidades encontradas foram hipertensão arterial em 75,7% dos pacientes, diabetes mellitus em 35,4% e dislipidemia em 34,3%. Santos et al. (2006) encontraram que 78,1% dos pacientes tinham hipertensão arterial, 31,6% tinham diabetes e 53,1% tinham dislipidemia.⁷ O estudo de Bulow et al. (2022) encontraram que 71,1 % dos pacientes eram hipertensos, 37% diabéticos e 30,4% tinham dislipidemia.⁸ Também observamos certa semelhança entre as principais comorbidades encontradas e suas proporções nos diferentes estudos.

Quanto aos sintomas na admissão, foi observado que 95,1% dos pacientes apresentaram dor torácica, 63,4% dos pacientes referiram irradiações. Dispneia foi o sintoma associado mais prevalente, presente em 32,8% dos pacientes, náuseas 11,9%, tontura foi referida por 5,2% e palpitação foi referida por 2,2% dos pacientes. Bulow et al. (2022) observaram dor torácica em 94,9% dos pacientes, dispneia em 30,1%, tontura em 5,4% e palpitação em 3,3% dos pacientes.⁸ Paim, Azollin e Moraes (2012) estudaram pacientes com diagnóstico de IAM e observaram que 64,9% dos

pacientes apresentaram diaforese e 26% dispneia.⁹ Korb et al. (2021) estudaram pacientes admitidos na unidade de dor torácica (UDT) em 2017 e relataram que 36% dos pacientes apresentaram dor torácica sem irradiações e 29% dor torácica com irradiações e 50% apresentaram dispneia na internação.¹⁰

Com relação a localização da dor, a região retroesternal foi apontada por 38,1% dos pacientes e a região precordial por 24,6% e quanto à qualidade ou caráter da dor, aperto ou opressão foi referido por 38,8% dos pacientes avaliados, seguida por dor em queimação em 25% dos pacientes. O local de irradiação mais referido, o membro superior esquerdo (MSE), foi relatado por 37,3% dos pacientes e irradiação para o membro superior direito (MSD) por 15,7% dos pacientes. Paim, Azollin e Moraes (2012) descreveram que 63,3% dos pacientes tiveram dor retroesternal e 44,2% tiveram dor precordial.⁹ Os mesmos autores descreveram a dor em queimação em 51,9% dos pacientes e aperto em 32,5% e sobre o local de irradiação, o local mais acometido foi o MSE com 62,3% dos pacientes seguido pelo MSD com 40,3% e 23,4% não tiveram irradiação da dor.⁹

Além disso, foi observado que 97% dos pacientes foram submetidos a cinecoronariografia e o tempo médio de internação dos pacientes foi de 6 dias enquanto 61,2% dos pacientes no estudo de Santos et al. (2005) foram submetidos ao mesmo procedimento e o tempo médio de internação também foi de 6 dias.⁷ Ainda, 59% dos pacientes estudados foram submetidos a angioplastia e 7,1% a Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM) e no estudo Santos et al. (2005) 39,5% dos pacientes foram submetidos a terapia de revascularização (angioplastia e cirurgia).⁷

Quanto a mortalidade, no estudo realizado foi observada uma taxa de 3,4% enquanto no estudo Santos et al. (2005) foi observada taxa de mortalidade de 4,8%.⁷ Os resultados do estudo RBSCA apontaram que no período estudado houve uma mortalidade de 5,53%.² A mortalidade nos estudos apresentou certa discrepância com os dados obtidos da literatura.

O estudo mostrou que os pacientes atípicos e típicos apresentaram altas taxas de hipertensão arterial (69,8% vs 78,6%), diabetes (32,6% vs 36,8%), dislipidemias (40,7% vs 31,3%) e obesidade (17,4% vs 24,7%). Em um estudo de El-Menyar et al. (2011) foram comparadas as comorbidades entre pacientes (atípicos, típicos e dispneia) e as taxas de prevalência de hipertensão (55% vs 47% vs 72%) foram menores tanto nos pacientes com apresentações atípicas quanto típicas. As taxas de diabetes (39% vs 38% vs 63%) foram levemente maiores tanto nos pacientes atípicos

quanto nos típicos, com maior discrepância nos pacientes atípicos quando comparados ambos os estudos e a taxa de dislipidemias (25% vs 31% vs 46%) foi menor nos pacientes atípicos e igual quando comparado os pacientes com apresentações típicas de ambos os grupos. Além disso, o mesmo estudo os grupos estudados apresentaram (22% vs 25% vs 35%) de obesidade, prevalências menores na comparação entre os pacientes atípicos e semelhantes entre os grupos típicos.⁶

Resultados publicados em 2004, com dados do estudo GRACE mostraram que as prevalências de hipertensão entre os grupos atípicos e típicos foram (61,4% vs 58,7%), taxas menores que as encontradas em ambos os grupos. Taxas de pacientes diabéticos (32% vs 23,8%) foram semelhantes aos resultados obtidos no grupo atípico e consideravelmente menores nos grupos típicos comparado ao estudo realizado. Já as taxas de dislipidemias/hiperlipidemias (38,2% vs 45,5%) foram discrepantes principalmente nos pacientes típicos, com taxas menores no estudo realizado.⁵

Neste estudo observou-se que os grupos atípico e típico apresentaram taxas semelhantes de pacientes submetidos a angioplastia (60,5% vs 58,2%) sem diferenças estatisticamente significativas. No estudo realizado com dados do GRACE com pacientes atípicos e típicos foi constatada uma maior prevalência de realização de Intervenção coronária percutânea nos pacientes com sintomatologia atípica (11% vs 21%) para pacientes com IAMCSST e (17,7% vs 25,2%) para pacientes com SCA sem supradesnível do segmento ST.⁵

Com relação aos óbitos, os pacientes atípicos apresentaram maiores taxas (4,7% vs 2,7%), mas sem diferenças estatisticamente significantes. Esses dados diferem da literatura. El-Menyar et al. (2011) encontraram que os grupos atípico, típico e dispneia apresentaram (2,5% vs 3% vs 6%) respectivamente.⁶ Já o estudo com dados do GRACE mostrou taxas mais altas para os pacientes atípicos (13% vs 4,3%) quando comparado aos pacientes típicos⁵ e ambos os grupos do estudo realizado.

Este estudo apresenta uma nova abordagem de classificação do quadro clínico dos pacientes com síndromes coronariana aguda de apresentações típicas e atípicas, com classificação dos quadros com critérios diferentes a literatura clássica e traz uma nova discussão sobre a comparação dos dados clínicos e desfechos observados nos diferentes grupos.

O estudo contou com uma coleta de dados de prontuários nas dependências da instituição. Como limitações na coleta, as informações contidas nos prontuários muitas vezes apresentam dados incompletos, informações de difícil comprovação e

falta de descrição detalhada de informações clínicas e exames, além disso a falha de preenchimento também foi um fator limitante. Outra limitação do estudo se refere a dificuldade da caracterização dos pacientes nos quadros típicos e atípicos, uma vez que a literatura utiliza a classificação de Diamond que leva em conta a dor torácica, fator desencadeante e fator de melhora, não considerando características importantes na classificação do quadro clínico do paciente, como a localização da dor, locais de irradiação, sintomas associados e caráter específico da dor. O tamanho amostral obtido também se configurou como um fator limitante quando realizadas as análises estatísticas, sendo um dos fatores para a falta de significância estatística pelo teste Qui-quadrado. Por fim, a escassez de estudos semelhantes que limitou a discussão e comparação dos dados obtidos com outros trabalhos também foi um fator limitante.

Conclusões

O perfil da síndrome coronariana aguda é um paciente do sexo masculino, com idade média de 63 anos, raça branca e procedentes de município diferente da localização do hospital. O quadro clínico evidencia dor torácica em aperto/opressão ou queimação em localização retroesternal ou precordial e irradiação predominantemente para o membro superior esquerdo e região cervical e associada a dispneia e diaforese. Esses pacientes apresentam altas taxas de hipertensão, diabetes mellitus e dislipidemias e frequentemente Multimorbidade.

Quando comparados os pacientes dos grupos atípico e típico não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos perfis clínico e epidemiológico, no perfil ou gravidade das complicações intra-hospitalares, na taxa de mortalidade e na presença de comorbidades.

Salienta-se a necessidade da realização de novos estudos que avaliem o perfil dos pacientes com SCA e possibilitem a comparação para que novas evidências sejam encontradas.

Referências

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2019.
2. Piegas LS, Avezum Á, Guimarães HP, Muniz AJ, Reis HJL, Santos ES dos, et al. Acute Coronary Syndrome Behavior: Results of a Brazilian Registry. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [Internet]. 2013.
3. Stevens B, Pezzullo L, Verdian L, Tomlinson J, George A, Bacal F. The Economic Burden of Heart Conditions in Brazil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2018.
4. Canto JG. Prevalence, Clinical Characteristics, and Mortality Among Patients With Myocardial Infarction Presenting Without Chest Pain. *JAMA*. 2000 Jun 28;283(24):3223.
5. Brieger D, Eagle KA, Goodman SG, Steg PG, Budaj A, White K, et al. Acute Coronary Syndromes Without Chest Pain, An Underdiagnosed and Undertreated High-Risk Group. *Chest*. 2004 Aug;126(2):461–9.
6. El-Menyar A, Zubaid M, Sulaiman K, AlMahmeed W, Singh R, Alsheikh-Ali AA, et al. Atypical presentation of acute coronary syndrome: A significant independent predictor of in-hospital mortality. *Journal of Cardiology*. 2011 Mar;57(2):165–71.
7. Santos ES, Minuzzo L, Pereira MP, Castillo MT, Palácio MA, Ramos RF, et al. Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2006;87(5):597-602.
8. Bulow L, Furquim J, Capote E, Wojcik L, Antunes L, Farias F, et al. Incidence of acute coronary syndromes during the pandemic period of COVID-19 in a cardiology reference service in the city of Curitiba. *Journal of Transcatheter Interventions*. 2022 Mar 18;1–6.
9. Paim CP, Azzolin K de O, Moraes MAP de. Dor torácica no infarto agudo do miocárdio entre pacientes diabéticos e não diabéticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012 Feb;65(1):77–82.
10. Korb JP, Carretta MB, Pesente TS, Freitas TLL de, Castro ARM de. Characterization of cardiopathic patients in a thoracic pain unit: admission profile. Stochero G, editor. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2021 Jan 5;27–33.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo realizado foi possível conhecer o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com síndromes coronarianas agudas atendidos no Hospital de Clínicas de passo Fundo – RS.

Foi possível cumprir os objetivos de descrever e comparar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com sintomas típicos e atípicos além conhecer e comparar as principais complicações observadas nesses pacientes, bem como sua taxa de mortalidade e presença de comorbidades. Além disso, conseguimos confirmar a hipótese de que os pacientes são em geral do sexo masculino, idosos e portadores de múltiplas comorbidades e que se apresentam majoritariamente com sintomas típicos na admissão. Por outro lado, algumas hipóteses foram descartadas e concluímos que neste estudo não houveram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos estudados como se pensava inicialmente.

Salientamos a necessidade de mais estudos semelhantes para que os dados sejam complementados e discutidos e assim se consiga conhecer melhor as apresentações clínicas, desfechos e complicações além da mortalidade desses pacientes e assim realizar um melhor diagnóstico e manejo dos quadros de síndromes coronarianas agudas.